

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**  
**ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева»**  
**(КГПУ им. В.П. Астафьева)**  
Факультет начальных классов  
Кафедра педагогики и психологии начального образования

**Бородин Максим Юрьевич**  
**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

Тема: **Психологическое консультирование в русле психоаналитической психотерапии в работе с истерией (на примере клинического случая)**

Направление подготовки: 44.04.02. Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы: Мастерство психологического консультирования

**ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ**

Зав. кафедрой  
канд. психол. наук, доцент  
Мосина Н. А.

13.06.21 Мосина  
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы  
канд. психол. наук, доцент  
Сафонова М. В.

13.06.21 Мосина  
(дата, подпись)

Научный руководитель  
канд. психол. наук, доцент  
Гордиенко Е. В.

13.06.2021 Г  
(дата, подпись)

Дата защиты 22.06.2021

Обучающийся  
Бородин М.Ю. Б. М.  
(фамилия, инициалы) (дата, подпись)

Оценка

отлично  
(прописью)

Красноярск, 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>РЕФЕРАТ</b> .....	3
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	9
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ С ИСТЕРИЕЙ</b> .....	13
1.1. Сущность истерии в психологии и психоанализе .....	13
1.2. Психоанализ как теория и метод лечения.....	21
1.3. Современные представления об использовании психоанализа в психологическом консультировании.....	30
Выводы по Главе 1 .....	37
<b>ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ИСТЕРИЧЕСКИМ ТИПОМ ЛИЧНОСТИ</b> .....	39
2.1. Методическая организация исследования .....	39
2.2. Обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	47
2.3. Анализ формирующего эксперимента .....	54
Выводы по главе 2.....	64
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	66
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ</b> .....	69
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	75

## Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, направленность «Мастерство психологического консультирования» и теме «Психологическое консультирование в русле психоаналитической психотерапии в работе с истерией (на примере клинического случая)».

Объем – 93 страницы, включая 4 рисунка и 3 таблицы.

Количество использованных источников – 77.

Цель научного исследования: разработать и апробировать программу психологического консультирования в рамках психоаналитической терапии в работе с истерией.

Объект исследования — процесс снижения истерической симптоматики

Предмет исследования — процесс психологического консультирования как средство снижения истерической симптоматики

Гипотеза: мы предполагаем, что психологическое консультирование в русле психоаналитической психотерапии клиентов с истерическим расстройством будет успешным, если:

- 1) будет соблюдаться регулярность индивидуальных встреч;
- 2) в процессе работы использовать авторский атрибут-психоаналитический мобиль, который позволяет регрессировать клиенту, что обеспечивает более быстрый доступ к бессознательному содержанию клиента.

Теоретико-методологические основания исследования:

- психоаналитическая теория защитных механизмов (З. Фрейд, А. Фрейд, Р. Гринсон, Дж. Блюм);

- психоаналитические теории развития (З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн, К. Хорни);

- исследование истерии (З. Фрейд, Е. Брейер, А. Якубик, В.Я. Семке).

Методы исследования:

1. Теоретические – анализ психологической, психолого-педагогической и тематической литературы по теме исследования; обобщение практического опыта по работе психологов с истерическими пациентами.

2. Эмпирические – наблюдение, опрос, тестирование, эксперимент (индивидуальное консультирование);

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился в ходе проведения индивидуальных консультаций на базе кабинета психолога. В нем принимали участие 10 человек в возрасте от 20 до 40 лет.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для создания авторской альтернативы в психологической и психоаналитической работе с истерическими пациентами.

Практическая значимость заключается в том, что полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе психологов с психоаналитической ориентацией и психоаналитиков в области индивидуального консультирования.

Структура диссертации: описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованных источников и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описана сущность истерии в психологии и психоанализе, особенности истерии, психоанализ как теория и метод лечения и современные представления об использовании психоанализа как метода лечения.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по психологическому консультированию в русле психоаналитической психотерапии в работе с истерией. Методическая организация исследования и

обсуждение результатов констатирующего эксперимента. Организация и проведение формирующего эксперимента. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение. Выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования.

## **Abstract**

Thesis for a master's degree in the field of preparation 44.04.02 Psychological and pedagogical education, focus "Mastery of psychological counseling" and the topic "Psychological counseling in the mainstream of psychoanalytic psychotherapy in working with hysteria (on the example of a clinical case)."

The volume is 93 pages, including 4 figures and 3 tables.

Number of sources used – 77.

The purpose of the research: to develop and test a psychological counseling program in the framework of psychoanalytic therapy in working with hysteria.

**Research object** - The process of reducing hysterical symptoms

**Subject of research** - The process of psychoanalytic counseling as a means of reducing hysterical symptoms

**The research hypothesis:** We assume that psychological counseling in the mainstream of psychoanalytic psychotherapy for clients with hysterical disorder will be successful if:

1. The regularity of individual meetings will be respected;
2. In the process of work, use the author's attribute-psychoanalytic mobile, which allows the client to regress, which provides faster access to the client's unconscious content

### **Theoretical and methodological foundations of the study:**

- Psychoanalytic theory of defense mechanisms (Z. Freud, A. Freud, R. Greenson, J. Blum)
- Psychoanalytic theories of development (S. Freud, A. Freud, M. Klein, K. Horney)
- Research on hysteria (Z. Freud, E. Breuer, A. Jakubik, V.Ya. Semke)

### **Research methods:**

1. Theoretical – analysis of psychological, psychological, pedagogical and thematic literature on the research topic; generalization of practical experience in the work of psychologists with hysterical patients;

2. Empirical – observation, survey, testing, experiment (individual counseling);

**Experimental base of the research:** the experiment was carried out during individual consultations on the basis of a psychologist's office. It was attended by 10 people aged 20 to 40 years.

**Theoretical significance:** The theoretical significance of the research lies in the fact that the results obtained by the author in the course of the research will become the basis for creating the author's alternative in psychological and psychoanalytic work with hysterical patients.

**Practical significance:**

The practical significance of the study is that the theoretical and practical material obtained can be used in the work of psychologists with psychoanalytic orientation and psychoanalysts in the field of individual counseling.

**Dissertation structure:**

The description of the presented research includes an introduction, two chapters, a conclusion, a list of literature sources and applications.

The Introduction discusses the relevance of the work, the goals and objectives of the research, scientific novelty, scientific and practical significance of the dissertation, formulates the provisions for defense, and also provides a list of works in which the results of this research are published. The content of the thesis is briefly presented

**Chapter 1** describes the essence of hysteria in psychology and psychoanalysis, features of hysteria, psychoanalysis as a theory and method of treatment and modern ideas about the use of psychoanalysis as a method of treatment.

**Chapter 2** presents an experimental study of counseling counseling within the framework of psychoanalytic psychotherapy in dealing with hysteria. Methodical organization of the research and discussion of the results of the ascertaining experiment. Organization and implementation of a formative experiment. Results of the formative experiment and their discussion. Conclusions.

**In the conclusion**, the main results of the dissertation are formulated.

**The appendices** contain tables containing data on the results of the study, as well as the results of mathematical data processing and summaries of consultations.

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. По данным Минздрава на период 2012 г., на первом месте, в списке самых распространенных психических расстройствах у россиян оказались расстройства не психотического характера, которые диагностированы у 2 000 647 пациентов (в 2012 году — у 2 090 683 человек).

При не психотических расстройствах пациент, в целом, адекватно оценивает окружающую обстановку, стремится соответствовать социально принятым нормам, может отдавать себе отчет в том, что болен. К ним относятся, в частности, депрессивные, маниакальные и невротические расстройства.

Такие заболевания нередко связаны с психотравмирующими обстоятельствами и личностными характеристиками больного.

Эти данные представлены на период 2012 г., времени, когда жизнь протекала немного медленнее. Технологический прогресс не был столь стремителен как в современное время, что увеличило количество стрессогенных факторов, оказывающих влияние на человека.

Основываясь на вышесказанном становится очевидным актуальность психологического, а вместе с тем и соматического, здоровья населения. Помимо медикаментозного вмешательства в соматическую симптоматику пациента рекомендуется проходить курс психотерапии, дабы оказать целительное влияние на корень проблемы.

Актуальность выбранной темы в современной психологической и психоаналитической науке стала основополагающим фактором в выборе темы исследования: «Психологическое консультирование в русле психоаналитической психотерапии в работе с истерией (на примере клинического случая)».

Целительную силу слова люди воспринимали еще с древних времен, когда не было самого понятия «терапия», не было понятий «пациент» или

«диагноз». Люди интуитивно чувствовали, что при правильно выстроенном диалоге, целительные потоки внутренней энергии помогут человеку снять с плеч гнетущий груз и расстаться с душевной болью. Помимо слова древние целители, знахари, шаманы, маги и т.п. обращали внимание на такие явления как сновидения. Такие исторические факты были описаны в древних письменных источниках, указывавших на то, что уже в Древнем Египте, Вавилоне, Индии, Китае и Греции присутствовали люди имеющие отношения к тем или иным формам психотерапии. Так, в древней Греции существовал обычай целительного сна в священном храме. Считалось, что сон есть средство общения с богом, благодаря странствующей душе. Раз душа, общаясь с богом, приносит с собой образы в виде сновидений, значит они могут быть расшифрованы.

Как сон, целительным свойством обладало и слово. Благодаря словам осуществлялись заговоры порч, привороты и отвороты. Люди верили в то, что шаманы, благодаря общению с духами, могли влиять на изменение погоды. В общем, к слову относились крайне уважительно.

Учитывая то, что психоанализ вобрал в себя и приумножил те терапевтические инструменты, что были описаны выше, становится неудивительным то, что он оказался эффективным в работе с истерическими пациентами. Ведь вербальное отреагирование своих чувств, фантазий и влечений позволяет значительно снизить стрессовое давление на психику пациента.

Помимо того, что истерическая личность может страдать не психотическими расстройствами, формирование истерического расстройства личности тоже имеет под собой ряд стрессовых ситуаций, которые оказывают влияние, в первую очередь, на родителей, через которых они транслируются для ребенка.

Цель исследования — разработать и апробировать программу психологического консультирования в рамках психоаналитической терапии в работе с истерией.

Объект исследования — процесс снижения истерической симптоматики  
Предмет исследования — процесс психоаналитического консультирования как средство снижения истерической симптоматики.

Гипотеза: мы предполагаем, что психологическое консультирование в русле психоаналитической психотерапии клиентов с истерическим расстройством будет успешным, если:

- 1) будет соблюдаться регулярность индивидуальных встреч;
- 2) в процессе работы использовать авторский атрибут – психоаналитический мобиль, который позволяет регрессировать клиенту, что обеспечивает более быстрый доступ к бессознательному содержанию клиента

Задачи исследования:

1. Проанализировать научную литературу по проблеме исследования.
2. Определить критерии истерической личности и подобрать диагностический инструментарий.
3. Провести констатирующий эксперимент и обсудить полученные результаты.
4. Разработать и апробировать программу психологического консультирования в русле психоаналитической психотерапии.
5. Проанализировать результаты формирующего эксперимента.

База исследования: эксперимент осуществлялся в ходе проведения индивидуальных консультаций на базе кабинета психолога. В нем принимали участие 10 человек в возрасте от 20 до 40 лет.

Методы исследования:

1. Теоретические – анализ психологической, психолого-педагогической и тематической литературы по теме исследования; обобщение практического опыта по работе психологов с истерическими пациентами;
2. Эмпирические – наблюдение, опрос, тестирование, эксперимент (индивидуальное консультирование);

Структура диссертации состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка используемых источников, приложения.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ С ИСТЕРИЕЙ

## 1.1. Сущность истерии в психологии и психоанализе

Перед тем, как начать разбор самого понятия «истерия», нам видится рациональным, путь изучения этого понятия с его истории, с того момента, как оно появилось, какую роль в психической жизни оно играет и к какой психической структуре относится.

Исторически сложилось так, что явление истерии как диагноза было описано еще в древней Греции Гиппократом. Однако первое описание истерии встречается в Кахунском медицинском папирусе 1950 года до нашей эры в Древнем Египте. Сам термин истерия переводится как «матка» и первоначально употреблялся в описании специфических расстройств самочувствия и поведения у женщин, причиной которых считалось блуждание матки по организму.

В свое время Платон, современник Гиппократа, описывает явление, при котором матка женщины, в виду отсутствия возможности зачать, впадает в «бешенство» и блуждает по организму. В то время анатомия, физиология и психиатрия переживали развитие и становление научной мысли. Благодаря чему идея о перемещении матки по организму казалась естественной. Отталкиваясь из этой идеи, симптоматика истерии объяснялась примыканием матки к органу, который в последствии этого процесса приобретал патологические проявления.

Исходя из данных представлений о природе истерии, считалось, что это исключительно женское заболевание.

Опираясь на толковый медицинский словарь, становится ясно, что на данный момент истерия – устаревший диагноз [7]. Сейчас он частично соответствует ряду психических расстройств лёгкой и средней степени тяжести.

В настоящее время различные проявления истерии включены в группы панических расстройств, диссоциативных (конверсионных) психических расстройств, истерического расстройства личности.

Как мы уже обсуждали ранее, исторически сложилось так, что явление истерии было замечено еще задолго до З. Фрейда который буквально построил новый метод лечения психологического дискомфорта вокруг истерии.

На смену античному времени пришло средневековье, во времена которого истерики, которыми считались преимущественно женщины, воспринимались как ведьмы. Ведущим методом исцеления, которых, в то время, являлось сожжение на костре.

В последующем ученый эпохи Возрождения Парацельс доказал, что истерия относится к душевным заболеваниям и не имеет демонической природы. Методами лечения истерии стали пиявки и банки, которые ставили на низ живота. Также одним из методов лечения являлся наружный и проникающий массаж половых органов. Эта процедура обосновывалась восприятием болезни, ее связывали с сексуальной неудовлетворенностью, поэтому пациенткам назначался ежедневный тазовый массаж. Это был весьма выгодный диагноз, поскольку каждый оздоровительный сеанс массажа оплачивался.

Различные ученые пытались основать свои методы истерии, однако ключевую роль в этой области сыграл Жан Мартен Шарко (1825-1895) - французский врач-психиатр. Он выделил множественный склероз, расширил понимание полиомиелита и основал науку неврологию. Однако основная область его исследований – это истерия. В последующем он произведет яркое впечатление на З. Фрейда и станет его учителем.

Исследование истерии привели Ж. Шарко к созданию одного из способов лечения истерии. Он заключался в направлении сильнейшей струи воды на истерических пациентов, создавая эффект очень плотного массажа. Такой душ, по мнению автора, повышает тонус мышц, улучшает

кровообращение, снижает вес и снимает напряжение. Такой способ получил название «душ Шарко» в честь своего автора.

Также Ж. Шарко применял к своим пациентам гипноз и демонстрировал студентам истерические симптомы, которые он внушал пациентам. После окончания гипнотического транса пациент действительно демонстрировал проявление паралича или судороги. Позже пациент вновь вводился в состояние гипнотического транса, в котором Ж. Шарко внушал ему отсутствие этих симптомов, после чего симптомы исчезали.

Ж. Шарко совершил революцию в этой сфере. Истерия, известная с незапамятных времен, веками рассматривалась как выражение «чисто женского безумия», теперь же это объявлялось «неврозом», функциональной болезнью наследственного происхождения. Вместе с тем Ж. Шарко показал, что ей подвержены и мужчины.

К сожалению, он так и не отошел от главенствования наследственного фактора возникновения истерии. По мнению А.В. Левчук, для Ж. Шарко, как и для большинства неврологов того времени, истерия подразумевала патологическую конституцию, обусловленную дегенеративной семейной наследственностью. Похожие размышления окружали и гипноз – считалось, что он оказывает воздействие только на людей с конституциональной «истерической» предрасположенностью. Если кого-то удавалось загипнотизировать, это доказывало, что он был «истеричен». «Истерики» рождались с «дегенеративной» конституцией, которая делала их склонными к гипнотическим состояниям. «Здоровые» люди не поддавались гипнозу [65].

Безусловно, такие чудеса и статус наставника впечатляли студентов, и З. Фрейд был в их числе. Эксперименты Ж. Шарко привели к еще одному важному открытию, которое сыграло роль в создании психоанализа З. Фрейда. Открытие заключалось в том, что истерические симптомы были вызваны идеями или представлениями, о которых пациент не подозревал. Под симптоматикой кроется что-то, что порождает сам симптом и эта детерминанта скрыта от сознания человека. Этот факт указывал на

существование бессознательной психической жизни. Если истерические симптомы вызваны представлениями, и если человек не осознает этих представлений, то они должны, где-то находиться. Значит, существует какая-то часть психики, которая скрыта от нашего сознания.

Но формирование психоанализа произойдет позже. Сначала З. Фрейд «привезет» свои впечатления со стажировки в Париже из клиники Сальпетриер, в которой он и познакомился с трудами Ж. Шарко.

Следует отметить, что после стажировки в Париже З. Фрейд продолжает изучать истерию и трудиться совместно с Й. Брейером над одним очень интересным случаем истерии [54]. В основу его терапии ложиться гипноз, однако позже клиентка отказывается от такого инструмента работы, поскольку истерические симптомы в последующем все равно возвращались либо же приобретали другую форму.

Позже З. Фрейд применяет в работе катартический метод, изобретателем которого является Й. Брейер, суть которого заключался в проговаривании и переживании травматического момента, положенного в основу истерической симптоматики. Позже и от этого метода З. Фрейд отказывается, заменив его методом свободных ассоциаций. По мнению З. Фрейда, простого проговаривания недостаточно для того чтобы разрешить проблему истерического пациента. Такое решение обосновывается психоаналитическим пониманием симптома, в его широком смысле.

В психоаналитическом понимании симптом является неким компромиссом между влечением и требованиями Супер-Эго. В результате чего возникает симптом, который метафорически отражает сущность конфликта.

Об этом весьма емко высказался Эрнст Крачмен в своей работе «Об истерии»: истерия есть форма реакции. Гош уже в 1902 г. высказал, что истерия является не картиной болезни, но особой формой психической диспозиции, и дальше формулировал мысль, что при достаточной силе переживания всякий человек способен на истерию. С полной ясностью эта

точка зрения разработана Гауппом в его утверждении: «Истерия есть аномальный вид реакции на требования, предъявляемые жизнью». Еще до этого признания психологи стали постепенно убеждаться в том, что истерия даже в ее соматических формах проявления есть нечто психическое, обусловленное аффектом и суггестивной идеей, нечто психогенное: истерия есть психическая форма реакции [27].

Также, Жаклин Шафер в своей статье «Истерия: кризис либидо в связи с дифференциацией полов» дает истерии следующее описание: «Истерия — это состояние перманентного восприятия постоянного натиска сексуального влечения и насилия, направляемого им на Я, а также на интроецированные объекты» [76].

Этот конфликт, как было сказано ранее, присутствует в неосознаваемой части психики пациента, доступ к которому могут обеспечить свободные ассоциации.

В работе «Исследование истерии» З. Фрейд предполагает существование у истерического пациента некоего травматического воспоминания, отражающего травматическую ситуацию сексуального характера [52]. Эта точка зрения заключалась в том, что в детстве истерический пациент подвергался сексуальному насилию со стороны близких родственников.

Однако позже З. Фрейд отказывается от этой точки зрения, поскольку сомневается в истинности произошедших с пациентом событий, приходя к пониманию того, что травматические воспоминания носят фантазийный характер. В дальнейшем и эта точка зрения подвергается критике и теорию травмы сменяет теория конфликтов.

Однако, большая медицинская энциклопедия придерживается травматической теории и по сей день, описывая истерию как: «разновидность психогений, возникающая в связи с психотравмирующей обстановкой у лиц с особым складом характера (истерический характер) и у здоровых ранее людей в тяжелых психотравмирующих условиях» [63].

Сам З. Фрейд говорил о двух типах истерического невроза. Это конверсионная истерия, истерический невроз при котором возникают физические симптомы. Со времен З. Фрейда для обозначения истерических расстройств используют определение «конверсионный», что означает трансформацию психических проблем в телесные. Термин «конверсионный» вошел в последние классификации (DSM-III - IV, МКБ-10) и используется в качестве официального диагноза при наличии психогенных неврологических расстройств в рамках истерии. Термин «диссоциативный» был предложен Пьером Жане в 1912 для обозначения истерических расстройств. В последней международной классификации (МКБ-10) термин «диссоциативный» как синоним «конверсионного» используется для обозначения истерических неврологических расстройств [66].

Второй тип истерического невроза З. Фрейд назвал истерией страха, или же невроз тревоги. Большой психологический словарь дает следующее пояснение данного термина: подкласс тревожных расстройств, характеризующихся повторяющимися периодами интенсивной тревоги. Обычно в этот класс включают панические расстройства, общие тревожные расстройства и обсессивно-компульсивные расстройства [77]. Для более полного понимания приведем пример З. Фрейда из книги «Истерия и страх»: например, женщина, страдающая тревожным ожиданием, при каждом приступе кашля своего пораженного катаром мужа думает о гриппозной пневмонии и видит в окне проходящую мимо похоронную процессию. Когда по дороге домой она встречает двух людей, стоящих перед дверьми ее дома, то не может удержаться от мысли, что один из ее детей вывалился из окна; когда она слышит колокол, то это значит, что ей должны принести печальную весть, и т. п., хотя во всех этих случаях все же не содержится никакого особого повода к усилению простой возможности [71].

В настоящее время различные проявления истерии были отнесены к разным нозологическим группам.

Учитывая то, что современная психоаналитическая литература причисляет истерию к невротическим расстройствам, то нам стоит обсудить невротическую структуру личности. Но прежде, чем нам начать это обсуждение, следует описать сам термин «личностная структура».

Личностная структура — это целостное системное образование, совокупность социально значимых психических свойств, отношений и действий индивида, сложившихся в процессе онтогенеза и определяющих его поведение как поведение сознательного субъекта деятельности и общения [16].

Личностная структура представляет собой привычный способ гармонизации внутренних потребностей и внешнего мира. Личностная структура обуславливает привычные способы реагирования индивида на события внутреннего или же внешнего характера. Важно обратить внимание, что эти способы реагирования не являются для человека чем-то необычным, наоборот они являются эгосинтонными, т.е. они воспринимаются как естественные и не приносящие дискомфорта.

С точки зрения развития идеи о характерологической структуре, истерии присущ набор факторов, позволяющих расширить понимание данного расстройства и понять ее формирование. На формирование истерической личности влияют особенности ранних детско-родительских отношений, конституциональная предрасположенность т.е. возбудимый тип нервной системы и последний фактор указывает на повышенную активность влечений.

Чтобы более полно понимать фактор об активности влечений, обсудим его подробнее. Под повышенной активностью влечений, с точки зрения истерической личности, понимается повышение сексуальных влечений, что отсылает нас к историческому пониманию истерии. Сексуальная активность для истерика играет доминирующую жизненную роль.

Также, помимо описанных выше факторов, стоит обратиться к такому психоаналитическому понятию как фиксация.

Фиксация – это особенно тесная привязанность влечения к объекту [16].

В психоаналитической литературе истерическую личность связывают с оральной фиксацией. Согласно таким представлениям у истерической личности в период оральной стадии произошло травматическое событие или же субъективно воспринимаемое как травматическое в опыте взаимоотношений с материнским объектом. После этого события произошла фиксация, благодаря которой сформировались черты истерической личности [12].

Помимо оральной стадии развития на формирование истерических черт личности влияет эдипальный период. Этот период характеризуется генитальной сексуальностью и плотно связан с оральной стадией развития.

Продолжая расширять представления об истерической личности, стоит отметить ее чрезмерную реактивность т.е. быстрая реакция на внутренний или внешний стимул. Склонность к манипулированию, зависимости и сексуально провоцирующему поведению.

На основе рассмотренных характеристик истерической структуры личности, мы можем сделать вывод о том, что помимо генетически обусловленных факторов на формирование истерической структуры влияет взаимоотношения ребенка с материнским объектом. Склонность к манипулированию и зависимости является следствием отношений матери и ребенка, модель которых в последствии разыгрывается в других отношениях.

Таким образом, на основе рассмотренного материала можем сделать вывод о том, что истерический невроз и истерическая личность — это разные понятия. Истерический невроз, как заболевание, может возникнуть у людей с различной личностной структурой. К тому же термин истерический невроз устарел и более не используется в постановке диагноза. Люди с истерическим расстройством личности характеризуются высоким уровнем тревоги, напряженности и реактивности — особенно это касается межличностного плана. Людям с истерическим расстройством личности редко удается выстроить счастливые личные отношения. Родные и близкие становятся свидетелями неадекватного поведения, что влияет на социальные связи.

Причиной формирования истерического расстройства личности могут стать как генетическая предрасположенность, так и неблагоприятные условия в детстве, а также стрессовые ситуации. Современная психоаналитическая терапия предполагает, что какой бы ни была причина формирования истерического типа личности клиента, его возможно адаптировать к более высокому уровню социального взаимодействия.

## **1.2. Психоанализ как теория и метод лечения**

Перед тем, как мы начнем обсуждать психоанализ как метод лечения, нам следует учесть ход развития этого направления в психологии. Исторически сложилось так, что психоанализ сформировался не сразу. Как и его автор, этот метод претерпевал изменения, переосмысливался и формировался на ошибках. Его теория не исключение.

Параграфом ранее мы обсудили, что З. Фрейд отказался от гипноза по причине малой эффективности в работе с истерией. Однако отказавшись от гипноза, З. Фрейд сохранил элемент суггестивной техники, он надавливал своей рукой на лоб пациента и задавал различные вопросы касательно его болезни.

На одном из таких сеансов пациентка возмутилась тем, что ее расспрашивают вместо того, чтобы послушать то, о чем она бы хотела поговорить. Это желание не осталось без внимания З. Фрейда, и он перешел к методу свободных ассоциаций.

Однако и на этом сложности психоаналитика не закончились. Довольно быстро З. Фрейд обнаружил, что ассоциации далеко не всегда были столь уж свободными. Рано или поздно процесс ассоциаций наталкивался на барьер, дальше которого пациенты не могли или не хотели пойти. По мнению З. Фрейда, подобное сопротивление свидетельствовало о том, что терапевт имеет дело с воспоминаниями, которых пациент стыдится, или по отношению, к которым испытывает отвращение. В данном случае сопротивление является

формой защиты сознания от слишком болезненных переживаний. Собственно, появление боли свидетельствует о том, что анализ вплотную подошел к подлинному источнику расстройства и нужно продолжать искать иные пути движения в этом направлении.

Открытие З. Фрейдом феномена сопротивления привело его к формулировке одного из важнейших принципов психоанализа — принципа вытеснения.

Принцип вытеснения – это один из видов защиты психологической — процесс, в результате которого неприемлемые для индивида мысли, воспоминания, влечения, переживания изгоняются из сознания и переводятся в сферу бессознательного, продолжая влиять на поведение индивида и переживаясь им как тревоги, страхи и пр. Согласно З. Фрейду — процесс и механизм, сущность которых — удаление и отстранение от сознания некоего содержания, а также — недопущение влечения до осознания [16].

Так, в опубликованной совместно с Й. Брейером работе «Исследование истерии» (1895) он высказал предположение, что не расположенная со стороны Я какая-то психическая сила первоначально вытесняет патогенное представление из ассоциации, а впоследствии препятствует его возвращению в воспоминание [54].

В «Толковании сновидений» он развил эту мысль: основным условием вытеснения (оттеснения) является наличие детского комплекса; процесс вытеснения касается сексуальных желаний человека из периода детства; вытеснению легче подвергается воспоминание, а не восприятие; вначале вытеснение целесообразно, но в конце концов оно превращается в пагубный отказ от психического господства [56].

Также З. Фрейд обнаружил, что одним из важных условий успешности лечения неврозов было установление близких личных отношений между врачом и пациентом. И здесь мы касаемся одной из важнейших идей психоанализа, которая является технической основой процесса терапии, это идея трансфера.

Исторически сложилось так, что явление трансфера было замечено З. Фрейдом еще задолго до возникновения его главного детища, метода психоанализа. Впервые З. Фрейд отметил трансфер благодаря известному и описанному случаю с пациенткой Анной О. В то время З. Фрейд совместно с Й. Брейером работали над одним очень интересным случаем истерии, который впоследствии и пролил свет на явление трансфера [54].

Отмечая определенные закономерности, З. Фрейд озвучивает догадку о том, что резкие изменения самочувствия Анны О. связаны с особым отношением пациентки к Брейеру. С этого момента возникает идея трансфера, что понималось как отношение между пациентом и терапевтом.

Со временем «трансфер» характеризовался, как применяемый в психоанализе З. Фрейда термин, означающий перенос на психотерапевта эмоционального отношения клиента к значимым для него людям – отцу, матер и пр.

Поэтому терапия становится как бы макетом системы отношений родитель-ребенок. И в силу закрепленной в памяти специфической роли значимого взрослого, эти отношения, становятся управляемыми. В виду этого истолкования, которые дает терапевт поступкам, чувствам и переживаниям пациента, в силу все тех же отношений, становятся приемлемым.

Изначально, З. Фрейд не уточняет, есть ли различие между понятием «трансфер» и «перенос». Тем не менее, уже в этот период он отмечал, что в основе этого лежат отношения, которые должны правильно развиваться и постоянно регулироваться, чтобы они могли быть безболезненно для пациента прерваны по завершении терапии. Отсюда формируется одно из первых основных правил еще не существующего психоанализа, требование максимальной сдержанности терапевта при общении с пациентом. Позднее это требование переросло в один из основополагающих принципов метода Фрейда – «принцип психоаналитической нейтральности».

В словаре по психоанализу Ж. Лапланш и Ж.Б. Понталис описывают трансфер или проекцию (в переводе с греческого бросание от себя, бросание вперед) следующим образом:

I. В широком смысле слова – смещение неврологического или психологического явления вовне, переход либо от центра к периферии, либо от субъекта к объекту.

II. В собственно психоаналитическом смысле – операция выделения и локализации в другом лице или вещи тех качеств, чувств, желаний – короче, тех “объектов”, которые в себе субъект не признает или отвергает в себе самом [74].

Трансфер или невроз переноса, тоже своего рода защита и в целом речь пойдет о защите от внутренних влечений и от представлений, относящихся к влечению, которые являются внутренним раздражителем, что увеличивает уровень возбуждения в организме и является неприемлемым для Эго. Также неприятные аффекты подразумеваются как сигнал к защите. Сам процесс защиты осуществляется механизмами защиты, в большей или меньшей степени интегрированными в Я. Однако, несмотря на свои положительные защитные свойства, роль защиты может приобрести навязчивый характер. Безусловно проявляющий себя, отчасти бессознательно.

Итак, понятие трансфера относится к числу защитных механизмов, которые защищают Эго от действия влечения и раздражения. Однако сами понятия влечение и раздражение тесно связаны, поскольку влечение и есть форма раздражения для психического. Но единственным раздражителем влечение не является. Влечение является внутренним раздражителем, направленным на внешнюю среду. Однако существуют еще и внешние раздражители, которые воздействуют на организм из окружающей среды. Например, громкий звук, повышенная температура воздуха и т.д. Все же раздражение влечения и внешнего стимула не идентично. Стимул из внешней среды существует здесь и сейчас, соответственно от него, возможно, избавится бегством. К примеру, если льет холодный дождь и его капли раздражают нашу

кожу, то мы всегда можем скрыться в здании или под зонтом. С раздражением, возникшим в результате влечения все сложнее. Поскольку от него не скроешься и не убежишь. Это раздражение находится внутри и у него есть два пути. Либо влечение достигнет разрядки с помощью объекта, на который оно направлено, либо объект вытесняется, а влечение ищет ему замену. Однако к тому, какую роль играет трансфер как защитный механизм, мы вернемся позже. Поскольку мы хотели бы затронуть исторический аспект более широкого понятия – защиты как таковой.

Первое упоминание термина «защита» появилось в 1984 г. в работе З. Фрейда, который впоследствии был актуален для описания борьбы Эго против болезненных или невыносимых мыслей и аффектов. Позже термин был заменен на термин «вытеснение».

Однако отношение между двумя понятиями оставалось неоднозначным. В 1926 г. З. Фрейд в приложении к работе «Торможение, симптом и страх» возвращается к старому понятию защиты, утверждая, что его применение имеет свои преимущества, а вытеснение обретает статус «особого метода защиты». Также З. Фрейд высказывает предположение о наличии тесной связи «между конкретными формами защиты и конкретными заболеваниями, как, например, между вытеснением и истерией» [67].

Подтверждая это, в своей работе «Техника и практика психоанализа» Р. Гринсон пишет: «Клинический опыт учит нас, что определенные диагностические объекты должны использовать специальные типы защит и, следовательно, что частные сопротивления будут преобладать в курсе анализа. Истерия – регрессия и изолированные реактивные формации» [17].

Основная функция защитных механизмов – предохранение Я. Как писала А. Фрейд (1936), «Все способы защиты, открытые анализом, служат единственной цели – помочь Я в его борьбе с инстинктивной жизнью».

Побудителями защиты могут быть:

1) тревога, обусловленная увеличением инстинктивного напряжения;

- 2) тревога, вызванная нечистой совестью (угрозы Сверх-Я);
- 3) реальные опасности.

Понятие защиты подразумевает, что существование человеческого Эго находится под угрозой, идущим от Ид, Супер-Эго и внешнего мира. Следовательно, психика находится в состоянии постоянной готовности к обороне.

Несмотря на вышесказанное, современные аналитики считают термин «защита», во многих отношениях неудачным. Поскольку то, что у взрослых называется защитами, не что иное, как глобальные, адаптивные способы реагирования.

Выбор З. Фрейдом термина «защита» отражает два аспекта его мышления.

Во-первых, восхищаясь военными метафорами и стремясь внести свое творение в массы, З. Фрейд использовал аналогии, что является хорошим педагогическим методом для донесения информации. Во-вторых, когда З. Фрейд впервые столкнулся с наиболее впечатляющими примерами, он увидел эти процессы действующими в их защитной функции. Изначально его привлекали люди с эмоциональными нарушениями, с преобладанием истерических черт, люди, которые пытались таким образом избежать повторения предыдущего опыта, которое, как они опасались, могло принести им невыносимую боль. Каждый человек предпочитает определенные защиты, которые становятся неотъемлемой частью его индивидуального стиля борьбы с трудностями. Это предпочтительное автоматическое использование определенной защиты или набора защит является результатом сложного взаимодействия по меньшей мере четырех факторов:

- 1) врожденного темперамента;
- 2) природы стрессов, пережитых в раннем детстве;
- 3) защит, образцами для которых (а иногда и сознательными учителями) были родители или другие значимые фигуры;

4) усвоенных опытным путем последствий использования отдельных защит (на языке теории обучения – эффект подкрепления).

Стоит обратить внимание на то, что «защиту» тоже можно классифицировать в одну из двух категорий. Аналитическое общество пришло к соглашению, что защитные механизмы представляют собой более примитивные и защиты высшего порядка. Различают их по степени взаимодействия с внешним миром и внутренними границами. Защиты примитивные или низшего порядка классифицируют с точки зрения направленности их от Эго во внешний мир. В то время, как защиты высшего порядка направлены на границы внутреннего мира. Они взаимодействуют между Ид, Эго и Супер-Эго.

Аналитически ориентированные терапевты склонны рассматривать людей с истерическим расстройством личности как относящихся к невротическому диапазону, поскольку защиты, определяющие их личный опыт, считаются более зрелыми. Но существуют также истерические люди пограничного и психотического уровня, которые используют примитивные защиты.

Примитивные защиты действуют хаотично, во всем сенсорном пространстве индивида, синтезируя между собой когнитивные, аффективные и поведенческие элементы, в то время как защиты высшего порядка осуществляют метаморфозы чего-то одного, будь то мысли, чувства, ощущения. Тем не менее, концептуальное разделение более архаичных и более высокоорганизованных защит неоднозначно, поскольку некоторые теоретически более зрелые защиты, такие как соматизация, отреагирование, эротизация, могут действовать автоматически и недоступны модификации вторичными мыслительными процессами.

Однако с тех пор, как психоаналитики обратили внимание на действие примитивных форм проекции и интроекции у пограничных пациентов, в психоаналитической литературе стало общепринятым классифицировать изоляцию, отрицание, всемогущий контроль, идеализация и обесценивание,

проективная и интроективная идентификация, расщепление Эго как примитивные защиты.

Психоаналитическая литература описывает примитивные защиты, как нечто присущее каждому человеку, вне зависимости от каких-либо особенностей психики. Довербальные процессы, а также процессы, предшествующие принципу реальности и постоянству объектов, являются той основой, где формируется психика. Однако, это не говорит о трагичности человеческого существования. Если мы посмотрим на человека с точки зрения механистического подхода, то отметим для себя, что примитивные защиты являются базовыми, врожденными настройками, чтобы сохранять жизнеспособность психики. Скажем так, чтобы избавлять психику от лишнего перенапряжения. Проблематичным являются те случаи, когда возникает дефицит более зрелых и высших психологических защит.

Если мы будем говорить о защитах, которые проявляются в психоаналитической терапии, то немедленно внесем небольшую ремарку. Проявление защитных механизмов в обыденной жизни понимается как защита, однако, проявление защитных механизмов во время терапии понимается как сопротивление. Защитные механизмы пациента являются неотъемлемой частью его психологической структуры, сопротивление представляет собой процесс, в котором пациент пытается защитить себя от угрозы своему психологическому равновесию, создаваемой терапией.

Как отмечает Д. Блум, «понятие защиты шире, чем понятие сопротивления, поскольку сопротивление есть функция лечебная, обретающая свой смысл во время аналитического процесса. Сопротивление можно обычно проследить по его влиянию на свободные ассоциации и готовность пациента способствовать успешному проведению анализа, участвуя в лечебном альянсе, но сопротивление можно также определять и описывать и со многих других точек зрения, например, как сопротивление Супер-Эго, сопротивление Ид, как НТР, как тенденцию к повторению регрессии и т. д. В широком смысле сопротивление препятствует инсайту, а инсайт помогает проявлению

осознания и снятию защитных действий, выполняющих функцию сопротивления во время аналитического процесса» [19].

Сопротивление, это некая совокупность защит, используемая пациентом во время лечения, что отмечал З. Фрейд, говоря «... механизмы защиты, направленные против испытанной когда-то опасности, вновь повторяются в виде сопротивления выздоровлению во время лечения. Из этого следует, что Эго рассматривает само выздоровление как новую опасность» [73]. И все же, принято понимать, что все достижения в психоаналитической терапии связаны с изучением сопротивления. Из этого следует, что пациенту будет недостаточно узнать смысл симптомов для того, чтобы избавиться от вытеснения. З. Фрейд настаивал на том, что истолкование сопротивления и истолкование трансфера – это главные особенности аналитической техники.

В работе «Динамика переноса» (1912) З. Фрейд говорит о том, что перенос, по отношению к аналитику является самой частой и основной причиной сопротивления. Поскольку, чем ближе мы подбираемся к вытесненному материалу, тем активней он выбрасывается и приписывается нашей личности.

В заключении следует сказать, что, проанализировав психоаналитическую литературу, для нас становится более важным понимание о том, как формировалась теория психоанализа и его техника лечения. Техника психоанализа сначала формировалась как гипнотическая, позже она видоизменилась в ассоциативную. Применение ассоциативной техники привело к пониманию существования у пациентов сопротивления терапевтическому воздействию, что в свою очередь привело к формулированию принципа вытеснения, а вместе с ним и анализу психологических защит. Помимо вытеснения, З. Фрейдом было обнаружено явление трансфера или невроза переноса, что определило направление техники психоанализа как метода лечения. В дополнение к вышесказанному, З. Фрейдом формируется предположение о том, что для каждого типа

личности набор защит будет разным, а трансфер позволяет увидеть, какую-то важную часть, которую разыгрывает пациент в работе с терапевтом.

### **1.3. Современные представления об использовании психоанализа в психологическом консультировании**

Проанализировав научную литературу, мы можем сказать, что психологическое консультирование является сложным процессом, в котором немало важным фактором является теоретическая база специалиста. В психологическом консультировании наиболее устойчиво выделяют несколько направлений осуществления психологической помощи. Для понимания сути сказанного нам следует вкратце обсудить эти направления.

Первым направлением является поведенческая терапия, это одно из ведущих направлений современной психотерапии. Поведенческая психотерапия основана на теории научения, а также на принципах классического и оперантного обусловливания. В основе этой формы психотерапии лежит идея, что симптомы некоторых психических расстройств обязаны своим появлением неверно сформированным навыкам. Поведенческая психотерапия ставит своей целью устранение нежелательных форм поведения и выработку полезных для клиента навыков поведения [81].

Далее мы выделяем гештальт-терапию (от нем. Gestalt — здесь «целостный образ») это одно из направлений в психотерапии, основанное на экспериментально-феноменологическом и экзистенциальном подходах. В отличие от психоанализа, гештальт-терапевт не занимается интерпретацией бессознательного пациента, а помогает клиенту развить самосознание и играет роль не пассивного стороннего наблюдателя, как психоаналитик, а активного участника, раскрываясь, взаимодействуя с пациентом как личность с личностью, как это предполагает гуманистический подход [82].

Следующим направлением является когнитивная психотерапия, которая ориентирована на эксперимент и математическое моделирование мышления.

Отрасль психологии, которая исследует познавательные процессы, такие, как память, внимание, чувства, представления информации, логическое мышление, воображение, способности к принятию решений. Когнитивисты не используют какую-то единую общепринятую модель работы мозга, а, как правило, работают в узких специализированных областях, таких, как обучение, запоминание, чтение и т. д. со своими собственными локальными моделями [83].

Следует упомянуть экзистенциальное направление, ставящее целью подвести пациента к осмыслению своей жизни, осознанию своих жизненных ценностей и изменению своего жизненного пути на основе этих ценностей, с принятием полной ответственности за свой выбор. Экзистенциальная терапия, вслед за философским экзистенциализмом, утверждает, что жизненные проблемы человека проистекают из самой человеческой природы: из осознания бессмысленности существования и необходимости искать смысл жизни; из-за наличия свободы воли, необходимости делать выбор и страха нести ответственность за этот выбор; из осознания равнодушия мира, но необходимости с ним взаимодействовать; из-за неминуемости смерти и естественного страха перед ней [84].

Помимо описанных выше направлений, существует еще множество ответвлений и вариаций, которые по-разному понимают функционирование психического аппарата человека. Однако мы бы хотели остановиться на психодинамическом направлении, к которому относиться классический психоанализ. Исходя из выбранной нами темы, мы считаем, что психоаналитическое направление наиболее подходящее из вышеперечисленных в работе с истерией. Далее мы постараемся это обосновать.

Изучая научную литературу, занимаясь частной практикой и наблюдая за пациентами, З. Фрейд выделил такое понятие как «психическое функционирование». Это то, как психика человека работает и справляется с поставленными перед ней задачами, функционирует в данный момент

времени. Он выделил три основных способа психического функционирования: психотический, пограничный и невротический. З. Фрейд определял это так, что в процессе развития индивида в результате травмирующих событий возможна фиксация на одном из способов психического функционирования, характеристики которых описаны ниже.

Психотическое функционирование (психотики) осуществляется от 0 до 1 года, (довербальный период). Нездоровая психика, если такой человек заболевает каким-то расстройством, то он впадает в психоз, который сопровождается бредом. Человек не понимает, кто он, нарушается само восприятие, видит себя как бы со стороны. Отношения с людьми у такого человека, как правило, не длительные, диффузные. Психическими защитами будут выступать, отказ от реальности, расщепление. В одной из ситуаций формирования психотического функционирования мы можем заметить мать, склонную к депрессиям, весьма эмоционально холодную, способную к негативным трансферным реакциям на ребенка. В такое время возможно обесценивание самости и объектных представлений ребенка, что приведет к расщеплению.

Пограничное функционирование формируется от 1 до 3 лет. Присутствуют психологические нарушения той или иной степени, могут проявляться как депрессия. Такой человек делит все на знак плюс и минус, либо впадает в депрессию, либо выступает в роли агрессора, либо эти состояния сменяют друг друга. В отношениях с людьми важно на кого-то опереться, важно чувствовать себя нужным. Психическими защитами будут выступать, подавление эмоций, отрицание, отказ от реальности, расщепление.

И наконец, невротическое функционирование возникает от 3 до 5 лет. Большим плюсом в сравнении с другими функционированиями будет являться то, что ребенок дожил до такого возраста без фиксации на предыдущих стадиях. Поэтому такой человек имеет все шансы быть более здоровым. Психически это самые здоровые люди, внутреннее состояние которых меньше всего нарушено, но все же могут быть симптомы истерического характера или

же навязчивые состояния. Или же истерия может проявляться не как симптом, а транслироваться как способ поведения, перенятый у истерического характера матери.

При изучении механизмов и условий становления (поэтапного формирования) приобретенных психопатий (психопатических или патохарактерологических развитии) О.В. Кербиковым и В.Я. Гиндикиным была подробно описана роль патогенных факторов, во-первых, неправильного воспитания в различных его вариантах, во-вторых, закрепления определенных реакций (оппозиции, отказа, протеста и т. д.), возникающих у ребенка или подростка в ответ на неблагоприятные микросредовые воздействия [15].

Современный психоанализ принимает во внимание представления, описанные ранее и расширяет эти границы. Во времена З. Фрейда считалось, что психоанализу невозможно подвергнуть психотиков а пограничная структура личности появилась значительно позже.

В 1967 году Отто Кернберг, один из крупнейших и наиболее известных современных психоаналитиков, представил свою концепцию пограничной организации личности – более широкую, чем определение пограничного расстройства по DSM-IV. О. Кернберг помещает эту концепцию между невротической и психотической организацией личности.

Так вот, современный психоанализ становится актуальным для описанных способов психического функционирования. Благодаря развитию психоаналитической мысли психоаналитик понимает стратегию мышления человека, обратившегося за помощью и, в соответствии с этим, может квалифицированно планировать ход оказания психотерапевтической помощи и прогнозировать возможный конечный результат.

Важно понимать, что современный аналитический подход разделился на два направления, это психоанализ и психоаналитическая психотерапия.

Как было сказано ранее, начало самого психоанализа связано с применением метода свободных ассоциаций. Ассоциации вели от воспоминаний текущих конфликтов – к прошлому, до самых ранних детских

воспоминаний. Это значит, что психоанализ — это исследование прошлого. Плавное и неспешное.

В современном мире классический психоанализ — это достаточно трудоёмкий и долгий процесс, в первую очередь для пациента. Подмечая это, З. Фрейд предвидел появление психоаналитической психотерапии предсказывая, «что массовое применение нашей терапии вынудит нас сплавлять чистое золото анализа с медью».

Благодаря более мягким требованиям к частоте посещений психоаналитическая психотерапия оказалась более востребованной. Пациент может посещать психоаналитические сессии 1-2 раза в неделю вместо 3-5, что ближе всего к классическому психоанализу.

Популярный в настоящее время термин психоаналитическая терапия отражает континуум, на одном конце которого психоанализ З. Фрейда как базисная, идеальная модель, а на другом — модифицированные формы современного психоанализа. Однако, все процедуры, которые входят в этот континуум, основаны на психоаналитической мысли. Так и фундаментом психоаналитической терапии является психоаналитическая мысль, которая раскрывает основные принципы функционирования психики.

Целью психоаналитической терапии являются структурные изменения психики: осознание бессознательного, укрепление Эго. Это значит, что клиенту предстоит заново пережить и переосмыслить прошлое, вплоть до самых ранних детских впечатлений и обрести сознательный контроль над своей судьбой. Этот процесс происходит в специально организованной психоаналитической ситуации, в которой основное средство общения — это речь, но многое происходит и на невербальном уровне.

Психоаналитик, он же собеседник, нейтральный, доброжелательный, анонимный. Основное пространство терапии принадлежит клиенту, от которого требуется быть предельно искренним и открытым.

Исходя из вышесказанного, психоаналитическая психотерапия отлично подходит как для невротической структуры, так и для психотической и

пограничной. Однако в подходах присутствуют различия. К примеру психоаналитическая психотерапия с невротиком направлена на смягчение его защит и на получение доступа к бессознательному подавляемому желанию, чтобы его энергия могла быть освобождена для более конструктивной деятельности. Целью терапии в данном случае можно считать устранение бессознательных препятствий для получения полного удовлетворения в жизненных сферах.

С психотическим пациентом работа напротив нацелена на развитие защит, чтобы справиться с примитивными порывами, а также на развитие способности более легкого переживания реальных стрессовых обстоятельств, то есть на адаптацию мышления такого человека к конкретным жизненным ситуациям.

С пациентами, обладающими пограничной структурой, целью психоаналитической терапии является развитие целостного, надежного, комплексного и позитивно значимого ощущения самих себя. Наряду с этим процессом происходит развитие способности полноценно любить и принимать других людей.

В психоанализе принято различать психоаналитические и психотерапевтические факторы. Психоаналитическим фактором является исследование бессознательного, то «чистое золото» психоанализа, о котором мы говорили выше. Психотерапевтические же факторы ставят своей задачей облегчение состояния пациента, прежде всего, за счет поддержки, той «примеси» к психоанализу, о которой мы писали ранее.

Преобладание психотерапевтических факторов является характерной особенностью психоаналитической психотерапии, отличающей ее от психоанализа.

Интересно, что, судя по историческим фактам, З. Фрейд был весьма доброжелателен к пациентам и мог выстраивать с пациентами доверительные близкие и глубокие отношения. То есть, Фрейд сам уже использовал «примеси» к психоанализу, без которых не может быть лечебного эффекта.

Подводя итог, стоит отметить, что психоаналитический подход хоть и разделился на два направления, все же его цели соответствуют запросам современного общества. В работе с истерией он все еще остается актуален, поскольку изначально был создан как метод лечения этого недуга. Расширились показания к проведению психоаналитической терапии, расширилось представление о содержании бессознательного, однако, классическая модель психоаналитической терапии остается актуальной, и аутентичность ее сохранена, ее парадигма не устарела, просто акценты расставлены по-иному. В конечном счете, в наше время у терапевта гораздо больше возможностей и пониманий в назначении того или иного вида психоаналитической терапии, остается только отталкиваться от индивидуальных особенностей конкретного человека для достижения поставленных задач.

## Выводы по Главе 1

На основе рассмотренного материала можем сделать вывод о том, что истерический невроз и истерическая личность — это разные понятия. Истерический невроз, как заболевание, может возникнуть у людей с различной личностной структурой. К тому же термин истерический невроз устарел и более не используется в постановке диагноза.

Люди с истерическим расстройством личности характеризуются высоким уровнем тревоги, напряженности и реактивности — особенно это касается межличностного плана. Внешняя экстравертированность поведения сопровождается эгоцентричностью, что делает отношения с окружающими поверхностными и нестабильными. Людям с истерическим расстройством личности редко удается выстроить счастливые личные отношения. Родные и близкие становятся свидетелями неадекватного поведения, что влияет на социальные связи. Причиной формирования истерического расстройства личности могут стать как генетическая предрасположенность, так и неблагоприятные условия в детстве, а также стрессовые ситуации.

Проанализировав психоаналитическую литературу, для нас становится более важным понимание о том, как формировалась теория психоанализа и его техника лечения. Техника психоанализа сначала формировалась как гипнотическая, позже она видоизменилась в ассоциативную. Применение ассоциативной техники привело к пониманию существования у пациентов сопротивления терапевтическому воздействию, что привело к формулированию принципа вытеснения, а вместе с ним и анализу психологических защит. Помимо вытеснения, З. Фрейдом было обнаружено явление трансфера или невроза переноса, что определило направление техники психоанализа как метода лечения. В дополнение к вышесказанному, З. Фрейдом формируется предположение о том, что для каждого типа личности набор защит будет разным, а трансфер позволяет увидеть какую-то важную часть, которую разыгрывает пациент в работе с терапевтом. Таким

образом, мы можем заметить, что психоанализ как теория и метод лечения формировался исходя из клинической практики путем анализа полученного материала, что доказывает его эффективность.

Стоит отметить, что психоаналитический подход хоть и разделился на два направления, все же его цели соответствуют запросам современного общества. В работе с истерией он все еще остается актуален, поскольку изначально был создан как метод лечения этого недуга. Расширились показания к проведению психоаналитической терапии, расширилось представление о содержании бессознательного, однако, классическая модель психоаналитической терапии остается актуальной, и аутентичность ее сохранена, ее парадигма не устарела, просто акценты расставлены по-иному.

## **ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ИСТЕРИЧЕСКИМ ТИПОМ ЛИЧНОСТИ**

### **2.1. Методическая организация исследования**

Цель научного исследования: разработать и апробировать программу психологического консультирования в рамках психоаналитической терапии в работе с истерией.

Объект исследования — процесс снижения истерической симптоматики.

Предмет исследования — процесс психоаналитического консультирования как средство снижения истерической симптоматики.

Гипотеза: Мы предполагаем, что психологическое консультирование в русле психоаналитической психотерапии клиентов с истерическим расстройством будет успешным, если:

- 1) будет соблюдаться регулярность индивидуальных встреч;
- 2) в процессе работы использовать авторский атрибут — психоаналитический мобиль, который позволяет регрессировать клиенту, что обеспечивает более быстрый доступ к бессознательному содержанию клиента

В соответствии с целью и гипотезой исследования на этапе опытно-экспериментальной работы решались следующие задачи:

1. Определить критерии истерической личности и подобрать диагностический инструментарий.
2. Провести констатирующий эксперимент и обсудить полученные результаты.
3. Разработать и апробировать программу психологического консультирования в русле психоаналитической психотерапии.
4. Проанализировать результаты формирующего эксперимента.

Исследование проводилось посредством проведения индивидуальных консультаций в г. Красноярске. Общую выборку исследования составила

разнополая группа из 10 человек в возрасте от 20 до 43 лет с различной симптоматикой.

На основании анализа научной литературы мы выделили критерии диагностики истерической патологии личности.

Таблица 1

Критерии диагностики истерического типа личности

№ п/п	Критерий	Присутствует	Отсутствует	Методики
1.	Наличие возбудимого или демонстративного типа акцентуации характера	Наличие богатой жестикуляции, излишней театральности, яркий стиль одежды, громкая речь, тату, яркий макияж	Нейтральный цвет одежды, нейтральный макияж, отсутствие тату и пирсинга, размеренная речь	Опросник Шмишека. Акцентуации характера
2.	Манипулятивность	Перекалывание ответственности на другого человека, стремление получить односторонний выигрыш, нарушение личных границ собеседника	Соблюдение личных границ собеседника, умение идти на компромисс, осознание личной ответственности	Шкала манипулятивного отношения (Бант)
3.	Наличие энергичного и эмоционального типа темперамента	Сангвиник Холерик	Флегматик Меланхолик	Тест темперамента В.М. Русалова

В рамках исследования применения психоаналитической психотерапии в работе с истерической патологией личности применялись следующие методики.

1. Интерактивная модель интервью Микаэла Балинта
2. Тест темперамента В.М. Русалова
3. Наблюдение
4. Опросник Шмишека. Акцентуации характера

5. Шкала манипулятивного отношения (Бант)
6. Экспертная оценка

Рассмотрим более подробно каждую из представленных методик, использовавшихся нами в ходе данного исследования.

#### 1. Интерактивная модель интервью Микаэла Балинта

Данная модель, получившая широкое признание и популярность среди психоаналитиков, была разработана в Тэвистокской клинике Микаэлом Балинтом, учеником Шандора Ференци, вследствие направленности интересов и внимания к природе диадных отношений, имеющих место как в отношениях младенца с матерью, так и в отношениях пациента и аналитика. Микаэль Балинт, являясь убежденным сторонником теории объектных отношений, критикуя ограниченность интрапсихической модели конфликта, подчеркивал значимость роли психоаналитика, как активного участника внутренних конфликтов пациента, проявляющих себя в аналитическом взаимодействии.

Интерактивный стиль интервьюирования был изначально предложен Балинтом для фокальной психотерапии, однако он нашел себе успешное применение во многих психоаналитических модификациях. Особенностью интерактивного подхода является смещение акцента внимания с симптоматики на особенности взаимодействия пациента с аналитиком и на особенности отношений, возникающих в терапевтической работе. «Эластичность» техники, предложенной Балинтом подразумевает свободно текущую во время предварительного интервью беседу со способностью эмпатично находить именно ту форму взаимодействия, которая наиболее подходит данному пациенту. Интерактивное интервью, несмотря на внешний вид свободно текущей беседы, предназначена максимально прояснить различные аспекты ситуации пациента и особенности его взаимодействия со значимыми фигурами.

С вопросами интерактивного интервью, которые старается прояснить специалист в ходе беседы, можно ознакомиться в приложении А.

Таким образом, терапевт получает от пациента сведения, охватывающие его актуальную ситуацию, способствующую обращению за помощью, особенности отношений со значимыми фигурами в его прошлом и настоящем. При этом, анализируя возникшую в кабинете взаимосвязь, терапевт составляет общее впечатление по поводу личности пациента и оценивает следующие аспекты:

- появление (отсутствие) стабильного объектного отношения;
- функциональные способности Эго пациента;
- наличие (отсутствие) проблем в эмоциональной сфере;
- уровень интеллигентности;
- способность к пониманию;
- специфические личностные черты и т.д.

Учитывая то, что модель интерактивного интервью, разработанная Балинтом, делает акцент на терапевтических отношениях «здесь-и-теперь», то есть на функциональном единстве переноса и контрпереноса, важным является группа вопросов, отражающих развитие отношений специалист-пациент:

- Как пациент обращается с аналитиком? Наблюдаются ли какие-либо изменения в этом отношении? Связаны ли они с привычным поведением или с болезнью?
- Как аналитик обращается с пациентом? Происходят ли какие-нибудь изменения в ходе интервью?
- Был ли доктор заинтересован проблемами пациента?
- Было ли у аналитика чувство, что он может быть полезен для пациента?
- Заметил ли доктор какие-либо человеческие качества у пациента, которые ему понравились, несмотря на все его недостатки?

Сложившееся, в ходе интерактивного интервью, представление аналитика о пациенте позволяет оценить психодинамику расстройства и рекомендовать пациенту психоанализ, пролонгированную или краткосрочную

терапию либо другие методы и формы лечения. Именно выбор наиболее оптимальной формы терапии является результатом предварительного интервью.

## 2. Тест темперамента В.М. Русалова

Методика используется для диагностики предметно-деятельностного и коммуникативного аспектов темперамента и позволяет количественно оценить его свойства: энергичность, пластичность, темп и эмоциональность. Соотношение уровней выраженности перечисленных свойств указывает на тип темперамента обследуемого (холерик, сангвиник, флегматик, меланхолик).

Методика позволяет определить уровни энергичности, пластичности, темпа и эмоциональности как свойств темперамента.

Энергичность – степень активности, проявляемой человеком в общении с людьми и в практической работе.

Пластичность – легкость переключения с выполнения одного вида деятельности на выполнение другого или изменения поведения в общении с людьми.

Темп – скорость выполнения отдельных действий, операций, движений.

Эмоциональность – склонность человека эмоционально реагировать на различные события, связанные с его практической деятельностью и общением с людьми.

Тест состоит из 105 вопросов, на которые испытуемый должен дать однозначный ответ: либо «да», либо «нет» (Приложение Б).

Оценка уровня выраженности свойств темперамента производится в соответствии с ключом. Если ответ, выбранный испытуемым, совпадает с ключевым, то по данному свойству темперамента он получает 1 балл.

Если ответы на контрольные вопросы более, чем в трех случаях, совпадают с ключевыми, то это значит, что в ответах на основные вопросы испытуемый старался приукрасить себя, представить в более выгодном свете. В таком случае его ответам на основные вопросы доверять нельзя.

Если в ответах испытуемого на ключевые вопросы обнаруживается не более трех совпадений, то его ответам на основные вопросы доверять можно.

Считается, что то или иное свойство темперамента сильно развито у испытуемого, если он получил по нему 9 и более баллов; слабо развито – если по нему получено – 4 и менее баллов. При суммарном количестве баллов от 5 до 8 данное свойство темперамента считается средне развитым.

Вывод о доминирующем типе темперамента делается на основе сравнения показателей, полученных по разным свойствам темперамента.

Сангвиник – среднеразвитые показатели по всем свойствам темперамента.

Холерик – высокие показатели по энергичности, темпу и эмоциональности при средних или высоких показателях по пластичности.

Флегматик – низкие показатели по всем свойствам темперамента.

Меланхолик – низкие показатели по энергичности, пластичности, темпу при средних или высоких показателях по эмоциональности.

Таким образом, представленный инструментарий позволяет планомерно изучить особенности истерической структуры личности. Все критерии, помогающие установить истерический тип личности, позволяют составить полноценную картину характерную для данного типа личности.

3. Метод наблюдения применялся непосредственно во время терапевтических встреч и был направлен на выявление выделенных нами критериев.

#### 4. Опросник Шмишека. Акцентуации характера

Содержит 10 шкал в соответствии с десятью выделенными К. Леонгардом типами акцентуированных личностей.

Испытуемым предлагают ответить на 88 вопросов, касающихся различных сторон личности. Рядом с номером вопроса нужно поставить знак «+», если испытуемый согласен, или «-», если нет.

Количество совпадающих с ключом ответов умножается на значение коэффициента соответствующего типа акцентуации; если полученная

величина превышает 18, то это свидетельствует о выраженности данного типа акцентуации.

Выделяют десять основных типов акцентуации (классификация К. Леонгарда).

1. Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению.

2. Педантичный тип. Лица этого типа отличаются повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, неспособностью к вытеснению травмирующих переживаний.

3. Застревающий тип. Характерна чрезмерная стойкость аффекта.

4. Возбудимый тип. Повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями.

5. Гипертимический тип. Повышенный фон настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью.

6. Дистимический тип. Сниженный фон настроения, пессимизм, фиксация теневых сторон жизни, заторможенность.

7. Тревожно-боязливый тип. Склонность к страхам, робость и пугливость.

8. Циклотимический тип. Смена гипертимических и дистимических фаз.

9. Аффективно-экзальтированный тип. Легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали.

10. Эмотивный тип. Родственен аффективно-экзальтированному, но проявления не столь бурные. Лица этого типа отличаются особой впечатлительностью и чувствительностью.

Все эти группы «акцентуированных личностей» объединяются по принципу акцентуации свойств характера или темперамента.

К акцентуации свойств характера относятся:

демонстративность (в патологии: психопатия истерического круга);

педантичность (в патологии: ананкастическая психопатия);

возбудимость (в патологии: эпилептоидные психопаты);

застревание (в патологии: паранояльные психопаты).

Остальные виды акцентуации относятся к особенностям темперамента и отражают темп и глубину эффективных реакций.

С описанием акцентуаций и текстом опросника можно ознакомиться в Приложении В.

Данная методика, в рамках исследования, позволяет нам выявить тип акцентуации и расширить представления о личности испытуемого.

5. Шкала манипулятивного отношения Банта, разработанная для определения того, насколько человек расположен выражать манипулятивное отношение к другим.

Методика представляет собой опросник, состоящий из 20 утверждений (Приложение Г). Испытуемым необходимо выразить свое отношение к утверждениям с помощью шкалы, состоящей из 5 градаций: 5 – практически всегда; 4 – часто; 3 – иногда; 2 – случайно; 1 – очень редко. Показателем интенсивности манипулятивного отношения выступает сумма баллов, получаемая в результате сложения оценок каждого из 20 утверждений с использованием ключа.

Баллы, полученные в результате обработки результатов, суммируются, что позволяет определить уровень выраженности качества:

80 баллов и больше – высокий показатель;

60-80 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому;

40-60 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому;

40 баллов и меньше – низкий показатель.

6. Экспертная оценка

Мы решили обратиться к более опытному коллеге за получением оценки психологической структуры и функционирования испытуемого, с целью последующего принятия решения о продолжении эксперимента. Таким образом, благодаря экспертной оценке более опытного коллеги, процесс выбора испытуемого становился более надежным.

## 2.2 Обсуждение результатов констатирующего эксперимента

На констатирующем этапе исследования с помощью предложенного диагностического инструментария нами изучалось наличие критериев, относящихся к истерическому типу личности. Обратимся к анализу и интерпретации результатов испытуемых, полученных по итогам проведения методики **«Интерактивная модель интервью Микаэла Балинта»**. В психодиагностическом исследовании с использованием данной методики принимали участие люди с различными консультативными запросами. Напомним, что данная методика позволяет изучить особенности взаимодействия пациента с аналитиком и особенности отношений, возникающих в терапевтической работе по таким параметрам как «ситуация обращения пациента за помощью», «жалобы пациента», «нынешняя жизненная ситуация пациента».

Данная методика позволила выяснить выраженность отдельных параметров в процентном соотношении: «ситуация обращения пациента за помощью» позволила установить, что 50% клиентов обратились за помощью самостоятельно, 30% обратились за помощью по рекомендации близких и 20% обратились за помощью по направлению других специалистов.

Параметр «жалобы пациента» позволил выявить общую тенденцию в запросах на психологическую помощь; 50% клиентов обратились с жалобами на различные психосоматические симптомы, такие как паническая атака, нарушение сна, скованность в мышцах. 30% клиентов обратились с жалобами на трудности во взаимоотношениях с людьми, в эту категорию мы отнесли сложности в семейных взаимоотношениях и сложности коммуникаций с посторонними людьми. 20% клиентов обратились с жалобами на подавление потребностей.

Параметр «нынешняя жизненная ситуация пациента» позволил выявить, что 70% клиентов обеспокоены своим состоянием и хотели бы улучшить

качество своей жизни. 30% клиентов отмечают, что пришли больше в ознакомительных целях и не видят смысла в дальнейшей терапевтической работе.

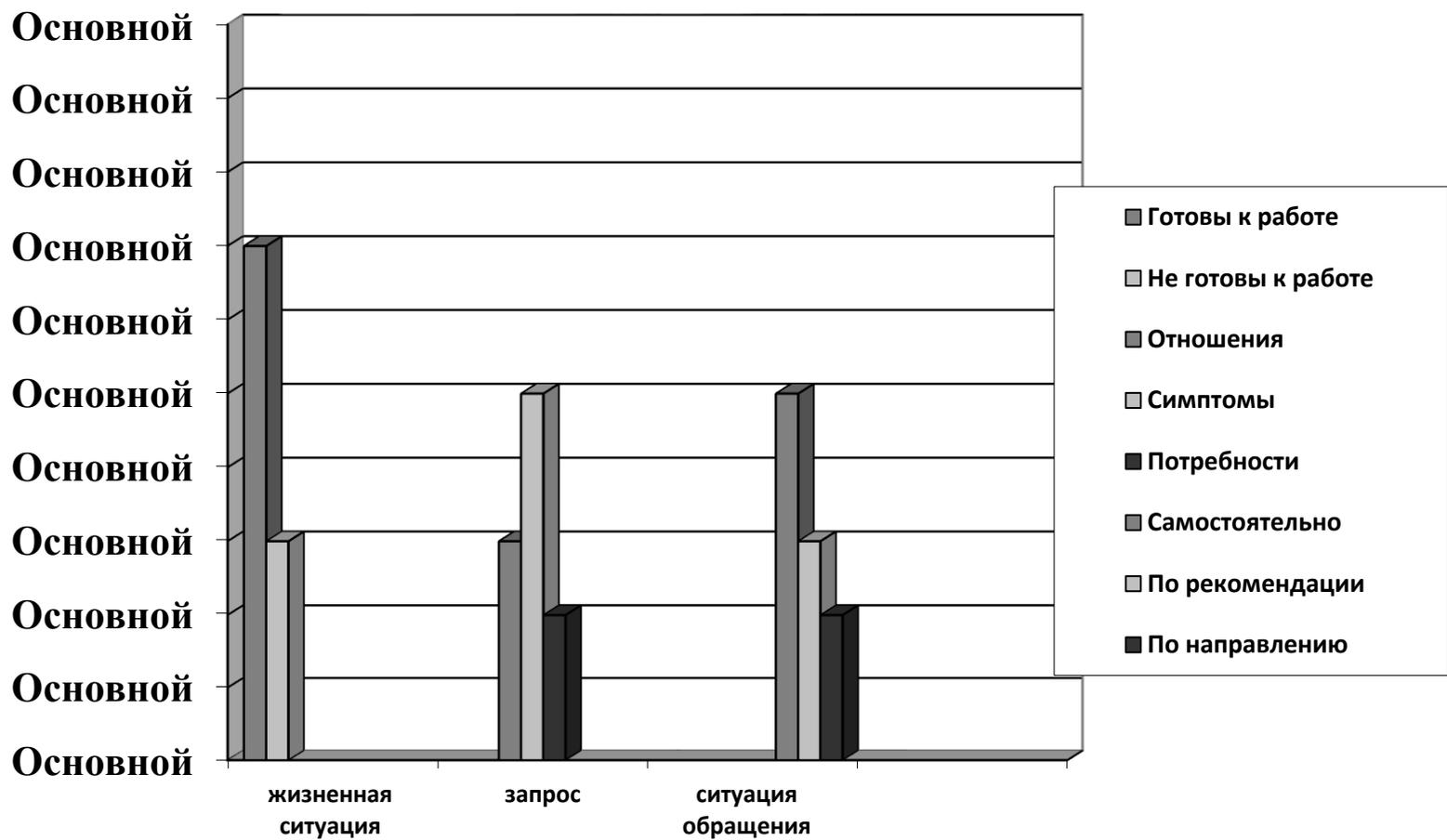


Рис.1. Средние значения (в процентах) испытуемых по методике «Интерактивная модель интервью» Микаэла Балинта

Анализируя представленные на рисунке данные, можем отметить, что с 70% клиентов, возможно, готовы осуществлять дальнейшую терапевтическую работу. Эти клиенты самостоятельно обратились за помощью, даже если они были перенаправлены от других специалистов, то и к специалистам они обратились самостоятельно. Прямую корреляцию между запросом и мотивацией на работу клиентов нам обнаружить не удалось, однако данные клиенты активно вступали в контакт и выражали заинтересованность в дальнейшей работе.

Контакт с остальными клиентами (30%) не отличается особой прочностью и заинтересованностью. Как показал анализ данных, эта категория клиентов обратилась за психологической помощью благодаря советам близких людей.

Таким образом, по итогам анализа результатов методики «Интерактивная модель интервью Микаэла Балинта» можем сказать, что 7 клиентов из 10 полностью подходят для построения дальнейших психотерапевтических взаимоотношений в психоаналитическом ключе.

Анализируя представленные данные «Тест темперамента В.М. Русалова», мы можем отметить, что в категории испытуемых присутствуют 3 меланхолика, 2 флегматика, 2 холерика и 3 сангвиника.

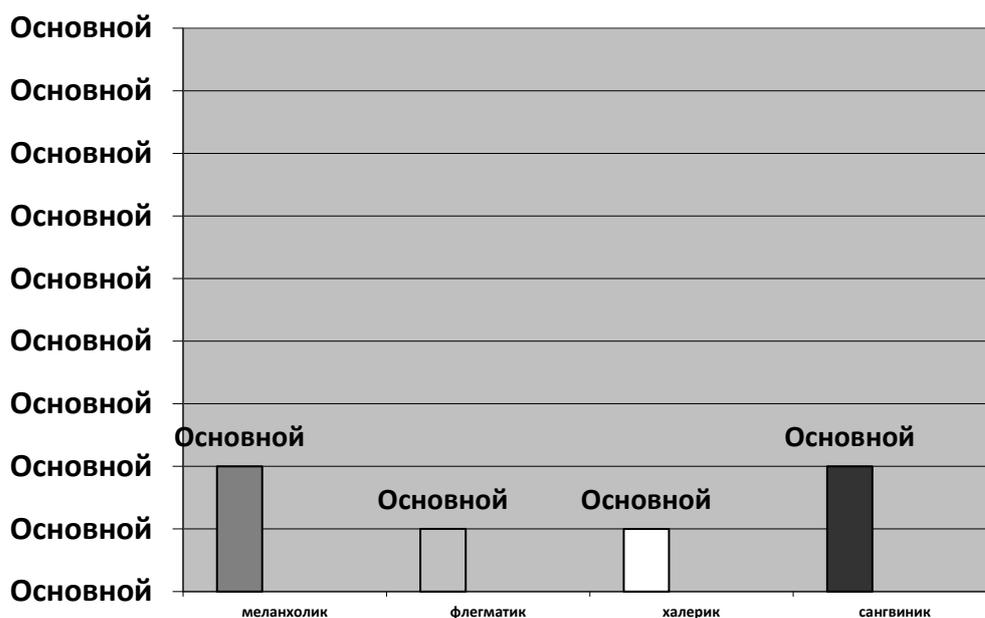


Рис. 2. Показатели в количестве людей по выраженности перечисленных свойств методики «Тест темперамента» В.М. Русалова

Рассмотрим результаты испытуемых по итогам проведения методики «Опросник Шмишека. Акцентуации характера» на этапе констатирующего эксперимента. Методика позволила установить выраженность акцентуации характера испытуемых, после обработки полученного материала мы получили следующие результаты: самой многочисленной категорией стал «застревающий тип» результаты 4-ех испытуемых относятся к данной категории. Затем «дистимический тип», в данную категорию составляют 2 человека. Самые малочисленные категории составили демонстративный, возбудимый, гипертимический и тревожный тип в каждой из этих категорий вошло по одному человеку.

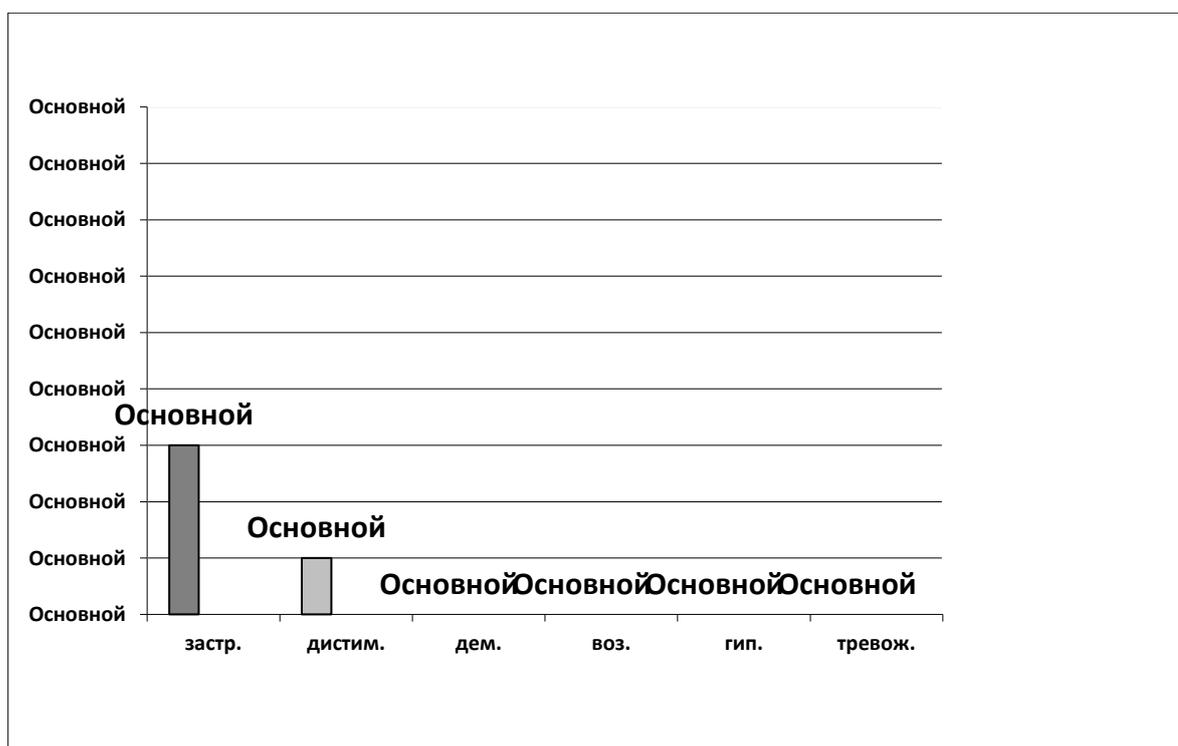


Рис. 3. Показатели в количестве людей по шкалам опросника Шмишека в выборке из 10 человек

Анализируя представленные данные, мы можем отметить, что в категории испытуемых присутствуют два схожих типа акцентуации характера, которые удовлетворяют требованиям данного исследования. Один испытуемый относится к категории «возбудимый» другой к категории «демонстративный». Однако они имеют ряд отличий касательно истерического типа. К демонстративному типу в классификации К. Леонгарда относятся скорее нарциссические личности, чем истерические.

Исходя из результатов методики **«Шкала манипулятивного отношения» (Бант)**, мы можем диагностировать, что у 7 (70%) испытуемых отмечается низкий показатель манипулятивного отношения, результаты их ответов не превышают 40 баллов. У 2 (20%) испытуемых отмечается средний показатель с тенденцией к низкому, результаты их ответов не превышают 55 баллов. И 1 (10%) испытуемый отмечается средним показателем с тенденцией к высокому, его результаты не превышают 78 баллов.

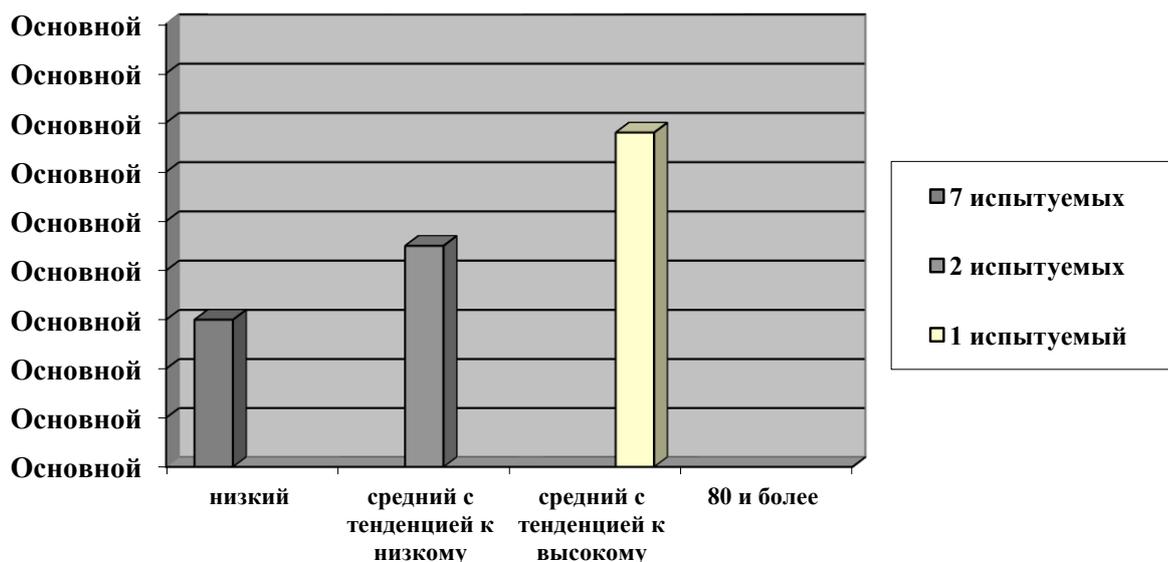


Рис. 4. Средние показатели (в баллах) по шкалам манипулятивного отношения

Как мы видим из рисунка 3, один из испытуемых набрал наибольший балл по шкале манипулятивного отношения. Для нас становится важным то, что этот же испытуемый относится к возбудимому типу акцентуации характера, чей запрос в психологической работе касался трудностей во взаимоотношениях с людьми.

**«Экспертная оценка»** После анализа полученных данных по описанным ранее методикам, мы обратились за экспертной оценкой наших предположений к более опытному коллеге. Экспертная оценка проводилась куратором супервизорских групп, практикующим психоаналитиком, специалистом Европейской Конфедерации Психоаналитической Психотерапии Е.А. Зулиной.

Получение экспертной оценки происходило в процессе супервизионной сессии, на которой мы предоставили клиническую историю пациента и развитие терапевтической работы. Основываясь на характере развития невроза переноса, способах сопротивления в терапии и биографическом контексте мы можем констатировать, что испытуемый полностью отвечает нашим критериям.

При проведении интерактивной модели интервью Микаэла Балинта становилось ясно, что данный испытуемый имеет опыт терапевтических отношений с психологом, однако они не оказались столь оправданными, как ожидал испытуемый. Общее впечатление от испытуемого и состоявшегося с ним диалога положительные. Запрос в психологической работе касался трудностей во взаимоотношениях с людьми, что отмечается как общая тенденция на фоне полученных результатов.

Опросник Шмишека и тест темперамента В.М. Русалова позволил нам определить испытуемого как возбудимую и холеричную личность, что сказывается на взаимоотношениях с людьми. Помимо типа темперамента и акцентуации характера, у испытуемого прослеживаются средние показатели с тенденцией к высокому по шкале манипулятивного отношения.

Для проведения формирующего эксперимента был выбран 1 испытуемый, полностью отвечающий нашим критериям. В связи с этим нами была выбрана индивидуальная работа в психоаналитическом подходе.

### **2.3. Анализ формирующего эксперимента**

Исходя из результатов констатирующего эксперимента нашего исследования, мы выявили пациента с истерическим типом личности, чья типологическая особенность оказывает влияние на коммуникацию. Следовательно, исходя из запроса пациента, должна осуществляться консультативная работа, чтобы устранить симптом и снизить давление Супер-Эго на Эго пациента.

Так, разработанная нами программа представляет собой описание процесса психологического консультирования, имеющего свои отличительные особенности.

В период от 1900 до 1923 гг. З. Фрейдом разработаны основные принципы терапии с помощью психоанализа и связанные с ними клинические понятия: нейтральность, свободные ассоциации, сопротивление, сеттинг,

интерпретация, конфронтация, реконструкции, перенос, регрессия, рабочий альянс, отреагирование, контрперенос и проработка.

Теоретическая база аналитика, его понимание терапевтических целей и задач в работе с пациентом определяют практические вопросы, которые необходимо решить в начальной стадии психоаналитической терапии, а также исходный конфликт между сознательным и бессознательным пациента и аналитической установкой самого аналитика, базирующейся на психоаналитической теории и практическом опыте.

К практическим вопросам, относящимся к началу терапии следует отнести:

- особенности первого контакта
- особенности первой сессии
- диагностические и терапевтические цели начала терапии (первичное интервью)
- выбор сеттинга (на основании диагностических данных первичного интервью)
- определение терапевтического запроса
- заключение (или не заключение) терапевтического контракта
- вопрос оплаты
- определение мотивации пациента и исходного сопротивления.
- обучение пациента (свободным ассоциациям)

Основной запрос, на который будет направлена работа в рамках психологического консультирования, устранение зажатости при коммуникации с противоположным полом.

Исходя из этого, целью данного процесса консультирования будет являться снижения давления Супер-Эго на Эго пациента.

Ниже мы представляем анализ консультативного случая. Оказание психологической помощи не ограничилось 50 встречами, однако, в рамках данного количества встреч уже заметна положительная динамика.

Оптимальной формой работы будут являться индивидуальные сессии.

Такая организация позволит создать благоприятную атмосферу для формирования доверия к терапевту, позитивного настроя и активного вовлечения в работу.

Программа (см. приложение 3) представляет собой систему индивидуальных встреч в психоаналитическом подходе.

На первом этапе составления программы мы определили ее цель и задачи.

Цель программы: снизить давление Супер-Эго на Эго пациента.

Таблица 2

Психологическая матрица занятий для пациента с истерическим типом личности

Область психологической реальности	Задачи		
	Устранение психосоматических симптомов	Снижение уровня тревожности	Снижение интенсивности коммуникативных переживаний
Когнитивная сфера	расширение представлений о взаимосвязи психики и тела	расширение представлений о возникновении тревоги	расширение представлений о своих сильных и слабых сторонах; - самопознание и саморазвитие; - способствовать пониманию своих внутренних переживаний
Эмоциональная сфера	формирование позитивного самопринятия	научиться контролировать уровень тревоги	создать условия для проявления позитивных эмоций
Поведенческая сфера	развитие навыка свободного ассоциирования	развитие навыков самоанализа	развитие навыков вербального отреагирования

Далее мы определили временные рамки для проведения программы. Цикл состоит из 50 сессий по 50 минут каждое, количество встреч в неделю составляет две-три встречи.

Следующим этапом нашей работы было выделение основных этапов занятий, определение содержания каждого этапа и подборе соответствующего вида психоаналитической работы.

Программа помощи людям с истерическим типом личности в рамках психоаналитического подхода, включает несколько этапов работы. В процессе психоанализа и психоаналитической психотерапии традиционно выделяют три этапа: начало, среднюю часть и окончание. Границы между этими понятиями носят весьма размытый характер – как и границы между самими этапами. Также достаточно сложно определить, какая сессия является началом нового этапа, а какая – концом предыдущего. Под началом психоаналитического процесса мы будем понимать этап, завершающийся (в благоприятных случаях) формированием терапевтического альянса – установлением более или менее стабильных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом. Он включает такие компоненты как: первый контакт, предварительное интервью, выбор целей и техник работы, выработку сеттинга, заключение терапевтического контракта и обучение пациента.

Начало психоаналитического процесса – стадия, важность корректного проведения которой трудно переоценить: именно от него зависит будущий успех терапии.

Средняя часть психоаналитического процесса – заключается в продуцировании материала (свободные ассоциации, перенос, сопротивление) и в анализе материала (прояснение, конфронтация, интерпретация).

Вопрос о завершении лечения, конечно, связан с выполнением поставленной перед аналитиком и пациентом задачи. Эти задачи могут существенно различаться в зависимости от вида применяемого лечения. Одним из критериев, позволяющим различать понятия психотерапия и психоанализ является то, что первая выполняет в большей степени лечебную роль – скорейшее снятие симптома, а вторая – имеет целью развитие личности, при котором быстрое снятие симптоматики может тормозить процесс.

Исходя из данного понимания, мы видим целесообразным выстраивание работы, с продиагностированным пациентом, в психоаналитической психотерапии.

Программа занятий включает три этапа:

1. Начальный (10-15 занятий)
2. Средний (20-30 занятий)
3. Заключительный (10-15 занятий)

Задачи первого этапа:

1. Знакомство и диагностика.
2. Установление доверительной связи.
3. Создание благоприятного эмоционального фона, раскрепощение пациента.
4. Формирование у пациента интереса к терапевтической работе.

Задачи второго этапа:

1. Научить свободному ассоциированию и анализу бессознательного материала.
2. Научить контролировать уровень тревоги.
3. Развить навык рефлексии.
4. Развитие внутренних ресурсов как средства саморегуляции.
5. Расширение представлений о взаимосвязи психики и тела.
6. Расширение представлений о своих сильных и слабых сторонах.

Задачи третьего этапа:

1. Диагностика уровня первоначальных симптомов.
2. Проработка представлений полученных в ходе занятий.
3. Проработка невроза переноса, сформированного в ходе занятий.
4. Создание позитивного настроения и завершение работы.

Следующим шагом нашей работы стало определение структуры занятия. Каждое занятие построено по определённой схеме: приветствие, основная часть, прощание.

Целью приветствия является снятие эмоционального напряжения пациента и создание благоприятного эмоционального фона для проведения занятия. Это не какое-то конкретное упражнение или ритуал, это обыденный общекультурный жест.

В ходе основной части реализуется главная цель терапии, анализ предоставленного материала. Все, происходящее в пределах кабинета должно быть проанализировано, приветствие в том числе.

В заключительной части занятия, кроме прощания, со стороны терапевта ничего не присутствует. Это необходимо для создания нейтрального образа терапевта и увеличения проецируемых на него образов.

Нами был подобран комплекс занятий, составлено тематическое планирование, представленное в таблице 3.

Таблица 3

### Тематическое планирование

Этапы программы	Занятие	Цели, задачи	Техники
Начальный	10-15 занятий	1) знакомство, проведение интервью 2) установление и принятие сеттинга 3) создание терапевтического альянса 4) заключение терапевтического контракта и обучение пациента 5) создание комфортного климата.	Наблюдение, рефлексивное и эмпатическое слушание
Средний	20-30 занятий	1) анализ сопротивления 2) анализ невроза переноса 3) анализ сновидений 4) прояснения сути симптома	интерпретация, конфронтация, прояснение, метод свободных ассоциаций
Заключительный	10-15 занятий	1) анализ адаптированной Эго пациента 2) анализ невроза переноса 3) анализ навыка свободного ассоциирования 4) обсуждение этапа завершения	Наблюдение, рефлексивное и эмпатическое слушание

Консультирование испытуемой проходило в кабинете психолога. После обсуждения результатов диагностики с девушкой, была предложена психологическая помощь. С испытуемой проводились консультативные встречи длительностью 40-50 минут три раза в неделю.

Результаты диагностики показали, что клиент имеет возбудимый тип нервной системы, что сказывается на взаимоотношениях с людьми. Это выражается в трудностях сохранения длительного положительного контакта с субъектом. Эти трудности, со временем, характеризуются возникновением в отношениях манипулятивных действий, благодаря которым клиентка старается заполучить власть над субъектом, навязать ему свою волю.

Также, из интерактивной модели интервью Микаэла Балинта, становилось ясно, что данный испытуемый имеет опыт терапевтических отношений с психологом, однако они не оказались столь оправданными, как ожидал испытуемый. Подобная деталь указывает на наличие возможных сложностей в терапевтических отношениях. Вероятно, что индивидуальные особенности клиента влияли и на создание терапевтического альянса.

Клиент сообщила, что ее беспокоят трудности во взаимоотношениях с противоположным полом. В моменты вербального контакта девушка чувствует физическую скованность, речь становится рассеянной, возникают навязчивые мысли относительно внешнего вида девушки или позы ее тела.

**Запрос:** «Я хочу понять, почему я так реагирую на мужчин». Клиентку беспокоил страх за семейное будущее, нарушение сна, невозможность сосредоточиться на работе.

Первые 20 встреч преследовали цель создания терапевтического альянса, того безопасного и рабочего пространства внутри терапии, которое способствовало бы раскрытию пациента и вовлечению его в собственные бессознательные процессы.

Данные встречи помогли выработать сеттинг и определить цель и технику работы. В основном они были направлены на раскрытие общей истории пациента без генетических интерпретаций или активного

вмешательства аналитика. Первые 5 встреч были посвящены первому контакту, проведению диагностики и определению цели терапии. На этих встречах было важно установить причину обращения клиента в данный период времени, сформулировать реалистичный запрос. Последующие сессии были направлены на установления сеттинга т.е. установления постоянства времени, количества сессий в неделю и т.п. Кроме сеттинга данные встречи были посвящены обучению пациента, т.е. повышению его психологической грамотности. На данном этапе клиенту еще было сложно придерживаться принципа свободных ассоциаций, также сновидения виделись клиентом как нечто неважное и не относящееся к делу, в результате чего большая часть бессознательного материала была недоступна.

Следующие 20 встреч преследовали цель анализа материала, продуцируемого пациентом. В данном периоде времени у клиентки начали возникать ассоциации и сновидения, которыми бы она хотела поделиться. Также началось развитие эротизированного невроза переноса, что выражалось в сновидениях и атаке на личные границы аналитика. Происходил анализ переноса, конфронтация пациента и вовлечение в анализ бессознательного материала.

На данном этапе мы решили ввести авторскую разработку «психоаналитический мобиль».

Визуально данная разработка выглядит как обычный детский мобиль, который подвешивается над кроваткой младенца. Однако вместо игрушек, подвешенных на классическом мобиле, на данной разработке подвешиваются метафорические карты из колоды «Из сундука прошлого». Мы предполагаем, что данная разработка благоприятно влияет на процесс регрессии пациента, что облегчает процесс свободного ассоциирования. Благодаря закрепленным над головой пациента карточкам, в дополнении к классической психоаналитической кушетке, появляется более свободный доступ к бессознательному содержанию пациента.

После применения психоаналитического мобиля пациенту неожиданно пришла ассоциация из юности, которая в дальнейшем оказала плодотворное влияние в работе.

Предложение о введении мобиля в терапию может звучать со стороны терапевта следующим образом «Мне кажется, что что-то вызывает у вас затруднения в этой теме, как вы считаете, если бы Ваша ситуация была у Вас перед глазами, как на картах, Вам бы это помогло?». После постановки вопроса анализируется реакция пациента, он может отвергнуть это предложение, как когда-то отвергал заботу со стороны матери, он может согласиться, но занять пассивную позицию, а может активно пытаться взаимодействовать с терапевтом, помогая ему установить карты на мобиль. То, что будет происходить после постановки вопроса, может быть косвенно связано с запросом пациента. В данной ситуации скорее происходит процесс перенос-контрперенос, который может предоставить более важную информацию о пациенте, чем его история.

Мы предполагаем, что, таким образом, благодаря процессу проекции и интроекции, психоаналитику удастся ускорить аналитический процесс, благодаря безболезненному преодолению психологических защит. Это скорее символический атрибут детства, который совместно с положением на кушетке, погружает пациента в инфантильные воспоминания и помогает легче находить связи между прошлым и настоящим опытом пациента, понимать символические репрезентанты сновидений [8].

Таким образом, на основе выявленных результатов на этапе констатирующего этапа исследования возникла необходимость в разработке и апробации программы, направленной на помощь пациенту с истерическим расстройством личности в рамках психоаналитического подхода. Реализация (апробация) данной программы являлась формирующим экспериментом данного исследования.

На данный момент после проведения 50 сессий, нам удалось избавиться от симптома скованности при коммуникации. Представленная программа

реализовывалась нами в рамках консультативных сессий, длительность каждой из которых составляла от 40 до 50 минут. Периодичность проведения консультативных сессий для каждого клиента составляла 3 раза в неделю, предпочтительно с равными интервалами между сессиями. Составленная программа основана на психоаналитическом подходе, включает в себя анализ сновидений, мечтаний, ассоциаций, весь материал, который предоставляет клиент. Также данная программа подразумевает использование авторского нововведения в виде психоаналитического мобиля. Данная программа может быть использована психологами и психотерапевтами для восстановления психологического баланса у людей с истерическим типом личности.

## Выводы по Главе 2

На основании анализа научной литературы мы выделили критерии диагностики истерического расстройства личности, такие как: наличие возбудимого или демонстративного типа акцентуации характера, наличие энергичного и эмоционального типа темперамента и повышенный уровень манипулятивности. Констатирующий эксперимент был проведен в рамках индивидуальных консультаций, в котором приняла участие группа из 10 человек. В качестве диагностической батареи нами были использованы следующие методики: интерактивная модель интервью Микаэла Балинта, опросник Шмишека «Акцентуации характера», шкала манипулятивного отношения (Бант), тест темперамента В.М. Русалова, экспертная оценка.

Проведенный констатирующий эксперимент позволяет сделать следующие выводы. Проанализировав проведенные методики, мы можем констатировать, что из десяти испытуемых полностью отвечающий нашим критериям является один испытуемый. Перед проведением исследования мы предположили, что данный испытуемый является подходящей кандидатурой. При проведении интерактивной модели интервью Микаэла Балинта становилось ясно, что данный испытуемый имеет опыт терапевтических отношений с психологом, однако безрезультатно. Запрос в психологической работе касался трудностей во взаимоотношениях с людьми, что отмечается как общая тенденция на фоне полученных результатов. Опросник Шмишека и тест темперамента В.М. Русалова позволил нам определить испытуемого как возбудимую и холеричную личность, что сказывается на взаимоотношениях с людьми. Помимо типа темперамента и акцентуации характера, у испытуемого прослеживаются средние показатели с тенденцией к высокому по шкале манипулятивного отношения.

На данный момент после проведения 50 сессий, нам удалось избавиться от симптома скованности при коммуникации. Представленная программа реализовывалась нами в рамках консультативных сессий, длительность

каждой из которых составляла от 40 до 50 минут. Периодичность проведения консультативных сессий для каждого клиента составляла 3 раза в неделю, предпочтительно с равными интервалами между сессиями. Составленная программа основана на психоаналитическом подходе, включает в себя анализ сновидений, мечтаний, ассоциаций, весь материал, который предоставляет клиент. Также данная программа подразумевает использование авторского нововведения в виде психоаналитического мобиля. Данная программа может быть использована психологами и психотерапевтами для восстановления психологического баланса у людей с истерическим типом личности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. На основе рассмотренного материала можем сделать вывод о том, что истерический невроз и истерическая личность — это разные понятия. Истерический невроз, как заболевание, может возникнуть у людей с различной личностной структурой. К тому же термин истерический невроз устарел и более не используется в постановке диагноза. Люди с истерическим расстройством личности характеризуются высоким уровнем тревоги, напряженности и реактивности — особенно это касается межличностного плана. Внешняя экстравертированность поведения сопровождается эгоцентричностью, что делает отношения с окружающими поверхностными и нестабильными. Людям с истерическим расстройством личности редко удается выстроить счастливые личные отношения. Родные и близкие становятся свидетелями неадекватного поведения, что влияет на социальные связи. Причиной формирования истерического расстройства личности могут стать как генетическая предрасположенность, так и неблагоприятные условия в детстве, а также стрессовые ситуации. Современная психоаналитическая терапия предполагает, что какой бы не была причина формирования истерического типа личности клиента, его можно адаптировать к более высокому уровню социального взаимодействия.

Проанализировав психоаналитическую литературу, для нас становятся более важным понимание о том, как формировалась теория психоанализа и его техника лечения. Техника психоанализа сначала формировалась как гипнотическая, позже она видоизменилась в ассоциативную. Применение ассоциативной техники привело к пониманию существования у пациентов сопротивления терапевтическому воздействию, что привело к формулированию принципа вытеснения, а вместе с ним и анализу психологических защит. Помимо вытеснения, З. Фрейдом было обнаружено явление трансфера или невроза переноса, что определило направление техники психоанализа как метода лечения. В дополнение к вышесказанному,

3. Фрейдом формируется предположение о том, что для каждого типа личности набор защит будет разным, а трансфер позволяет увидеть, какую-то важную часть, которую разыгрывает пациент в работе с терапевтом. Стоит отметить, что психоаналитический подход хоть и разделился на два направления, все же его цели соответствуют запросам современного общества. В работе с истерией он все еще остается актуален, поскольку изначально был создан как метод лечения этого недуга.

2. На основании анализа научной литературы мы выделили критерии диагностики истерического типа личности, такие как: наличие возбудимого или демонстративного типа акцентуации характера, наличие энергичного и эмоционального типа темперамента и повышенный уровень манипулятивности. В качестве диагностической батареи нами были использованы следующие методики: интерактивная модель интервью Микаэла Балинта, опросник «Акцентуации характера» Шмишека, шкала манипулятивного отношения (Бант), тест темперамента В.М. Русалова, экспертная оценка.

3. Проанализировав проведенные методики, мы можем констатировать, что из десяти испытуемых полностью отвечающий нашим критериям является один испытуемый. Перед проведением исследования мы предположили, что данный испытуемый является подходящей кандидатурой. При проведении интерактивной модели интервью Микаэла Балинта становилось ясно, что данный испытуемый имеет опыт терапевтических отношений с психологом. Запрос в психологической работе касался трудностей во взаимоотношениях с людьми, что отмечается как общая тенденция на фоне полученных результатов. Опросник Шмишека и тест темперамента В.М. Русалова позволил нам определить испытуемого как возбудимую и холеричную личность, что сказывается на взаимоотношениях с людьми. Помимо типа темперамента и акцентуации характера, у испытуемого прослеживаются средние показатели с тенденцией к высокому по шкале манипулятивного отношения.

4. На основе выявленных результатов на этапе констатирующего этапа исследования возникла необходимость в разработке и апробации программы, направленной на помощь пациенту с истерическим расстройством личности в рамках психоаналитического подхода. Программа состояла из трех этапов, на каждом были определены задачи. Программа представляет собой систему индивидуальных встреч в психоаналитическом подходе. Общее количество встреч – 50. Первые 20 встреч преследовали цель создания терапевтического альянса, того безопасного и рабочего пространства внутри терапии, которое способствовало бы раскрытию пациента и вовлечению его в собственные бессознательные процессы. Данные встречи помогли выработать сеттинг и определить цель и технику работы. В основном они были направлены на раскрытие общей истории пациента без генетических интерпретаций или активного вмешательства аналитика. Последующие сессии были направлены на установления сеттинга т.е. установления постоянства времени, количества сессий в неделю и т.п. Следующие 20 встреч преследовали цель анализа материала, продуцируемого пациентом. Также началось развитие эротизированного невроза переноса, что выражалось в сновидениях и атаке на личные границы аналитика. Происходил анализ переноса, конфронтация пациента и вовлечение в анализ бессознательного материала. На данном этапе мы решили ввести авторскую разработку «психоаналитический мобиль».

5. На данный момент после проведения 50 сессий, нам удалось избавиться от симптома скованности при коммуникации. Составленная программа основана на психоаналитическом подходе, включает в себя анализ сновидений, мечтаний, ассоциаций, весь материал, который предоставляет клиент. Данная программа может быть использована психологами и психотерапевтами для восстановления психологического баланса у людей с истерическим типом личности.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: Учеб. пособие для студ. вузов. 4-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 1999. 672 с.
2. Александровский Ю.А. Глазами психиатра, второе, дополнительное издание, М.: Советская Россия, 1985. 256 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993. 400 с.
4. Берн Э., Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. С-Петербург, 1994. 432 с.
5. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. (Психологическое исследование.) М., Просвещение, 1968. 464 с.
6. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды / Под ред. Д.И. Фельдштейна. Москва; Воронеж: Ин-т практической психологии, 1995.
7. Большой толковый медицинский словарь Hysteria // Oxford Concise medical dictionary / Под ред. Г. Л. Билича. — М.: Вече: АСТ, 2001.]
8. Бородин М.Ю., Гордиенко Е.В. Очерк о психоаналитическом мобиле в процессе психоаналитической психотерапии: статья. — Austria: Österreichisches Multiscience Journal, 2021. — 63 с.
9. Бородин М.Ю., Гордиенко Е.В. Сущность истерии в психоанализе: статья. — Москва: ХLI Студенческая международная научно-практическая конференция «Гуманитарные науки. Студенческий научный форум», 2021.
10. Буянов М.И., Беседа о детской психиатрии: Кн. для учителя.: Просвещение, 1986. 208с.
11. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд. Московского университета, 1984
12. Волошинов В.Н. (М. М. Бахтин). ФРЕЙДИЗМ. Комментарии В. Махлина. «Лабиринт», 1993 г.)
13. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. М.: Смысл, 2004. 512 с.

14. Гериш А.Г., Баженов Н.Н. Большая медицинская энциклопедия / Б.В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1981. Т. 2.
15. Гиндикин В.Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства, изд: Триада-Х, 2000
16. Головин С.Ю. Словарь психолога практика. 2-е изд., перераб. и доп. Мн.: Харвест, 2007. 976 с.
17. Гринсон Ральф Р. Техника и практика психоанализа. Когито-Центр, 2018. 476 с.
18. Джерольд К., Хэл С.Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять. - СПб.: Питер, 2018. 304 с.
19. Дэр К., Холдер А., Сандлер Д.: «Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса»: Когито-Центр; 2007
20. Зверева Н.В. Клиническая психология детей и подростков: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования. Т.Г. Горячева. М.: Издательский центр Академия, 2013. 272 с.
21. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001. 368 с.
22. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. Изд: Питер, 2002
23. Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб. 2003. 1312 с.
24. Кляйн М. Психоаналитическая игровая техника: ее история и значение (источник: [https://www.psychol-ok.ru/lib/klein/pitis/pitis\\_01.html](https://www.psychol-ok.ru/lib/klein/pitis/pitis_01.html))
25. Копытин А.И. Арт-терапия детей и подростков. Когито-Центр, 2007
26. Копытин А.И. Арт-терапия новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. - М.: Когито-Центр, 2006. 336 с.
27. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1995.608 с.
28. Крайг Г. Психология развития, СПб, 2005

29. Кречмер Э. Об истерии. Санкт-Петербург, изд-во: Питер, категория: Медицина / на русском языке.
30. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. 2-е и перераб. и доп. М.: Медицина, 1984, 272 с.
31. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998, том 1, вып. 2
32. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития: учебник для студ. высш. учеб. заведений / 10-е изд., перераб. и доп. М.: Издательский центр Академия. - 608 с. 2006
33. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды (под ред. Бодалева А. А) М.: Модэк МПСИ, 2004.
34. Национальная психологическая энциклопедия. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://vocabulary.ru/termin/travma-psihičeskaja.html>
35. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: изд. Речь
36. Осорина М. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых: Питер; СПб.; 2011. 69 с.
37. Павлов И.П. Полное собрание трудов. М. Л.: Изд-во АН СССР, 1946. Т. 2.
38. Петрановская Л.В. Тайная опора: привязанность в жизни ребенка /Москва: Издательство АСТ, 2017. 288 с.
39. Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний // М.: Институт Психологии РАН, 2008.
40. Психология. Словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского М.: Политиздат, 1990. 449с.
41. Пушкина Т. П., Медицинская психология / Т. П. Пушкина. Медицинская психология. /Автор-составитель Т. П. Пушкина. Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.
42. Реан А.А., Психология человека от рождения до смерти. - СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. - 656 с.

43. Решетников М.М., Психическое расстройство. Лекции/СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. 272с.
44. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2001. 720 с.
45. Руководство по психотерапии. Под ред. В.Е. Рожнова. 2-е изд., Т.: 1979. 620 с.
46. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Семиотика и диагностика психических расстройств: Учебное пособие. СПб: ВМедА, 1995. 79 с.
47. Семичев С.Б. Теория кризисов и психопрофилактика. Л.1972
48. Свядощ А.М. Неврозы. М.: Медицина, 1982. 336 с.
49. Сметанников П.Г. Психиатрия: Краткое руководство для врачей. СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1994. 304 с.
50. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. М.: Прогресс, 1987. с.31.
51. Фрейд А. Детский психоанализ. СПб.: Питер, 2003. 477 с.
52. Фрейд З. Психоанализ детских страхов/ пер. с нем. А.М. Боковой. СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2017. 288 с.
53. Фрейд З. Психоанализ и учение о характерах. М.: Госиздат, 1923. Перевод В. А. Белоусова
54. Фрейд З., Брейер Й. «Исследование истерии» Перевод Сергей Панков – ВЕИП.: Санкт-Петербург, 2005.
55. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции; пер. с нем. Г.В. Барышниковой; под ред. Е. Е. Соколовой и Т.В. Родионовой.СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2017. 448 с.
56. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. Толкование сновидений. Пять лекций о психоанализе: [перевод с немецкого] Москва: Издательство Э,2017. 608 с.
57. Фрейд З. Знаменитые случаи из практики. М.: Когито-Центр, 2007
58. Шарко, Ж.М. Клинические лекции по нервным болезням / Prof. Charcot; Пер. Лидии Ковалевской; Под ред. э.о. проф. П.И. Ковалевского. Харьков: Арх. психиатрии, нейрол. и судеб. психопатологии, ценз., 120 с.

59. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. СПб.: Речь, 2002. с. 36.
60. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006.
61. Эльконин Д.Б. Детская психология. М.: Академия, 2006. 384 с.
62. Эриксон Э. Детство и общество. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. СПб.: Ленато, АСТ, Фонд Университетская книга, 1996.592 с.
63. Большая медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. Режим доступа:<https://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%98%D0%A1%D0%A2%D0%95%D0%A0%D0%98%D0%AF>
64. В17.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
<https://www.b17.ru/article/3295/>
65. В17.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
<https://www.b17.ru/article/287465/>
66. Chelsma.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[http://www.chelsma.ru/files/misc/diagnostika\\_isterii\(1\).pdf](http://www.chelsma.ru/files/misc/diagnostika_isterii(1).pdf)
67. Freudproject.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
<https://freudproject.ru/?p=12139>
68. Gazeta.ru.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.gazeta.ru/science/2019/03/03\\_a\\_12220855.shtml](https://www.gazeta.ru/science/2019/03/03_a_12220855.shtml)
69. Krasotaimedicina.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_neurology/hysterical-neurosis](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_neurology/hysterical-neurosis)
70. Mnogovoprosov.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
<https://mnogovoprosov.ru/isterik-kto-eto-takoy/>
71. Pseudology.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.pseudology.org/psychology/Freid\\_Histeriya\\_i\\_Strakh.pdf](https://www.pseudology.org/psychology/Freid_Histeriya_i_Strakh.pdf)
72. Pikabu.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://pikabu.ru/story/lechenie\\_zhenskoy\\_isterii\\_ili\\_beshenstvo\\_matki\\_6148361](https://pikabu.ru/story/lechenie_zhenskoy_isterii_ili_beshenstvo_matki_6148361)

73. Psychic.ru.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://psychic.ru/acrobat/Freyd\\_Z\\_konechnyj\\_i\\_beskonechnyj\\_analiz.pdf](https://psychic.ru/acrobat/Freyd_Z_konechnyj_i_beskonechnyj_analiz.pdf)
74. Psychoanalysis.by.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://psychoanalysis.by/wp-content/uploads/2017/12/%D0%9B%D0%B0%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%88\\_%D0%9F%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%81-%D0%A1%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%80%D1%8C-%D0%BF%D0%BE-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D1%83.pdf](https://psychoanalysis.by/wp-content/uploads/2017/12/%D0%9B%D0%B0%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%88_%D0%9F%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%81-%D0%A1%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%80%D1%8C-%D0%BF%D0%BE-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D1%83.pdf)
75. Psychoanalyst.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.psychoanalyst.ru/psychology/psychoanalysis\\_and\\_psychoanalytic\\_psychotherapy.php](https://www.psychoanalyst.ru/psychology/psychoanalysis_and_psychoanalytic_psychotherapy.php)
76. Schaeffer J. L'hystérie: une libido en crise face à la différence des sexes // Le Guen A., Anargyros A., Janin C. (dir.) Hystérie. Paris: Presses Universitaires de France, 2000. - P. 107–138.
77. Slovaronline.[Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://809.slovaronline.com/4001-%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7\\_%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B8](https://809.slovaronline.com/4001-%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7_%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B8)

**«Интерактивная модель интервью Микаэла Балинта»**

1. Ситуация обращения пациента за помощью:
  - *Кем и при каких обстоятельствах пациент был направлен в терапию.*
  - *Продолжительность и результаты предшествующего лечения, если оно имело место.*
  - *Оценка пациентом опыта предшествующего лечения, отношения с бывшими терапевтами.*
  - *Согласие или несогласие пациента с мнениями терапевтов, проводивших лечение.*
2. Общее впечатление от пациента и состоявшегося диалога.
3. Жалобы пациента:
  - *На что пациент жалуется.*
  - *Предыстория заболевания.*
  - *Собственное представление пациента о причинах заболевания (так называемая «личная теория»).*
  - *Ситуации, провоцирующие обострения болезни.*
  - *Личное отношение пациента к своему заболеванию.*
  - *Внешние проявления болезни.*
  - *Вторичные следствия болезни.*
4. Биографические сведения.
5. Нынешняя жизненная ситуация пациента:
  - *Отношение пациента к своей жизни и к самому себе.*
  - *Отношения с родными и близкими.*
  - *Мысли, желания, фантазии, связанные с будущим.*
6. Характер отношений в терапевтической ситуации:
  - *Трансферные реакции.*
  - *Контртрансферные реакции.*

Аспекты, требующие особо пристального внимания:

- *В каких ситуациях пациент обнаруживал в себе те или иные чувства и были ли последние прогнозируемы?*
- *Как пациент ориентируется (чувствует себя) в пространстве интервью?*
- *Какие черты личности пациента привлекают особое внимание?*
- *Как пациент реагирует на интерпретации?*

**Тест темперамента В.М. Русалова**

Текст опросника

1. Подвижный ли Вы человек?
2. Всегда ли Вы готовы с ходу, не раздумывая, включиться в разговор?
3. Предпочитаете ли Вы уединение большой компании?
4. Испытываете ли Вы постоянную жажду деятельности?
5. Ваша речь обычно медленна и нетороплива?
6. Ранимый ли Вы человек?
7. Часто ли Вам не спится из-за того, что Вы поспорили с друзьями?
8. В свободное время Вам всегда хочется заняться чем-либо?
9. В разговоре с другими людьми Ваша речь часто опережает Вашу мысль?
10. Раздражает ли Вас быстрая речь собеседника?
11. Чувствовали бы Вы себя несчастным человеком, если бы на длительное время были лишены возможности общения с людьми?
12. Вы когда-нибудь опаздывали на свидание или на работу?
13. Нравится ли Вам быстро бегать?
14. Сильно ли Вы переживаете неполадки в своей работе?
15. Легко ли Вам выполнять работу, требующую длительного внимания и большой сосредоточенности?
16. Трудно ли Вам говорить очень быстро?
17. Часто ли Вы испытываете тревоги, что выполнили работу не так, как нужно?
18. Часто ли Ваши мысли перескакивают с одной на другую во время разговора?
19. Нравятся ли Вам игры, требующие быстроты и ловкости?
20. Легко ли Вы можете найти другие варианты решения известной

задачи?

21. Испытываете ли Вы чувство беспокойства, что Вас неправильно поняли в разговоре?
22. Охотно ли Вы выполняете сложную, ответственную работу?
23. Бывает ли, что Вы говорите о вещах, в которых не разбираетесь?
24. Легко ли Вы воспринимаете быструю речь?
25. Легко ли Вам делать одновременно очень много дел?
26. Возникают ли у Вас конфликты с Вашими друзьями из-за того, что Вы сказали им что-то, не подумав заранее?
27. Вы предпочитаете делать несложные дела, не требующие от Вас большой энергии?
28. Легко ли Вы расстраиваетесь, когда обнаруживаете незначительные недостатки в своей работе?
29. Любите ли Вы сидячую работу?
30. Легко ли Вам общаться с разными людьми?
31. Вы обычно предпочитаете подумать, взвесить и лишь потом высказаться?
32. Все ли Ваши привычки хороши и желательны?
33. Быстры ли у Вас движения рук?
34. Вы обычно молчите и не вступаете в контакты, когда находитесь в обществе малознакомых людей?
35. Легко ли Вам переключиться от одного варианта решения задачи на другой?
36. Склонны ли Вы иногда преувеличивать в своем воображении негативное отношение близких Вам людей?
37. Разговорчивый ли Вы человек?
38. Вам обычно легко выполнять дело, требующее мгновенных реакций?
39. Вы обычно говорите свободно, без запинок?
40. Беспокоят ли Вас страхи, что Вы не справитесь с работой?
41. Легко ли Вы обижаетесь, когда близкие люди указывают на Ваши

личные недостатки?

42. Испытываете ли Вы тягу к напряженной, ответственной деятельности?

43. Считаете ли Вы свои движения медленными и неторопливыми?

44. Бывают ли у Вас мысли, которые Вы хотели бы скрыть от других?

45. Можете ли Вы без долгих раздумий задать щекотливый вопрос другому человеку?

46. Доставляют ли Вам удовольствие быстрые движения?

47. Легко ли Вы "генерируете" новые идеи? 48. Сосет ли у Вас под ложечкой перед ответственным разговором?

49. Можно ли сказать, что Вы быстро выполняете порученное Вам дело?

50. Любите ли Вы братья за большие дела самостоятельно?

51. Богатая ли у Вас мимика в разговоре?

52. Если Вы обещали что-то сделать, всегда ли Вы выполняете свое обещание независимо от того, удобно Вам это или нет?

53. Испытываете ли Вы чувство обиды от того, что окружающие Вас люди обходятся с Вами хуже, чем следовало бы?

54. Вы обычно предпочитаете выполнять одновременно только одну операцию?

55. Любите ли Вы игры в быстром темпе?

56. Много ли в Вашей речи длительных пауз?

57. Легко ли Вам внести оживление в компанию?

58. Вы обычно чувствуете в себе избыток сил, и Вам хочется заняться каким-нибудь трудным делом?

59. Обычно Вам трудно переключить внимание с одного дела на другое?

60. Бывает ли, что у Вас надолго портится настроение от того, что сорвалось запланированное дело?

61. Часто ли Вам не спится из-за того, что не ладятся дела, связанные непосредственно с работой?

62. Любите ли Вы бывать в большой компании?

63. Волнуетесь ли Вы, выясняя отношения с друзьями?
64. Испытываете ли Вы потребность в работе, требующей полной отдачи сил?
65. Выходите ли Вы иногда из себя, злитесь?
66. Склонны ли Вы решать много задач одновременно?
67. Держитесь ли Вы свободно в большой компании?
68. Часто ли Вы высказываете свое первое впечатление, не подумав?
69. Беспокоит ли Вас чувство неуверенности в процессе выполнения работы?
70. Медленны ли Ваши движения, когда Вы что-то мастерите?
71. Легко ли Вы переключаетесь с одной работы на другую?
72. Быстро ли Вы читаете вслух?
73. Вы иногда сплетничаете?
74. Молчаливы ли Вы, находясь в кругу друзей?
75. Нуждаетесь ли Вы в людях, которые бы Вас ободрили и утешили?
76. Охотно ли Вы выполняете множество разных поручений одновременно?
77. Охотно ли Вы выполняете работу в быстром темпе?
78. В свободное время Вас обычно тянет пообщаться с людьми? .
79. Часто ли у Вас бывает бессонница при неудачах на работе?
80. Дрожат ли у Вас иногда руки во время ссоры?
81. Долго ли Вы мысленно готовитесь перед тем, как высказать свое мнение?
82. Есть ли среди Ваших знакомых люди, которые Вам явно не нравятся?
83. Обычно Вы предпочитаете легкую работу?
84. Легко ли Вас обидеть в разговоре по пустякам?
85. Обычно Вы первым в компании решаетесь начать разговор?
86. Испытываете ли Вы тягу к людям?
87. Склонны ли Вы вначале поразмыслить, а потом говорить?
88. Часто ли Вы волнуетесь по поводу своей работы?

89. Всегда ли Вы платили бы за провоз багажа на транспорте, если бы не опасались проверки?
90. Держитесь ли Вы обычно обособленно на вечеринках или в компаниях?
91. Склонны ли Вы преувеличивать в своем воображении неудачи, связанные с работой?
92. Нравится ли Вам быстро говорить?
93. Легко ли Вам удержаться от высказывания неожиданно возникшей идеи?
94. Предпочитаете ли Вы работать медленно?
95. Переживаете ли Вы из-за малейших неполадок на работе?
96. Вы предпочитаете медленный? спокойный разговор?
97. Часто ли Вы волнуетесь из-за ошибок в работе, которые были Вами допущены?
98. Способны ли Вы успешно выполнять длительную трудовую работу?
99. Можете ли Вы, недолго думая, обратиться с просьбой к другому человеку?
100. Часто ли Вас беспокоит чувство неуверенности в себе при общении с людьми?
101. Легко ли Вы беретесь за выполнение новых заданий?
102. Устаете ли Вы, когда Вам приходится говорить долго?
103. Вы предпочитаете работать с прохладцей, без особого напряжения?
104. Нравится ли Вам разнообразная работа, требующая переключения внимания?
105. Любите ли Вы подолгу бывать наедине с собой?

**Опросник Шмишека. Акцентуации характера**

Инструкция: «Вам предлагается ответить на 88 вопросов, касающихся различных сторон вашей личности. Рядом с номером вопроса поставьте знак «+» (да), если согласны, или «-» (нет), если не согласны. Отвечайте быстро, долго не задумывайтесь».

**Вопросы**

1. Является ли ваше настроение в общем веселым и беззаботным?
2. Восприимчивы ли вы к обидам?
3. Случалось ли вам иногда быстро заплакать?
4. Всегда ли вы считаете себя правым в том деле, которое делаете, и вы не успокоитесь, пока не убедитесь в этом?
5. Считаете ли вы себя более смелым, чем в детском возрасте?
6. Может ли ваше настроение меняться от глубокой радости до глубокой печали?
7. Находитесь ли вы в компании в центре внимания?
8. Бывают ли у вас дни, когда вы без достаточных оснований находитесь в угрюмом и раздражительном настроении и ни с кем не хотите разговаривать?
9. Серьезный ли вы человек?
10. Можете ли вы сильно воодушевиться?
11. Предприимчивы ли вы?
12. Быстро ли вы забываете, если вас кто-нибудь обидит?
13. Мягкосердечный ли вы человек?
14. Пытаетесь ли вы проверить после того, как опустили письмо в почтовый ящик, не осталось ли оно висеть в прорези?
15. Всегда ли вы стараетесь быть добросовестным в работе?
16. Испытывали ли вы в детстве страх перед грозой или собаками?
17. Считаете ли вы других людей недостаточно требовательными друг к другу?
18. Сильно ли зависит ваше настроение от жизненных событий и переживаний?

- 19 Всегда ли вы прямодушны со своими знакомыми?
- 20 Часто ли ваше настроение бывает подавленным?
- 21 Был ли у вас раньше истерический припадок или истощение нервной системы?
- 22 Склонны ли вы к состояниям сильного внутреннего беспокойства или страстного стремления?
- 23 Трудно ли вам длительное время просидеть на стуле?
- 24 Боретесь ли вы за свои интересы, если кто-то поступает с вами несправедливо?
- 25 Смогли бы вы убить человека?
- 26 Сильно ли вам мешает косо висящая гардина или неровно настланная скатерть, настолько, что вам хочется немедленно устранить эти недостатки?
- 27 Испытывали ли вы в детстве страх, когда оставались одни в квартире?
- 28 Часто ли у вас без причины меняется настроение?
- 29 Всегда ли вы старательно относитесь к своей деятельности?
- 30 Быстро ли вы можете разгневаться?
- 31 Можете ли вы быть бесшабашно веселым?
- 32 Можете ли вы иногда целиком проникнуться чувством радости?
- 33 Подходите ли вы для проведения увеселительных мероприятий?
- 34 Высказываете ли вы обычно людям свое откровенное мнение по тому или иному вопросу?
- 35 Влияет ли на вас вид крови?
- 36 Охотно ли вы занимаетесь деятельностью, связанной с большой ответственностью?
- 37 Склонны ли вы вступить за человека, с которым поступили несправедливо?
- 38 Трудно ли вам входить в темный подвал?
- 39 Выполняете ли вы кропотливую черную работу так же медленно и тщательно, как и любимое вами дело?
- 40 Являетесь ли вы общительным человеком?

- 41 Охотно ли вы декламировали в школе стихи?
- 42 Убегали ли вы ребенком из дома?
- 43 Тяжело ли вы воспринимаете жизнь?
- 44 Бывали ли у вас конфликты и неприятности, которые так изматывали вам нервы, что вы не выходили на работу?
- 45 Можно ли сказать, что вы при неудачах не теряете чувство юмора?
- 46 Сделаете ли вы первым шаг к примирению, если вас кто-то оскорбит?
- 47 Любите ли вы животных?
- 48 Уйдете ли вы с работы или из дому, если у вас там что-то не в порядке?
- 49 Мучают ли вас неопределенные мысли, что с вами или с вашими родственниками случится какое-нибудь несчастье?
- 50 Считаете ли вы, что настроение зависит от погоды?
- 51 Затруднит ли вас выступить на сцене перед большим количеством зрителей?
- 52 Можете ли вы выйти из себя и дать волю рукам, если вас кто-то умышленно грубо рассердит?
- 53 Много ли вы общаетесь?
- 54 Если вы будете чем-либо разочарованы, придете ли в отчаяние?
- 55 Нравится ли вам работа организаторского характера?
- 56 Упорно ли вы стремитесь к своей цели, даже если на пути встречается много препятствий?
- 57 Может ли вас так захватить кинофильм, что слезы выступят на глазах?
- 58 Трудно ли вам будет заснуть, если вы целый день размышляли над своим будущим или какой-нибудь проблемой?
- 59 Приходилось ли вам в школьные годы пользоваться подсказками или списывать у товарищей домашнее задание?
- 60 Трудно ли вам пойти ночью на кладбище?
- 61 Следите ли вы с большим вниманием, чтобы каждая вещь в доме лежала на своем месте?

- 62 Приходилось ли вам лечь спать в хорошем настроении, а проснуться в удрученном и несколько часов оставаться в нем?
- 63 Можете ли вы с легкостью приспособиться к новой ситуации?
- 64 Есть ли у вас предрасположенность к головной боли?
- 65 Часто ли вы смеетесь?
- 66 Можете ли вы быть приветливым с людьми, не открывая своего истинного отношения к ним?
- 67 Можно ли вас назвать оживленным и бойким человеком?
- 68 Сильно ли вы страдаете из-за несправедливости?
- 69 Можно ли вас назвать страстным любителем природы?
- 70 Есть ли у вас привычка проверять перед сном или перед тем, как уйти, выключен ли газ и свет, закрыта ли дверь?
- 71 Пугливы ли вы?
- 72 Бывает ли, что вы чувствуете себя на седьмом небе, хотя объективных причин для этого нет?
- 73 Охотно ли вы участвовали в юности в кружках художественной самодеятельности, в театральном кружке?
- 74 Тянет ли вас иногда смотреть вдаль?
- 75 Смотрите ли вы на будущее пессимистически?
- 76 Может ли ваше настроение измениться от высочайшей радости до глубокой тоски за короткий период времени?
- 77 Легко ли поднимается ваше настроение в дружеской компании?
- 78 Переносите ли вы злость длительное время?
- 79 Сильно ли вы переживаете, если горе случилось у другого человека?
- 80 Была ли у вас в школе привычка переписывать лист в тетради, если вы поставили на него кляксу?
- 81 Можно ли сказать, что вы больше недоверчивы и осторожны, нежели доверчивы?
- 82 Часто ли вы видите страшные сны?

83 Возникла ли у вас мысль против воли броситься из окна, под приближающийся поезд?

84 Становитесь ли вы радостным в веселом окружении?

85 Легко ли вы можете отвлечься от обременительных вопросов и не думать о них?

86 Трудно ли вам сдерживать себя, если вы разозлитесь?

87 Предпочитаете ли вы молчать (да), или вы словоохотливы (нет)?

88 Могли бы вы, если пришлось бы участвовать в театральном представлении, с полным проникновением и перевоплощением войти в роль и забыть о себе?

Акцентуации:

**1. Демонстративный тип.** Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму, позерству. Им движут стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным угнетает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости в общении). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании как правило связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка очень далека от объективной. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть о том, о чем не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет

с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

**2. Застревающий тип.** Его характеризуют умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен легко забывать обиды. Для него характерна заносчивость, он часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, 1 в мышлении, моторике.

**3. Педантичный тип.** Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое нарушение порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя к окружающим очень много формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку; скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, аккуратен, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

**4. Возбудимый тип.** Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с

властью физиологических влечений. Им присущи повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, трениям и конфликтам, в которых они сами и являются активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечаются низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу удовольствий. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

**5. Гипертимический тип.** Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Вносят много шума, любят компании сверстников, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к чревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и вместе с тем деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Для них характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству.

Недостаточно серьезно относятся к своим обязанностям, трудно переносят жесткую дисциплину, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

**6. Дистимический тип.** Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий, Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами/индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни. Часто угрюмы, заторможены, склонны •фиксироваться на темных сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит, и готовы им подчиниться, отличаются обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

**7. Тревожный тип.** Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто стесняются отвечать перед классом. Охотно подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызания совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируются чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности.

Свойственные им с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость мешают сблизиться с теми, с кем хочется. Особо слабым звеном является реакция на отношение к ним окружающих. Непереносимость насмешек, подозрения сопровождается неумением постоять за себя, отстаять правду при несправедливых обвинениях. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль; в конфликтных

ситуациях ищут поддержки и опоры. Они дружелюбны, самокритичны, исполнительны. Вследствие своей незащитности нередко служат «козлами отпущения», мишенями для шуток.

**8. Экзальтированный тип.** Яркая черта этого типа — способность восторгаться, восхищаться, а также улыбочивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут возникать по причине, которая не вызывает у других большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние— от печальных. Им свойственны высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дело до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, обладают лабильностью психики.

**9. Эмотивный тип** людей родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта — гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, способность радоваться чужим успехами. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе. Им свойственны обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

**10. Циклотимный тип.** Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний: им свойственны частые смены настроения, а также

зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них гипертимию: жажду деятельности, повышенную говорливость, скачку идей; печальные — подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми. В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляются вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдаются падение аппетита, бессонница, или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смен настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. «Плохие» дни отмечаются скорее насыщенными дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражено желание иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

**Шкала манипулятивного отношения» Банга**

Опросник

1. Большинство людей ответят грубостью на грубость.
2. Большинство людей не верят во что-либо новое до тех пор, пока не испытают это на себе.
3. Тот, кто полностью доверяет другим людям, часто находится в затруднительном положении.
4. Большинство людей работают в полную силу только в том случае, если их заставляют это делать.
5. Даже самые отвратительные преступники имеют хоть капелюк приличия.
6. Каждый нормальный человек будет бороться за то, что важно для него, даже если это будет стоить ему рабочего места (не задумываясь о последствиях).
7. Большинство людей не задумываются о том, что для них плохо, а что хорошо.
8. Некоторые самые блестящие люди обладают самыми отвратительными пороками.
9. Большинство людей намного легче забывают смерть своих родителей, чем потерю собственности.
10. Многие люди любят похвалиться, когда для этого нет достаточных оснований.
11. Большинству людей нравится преодолевать сложные ситуации.
12. Большинство людей отличаются храбростью.
13. Природа так создала человека, что он способен достичь меньше того, чем ему хотелось бы.

14. Самая большая разница между преступниками и другими людьми заключается в том, что преступники были настолько глупы, что дали себя поймать.
15. Наилучший способ поладить с людьми — говорить им то, что они хотели бы услышать.
16. Более безопасно помнить о том, что люди имеют пороки, которые проявляются в самых неожиданных ситуациях.
17. По природе своей люди добры.
18. Неверно считать, что в мире каждую минуту рождаются подлецы.
19. Для человеческой природы характерно поступать только с выгодой для себя.
20. Большинство людей удовлетворяются тем, что похоже на правду, но не является таковой.