Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

"Московский государственный университет технологий и управления им. К.Г. Разумовского"

(МГУТУ им.К.Г. Разумовского)

ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра педагогики и психологии

Курсовая работа

по дисциплине "Основы психоанализа"

на тему:

"Диагностические методы в современном психоаналитическом консультировании"

Специальность 030300 "Психология"

Выполнила студентка 2 курса очного отделения

Решетник А.Д.

Научный руководитель:

к. п. н., доцент кафедры Миляева М.В.

Москва 2014

***Содержание***

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты психоаналитической диагностики личности в научных исследованиях

1.1 Структурный анализ психического аппарата

1.2 Психоаналитические концепции развития

1.2.1 Стадии психосексуального развития

1.2.2 Психосоциальные стадии развития

1.2.3 Модель развития "Я" и объектных отношений

1.2.4 Развитие личности в концепции нарциссизма

Вывод по 1 главе

Глава 2. Диагностическое исследование личности в психоанализе

2.1 Вопросы анализабельности и принципы психоаналитической терапии (психоанализ, экспрессивная терапия или поддерживающая терапия)

2.2 Психоаналитически-ориентированные методы диагностики

2.3 Применение психоаналитической диагностики личности в первичном интервью психоаналитического консультирования

Вывод по 2 главе

Заключение

Библиография

***Введение***

По всем вопросам, с которыми за всю историю своего развития сталкивалось человечество, наиболее сложным является вопрос о личности самого человека. Сегодня его актуальность стоит особенно остро, поскольку большинство серьезных проблем цивилизации является следствием человеческого поведения. Очевидно, что качество жизни людей в будущем, как и само существование человечества в решающей степени зависит от понимания самих себя. Сложность проблемы диагностических методов в современном психоанализе в значительной степени отражается многообразием теорий личности, каждая из которых имеет сильные и слабые стороны Исходя из такой методологической установки, понятно, что ни одна из теорий личности сегодня не может претендовать на полноту и завершенность.

**Актуальность данной работы** заключается в том, что взаимосвязь бессознательного и методов психоаналитической диагностики приобретает тем большую роль, чем глубже ощущается потребность в понимании того, какое прошлое предшествовало нынешнему положению вещей, какие утраты понес человек, а понимание о развитии личности лежит глубоко в бессознательном. Влияния бессознательного на развитие личности, всегда было горячо обсуждаемой темой в науке.

**Цель работы:** рассмотреть диагностические методы в современном психоаналитическом консультировании.

**Объект:** теории психоаналитической диагностики личности.

**Предмет**: диагностика в современном психоаналитическом консультировании.

**Задачи курсовой работы:**

1. Изучить специальную психологическую и методическую литературу по проблеме исследования.

психоаналитическое консультирование диагностика личность

2. Рассмотреть теоретико-методологические аспекты психоаналитической диагностики личности в научных исследованиях.

3. Представить основные понятия и периодизацию в психоаналитических концепциях развития.

. Проанализировать аспекты диагностического исследования личности в психоаналитическом консультировании.

Основные методы работы описательный и аналитический.

**Методологические основы исследования:** психоаналитический подход с изучением работ зарубежных авторов.

**Структура курсовой работы.** Работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения и библиографии.

# ***Глава 1. Теоретические аспекты психоаналитической диагностики личности в научных исследованиях***

# ***1.1 Структурный анализ психического аппарата***

Психоанализ - это теоретическое направление в психологии, восходящее к идеям З. Фрейда, созданное им и его последователями. Термин "психоанализ" используется в трех значениях: первое значение как теория личности и психопатологии; как метод терапии личностных расстройств; как метод изучения неосознанных мыслей и чувств индивидуума [31].

Психоанализ является первой теорией, которая попыталась дать объяснение динамике личности. З. Фрейд долгое время наблюдал за клиентами, и сделал выводы, которые кардинально поменяли представления о психике человека. Он в частности, утверждал, что поведение человека в основном зависит от подсознательных сил, которые он назвал влечениями. Они вызваны не только инстинктами, но и, в первую очередь - определенными подавленными желаниями, удовлетворять которые "запрещается" на уровне сознания, поэтому они вытесняются в бессознательную область. Эти желания действуют без влияния сознания, и проявляются по-разному. Это могут быть сновидения, оговорки, непроизвольные отклонения от адекватного поведения, что влияет на выбор человеком профессии и творчество [37].

По теории З. Фрейда, все люди имеют внутренние конфликты. В общественной жизни эффективней всего можно подавить сексуальное побуждение имеются социальные ограничения. Но именно это и побуждает индивида к действию, именно энергия и либидо влияют на развитие личности и на уровень ее зрелости. Многие черты характера и аномалии в половой сфере зависят от неудовлетворенности и конфликтов из-за подавления этих влечений в детстве [35].

Предмет изучения психоанализа - динамика отношений сознания и бессознательного. То, что бессознательное существует, некоторые ученые признавали и до З. Фрейда, но динамику его влияния на сознание, его механизмы впервые пристально стал рассматривать именно З. Фрейд. Это означало, что изменился сам предмет психологии: сознание уже не замкнутое в себе когнитивное пространство, а часть живого целого. Сексуальная жизнь тоже стало предметом рассмотрения психологов благодаря З. Фрейду. Он привлек особое внимание и к тому, какую роль играет детский, прежде всего - семейный опыт в развитии личности. Психологическая защита тоже теперь является одной из центральных в психотерапии. Конечно, не все полностью принимают теоретические объяснения Фрейда, но обычно вынуждены признать, что именно его метод стал основой многих терапевтических систем [34].

Психоаналитический подход З. Фрейда к личности представлен двумя базовыми концепциями. Первая ранняя концепция: организация психики через "топографическую модель". Согласно этой модели личностной организации в психической жизни выделяют три уровня [31]:

. сознание;

. предсознательное;

. бессознательное.

Эти три уровня З. Фрейд рассматривал как единый организм. Психика по З. Фрейду представляет айсберг, где вершина, выступающая над поверхностью воды, представляет область сознательного, занимает маленькую часть, вся оставшаяся большая часть под водой представляет область бессознательного. В бессознательном находятся влечения, страсти, подавленные мысли и чувства, те жизненные силы, которые осуществляют контроль над сознательными мыслями и поступками индивида. Эта структура называется топической моделью психики.

Вторая концепция З. Фрейд появилась в 1920 году, в анатомии личности он выделил три структуры: Ид, Эго, Супер-эго. Данная трехструктурное деление личности имеет название "структурная модель психической жизни" или динамическая модель психики.

Где Ид является психическим, это нечто врожденное и дается человеку при рождении, сюда же можно отнести и инстинкты. Ид взаимодействует с процессами в теле, откуда им и черпается его энергия.З. Фрейд определил Ид как "истинную психическую реальность", потому что в ней отражаются субъективные переживания, их внутренний мир. [37].

Эти две модели психики топическая и динамическая являются так называемой метапсихологией З. Фрейда, где обозначены взаимоотношения между областями бессознательного, сознательного и предсознательного.З. Фрейд считал, что бессознательное это только составляющие Ид или хаотические инстинкты. В бессознательное включал небольшую часть Эго, почти полностью Супер-эго.

В структурной модели З. Фрейда Эго отвечает за такие отношения с внешним миром, как восприятие, язык, моторные процессы и тому подобное. Супер-эго представляет собой символические образы родительских фигур или морально-этические заповеди и запреты. Ид это полностью неосознаваемое, Эго и Суперэго действуют на трех уровнях, что представлено на рис. 1.



**Рисунок 1. Связь структурной модели с уровнями сознания**

Движущей силой поведения по З. Фрейду являются инстинкты.З. Фрейд утверждал, что любая активность человека определяется инстинктами. Индивиды ведут себя так или иначе потому, что их побуждает бессознательное напряжение, их действия служат цели уменьшения этого напряжения. Инстинкты - конечная причина активности. Следовательно, причина мотивации также лежит в инстинктах.

З. Фрейд выделил две основные группы инстинктов инстинкт жизни и инстинкт смерти. Самые существенные для развития личности, по мнению З. Фрейда - это инстинкты сексуального плана, а энергия сексуальных инстинктов им определена как либидо. Во второй группе - инстинкты смерти (мортидо) - и это основа всех жестоких и агрессивных поступков, а также убийств и самоубийств [58].

Таким образом, в теории З. Фрейда бессознательное это ИД и СуперЭго это инстинкты жизни и смерти, движущая сила поведения, в этом заключается роль бессознательного в развитии личности, для этого служит психоаналитическая диагностика личности.

# ***.2 Психоаналитические концепции развития***

# ***1.2.1 Стадии психосексуального развития***

Рассмотрим стадии психосексуального развития личности по З. Фрейду. Согласно психодинамических постулатов, человек не рождается личностью: генотип является почвой, на основе которого во взаимодействии с социальной средой формируется личность. З. Фрейдом [37] описано 5 стадий психосексуального развития личности.

Термин "психосексуальный" означает, что фактором, определяющим развитие личности, является сексуальный инстинкт. Человек рождается с определенным количеством сексуальной энергии (либидо), которая постепенно расходуется в процессе прохождения им основных фаз психосексуального развития. В случае неудовлетворенности основных потребностей или чрезмерного удовольствия, происходит задержка на данной стадии развития и развивается склонность возвращаться к предыдущим стадиям развития в этот период жизни в стрессовых ситуациях.

Таким образом, структура личности характеризуется в категориях соответствующих стадий психосексуального развития, на которых состоялась фиксация. С каждой из выделенных стадий связаны различные типы характеров и разные уровни личностной организации [35].

В оральной фазе по З. Фрейду (от рождения до 18-ти месячного возраста) основные потребности - ослабить напряжение вследствие голода и жажды - удовлетворяются через рот. Во время кормления ребенок переживает удовольствие и покой. В концепции развития З. Фрейда удовольствие и сексуальность сильно связаны; сексуальность он понимает, как состояние возбуждения, сопровождающее процесс насыщения у малыша. При чрезмерной или недостаточной стимуляции в первой половине этого периода по З. Фрейду, скорее всего, сформируется орально-пассивный тип личности он веселый и оптимистичный, который ждет от окружающего мира "материнского" отношения к себе, его психологическая адаптация заключается в неоправданной доверчивости, пассивности, незрелости и чрезмерной зависимости - инфантильный тип. Вторая часть этой фазы развития - орально-агрессивная или орально-садистическая связана с появлением зубов, что позволяет малышу выражать свое недовольство покусыванием материнской груди. Фиксация в этой части развития может лежать в основе формирования садистического типа личности, с характерным для него циничным отношением ко всему окружающему и саркастическими "покушениями" на других.

Во взрослом возрасте характерны такие проявления оральной стадии поведения: переедание, курение, алкоголизация, цинизм, сарказм и др. Сохранение определенного притяжения к оральному удовольствию - нормальное явление, патологическим оно становится в случае, если оральные формы поведения является доминирующим способом ослабления напряжения.

В анальной фазе по З. Фрейду от 1,5 лет до 3 лет ребенок учится управлять анальным сфинктером и мочевым пузырем, этот контроль становится новым источником удовольствия. Помимо этого, дети замечают, что такой контроль дает им дополнительное внимание и поощрение со стороны значимых взрослых.З. Фрейд выделил две возможные родительские тактики, при преодолении обязательной фрустрации, связанной с приучением ребенка к туалету:

) Чрезмерная требовательность родителей к ребенку по опрятности, и чрезмерная твердость в приучении к горшку и, как результат - протест ребенка против такого поведения и склонность к "задержки" стула. В случае фиксации данного поведенческого акта формируется анально-удерживающий тип личности с выраженным упрямством, скупостью, педантичностью и пунктуальностью. Другим типом результата анальной фиксации является анально-выталкивающий тип, как проявление склонности к разрушению, импульсивности и садизму.

) У родителей склонных к чрезмерному положительному подкреплению или гиперопеке, ​​за регулярный акт опорожнения кишечника, награждают ребенка похвалой, что может лежать в основе чрезмерного контроля за своим поведением во взрослом возрасте.

Фаллическая фаза психосексуального развития по З. Фрейду которая начинается в 3 года и длиться до 6 лет жизни, связана с фокусировкой либидо на гениталиях. В это время происходит половая идентификация, дети склонны исследовать свои половые органы, мастурбировать, проявлять интерес половыми отношениями взрослых. Основным конфликтом этого периода является комплекс Эдипа - у мальчиков, а у девочек - комплекс Электры. Что связано с бессознательным желанием ребенка овладеть родительской фигурой противоположного пола и устранить фигуру одного с ним пола. Фаллические типы у мужчин стремятся добиваться успеха и постоянно доказывать свою половую зрелость - донжуанство. У женщин фиксация на фаллической фазе развития приводит к склонности флиртовать, вносить элемент эротичности в любые отношения [37].

Латентный период - это следующая стадия развития по З. Фрейду с 6 до начала подросткового возраста - характеризуется сексуальным затуханием. Либидо в этом периоде сублимируется в различные виды интеллектуальной и творческой активности, что объясняется как физиологическими изменениями в организме в это время, так и формированием Эго и Супер-эго.

Зрелым человек по З. Фрейду считается, достигший генитальной стадии развития от момента достижения половой зрелости до смерти. В это время восстанавливаются сексуальные и агрессивные потребности. Генитальный тип личности - это зрелая и ответственная в социально-сексуальных отношениях личность. З. Фрейд был убежден в том, что идеальный генитальный тип личности - это человек, который способен отказаться от пассивности, свойственной детскому возрасту, когда любовь, безопасность и комфорт легко достигались, ничего не требуя взамен. Зрелый человек должен уметь работать, откладывать удовлетворение, проявлять тепло и заботу о других и брать на себя ответственность в решении жизненных проблем.

# ***1.2.2 Психосоциальные стадии развития***

После З. Фрейда появились исследователи, которые сместили акцент в изучении психики с Ид на Эго (Эго-психология). Одним из них был Э. Эриксон - концепция психосоциального развития. По Э. Эриксону [44], Эго - структура личности, основной задачей которой является социальная адаптация. С точки зрения Э. Эриксона любой психический феномен можно понять с точки зрения взаимодействия биологических и социальных факторов. В отличие от З. Фрейда он считал, что развитие личности продолжается всю жизнь и направлено на достижение чувства идентичности. Все индивиды по Э. Эриксону [44] проходят 8 универсальных стадий развития по эпигенетическому принципу развития, они представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Фазы психосоциального развития согласно концепции Э. Эриксона

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Стадия | Возраст | Психосоциальный кризис | Сильные стороны |
| 1. | Орально-сенсорная | Рождение - 1 год | Базальное доверие - базальное недоверие | Надежда |
| 2. | Мышечно-анальная | 1-3 года | Автономия стыд - и сомнения | Сила воли |
| 3. | Локомоторно-генитальная | 3-6 лет | Инициативность - вина | Цель |
| 4. | Латентная | 6-12 лет | Трудолюбие - неполноценность | Компетентность |
| 5. | Подростковая | 12-19 лет | Это - идентичность - ролевое смешение | Верность |
| 6. | Ранняя зрелость | 20-25 лет | Интимность - изоляция | Любовь |
| 7. | Средняя зрелость | 26-64 года | Продуктивность - застой | Забота |
| 8. | Поздняя зрелость | 65 лет - смерть | Это - интеграция - отчаяние | Мудрость |

В отличие от З. Фрейда Э. Эриксон считал, что развитие личности происходит в течение всей жизни в виде восьми стадий психосоциального развития. В своих работах Э. Эриксон заложил основы Эго-психологии. Одним из самых важных дополнений Э. Эриксона в теорию З. Фрейда стала замена названий ранних стадий развития с целью модификации фрейдовской теории биологизма. [44]

# ***1.2.3 Модель развития "Я" и объектных отношений***

Появление теории объектных отношений в значительной степени связана с работой аналитиков, в частности представителей Британской школы - М. Клайн, Г.С. Салливан, Винникот, Фэйрберн, О. Кернберг, Малер, Мастерсон, которых З. Фрейд считал слишком "возбужденными", чтобы подвергать их анализу. Психоаналитики пришли к выводу о необходимости другой терминологии для описания процессов, которые они наблюдали, чем та, которая была предложена классической теорией драйвов.

Важными предшественниками теории объектных отношений были Мелани Кляйн и Гарри СтэкСалливан [17].

В дальнейшем важный вклад в ее развитие внесли Винникот, Фэйрберн, Кернберг, Малер, Мастерсон и другие. Стоит заметить, что и сам З. Фрейд в значительной степени выражал идеи теории объектных отношений. Говоря о том, что Эдипова фаза может протекать по-разному в зависимости от индивидов родителей, он отмечал важность объектов, с которыми непосредственно имеет дело ребенок, и того, какие он переживает чувства.

Теория объектных отношений уделяет внимание не столько желаниям, которые были не удовлетворены в детстве, или фазе, на которой человек остановился, или доминирующим защитным реакциям "Я", сколько о том, какие объекты были важными в мире ребенка, как ребенок их переживал, как эти объекты и их эмоциональные аспекты были интернализованы ребенком, и как их внутренние образы и репрезентации продолжали существовать в подсознательном взрослого. В традиции объектных отношений внимание смещено с темы Эдипова комплекса на тему сепарации и индивидуации, которая становится центральной в данной теории.

Понятие "объект" было введено еще З. Фрейдом в ранних работах, когда он рассматривал инстинкт, как имеющий источник, цель и объект. Понятие "объект" остается актуальным и сегодня, несмотря на его механичность, и под ним всегда понимаются другие, важные для нас, индивиды. Для ребенка в младенческий период объект, чаще всего - мама, является моделью окружающего мира, и через него ребенок строит представление о себе и окружающей среды.

М. Кляйн и Г.С. Салливан различают понятия реального "объекта" и "внутренней репрезентации данного объекта". Дело в том, что дети, особенно маленькие, могут неправильно воспринимать важные семейные фигуры и их мотивации, и сохранить эту ошибку при интернализации, что приводит к искажению внутреннего представительства внешних объектов. [17]

Например, маленький ребенок может расценить необходимость выхода матери на работу, как ее желание навсегда его покинуть. Теоретики объектных отношений рассматривают человека как объекта, который старается реализовать ряд намерений, одни из которых противоречат друг другу, одни - гармоничные, другие - инфантильные, другие - более зрелые. Все они имеют разную степень осознания и признания человеком их собственными намерениями в широком спектре - от полного осознания и признания до полного отрицания, и именно "Я" - является той организацией, которая обеспечивает координацию совокупности целей, желаний, ценностей и намерений.

Такую функцию может выполнять только целостная и интегрированная структура "Я", которая отрицает и разъединяет широкий спектр стремлений, потребностей и желаний, плохо выполняет адаптивные функции. Речь идет о том, что отречение человека от определенных своих примитивных желаний, не дает ей возможности функционировать адекватно - эти желания влияют на его поведение, но не могут быть интегрированы с другими аспектами личности, поскольку не достигают осознания.

Согласно этой точки зрения, сексуальность и агрессия - это не инстинкты, а желания, или намерения, которые должны быть интегрированы с другими желаниями и намерениями. Сексуальность, интегрирована с другими аспектами "Я", становится частью функционирования личности и принимает на себя целый ряд функций, занимая свое место в целостной системе ценностей и идей.

М. Кляйн говорит о том, что сильное сексуальное желание - это не следствие нереализованной сексуальной энергии, а скорее - отражение недостаточности определенной субъективной ценности, которая символизируется сексуальной активностью. [18]

Полноценная развитая личность - уникальная, креативная, гибкая и саморегулирующаяся. Такая личность откровенная перед собой и ее поведение следует из собственных планов и схем, а не из некоторого внешнего образа того, как это должно быть. Эмоции полные и глубокие, такая личность обладает способностью чувствовать отдельно от объекта.

Когда личность не обладает цельными интегрированными внутренними структурами и репрезентациями, ее характер можно рассматривать как некоторые, часто предсказуемые, паттерны поведения, которые повторяют действия ранних объектов, или как бессознательное желание заставить окружающих действовать, согласно собственного представления об образах детства. В таком случае можно говорить скорее о некоторых "состояниях Я", которые кажутся на первый взгляд вполне изолированными и самодостаточными, чем о целостном "Я". Для того, чтобы сохранить субъективное чувство самодостаточности этих "состояний Я", человек вынужден прикладывать определенные усилия, которые реализуются в форме примитивных защит, таких как:

 отрицание

 расщепление,

 проекция

 проективная идентификация.

Исходя из этого, М. Кляйн и Г.С. Салливан утверждают, что примитивные формы психологических защит ослабляют "Я".

Наиболее решающим фактором в образовании настоящего цельного интегрированного"Я" являются отношения с другими людьми, в частности, с матерью. Для того чтобы развитие было успешным, ребенок должен чувствовать достаточный материнский уход. [17]

М. Кляйн и Г.С. Салливан указывают на то, что психотическая структура организации личности с характерными для нее нарушениями границ собственного "Я" и проблемами с разрешением "Я" от окружающего мира соответствует собственно этой фазе.

# ***1.2.4 Развитие личности в концепции нарциссизма***

Основателем селф-психологии или концепции нарциссизма считают Хайнца Кохута [9]. Основной единицей исследования концепции нарциссизма является не индивид, как отдельная система, а поле взаимодействий, в рамках которых индивид вырастает, стремится наладить взаимоотношения и выразить себя.

Разум состоит из конфигурации отношений: переживания человека в любой момент - это всегда следствие его прошлого и отношений с тем, с кем он общается в данный момент. Даже тогда, когда человек находится сам, его переживания в своей основе состоят из отношений, а это означает, что человек эмоционально сам никогда не бывает. Содержание, которое предоставляет человек в том или ином своем действии, всегда вытекает из его прошлых и настоящих взаимодействий и все, что делает, он всегда соотносит с другими, важными для себя людьми, даже если их рядом нет.

Работы Х. Кохута рассматривались как продолжение разработки модели З. Фрейда, да и сам Х. Кохут пытался включить драйвы к своей разработке теории "Я". Однако со временем Х. Кохут пришел к выводу, что личность развивается по двум направлениям: один ведет к зрелости Эго, так как понимал этот термин З. Фрейд, а второй - к зрелости собственного "Я" или селф, - области, которая не имеет четкого определения. [8]

Некоторые аналитики (М. Кляйн, Г.С. Салливан, Винникот, Фэйрберн, О. Кернберг, Малер, Мастерсон) и ранее прибегали в своих психологических исследованиях к понятию "селф" с разных позиций, однако Х. Кохут добавил один определяющий момент к этим исследованиям - он показал, что врожденный нарциссизм является важной частью.

Х. Кохут развил аспект фрейдовской концепции нарциссизма, что собственно и позволило ему окончательно отойти от теории влечений и выдвинуть концепцию "селф". До Х. Кохута нарциссизм считался патологическим состоянием, при котором человек, как мифический Нарцисс, который любовался своим отражением в лесном озере, рассматривает свое тело и свою индивидуальность как центр вселенной и как единственный критерий ценности.

Х. Кохут рассматривал, что такое положение представляет собой аберрацию или искажение, по сути нормального процесса, и прохождения через этап нарциссизма - это здоровый и необходимый этап роста. Каждому малышу необходимо на время почувствовать себя центром вселенной, иначе внутренняя пустота приведет к нарциссической жажде признания, которая позже перерастет в дефект личности.

Х. Кохут [8] считал, что нормальный нарциссизм формирует ядро "селф". В первый год жизни малыш чувствует себя фрагментировано и не согласованно. На втором году жизни из-за реакции важных для него воспитателей он начинает производить организованное ядерное ощущение себя. Воспитатель порождает ощущение, выполняя функции, которые сам малыш выполнить не может. Важнейший способ поддержки ребенка в период становления - эмпатия. Мать своими реакциями дает понять ребенку, что его "Я" - уникальное и неповторимое, которое следует понимать и на которое следует реагировать. Мать также поддерживает развитие "селф" у ребенка, помогая ей регулировать напряжение, обеспечивая основные ее потребности.

Х. Кохут акцентирует внимание на трех нормальных нарциссических процессах, которые являются решающими в развитии "селф". Первый из них - отражение, при котором малыш смотрит на мать и видит себя отраженным в ее взгляде. При отношениях отражения ребенок как бы говорит: "Ты видишь меня замечательным. Значит, я - восхитителен". Наблюдая свои положительные качества в материнских глазах, ребенок чувствует свою самоценность.

Второй нормальный нарциссический процесс - идеализация, который начинается с узнавания ребенком своих родителей, или других близких людей. В этом случае свойства собственного "селф" - доброта, совершенство, всемогущество, значимость - проецируются на близкого человека так, что ребенок как бы говорит: "Я вижу тебя прекрасной и нахожусь рядом с тобой, значит, я существую, и также замечательная". Если ребенка развивает и успокаивает человек, которого он идеализирует, то это укрепляет в ребенке чувство собственного "Я" и самоуважение.

Третий процесс - уподобления. Ребенок очень нуждается в ощущении сходства с другими людьми, и в ощущении принадлежности к ним. Став взрослыми, мы переживаем эту потребность, когда с удовольствием строим дружеские отношения с людьми, в которых находим подобные собственным, черты.

Сначала эти три процесса обеспечиваются близкими людьми, которых Х. Кохут назвал "селф-объектами". Но эти индивиды не всегда могут осуществлять нарциссическую регуляцию. Так как, недостаточности эмпатического отражения не избежать - мать может быть занята, а отец усталый и они не смогут уделить достаточного внимания. С другой стороны, если мать будет всегда непрестанно обеспечивать эмпатическое отражение, то ребенок никогда не научится брать эту функцию на себя. При оптимальном развитии периодическая фрустрация позволяет ребенку научиться обеспечивать само поддержанию. Иногда, когда мать отсутствует, ребенок может смоделировать эмпатическую реакцию матери и "поговорить" внутренне сам с собой, как с матерью.

Используя термин Х. Кохута [9], можно сказать, что происходит преобразующая интернализация, при котором функция поддержки перестраивается внутрь и становится частью "селф". Со временем ребенок, интернализует отношения с "селф-объектами", уже может сам обеспечивать процессы отражения, идеализации, и потребности в подобии.

Таким образом, формируются три полюса "селф" - зеркальный, идеальный и альтер-полюс. Х. Кохут связывал эти полюса "электрической дугой" базовых навыков и талантов, посредством которых индивид пытается в течение своей жизни поддерживать баланс между стремлением к индивидуальным целям и жизнью в согласии с общественными идеалами и ценностями, которые определяют смысл жизни.

Х. Кохут [9] утверждал, что развитие "селф" может обеспечиваться любым из полюсов. Например, если мать не смогла обеспечить достаточного эмпатического отражения, то здоровый идеализируя процесс с отцом, все же может обеспечить такое проявление ощущения "селф", что будет достаточным для возникновения ощущения реальности и мотивации. Если один полюс функционирует нормально, то дефекты другого могут быть исправлены позже. Если же все полюса имеют дефект, то следствием могут быть симптомы, которые и наблюдал Х. Кохут на практике, - ощущение нереальности, опустошение, отсутствие смысла жизни, - поскольку в этом случае отсутствует внутренняя структура "селф", которая может обеспечить чувство самооценки.

Х. Кохут [9] установил, что дефекты "селф" заметны в психоаналитическом процессе при трех ситуациях переноса, и является практическим подтверждением теории. При зеркальном переносе клиент считает, что терапевт в восторге от него, и таким образом компенсирует свой дефект самооценки. Идеализируя перенос, клиент видит аналитика почти идеальным, а впоследствии начинает ощущать собственную ценность, как результат отношений с терапевтом. При близнецовом переносе клиент фантазирует, что он и аналитик, в некоторой степени, являются равноправными партнерами, которые вместе решают проблемы.

# ***Вывод по 1 главе***

Таким образом, изучив специальную психологическую и методическую литературу по проблеме исследования, мы представили основные понятия и периодизацию в психоаналитических концепциях развития, это:

 теория З. Фрейда, в ней структура личности характеризуется в категориях соответствующих стадий психосексуального развития, мы рассмотрели пять психосексуальных стадий развития.

 концепция психосоциального развития Э. Эриксону, мы рассмотрели 8 стадий психосоциального развития.

 теория объектных отношений Мелани Кляйн и Гарри СтэкСалливана, рассмотрели фазы сепарации - индивидуации.

 концепция нарциссизма или селф-психология Хайнц Кохут, мы рассмотрели стадии развития - процесса: отражение, идеализация уподобления, и 2 линии развития (объектная и нарциссическая; идеализирующий перенос и зеркальный перенос формирование идеалов и амбиций).

# ***Глава 2. Диагностическое исследование личности в психоанализе***

# ***.1 Вопросы анализабельности и принципы психоаналитической терапии (психоанализ, экспрессивная терапия или поддерживающая терапия)***

У каждой проблемы, ситуации, явления, так же, как и у каждого человека, есть своя персональная история, начинающаяся с момента возникновения этой проблемы и отображается на всех этапах ее решения.

Возрождение психоанализа у нас в стране тоже имеет свою историю, которая заслуживает отдельного книгу. Первая волна психоанализа на территории тогда еще царской России, потерпела сокрушительный крах по всем известным историко-социальным причинам. В дальнейшем психотерапия в СССР и в частности в России развивалась, как и многое другое, "своим неповторимым путем", безжалостно отбрасывая все, что шло вразрез с идеологией тоталитарного общества. Собственно, остатками тоталитарной идеологии и объясняется нынешние притяжения широкой общественности к магическим, "шаманским" методам исцеления. Но чем больше мы приближаемся к европейским традициям, тем ближе перспектива современных методов психотерапии, одним из самых уважаемых и наиболее ценных, безусловно, является психоанализ.

За то время, пока советская психотерапия преимущественно "внушала и рационализировала", теория, и практика мирового психоанализа развивалась и совершенствовалась, создавались новые направления и ответвления, выдвигались и подвергались проверке гипотезы, нарабатывалась мощная теоретическая и клиническая база. Сегодня мы можем знакомиться с достижениями мирового психоанализа непосредственно из трудов выдающихся аналитиков прошлого и современности, создавая, таким образом, необходимый каркас для успешного применения психоаналитической концепции в психотерапевтической практике.

Психоаналитическую терапию можно проводить в различных формах, которые отличаются друг от друга по терапевтическим целям (глубинная проработка личностных проблем) и организации терапевтического процесса (частота сеансов, использование кушетки, характер и глубина интерпретаций и т.д.). Выбор конкретной формы терапии определяется требованиями реальности (например, наличием времени и достаточных средств у клиента), и типом психопатологии клиента.

В психоаналитических методах, прежде всего, выделяются непосредственно психоанализ и психоаналитическая психотерапия. Современный психоанализ является формой лечения, спектр аналитических методов которой максимально приближен к технике, которую разработал и применял З. Фрейд. Психоанализ применяют, в основном, чтобы лечить людей, у которых невротическая личностная организация. Должна быть техническая нейтральность аналитика, необходимо использовать невроза переноса в целях терапии и применять интерпретации как основной инструмент. В психоанализе важно строго соблюдать сеттинг, и помнить, что его главные формальные характеристики - использование кушетки для клиента и сеансы не менее четырех раз в неделю.

В определение психоаналитической терапии включены аналитические методы, основа которых - психоаналитическая теория, но они несколько видоизменены. Это может быть уменьшенная глубина интерпретации (или полное исключение генетических интерпретаций), смягченные требования технической нейтральности (применяется эмоциональная поддержка, советы, а иногда терапевт непосредственно влияет на изменение жизненных ситуаций клиентов), уменьшение количества сеансов, отказа от использования кушетки и т.д.

Вместе с тем следует отметить, чтобы провести четкую границу между психоанализом и психоаналитической терапией дольно сложно. Сейчас психоаналитическая психотерапия получила широкое распространение, прежде всего потому, что в организационном плане она довольно проще психоанализа, однако она уступает ему по глубине проработки личностных проблем клиента. Показаниями к психоаналитической психотерапии служат как внешние по отношению к самому лечебному процессу обстоятельства, так и степень тяжести психического состояния клиента.

О. Кернберг выделяет три формы терапии в зависимости от глубины расстройства: психоанализ, экспрессивная психотерапия и поддерживающая психотерапия. Психоанализ признается эффективным для клиентов с невротической личностной организацией, тогда как экспрессивная психотерапия показана при пограничных расстройствах, а поддерживающая терапия - при психотической организации личности [6].

Экспрессивная психотерапия, при наличии у клиента пограничной личностной структуры, как и психоанализ, предусматривает использование интерпретаций, анализ переноса и соблюдение технической нейтральности. Но она проводится не на кушетке, а сидячем положении лицом к лицу два - три раза в неделю. Правило свободного ассоциирования несколько видоизменяется: клиенту предлагается высказываться прежде об актуальных проблемах и трудностях, испытываемых во время сеанса. В отличие от психоанализа при экспрессивной психотерапии работа терапевта фокусируется, прежде всего, на ситуации "здесь и теперь", и только на последующих этапах терапии может перейти к генетическим интерпретациям.

Экспрессивная психотерапия также отличается от психоанализа тем, что иногда у клиента случаются патологические поведенческие реакции, и психотерапевт временно отказывается от занимаемой нейтральной позиции и вводит определенные условия и правила, которые ограничивают проявление этих реакций. Например, если у клиента алкогольная или наркотическая зависимость, терапевт вводит правило - сеанс отменяется в случае визита клиента в неподобающем состоянии (например, опьянения). Но если острота состояния клиента уменьшается, терапевт восстанавливает свою нейтральную позицию, при этом используется техника интерпретации.

Во время поддерживающей психотерапии с психотическими клиентами, сеттинг практически такой же, как и во время экспрессивной терапии. Но тогда психотерапевт не старается сохранить техническую нейтральность, а, наоборот, активно предоставляет клиенту эмоциональную поддержку, дает рекомендации и советы, принимает участие в организации его среды обитания. Когда терапевт использует прояснение и конфронтацию, то может избежать глубоких интерпретаций. Перенос при поддерживающей психотерапии не анализируются. Но терапевт подчеркивает реалистичные составляющие терапевтических взаимоотношений.

Подводя итоги, стоит отметить, что и в психоанализе, и в психоаналитической терапии психотерапевт должен обладать разнообразными и сложными навыками. Для этого необходимо не только профильное образование, но нужно также длительно учиться, в том числе изучать психоаналитическую теорию, проходить личностный психоанализ или психоаналитическую терапию как клиенту под наблюдением квалифицированных коллег.

# ***2.2 Психоаналитически-ориентированные методы диагностики***

Наиболее актуальны в современном психоаналитическом консультировании качественные методы. В этой связи широкую известность получил тест Роршаха (Rorschach-Test), в течение которого испытуемому предлагается рассмотреть чернильные пятна неопределенной формы. Для психоанализа этот тест переработал Рой Шафер (RoyScyafer 1954). В случае необходимости слова пациента заносятся в протокол. Затем составляется комментарий, в котором слова пациента интерпретируются на основании психоаналитической теории личности и учения о болезнях. При этом учитываются и формальные процессы: трактовал ли пациент всю картинку, или обратил внимание на какие-то конкретные детали; разглядел ли пациент в предложенной картинке что-то совершенно непредсказуемое, или нет. Чернильное пятно может ассоциироваться у испытуемого с хищником, человеком, определенными дружелюбными либо жестокими сценами. Содержание этих ассоциаций изучается с субъективной (качественной) и объективной (количественной) точек зрения. Под количественным исследованием в данном контексте понимаются определение количества времени, требующегося испытуемому для ответа, определение общего числа ответов, числа исчерпывающих и частичных ответов. Полученные данные сопоставляют со средними показателями, полученными путем тестирования большого числа людей, и выводят, таким образом, некий средний результат исследования для конкретного пациента. Такой метод помогает расширить психоаналитические возможности распознавания специфических страхов, защитных механизмов и конфликтов. [10]

Так, например, люди, страдающие классическими неврозами, обнаруживают, как правило, хорошо функционирующие защитные механизмы вытеснения, изоляции аффекта и формирования реакции. Пациенты с шизофреническими симптомами демонстрируют в течение теста Роршаха более или менее нарушенное восприятие реальности. Алкоголики и лица с наркотической зависимостью, угадывая в предлагаемых картинках образы, связанные с "проглатыванием или получением чего-то", дают основания говорить об оральности. Регрессивные тенденции и склонность к аффектациям, свойственные людям с нарцистическими расстройствами личности или пограничными состояниями, указывают на нарушение ранних объектных отношений. В числе известных проективных тестов, подтверждающих, опровергающих и дополняющих предварительные диагнозы, следует также упомянуть TAT (ThematicApperceptionTest) и ORT (ObjektRelationsTest). Они заключаются в том, что пациенту предлагаются картинки, имеющие сильно выраженный провокационный характер. Содержание картинок соприкасается с бессознательным началом любого человека. Это всем нам знакомые состояния скорби, печали, несчастной любви, ссоры, счастья, страха смерти.

Необходимо подчеркнуть, что именно провокационный характер вышеперечисленных тестовых методов позволяет им достигать своей цели: исследовать бессознательное. "Интервью" лишь в редких случаях удовлетворяет требование провокационности, поскольку чаще всего интервьюер ведет себя по отношению к пациенту дружелюбно и предупредительно. [10]

Так же, как и результаты интервью, итоги тестового исследования оказываются зависимыми от реакции испытуемого на поведение человека, проводящего тест. Испытуемый проецирует не только на демонстрируемые ему картинки, но и на личность исследователя. Точнее говоря, речь здесь идет о двух уровнях проекции. Поэтому результаты такого исследования тоже не вполне объективны.

В связи с этим представляется важным указывать в комментариях к протоколу, как складывались отношения между испытуемым и исследователем. Сама тестовая ситуация способна создавать такой образец реакции (Reaktionsmuster), при котором исследователь воспринимается пациентом как экзаменатор, судья или учитель, одним словом, как авторитетная личность, делающая из ответов пациента выводы, ему самому не известные. Важно поэтому знать, проявились ли каким-либо образом подобные отношения. Достаточно сказать, что тестовое исследование дает разные результаты, в зависимости от манеры поведения исследователя. Он может вести себя отстранение или дружелюбно и т.д. Реакция испытуемого на поведение исследователя, разумеется, адекватна его реакции. Из этого можно заключить, что тестовое исследование само по себе является пространством, важную роль в котором выполняют двусторонние переносы. Тем самым процессы переноса и контр-переноса, протекающие в течение тестирования, также заслуживают в комментарии особо пристального внимания, наряду с описанием и интерпретацией процесса, протекающего между испытуемым и материалом теста.

Из общего числа наиболее употребимых и оправдавших себя на практике количественных методов психоаналитической диагностики следует особо выделить Гисенский тест (Giessentest 1972), разработанный и усовершенствованный Дитером Бекманном и Хорстом Эбергардом Рихтером (DieterBeckmann, Horst-EberhardRichter). Данный тест, включает в себя более сорока вопросов (итем) и позволяет исследователю составить общее впечатление о личности испытуемого. В ходе тестирования выявляются субъективное ощущение испытуемого в настоящий момент (в частности, депрессия или уверенность в себе), его социальное положение, аспекты его частной жизни и черты, характеризующие его личность (общительность, замкнутость и т.д.).

Тестирование различных слоев населения, проведенное Гисенской исследовательской группой, показало, что отношение к поставленным вопросам, к примеру, мужчин - женщин; пожилых - молодых людей; студентов медицинского - студентов философского факультетов; пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями - лиц с наркотической зависимостью; криминальных личностей - людей, склонных к сексуальным извращениям и т.д., имеют ярко выраженные отличия. Полученные таким образом сведения позволяют в перспективе с достаточной точностью определять природу душевного расстройства, которым страдает пациент. Интерпретация результатов теста обнаруживает типы тревоги, защитных механизмов и конфликтов, актуальных для испытуемого, и поэтому она в определенном смысле аналогична толкованию психоаналитического разговора. [10]

В последние годы получили широкое распространение три Других количественных теста:

. "Анкета для исследования психосоматического процесса" (FAPK), предложенная в 1981 году Клаусом Кохом (ClausKoch). Основой для нее послужили разнообразные теории возникновения психосоматических расстройств. Из десяти пунктов анкеты наиболее важными представляются пункт 2, оценивающий степень ограниченности фантазии, пункт 3, рассматривающий эмоциональную сторону межличностных отношений, пункты 5 и 6, уточняющие уровень бессознательной агрессивности и ее торможения.

. "Анкета нарцистическая" (Narzissmusfragebogen), предложенная в 1985 году Денеке и Мюллером (Deneke&Mueller). С ее помощью исследуются особенности психики лиц, страдающих нарцистическими расстройствами личности. Первый пункт раскрывает такие характерные чувства, как тревога, беспомощность и бессилие. Предлагаемая испытуемому тема может звучать, к примеру, следующим образом: "Часто я испытываю такую внутреннюю опустошенность, словно меня парализовало. Это чувство неописуемо". Беспомощность и беззащитность личности находит свое выражение в другой теме:

"Часто я чувствую себя так, точно я нахожусь в стеклянном сосуде, который может разбиться от малейшего прикосновения". Аспект саморазрушения выявляется при подтверждении темы: "Порой я так злюсь на себя, что мне становится страшно". Выбор пациентом определенной темы, демонстрирует наличие у него, в частности, неконтролируемых агрессивных импульсов, характерных как для нарцистических, так и пограничных расстройств личности ("Иногда я бываю настолько зол, что боюсь потерять всякий контроль над собой"), чувства собственной ничтожности ("Бывает невыносимо порой представить, как ты незначителен"), социальной изоляции ("Я избегаю праздников, потому, что чувствую себя там чужаком"), самовозвеличивания ("Узнай все, какой талант скрыт во мне, они бы удивились"), нарцистической злости ("Если я не получаю заслуженного одобрения, я готов, сгореть от злости" или "В общении с людьми необходимо быть всегда начеку").

. "Анкета исследования факторов агрессивности" (FAF), созданная на основе результатов проведенного во Фрайбурге изучения личности, предоставляет возможность определить тип агрессивности, наличествующий у испытуемого на момент исследования. Согласно психологическим и психоаналитическим теориям болезней, в возникновении психосоматических расстройств существенная роль принадлежит фактору подавленной агрессивности. В процессе лечения этих расстройств агрессивность может стать явной, что способствует исчезновению психосоматических симптомов. Анкета исследования факторов агрессивности позволяет зафиксировать эти изменения.

Несмотря на то, что названные количественные методы тестирования успешно применяются в психоаналитической диагностике, бессознательные процессы, протекающие в человеческой психике, им не доступны. Однако с помощью тестов контролируется процесс психоаналитической терапии. Тем самым субъективное мнение психоаналитического консультанта, проводящего лечение, уточняется объективным методом исследования. [10]

# ***2.3 Применение психоаналитической диагностики личности в первичном интервью психоаналитического консультирования***

З. Фрейд ввел метод первичного психоаналитического интервью в науку, одновременно и как метод лечения людей, которые страдают психическими расстройствами, и как метод исследования. С помощью этого метода терапевт, ориентированный на психоанализ, во время первого контакта может диагностировать клиента и сделать анализ клинических причин развития заболевания. Этот метод заключается в том, что специалист ориентируется в сфере психического и проникает во взаимосвязанный с сознанием мир переживаний. В то же время предпринимаются попытки зафиксировать, как перенос клиента, так и собственный контрперенос, и понять его, при этом особый интерес представляет и изменение переноса и контрпереноса, из которого вытекают условия, и имеется свой ход, содержание и роли, которые исполняют участники реинсценировки, что является исходным патогенным опытом.

З. Фрейдом в его трудах описаны такие беседы. Одна из них, проведенная им самим, показывает диагностические модели поведения, потому что эта беседа была случайной, и ее проводили спонтанно.З. Фрейд и молодая девушка Катарина, оказались чрезвычайно близки и особенно воспринимали друг друга.

Это истории болезни, описанная З. Фрейдом в работе "Катарина." [33]. Там разъясняется истерический припадок, от последствий которого девушка до сих пор страдает. Основа этого объяснения - реинсценировка патогенной ситуации, и сначала участники ее не осознавали, в том числе и терапевт-интервьюер З. Фрейд.

З. Фрейд, обдумывая патогенез истерии, отправился на прогулку в горы, потому что хотел отдохнуть от городского шума, нервных дам и исследований. В домике на высокой горе он встретился с Катариной. Она была дочерью хозяйки, и прислуживала З. Фрейду в ресторане, и всегда была довольно мрачной. Но из записей в книге для гостей она узнала, что он является доктором, и обратилась к нему за советом по нервному заболеванию, которым она страдала довольно долго. Они встретились вне дома, потому как именно тогда З. Фрейд предпочел выйти на улицу, дабы насладиться великолепным видом. Но он, несмотря на отдых, откликнулся на ее просьбу. И первые же фразы девушки натолкнули его на мысль, что это невроз. Так З. Фрейд в своей работе "О начале лечения" описал зарождение психоаналитического диагностического метода первичного интервью [30].

В последующее время появилось очень небольшое число работ, посвященных психоаналитической диагностике. В 1954 году только Хилл, Ньюман и Редлих разрабатывали первичное интервью в качестве самостоятельного метода психоанализа, который предшествует терапии, и применяя который, следует учитывать как диагностические, так и терапевтические элементы [41].

В 1961 году М. и Е. Балинты стали указывать, как в психиатрическом анамнезе, так и в психоаналитическом интервью, прежде всего, на пренебрежение аспектом отношений, он разрабатывает представление о "диагностическом интервью", которое, исходя из положений теории объектных отношений, уже учитывает отношения "здесь и сейчас" диагностической ситуации и взаимное проникновение переноса и контрпереноса. М. и Е. Балинты представили интеракционную модель первичного интервью [41].

В своей статье "Психоанализ, психоаналитическая психотерапия и поддерживающая психотерапия" Отто Кернберг обсуждает разницу между психоанализом и психотерапией в рамках трех параметров - концептуального, клинического и педагогического. Он справедливо привлекает внимание к концептуальному элементу в этом вопросе, касаясь, в частности, отношений между психоаналитическими обществами и психотерапевтическими ассоциациями. О. Кернберг намеренно оставляет этот фактор, чтобы сконцентрироваться на теоретических и клинических аспектах. Он замечает в этой связи, что во французском психоанализе определения этих различий представляется более сложным из-за большей гибкости аналитика и распространения психоаналитической техники на клинические случаи, которые не укладываются в стандартную парадигму, так что идентичность психоаналитика ставится под сомнение. С такой точки зрения можно сказать, что Франция и Средняя Группа Британского Общества идут одним путем, и это верно в той мере, в которой французская психоаналитическая мысль находится под влиянием внутреннего сеттинга аналитика, какова бы ни была форма внешнего сеттинга, если клиенту предлагается психоаналитическая работа.

Главным принципом О. Кернберга является идея аналитического процесса как классифицированной единицы, при любой специфике терапевтической модальности. Эта единица аналитического процесса базируется на фрейдовской концепции психического функционирования: оно моделируется из опыта получения удовольствия, а одно удовольствие младенец у материнской груди. Как мы знаем, этот постулат, согласно которому галлюцинация является удовольствием, которое базируется на ситуации сновидения и не верифицируется опытом. В этих рамках возбуждения, которое связано с драйвом, автоматически вызывает тревогу, которая, связываясь с репрезентациями (материальными и словесными), трансформируется в сигнальную тревогу, в то время как тенденция к абсолютной разрядке позволяет получить удовольствие от фантазии и мысли.

Модель психического функционирования О. Кернберга, основана на важности связи возбуждения с репрезентациями (и, следовательно, важность процесса репрезентации и символизации), определяет цели лечения, используемую технику и показания или противопоказания к различным терапевтическим подходам.

По мнению Отто Кернберга, цели психоанализа и психоаналитической терапии отличаются, соответственно, следующим образом:

первый включает возможность фундаментальной структурной реорганизации, в процессе которой вытесненный или отщепленных конфликт может быть интегрирован в сознательное Эго, в то время как цель терапии - лишь частичная реорганизация психической структуры в контексте значительных симптоматических изменений. К этому относятся такие факторы, как цели результата лечения (например, ослабление симптомов, изменения в поведении и перестройка личной жизни), однако в фокусе больше находится сам аналитический процесс (цели процесса), который концептуализирован О. Кернбергом в терминах второй топографии [6].

Акцент на создании возможности или, иначе, института работы над психическими репрезентациями, хотя и не противоречит этой точке зрения, но попадает скорее в контекст первой топографии и базируется на регрессе сновидений. Если мы вслед за З. Фрейдом принимаем ситуацию кушетки/кресла как основную парадигму психоаналитического подхода, важно отметить то, что они даются в формальном синтезе, который унаследован, как мы знаем, от гипноза: приостановление зрительного восприятия и подвижности создает условия для организации регресса во всех его аспектах - топографическом, формальном и временном.

Главным звеном интерсубъективной теории Г.С. Салливана является признание условности и гипотетического характера такого образования как личность - единицей анализа становится не личность, а межличностная ситуация. Этот качественный сдвиг означает, что от умозрительных рассуждений об устойчивых качествах и "устройстве" личности исследователь и психотерапевт должен непременно возвращаться к анализу опыта связанности человека с другими людьми, особенно опыта связанности, протекающего в психотерапевтической ситуации.

В интерсубъективном подходе, внимание психотерапевта должно быть Сосредоточено не на объяснении страданий и переживаний клиента некими гипотетическими внутрипсихическими патологическими факторами (чрезмерная агрессивность, фиксация на ранней стадии психосексуального развития, предпочтение примитивных защитных механизмов, отсутствие наблюдающего Эго и так далее), а на прояснении связи этих переживаний с имеющимся у человека опытом взаимодействия с другими людьми, а также на том, созданы ли в текущей психотерапевтической ситуации условия для нового, более гуманного и исцеляющего жизненного опыта. Для клинической методологии, развиваемой в интерсубъективном подходе, как и для современного психоанализа в целом, характерен первостепенный интерес к настоящему, к уникальной ситуации "здесь и сейчас", анализ которой обеспечивает более надежными основаниями, чем гипотетические и спекулятивные реконструкции далекого младенчества клиента ("там и тогда") и наукообразные объяснения объективно действующих механизмов его психического аппарата ("всегда и везде"). По Г.С. Салливану цель первичного интервью, является объяснение характерных паттернов жизни, он считал, что точное понимание проблем клиента предполагает понимание основных особенностей его личности и взаимоотношений с окружающими.

Интервью, как анализ ситуации предложил Аргеландер. Его работы, в которых рассматривается концептуализация первичного интервью на основе психоанализа, можно рассматривать в качестве первых обобщающих и теоретически обоснованных представлений по данной теме.

Аргеландер основными целями диагностического интервью считает следующее. С одной стороны, это обнаружение смысловых взаимосвязей симптомов с конфликтами, которые прячутся за ними, с другой - понять, какая структура личности включает в себя этот болезненный процесс, какие существенные для терапии способности есть у клиента и с помощью каких структурно-специфических особенностей может возникнуть сопротивление во время лечения. То есть, имеется не только необходимость диагностического прояснения, но и нужна общая разработка определенного подхода к лечению, с учетом внешней и внутренней реальности клиента, мотивации и подготовки к лечению. Ответить на эти вопросы можно, переработав информацию, полученную из трех различных источников [49].

Объективная информация является комплексом необходимых данных, куда включены симптомы, модели поведения и особенности личности, сведения о медицинских, биографических и социальных фактах. Из всего этого можно выстроить констелляции определенных психологических показаний. Их относительная достоверность определяется логической ясностью и соответствием гипотезам, основанным на практике или теории или предварительным допущением. Пример диагностической беседы, проведенной самим З. Фрейд, и которую прокомментировал Аргеландер, уже показывает важнейшие элементы диагностического подхода. Прежде всего, это ситуативный элемент, побудивший обоих собеседников разговору, и - поначалу на бессознательном уровне - к реинсценировке, где мы видим повтор патогенного образца отношений, и которую теперь можно организовать так, что возможно сделать диагностическое объяснение.

Эта диагностическая беседа или интервью помогает выявлению важных и до сих пор актуальных позиций и техник.

# ***Вывод по 2 главе***

Таким образом, проведя теоретический анализ современных учебников по психоанализу, особый интерес представляет работа Томэ и Кэхеле "Современный психоанализ" [50]. В нем упоминается первичное интервью в связи с понятием "участвующий наблюдатель", и делается акцент на взаимоотношениях. В своей главе по первичному интервью Томэ и Кэхеле выделяют и цитируют ряд других авторов:

Дейч - за интеграцию сбора анамнеза в ходе интервью с методом свободного ассоциирования (метод ассоциативного анамнеза),

Гилл, Ньюмэн и Редлих, они дали определение техники психодинамического интервью,

М. и Е. Балинты - представили акцентирование развития отношений "терапевт-клиент" в ситуации "здесь и теперь",

Аргеландера - теория переноса в начальном интервью,

О. Кернберг - связывание личной истории клиента и его общее психическое функционирование с взаимодействием клиента и терапевта, прояснение интеграции и диффузии идентичности.

Г.С. Салливан - представил технику динамического интервью.

# ***Заключение***

Изучив специальную психологическую и методическую литературу по проблеме исследования, мы представили теоретико-методологические аспекты психоаналитической диагностики личности в таких научных исследованиях.

Представили психоаналитическое представление об уровнях развития организации личности: невротической, пограничной психотической с описанием присущими каждому уровню типами страхов и защит.

В работе мы проанализировали аспекты диагностического исследования личности в психоанализе и рассмотрели три формы терапии в зависимости от глубины расстройства: психоанализ, экспрессивная психотерапия и поддерживающая психотерапия. Психоанализ признается эффективным для клиентов с невротической личностной организацией, тогда как экспрессивная психотерапия показана при пограничных расстройствах, а поддерживающая терапия - при психотической организации личности.

В работе нами выделены современные методы диагностики в психоаналитическом консультировании (качественные и количественные). Проведя теоретический анализ современных учебников по психоанализу, рассмотрели вопрос применения психоаналитической диагностики личности в первичном интервью. Рассмотрели процесс первичного интервью у таких исследователей как:

Дейч - представил метод ассоциативного анамнеза, он выступает за интеграцию сбора анамнеза в ходе интервью с методом свободного ассоциирования,

Гилл, Ньюмэн и Редлих, они дали определение техники психодинамического интервью,

М. и Е. Балинты - представили акцентирование развития отношений "терапевт-клиент" в ситуации "здесь и теперь",

Аргеландер - теория переноса в начальном интервью,

О. Кернберг - связывание личной истории клиента и его общее психическое функционирование с взаимодействием клиента и терапевта, прояснение интеграции и диффузии идентичности.

Г.С. Салливан - представил технику динамического интервью.

По итогам курсовой работы отметим, что с помощью описательного и аналитического методов работы мы достигли цели исследования, провели изучение аспектов диагностики личности в психоаналитических теориях и представили структурированный анализ предмета и объекта исследования.

# ***Библиография***

1. Гринсон P.P. Техника и практика психоанализа.  Воронеж: МОДЭК, 1994.

2. Гротьян М. Фрейдовские классические случаи - дальнейшая судьбаклиентов // Энциклопедия глубинной психологии. Т.1 - М., 1998.

. Жибо А. Настроенность и интерпретация на ранних стадиях анализа: работа "локоть к локтю" // Психоаналитический вестник. - № 1, 2009.

. Калина Н.Ф. Основы психоанализа.  М: Издво "Рефл-бук". 2001.

. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. - М., 1997.

. Кернберг О. Пограничная организация личности // Антология современного психоанализа. - М., 2000.

. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. - Минск, 1997.

. Кохут Х. - Психоаналитическое лечение нарциссическихрасстройств личности: опыт систематического подхода // Антология современного психоанализа - М., 2000.

. Кохут Х. Интроспекция, эмпатия и психоанализ: исследование взаимоотношений между способом наблюдения и теорией / Антология современного психоанализа. Т.1. - М.: 2000.

. Куттер П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов. - СПб. Б.С.К., 1997.

11. Кэхеле Х. Может ли "просто несчастье" быть целью психоаналитического лечения // Московский психотерапевтический журнал <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%B6%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB>. - 1996. - № 2.

. Ложкин А.И., Смирнов А.В. Методы глубинной психологической диагностики личности: Учебное пособие / Уральский юридический институт МВД России. - Екатеринбург, 2003.

. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. - М.: Независимая фирма "Класс", 2006.

. Малер М., Пайн Ф., Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация. М.: Библиотека психоанализа, 2011.

. Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру. Критич. очерк экзистенциального психоанализа.  М.: Политиздат, 1985.

. Руткевич А.М. Психоанализ. Истоки и первые этапы развития (курс лекций).  М.: Форум, 2007.

. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии.  СПб: Ювента, 1999.

. Сандлер Д. Дэр.К., Холдер А. Клиент и психоаналитик. Основы психоаналитического процесса. - М., 1997.

. Столороу Р., Брандшафт Б., Атвуд Дж. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход.  М.: Когито-Центр, 2002.

. Столороу Р., Этвуд Дж. Психоаналитическая феноменология сновидения // Современная теория сновидений. Сборник.  М.: Рефл-Бук, 1999.

. Стоун М. Клиническое руководство по психотерапии клиентов с пограничными расстройствами личности // Психоаналитический вестник. - М. - 1999. - № 2 (8).

. Тайсон Ф., Тайсон Л. Психоаналитические концепции развития. - М., 1998.

. Томэ X., Кэхеле X. Современный психоанализ.  М., 1996.

. ТомэХ., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т.2. Практика: / Общ. ред. А.В. Казанской. - М.: Издательская группа "Прогресс", 1996.

. ТомэХ. <http://de.wikipedia.org/wiki/Helmut\_Thom%C3%A4>, Кэхеле Х. Как мы работаем и пишем вдвоём // Московский психотерапевтический журнал <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%B6%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB>. - 1997. - № 4.

. ТомэХ., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т.1. Теория: / Общ. ред. А.В. Казанской. - М.: Издательская группа "Прогресс", 1996.

. ТомэХ. <http://de.wikipedia.org/wiki/Helmut\_Thom%C3%A4>, Кэхеле Х. Перенос и взаимоотношения в психоаналитической терапии // Московский психотерапевтический журнал <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%B6%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB>. - 1993. - № 4.

. Тэхкэ В. Психика и её лечение: психоаналитический подход. - М., 2001.

. Ференци Ш. Теория и практика психоанализа. - М., 2000.

. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Т1. Т.2 - М., 1999.

. Фрейд З. Анализ конечный и бесконечный // Психоанализ в развитии. - Екатеринбург, 1998.

. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции.  М.: Сфера, 2011.

. Фрейд З. Из истории одного детского невроза // Психоанализ и детские неврозы. - Спб. 1997.

. Фрейд З. К вопросу о динамике переноса // Основные принципы психоанализа. - М., 1998.

. Фрейд З. Некоторые замечания относительно понятия бессознательного в психоанализе // З. Фрейд, психоанализ и русская мысль. - М., 1994.

. Фрейд З. О нарциссизме // Психоанализ и теория сексуальности. - Спб, 1998.

. Фрейд З. Основные принципы психоанализа. - Мн.: ООО "Попурри", 2000.

. Фрейд З. Советы терапевту при психоаналитическом лечении // Основные принципы психоанализа. - М., 1998.

. Фрейджер Р., Фэйдимен Д. Теории личности и личностный рост / Роберт Фрейджер, Джеймс Фэйдимен,  СПб.: "Питер", 2002.

. Хайманн П. О контрпереносе // Антология современного психоанализа. - М., 2000.

. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). - СПб. Питер Пресс, 1997.

. Шпиц Р. Первый год жизни. - М.: Геррус, 2000.

. Шпиц Р., Коблинер В.Г. Первый год жизни. Психоаналитическое исследование нормального и отклоняющегося развития объектных отношений. - М., 2000.

. Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Питер, 2000.

45. Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in light of mental disorders. In Selected papers on psycho-analysis. London: Hogarth Press, 1927.

. Adler, A. (1927). Understanding human nature. Garden City, NY: Garden City Publishing.

. Adler, G. (1972). Hospital management of borderline patients and its relationship to psychotherapy. In P. Hartcollis (Ed.), Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient. New York: International Universities Press.

. Adler, G. (1973). Hospital treatment of borderline patients. American Journal of Psychiatry.

49. American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

. American Psychiatric Association. (1993, March 1). DSM-1V draft criteria. Washington, DC: Author.