

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Філософський факультет

Кафедра теоретичної і практичної філософії

Тема: «Поняття світу хворого в феноменологічній психіатрії».

Кваліфікаційна робота за освітньо-науковою програмою «Філософія»

за спеціальністю 033 «Філософія»

на здобуття освітнього ступеня бакалавра філософії

Студент-виконавець:

Господарчук Ілля Андрійович

(підпис)

IV курс, ОС - Бакалвр

Науковий керівник:

Приходько Володимр Володимирович

кандидат філософських наук, доцент

(підпис)

Допущено до захисту:

на засіданні кафедри теоретичної

і практичної філософії

протокол № ____ від _____ 2020 р.

Зав. кафедри теоретичної і практичної філософії,

доктор філософських наук, професор

Шашкова Людмила Олексіївна _____

Київ-2020

Зміст

Вступ.....	3
Розділ 1.Феноменологічне відношення «лікар-пацієнт» в психіатрії.....	6
1.1. Суб'єкт-суб'єкті відносини в теорії Клауса Дернера.....	6
1.2.Феноменологічний підхід до відносин «лікар-пацієнт».....	13
Висновок до першого розділу.....	20
Розділ 2. Критика класичних теорій психоаналізу.....	22
2.1.Критика Фрейдизму.....	22
2.2.Критика психоаналізу Лакана.....	28
Висновки до другого розділу.....	35
Розділ 3. Феноменологічний розгляд хвороби.....	37
3.1 Концепція логотерапії та теорії сенсу Франкла.....	37
3.2. Флософія тілесності в психотерапії.....	44
Висновок до третього розділу.....	52
Висновки.....	54
Список літератури.....	57

Вступ

Актуальність дослідження. Дане дослідження направлене на формування нового погляду щодо сприйняття хворого та його відчуття світу. Новий погляд на цю проблематику виникає через потребу перегляду класичних теорій, які об'єктивують і уречевлюють хворого, піддаючи його передусім біологічній редукції. Така біологічна редукція створює прірву для дослідження особистості хворого та його унікальних життєвих ситуацій, прибираючи аспект людських взаємин у психіатричній методології. Оскільки хвороба для людини виступає в ракурсі парадигмальної структури для визначення норми людського існування, вона має досліджуватись не з редукційної позиції, а, навпаки, бути розглянутою в її цілісності та причетності до самої суті людського. Важливо зрозуміти те, що природа психічних захворювань тісно пов'язана саме з унікальністю людського життя. Ми не можемо розглядати феномен психічних хвороб у інших істот, цей феномен виникає саме у людини, тому при його розгляді маємо нагоду для розширення розуміння людського буття. Той спосіб, в який донині існують теорії та принципи в психіатрії, які редукують і деформують бачення людини, потребує нової актуальної критики та розбіру їхніх методологічних помилок. При зміні оптики погляду на феномен хвороби, ми розуміємо важливість такого зсуву на всіх рівнях людського існування. Зміна теоретичного ракурсу розгляду хворого впливає на розуміння людини в її здоровому стані, тягнучи за собою зміну систему думок в етичній, соціальній та політичній сфері людського існування. У цій роботі нас цікавить фундаментальний, а саме, антропологічний шар розуміння людського життя. Тому ми сконцентрувалися навколо епістемологічної та методологічної проблематики, пов'язаної з цим рівнем із цією метою звернулися до феноменологічної та гуманістичної психіатрії, а саме, до робіт : Моріса Мерло-Понті, Клауса Дернера, Віктора Франкла та Карла Ясперса.

Ступінь опрацювання. Проблематика, оголошена в нашій роботі, вирішується в межах феноменологічних та гуманістичних теорій психіатрії.

Це потребує звернення до таких авторів як: Людвіг Бінсвангер, Джеймс Бюдженваль, Рональд Девід Лейнг, Ролло Піс Мей, Карл Роджерс, Ервін Штраус. Саме вони сформували основи гуманістичного та феноменологічного дослідження ситуації хворого, спричинивши поштовх для розвитку теорій психіатрії. Також при нашому дослідженні враховувались погляди сучасних українських філософів, таких як : Кебуладзе В.І., Лактіонова А. В., Приходько В.В., Шашкова Л.О., які формують нові погляди на розуміння людини, аналізуючи епістемологічні спроможності.

Об'єктом дослідження виступає філософсько-науковий концепт хворого і хвороби.

Предметом дослідження їхня феноменологічна концептуалізація як «світу хворого».

Тому головною **метою** дослідження є розкриття феноменологічного концепта «світу хворого» на матеріалах гуманістичної та феноменологічної психіатрії через їхнє співставлення і критику позиції психоаналізу.

Відповідно до поставленої мети було виокремлено наступні **завдання**:

- розглянути методології дослідження хворого крізь призму взаємин лікаря та пацієнта;
- продемонструвати проблемні сторони класичного психоаналізу, критикуючи концепції Фрейда і Лакана;
- представити новий погляд на аналіз хвороби людини через концептуальне включення в методологію поняття сенсу;
- наголосити на методологічній важливості єдності психічного і фізичного для дослідження хворого.

Методи дослідження. У роботі ми використали аналіз основних положень вибраних авторів, виокремивши в них основні парадигми. Також був використаний інтерпретаційний метод, що дав змогу переосмислити концепції авторів, давши їм нове оформлення. Важливим є комперативний метод, який через порівняння поглибив розуміння обраних теорій.

Сформульовані завдання і загальна логіка дослідження зумовили структуру даної роботи, яка складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури.

Розділ 1. Феноменологічне відношення «лікар-пацієнт» в психіатрії.

1.2.Суб'єкт-суб'єкті відносини в теорії Клауса Дернера

Проблема яка стоїть перед нами в цьому розділі стосується ідеї, що лежить в основі філософського погляду на медицину, а саме наміру зрозуміти як хворий живе і як лікар може допомогти йому вибратися з ситуації хвороби. Клаус Дернер в своїй роботі «хороший лікар» описує подібні дії лікаря відштовхуючись від концепту повернення до себе адже: «Ми тільки починаємо розуміти, якщо розуміємо, як розуміє інший, і що він хоче, щоб ми зрозуміли, і що імовірно розуміємо так, як розуміє він».

Для розгляду взаємин лікаря і пацієнта автор вдається до теорії «Чужого», в якій пацієнт є для лікаря Чужим в силу своєї інакшості, якого він так само повинен сприймати всерйоз. У першу чергу ми повинні розуміти важливість такого феномена, як страх перед Чужим, що є першою формою будь-якого страху. Розмірковуючи про поняття страху автор приходить до думки про те, що саме страх є проявом здоров'я, а наше абстрагування від цього страху і неправильні заходи захисту від нього роблять його хворобою. Подібне абстрагування від цього страху ми можемо побачити в реаліях сучасної науки, в тому числі і медицини, де страх перед Чужим перетворює «Чужих» в предмет, а значить об'єкт науки. Така методологічна установка в рамках медицини створює труднощі в розгляді самої «людини», в різних аспектах його життя і станів. Адже в рамках такого розгляду пацієнта, для доктора виникає постійний процес ідентифікації пацієнта між чужим і своїм, що заважає лікарю повноцінно вивчати людину. На противагу цій проблемі нам варто розглядати зустріч з Чужим як таку, яка є зустріччю з собою. Знаходячи і досліджуючи свій страх до чужого ми знаходимо те, що нам неприємно в ньому, таким чином знаходячи це також в самому собі. Таким чином Чужий як такий є лише нашим психологічним варіантом усунення страху перед ним шляхом раціоналізації.

Важливим аспектом вивчення «Чужого» (пацієнта) є розгляд його місця, який він займає в нашому пізнанні. Чужий (пацієнт) перебуває за межами порядку сприйняття світу лікаря. Пацієнт не може належати лікарю, адже він належить до Інших тому він є гетерогенним. Такі відносини мають прірву між самим Я лікаря і його самістю. Стикаючись з ситуацією призову від пацієнта лікар відповідає на питання, які не мають відношення до його самості і до його світопорядку. У такому діалозі Чужий (пацієнт) створює нові смисли і нові порядки, в яких лікар розглядає свою самість в Іншому, таким чином він стає на позицію пасивного досвіду для самого себе, після чого перемикаючись на досвід іншого, роблячи його своїм власним. Лікар зводить свою свободу до того, що бере під захист існування світу іншого разом з його мисленням, редукуючи його до своєї самості. Таким чином така комунікація створює відстань, між лікарем і його суб'єктивністю, яка не дозволяє привласнити пацієнта собі, накидаючи на нього власні пізнання і інтереси, перетворюючи хворого в майно лікаря. Ця відстань, яка обмежує спілкування між лікарем і пацієнтом фундується на основному законі відносин, де гідність людини (пацієнта) є основою для комунікації. Позиція лікаря як пише Дернер полягає в тому щоб полегшити пацієнту можливість дістатися до мене і таким обхідним шляхом до самого себе, краще зрозуміти самого себе[3,60]. Тому в процесі лікування лікар лише сприяє пацієнтові в його пошуках, а не нав'язує йому свої інтереси.

Таким чином лікар не може дістатися і захопити іншого (пацієнта), інший робить лікаря більш пасивним (доступним), проникаючи таким чином у самість лікаря позбавляючи його своєї самості для того, щоб він зміг наблизитись до пацієнта. З етичної сторони позиція лікаря, його моральне Я замінюється Іншим, що призводить до такої комунікації як турбота і відповідальність за пацієнта. Хоч метою нашої роботи і не є вивчення площині етичного в взаєминах лікар-пацієнт, але важливим висновком цих відносин є те, що лікар повинен бути націлений на вирішення ситуації на користь Іншого.

З точки зору епістемології подібна взаємодія лікаря і пацієнта, створює узагальнення сенсу отриманої інформації від пацієнта, що веде до побудови «спільної дійсності» для лікаря і пацієнта. Головним етапом побудова загальної дійсності між лікарем і пацієнтом, є подолання ситуації сорому хворого за те, що його органи відмовляються виконувати свої функції і того, що він знаходиться в стані залежності. Пацієнт в силу своєї залежності покладається на лікаря, переносячи свою відповідальність за себе на лікаря. На даному етапі побудови загальної реальності пацієнт віддає свою автономність, закликаючи лікаря стати на його місце, після чого виникає страх перед Чужим. Як ми говорили раніше цей страх не тільки робить сліпим лікаря, але і пацієнт може погіршити свою ситуації хвороби. Як пише Дернер: «Цей страх потрібно перетворити в стимул для загострення моєї уваги і допитливості, щоб обійти його, прислухатися до того, що він може мені розповісти»[3,63]. Етап перетворення цього страху оформлює поле для створення загальної реальності між лікарем і пацієнтом, яке спрямоване на відновлення життєвого стану, в якому пацієнт перебував будучи здоровим. Звісно повернення до здорового стану пацієнта можливе лише при не тяжкій фізичній, або психічній хворобі.

Проте існують такі захворювання, при яких у пацієнта відбуваються незворотні порушення звичного порядку речей, світ для нього перестає бути впізнаваним, він стає для нього чужим, тому повернення до колишнього «нормального стану» неможливий. Пацієнти з такими захворюваннями стикаються з ситуацією знаходження в невідомому для них порядку речей, що спонукає їх до намагань шукати і створювати новий порядок. У таких ситуаціях лікар надає свої послуги пацієнта, щоб той міг знаходити нові істини, через побудову разом з лікарем загальної реальності. Пацієнт не може коректно побудувати цю реальність самотійно, адже пізнання людини може реалізовуватись лише в контексті його співіснування з іншими людьми.

Хворий який втратив звичний порядок речей, втрачає можливість до емпатії, тому для нього соціальний рівень його існування дистанціюється,

після чого він втрачає можливість розуміти інших, а тому і розуміти себе. Хвороба пацієнта стає видом комунікації та відносин між лікарем та хворим, такі відносини на базі хвороби спонукають лікаря та пацієнта до створення ситуативного кола. На основі такого кола виникає та самоорганізується процес створення загальної дійсності на всіх рівнях людського існування. Партнери таких взаємин знаходять свою спільну дійсність, шляхом відповідних реакцій та обробки значень, що приводять до комунікативної узгодженості та обміном інформацією між лікарем і пацієнтом. Описуючи свою ситуацію, хворий ставить питання лікарю, шукаючи в ньому відповіді стосовно його становища, лікар в свою чергу намагається інтерпретувати сказане пацієнтом, даючи йому розуміння стосовно його відчуттів. Хвороба в такому обміні інформації створює поле для дійсності, що має характер системи, яка розвивається та яка включає в себе лікаря, пацієнта і його хворобу. Подібна система відносин об'єднує її учасників в одне ціле, що дає можливість для розуміння лікарем ситуації хвороби, а далі і розуміння стану здорової людини.

Також розгляд хвороби є важливим в контексті пізнання людини самої себе. Як пише Дернер: «хвороба є виражений словами стан, відношення до самого себе» [3,70]. На думку автора людина, яка знаходиться у стані рівноваги з навколишнім світом та світом Інших, не потребує пошуку порядку речей і того як до них ставитись. Хвороба, перериваючи неусвідомлений зв'язок з навколишнім світом і світом Інших, спонукає людину до заглиблення в саму себе таким чином роздвоюючи нашу реальність. Хворий, перебуваючи в такій роздвоєній реальності більше не чує голос реальності Іншого, тому для нього залишається тільки почуття замкнутості на собі. Тому в процесі входження такого хворого у відносини з лікарем, що відповідає на виклики пацієнта, відбувається навіть не діалог між пацієнтом і лікарем, а розмова пацієнта з самим собою у просторі який надає лікар. Лікар дає хворому свою пасивну самість, в якій заключні знання та символи лікаря, за допомогою яких хворий формує новий порядок речей та

реальності через розмову з самим собою. Тому, як пише Гадамер, медицина є «універсальною наукою» [1,98]. У відповідях на питання пацієнта, лікар застосовує цілий спектр знань із усіх сфер людської діяльності (психологія, екологія, економіка, право, тощо) завдяки яким хворий відновлює свій порядок речей (здоровий стан), або формує новий порядок та дійсність.

Але також важливим для розгляду є ситуація, коли пацієнт не має здатності до подібної символічної комунікації. Наприклад розумово відсталі пацієнти не можуть вести спілкування у звичній формі порівняно з іншими хворими. Як пише Дренер, вони навпаки можуть бути збиті з пантелику, що в кінцевому рахунку призведе до замкнутості або агресії. Такі хворі не здатні до виловлювань стосовно своєї ситуації болю та відчуттів. Пацієнт з розумовою недостатністю живе в іншій формі людського існування, яка відрізняється від форми існування інших людей. Розмірковуючи про форми існування людини Дренер приходить до того, що насправді розумова недостатність не є захворюванням. При створенні комунікації та наданні себе в розпорядження Іншого з розумовою недостатністю лікар повинен виходити за рамки невербальних основ вербальної мови. Створюється ситуація того, що налагодження комунікації з розумово недостатнім лікарем може виразити себе тільки через дотик до нього. Оскільки пізнання людини залежне від інших людей ми повинні прийняти той факт, що людина з розумовою недостатністю потребує фізичної близькості, а не символічної, щоб отримати здатність сприймати інших людей. Тому зрозуміло, що розумово недостатня людина не є хворою, вона потребує інших засобів для вираження себе в комунікації та для розуміння навколишнього світу.

Розглядаючи ситуацію людей з розумовою недостатністю ми повинні зрозуміти, що розвиток людини не може бути нав'язаним кимось іншим, цей розвиток відбувається в напрямку зсередини назовні. Тому, якщо пацієнт не має можливості висловлювати свої переживання та свій внутрішній світ, а ми ззовні вносимо якісь корективи, то такі дії викличуть скоріш порушення в формуванні поглядів на світ пацієнта, а не стимулювання до розвитку. Лікар

повинен стояти на засадах створення умов для розвитку і самоорганізації пацієнтів. Налагодження комунікації та відносин між лікарем та пацієнтом дає нам з епістемологічної точки зору можливість для розширення розуміння людського пізнання. Бо як пише Дернер: «подібно до того як розумово відсталий обмежений у можливості брати участь в житті розумово повноцінних, точно також той, у кого немає розумової недостатності, обмежений у можливості брати участь в житті розумово відсталих». Розуміння недостатності наших виразних засобів для побудови комунікації з іншими, окреслює людські способи пізнання навколишнього. Як було сказано раніше, ми пізнаємо себе тільки за рахунок інших, а через такий брак виразних засобів відбувається дистанційованість Іншого від мене і його відчуженість, що призводить до недостатності розуміння і самого себе.

Також важливим для дослідження хвороби та її значення що до розуміння здорової людини є те, що ситуація хворого стосується не тільки лікаря та самого хворого, а й третьої особи, а саме рідних та близьких хворому. Перебіг та розвиток хвороби тісно пов'язаний з близькими людьми пацієнта, бо він формує комунікацію з ними на основі хвороби, намагаючись інтегрувати своє захворювання та свій стан в систему життя родини та соціуму. Родинна руйнує комунікацію та відношення пацієнта та лікаря, як тільки хворий виходить з кабінету лікаря і потрапляє у світ інших, світ соціальний. Відносини у комунікації між лікарем та пацієнтом складають лише частину соціалізації та створення нових сенсів для пацієнта, тому при долучені третьої сторони відносини, охоплюючи інші виміри, роблять взаємини більш соціальними, суспільними та політичними. У площині хвороби взаємовідносини формуються не лише між хворим і лікарем, а й переносяться на всіх членів сім'ї захворілого, вони впливають один на одного формуючи спільну поведінку стосовно хворого та хвороби. Таким чином відносини лікаря і пацієнта дають можливість дійти до стану довіри через віднаходження самості пацієнта, але такі відносини розвиваються поза соціальним простором. Тому до цих відносин додається третя особа, що

привносить до створеної спільної реальності пацієнта та лікаря, соціальну сферу, за допомогою якої пацієнт зможе зайняти місце у суспільстві та культурі.

1.2. Феноменологічний підхід до відносин «лікар-пацієнт».

Продовжуючи розглядати проблематику дослідження хворого і станів, в яких він може знаходитися, ми звертаємося до феноменологічного методу дослідження. Саме цей метод може наблизити нас до розуміння ситуації психічного стану, який реально переживається хворим. У своїй роботі «Загальна психопатологія» Ясперс розробляє методологію вивчення аномальних психічних феноменів створюючи при цьому відповідну термінологію. Оскільки людина не може безпосередньо сприймати психічний і фізичний досвід інших людей, Ясперс розглядає ці феномени на основі розповідей хворих про себе та про свій довід. Таким чином лікар стає залежним від поглядів хворого на власний недуг та його опис. Таке вивчення аномальних психічних феноменів не тільки дає можливість допомогти хворомувилікуватися, а також, як пише сам Ясперс, допомагає краще зрозуміти норму.

Для початкового розгляду аномальних психічних феноменів ми повинні взяти за основу те, що основним фундаментальним феноменом психічного життя є протиставлення суб'єкта об'єкту і спрямованість «Я» на певний зміст об'єкту. В свою чергу переживання об'єктів формується через сукупність відносин до нього, що ґрунтується на різноманітних способах нашого переживання: часу, простору, нашої тілесності та дійсності, яка знаходиться поза людиною. Звісно для психічно хворої людини не існує таких розділень переживань, феномени переживань відчуються хворим одночасно різними способами. Для психічно хворої людини важливим є тільки зміст того, що він переживає, а не те, яким чином він це переживає. Для хворого світ не міняється в контексті його переживання, для нього світ стає інакшим в його змісті. Ясперс розглядає та структурує різноманітні психічні розлади людини, такі як: 1) розлад процесу пізнання; 2) та розлад суджень або міркувань стосовно пізнаваних речей. Знову ж таки важливо зрозуміти, що це розділення має лише теоретичний характер для більшого розуміння самої системи психічних станів. Хворий може мати декілька

розладів переживань, які в подальшому впливатимуть на його здатність до судження стосовно їхнього значення. Через те, що хворий поступово втрачає будь який місток для розуміння навколишнього світу, світ для нього поступово починає пропадати.

Одним з важливих моментів для розуміння сприйняття хворого є розглядання його здатності до емпатії та відносин до інших людей. Після того, як людина втрачає здатність до сприйняття світу інших, який повинен бути і світом для нього, хворий розглядає інших людей як щось химерне і незрозуміле, він вважає всіх інших людей хворими, тоді як себе - здоровим.

Продовжуючи думку Ясперса, ми розглянемо ті ситуації, в яких хворий має проблеми із сприйняттям реальності, а саме. сприйняттям предметів, що не існують в дійсності. На прикладі справжніх галюцинацій ми можемо побачити те, що розлади у сприйнятті неіснуючих предметів виникають самі по собі як щось нове, існуючи одночасно з істинними сприйняттями. Змінене чуттєве сприйняття хворого не є наслідком порушення одного конкретного почуття, а тісно пов'язане з об'єктом, на яке це сприйняття направлено. В кожний окремий момент об'єкт сприймається нами як один і той же завдяки одночасній дії декількох почуттів, тому і різні почуття при галюцинаціях доповнюють один одного, створюючи при цьому повну картину того, чого не існує. Можливі навіть ситуації того, що почуття зовсім не виконують свою функцію виявлення об'єкту, в таких випадках хворий не сприймає цілісно об'єкт, він для нього має вигляд безладного набору мінливих свідчень органів почуттів. З цих моментів ми можемо зрозуміти, що сприйняття хворого складають певну синестезію переживань того чи іншого предмету, формуючи таким чином домінуючий спосіб сприйняття реальності, в якому сприйняття реального світу складає єдність з галюцинаціями та ілюзіями.

Також важливим моментом при розгляді сприйняття психічно хворого є додаткові характеристики його уявлень, наприклад, особливе місце посідає уявлення про спогади, які є нашими уявленнями про минулі сприйняття, зміст яких було нами пережито в минулому. Обмани спогадів, як і обмани

сприйняття, дезорієнтують здатність до судження хворого, спотворюючи таким чином дійсність, що стає сумішшю правди і фантазії. Такі феномени обману спогадів викликають у хворого уявлення про минулі переживання, що сприймаються як достовірні, однак вони не відбувалися в дійсності, хворий не відновлює спогади у пам'яті, а формує уявлення заново. Фантастичні уявлення минулого переконують хворого у своїй дійсності, спотворюючи його минуле і його історію життя, що також впливає на його розуміння самого себе. Важливо розуміти, що кожна зміна аспекту уявлень хворого щодо внутрішніх переживань має свій вплив на цілісність розуміння стану речей. Феномен обману спогадів впливає не тільки на пам'ять і історію людини, а також на його сприйняття світу предметів, разом з якими він живе.

Разом з уявленнями феномену пам'яті, людина переживає уявлення про простір і час, які завжди присутні в процесі чуттєвого сприйняття людини, наділяючи змістом всю об'єктивну дійсність. Кожне переживання предметів пов'язано з простором і часом і сприймається через ці дві категорії. Як пише Ясперс, простір і час ми сприймаємо разом з об'єктами, і навіть у разі сприйняття, вільного від об'єктів, ми все одно перебуваємо в часі [19,78]. Ці основні категорії нашого сприйняття реальні для нас за рахунок своїх змістів, зміст простору для людини визначає його буття поруч з іншими або з предметами, зміст часу в свою чергу визначає наше ставлення до процесу історії, як нашої власної, так і історії інших. Наше відношення до цих категорій оформлює сприйняття навколишнього світу, саме значення цих категорій для нас включають їх у нашу психічну мову, завдяки якій ми можемо виносити судження щодо нашого стану, а також і сприйняття іншого.

У свою чергу внутрішнє переживання часу дає нам фундаментальне переживання неперервності сприйняття, а також переживання цілеспрямованості, що дає змогу нам діяти за наперед встановленим планом. Усвідомлення часу також пов'язане з почуттям реальності та знаходженням у стані теперішнього буття. Відчуття часу зберігаються у хворого доки він

знаходиться навіть в мінімальній свідомості, хоча може бути зведений до мінімуму. Наприклад хворі, що знаходяться в стані цілковитого виснаження, можуть, зовсім не відчувати часу, хоча за змістом розуміють наявність часу. Зрозуміло, що саме переживання часу має фундаментальний характер, без якого людина не зможе сприймати навіть свою пам'ять.

Для розуміння усвідомлення існування власного тіла, важливим є сприйняття просторовості. Усвідомлення нашої тілесності і просторової схеми тіла складають єдиний механізм, що дає змогу створювати нейтральний фон в просторі для сприйняття предметів навколишнього середовища. Наші просторові відчуття (кінестетичні, тактильні, зорові) конструюють тілесну схему, яка визначає те, як ми реагуємо на фізичні відчуття та як ми здійснюємо рухи. Також, як пише Ясперс, досвід переживання нашої тілесності та просторовості пов'язаний з досвідом почуттів, потягів і свідомості Я [19,87]. Тілесна схема зумовлює сприйняття людини самої себе, об'єднуючи в собі комплекс фізичних відчуттів в кожен момент часу. Саме при аномальних станах сприйняття єдності власного тіла і простору хворий втрачає свою самість, він може відчувати себе в різноманітних гротескних формах, хоча ці образи і виникають в уяві, але вони є реальними для хворого, тому він повноцінно втрачає своє положення у світі, а значить і здатність до сприйняття навколишнього світу. Таким чином, розгляд аномального сприйняття своєї тілесності та простору дає нам зрозуміти власне Я, яке пов'язане не тільки з духовною сферою, але і з важливістю тілесності, що зумовлює існування нашого Я, а також нашого сприйняття світу.

Важливим для розгляду сприйняття психічно хворого також є його сприйняття реальності та судження, які він виносить стосовно цієї реальності. Безглузді ідеї, які хворий переживає базуються на його сприйнятті реальності, а саме, його конкретному чуттєвому сприйнятті. Для розуміння реальності хворого, нам потрібно окреслити, що саме є реальністю. Як пише Ясперс: «Реальність є те, що надає нам опір, який може

перешкоджати нашим фізичним рухам або перешкодити здійсненню наших цілей і бажань»[19,95]. Тому важливо зазначити те, що зрозуміти реальність людини можна, тільки зрозумівши його значення. Оскільки зміст реальності кожної людини входить до змісту загального змісту, тобто людина пов'язує свій зміст реальності зі змістами культури та соціальних відносин, в яких вона знаходиться. Тому судження про реальність виникають на фундаменті безпосереднього досвіду світу та світу інших, що і дає легітимацію для людини до визначення реальності як чогось загального. Як ми розглядали раніше, психічно хвора людина знаходиться у стані відриву від світу іншого, тому її сприйняття реальності та формування ідей виникають на базі патологічно фальсифікованих суджень про реальність. Хибні судження хворого мають переконливий та винятковий характер, що посилюються суб'єктивною впевненістю, коріння якого знаходиться в первинному переживанні людини. Таке первинне поживання хибності реальності, виникає з безпосереднього знання про значення, що нав'язує себе. Для хворого світ змінюється в залежності від того, як змінилися його знання про дійсність (значення), що ґрунтуються на його сприйнятті реальності. Тому спроба втручання та корекції основ значень хворого зі сторони психотерапевта можуть призвести до катастрофи в бутті хворого. Як пише про це Ясперс: «Людина не може вірити в щось, що заперечує її власне існування».

З цієї причини методологія, якою керується психіатр повинна лежати на основах розгляду самоспостереження і усвідомлення власного стану хворим. Створюючи картину сукупності спостережень і суджень хворого, можна віднаходити феноменологічні елементи, які призводять до порушення психічного цілепокладання особистості в цілому.

Саме самоспостереження хворих та їхніх міркувань щодо аномальних переживань, які вони повідомляють нам, складають основний фундамент для пошуку та структуралізації нашого знання про внутрішнє життя хворих та його аномального стану. Але звісно бувають такі обставини, в яких

самоспостереження може бути проявом симптому хвороби і приносити таким чином болісні переживання. Однак важливо зрозуміти, що самі спостереження не є джерелом хвороби, а скоріш за все хвороба може визвати подібні аномальні спостереження. Наприклад, хворі з низьким рівнем психічної диференціації, які повністю живуть у навколишньому світі та не мають знання про себе, не просто не розуміють свій психічний стан, вони втрачають свою особистість та самосвідомість. Також бувають випадки, коли пацієнти не мають здатності розуміти свою хворобу не через втрату особистості, а за браком відчуття чогось аномального. Тому зрозуміло, що використання категоріального апарату, який дає змогу класифікувати сприйнятий нами матеріал від хворих, не відповідає на питання стосовно глибинних основ людської психіки.

Хворий вирішує для себе питання, які психічні стани притаманні його природі, а які є тими, що виникли через його хворобу. Також хворий вирішує питання стосовно сенсу його сприйняття дійсності, що має бути осмислено, а що ні. Слід розмежувати те, якими категоріями людина розглядає світ «людського» та ту його поведінку, що не лежить в площинні його категоріального знання. Такий модус поведінки людини недоступний до структуризації та його об'єктивації, бо він пов'язаний з глибинною сутністю індивіда.

Настанов хворого щодо своєї хвороби розвивається на рівні знання про недуг, яке має об'єктивний характер, та глибинного розуміння своєї ситуації в контексті сприйняття хвороби. Хворий може бачити в хворобі щось зовсім чуже йому, але в той же час ототожнює себе зі змістом хвороби, яка стає призмою до сприйняття реальності. Тому з цього випливає висновок про який пише Ясперс таким чином: «знання психопатології обмежені. Екзистенція в принципі не може бути доступна психопатологічному знанню або досвідові»[19,97]. Отже, ми можемо побачити, що методологія Ясперса при розгляді хворого не може повноцінно відповідати на питання людського пізнання, проте вона окреслює той апарат, завдяки якому ми занурюємося у

світ хворого, розкриваючи його патології, що дають нам можливість розвивати наші теорії для опису психіки здорової людини.

Висновок до першого розділу

Описуючи проблематику філософського погляду на медицину та на вимір життя хворого, його світ, Клаус Дернер використовує концепт повернення до себе через «чужого», «іншого». Саме такий підхід дає можливість лікарю ставати на позиції пасивного досвіду, доцільніше розглядаючи досвід іншого, роблячи його своїм власним. Завдяки такому методу лікар надає можливість пацієнту знаходити нові істини, будуючи спільну реальність. Пацієнт, шукаючи відповіді на свої питання, спонукає лікаря до надання інтерпретацій стану хворого, даючи йому розуміння своїх відчуттів. Таким чином хвороба стає одним із способів комунікації між пацієнтом і лікарем, створюючи поле для дійсності та об'єднуючи учасників комунікації в одне ціле. Така цілісність дає змогу лікарю зрозуміти ситуацію хворого, що дасть імпульс до розуміння стану здорової людини. Також, Клаус Дернер розглядає важливість дослідження хвороби для пізнання людини самої себе. Оскільки здорова людина не потребує пошуку визначення себе у довколишньому світі, вона гармонійно поєднана з ним, а ось саме хвороба викликає такі потяги до пошуку. Формуючи погляд на хворобу та хворого, Дернер також піднімає питання інтегрування хвороби в систему життя соціуму та оточення хворого. Саме відносини хворого та іншого світу дають цілісне уявлення про розуміння людського життя та його пізнання.

Поглиблюючи вивчення станів хворого, ми звернулися до феноменологічного методу психіатрії Ясперса. Цей метод дає змогу приблизитись до розуміння ситуації патологічного стану, який переживається хворим. Хворий, описуючи свої патологічні відчуття, дає змогу лікарю класифікувати та аналізувати ці стани, що дають можливість не тільки допомогти хворомувилікуватися, а також зрозуміти норму людського існування. При розгляді аномальних психічних феноменів нам важливо зрозуміти те, що фундаментальним феноменом психічного життя є протиставлення суб'єкта об'єкту і спрямованість «Я» на певний зміст

об'єкту. Саме аналіз переживань об'єктів, які формуються через сукупність відносин до нього, дає змогу віднайти фундаментальні способи нашого переживання: часу, простору, нашої тілесності та дійсності, яка знаходиться поза людиною. Хворий формує свій світ, який змінюється в залежності від того, як змінилися його знання про дійсність (значення), що ґрунтуються на його сприйнятті реальності. Тому установка хворого стосовно своєї хвороби розвивається на рівні знання про недуг, яке має об'єктивний характер, та глибинного розуміння своєї ситуації в контексті сприйняття хвороби. Тому, розглядаючи хворого, ми повинні розуміти те, що він є цілісною системою, яка має відносини не тільки з самим собою, а також стосовно оточуючих. Ясперс дає чітко зрозуміти, що знання психопатології мають обмежений характер, оскільки вони описують лише наші спостереження патологій, що виникають через комунікацію з хворим. Але феноменологічна методологія поряд з розумінням значимості відносин пацієнта та лікаря дає можливість зрозуміти світ хворого через розкриття його патології.

Розділ 2. Критика класичних теорій психоаналізу.

2.1 Критика фрейдизму

Просуваючись далі у своїх дослідженнях феномену хвороби та її значення щодо пізнання людської сутності, важливим є розгляд теорії основоположника психоаналізу, а саме Фрейда. Звісно ми розуміємо, що він поставив більшість проблемних питань, які мають вагу в сучасному психотерапевтичному дискурсі, сформувавши таким чином базову структуру та науковий словник, який тісно пов'язаний з переосмисленням феномену хвороби. Сформувавши новий погляд стосовно хворого, Фрейд порушив наступні питання: як бути з хворим? звідки беруться хвороби? як їх подолати? Досліджуючи душевно-нервові захворювання, засновник психоаналізу розглядає безглузді дії хворих не як щось дивне, а як прихований механізм захисту, який має розумний сенс. Хоча фрейдизм і відкрив ворота для реалізації досліджень основ духовного життя людини, та, розвиваючись, почав претендувати на загальнопсихологічну теорію, він отримує багато проблем і критики стосовно його епістемологічної значимості.

Першим зауваженням до Фрейдової теорії є те, що вона йде у парадигмі психології розуміння та пояснення через розуміння, а не у парадигмі каузального пояснення. Фрейд, розмірковуючи про симптоматику хворих, розглядає так звані типові симптоми, які дають нам можливість визначити одне переживання, яке може бути загальним для всіх людей, вибудовувуючи таким чином робочі теорії вивчення хвороб. Також він описує виникнення таких симптомів в результаті конфлікту задоволення лібідо. Незадоволене, відкинуте реальністю лібідо має шукати інші шляхи для подолання реальності і пошуку задоволення. Цей пошук приводить людину до заміщення задоволення, яке не реалізовувалось через регресію лібідо, яке повертається до свого минулого. Хворий застряє в своєму минулому, в періоді, коли він був щасливий, коли його лібідо було

задоволене. Фрейд робить висновок, що для хворого психічна реальність скомбінована з реальних фактів його минулого і вигаданого. Таким чином Фрейд, звертаючись до минулого людини, до його дитинства як внутрішньої історії життя, не спирається на каузальність їхніх наслідків, а просто тлумачить їх, видаючи це за обґрунтовані наукові твердження. Змішуючи тлумачення минулого та каузальність, Фрейд приходять до того, що будь-який процес людського існування може бути зрозумілий та детермінований, маючи підстави в минулих переживаннях людини. Проте, як пише Ясперс: «Тільки принцип безмежної каузальності, а не принцип безмежної зрозумілості, має право на існування в науковій теорії»[20,115]. Розуміння окремих психічних процесів не може давати повноцінної картини для розгляду всього психічного процесу людини, тому принцип розуміння не може привести до побудови всезагальної теорії психічного.

Далі, розглядаючи пізню роботу Фрейда «Незадоволеність культурою» він дає широкий огляд людського становища, включаючи всі свої попередні теоретизування. Досліджуючи прагнення людини, Фрейд виокремлює в них дві сторони прояву – позитивну і негативну. Відсутність болю або задоволення з одного боку і потяг до переживання насолоди - з іншого. З цього випливає те, що життєва мета людини визначається програмою принципу насолоди. Досягнення насолоди людині загрожує стражданням, яке виникає, за Фрейдом, з трьох сторін. Першою перешкодою є наше власне тіло, яке прагне до занепаду і розкладання. Друга перешкода виникає з боку зовнішнього світу, який діє на людину з невблаганною силою руйнування. Третьою перешкодою стають для людини взаємини з іншими, які приносять страждання більш сильніші, ніж інші. Як ми бачимо, теоретичне налаштування Фрейда спрямоване на Чужості – до середовища та інших, його теза про те, що «всі ми хворі, невротичні, оскільки знаходимося в постійних умовах утворення симптомів»[14,63], дає зрозуміти той факт, що психоаналіз акцентує і гіперболізує розуміння до усіляких дрібниць людського існування. Таким чином фрейдівська теорія дає опис і приписує

значення всім психічним станам людини, які були у минулому і перебувають у теперішньому. На прикладі дослідження сновидінь ми чітко можемо побачити, що кожен образ, який був пережитий в процесі сну, може бути розтлумачений психоаналізом.

Далі Фрейд розмірковує про методи, які використовують люди для ухилення від невдоволення, що випливають з перелічених джерел. Такі методи людина використовує протягом усього свого життя, будь-то свідомий відхід від людей, що несе за собою самотність, яка захищає від страждань, що виникають через спілкування з людьми, чи так само людина може вдатися до різних впливів на свій організм, для уникнення страждання, наприклад вживання різних хімічних речовин. Такі відходи від реальності відбуваються через те, що при зіткненні із зовнішнім світом, світ відмовляється дати нам задоволення наших потягів, через що прирікає людину на позбавлення задоволення. Тому, щоб захистити себе від страждань, людина користується механізмом доступним душевному апарату, а саме зміщення лібідо. Оскільки людина перебуває в постійному зіткненні реальності і своїх потягів, Фрейд робить висновок що: «велику частку провини за наші нещастя несе так звана культура: ми були б набагато щасливішим, якби від неї відмовилися і відновили первісні умови» [14,74]. Людина стає невротиком в рамках культури тому, що її обтяжує сума різних обмежень, які накладаються з боку суспільства, що керується згідно з поставленими культурними ідеалами. На думку Фройда індивідуальна свобода людини не є заслугою культури, а, навпаки, саме культура робить людину невільною. Процес культурного розвитку викликав зміни в сфері людських інстинктивних нахилів, задоволення яких і є психоекономічним завданням нашого життя. Сублімація первинних позивів є яскравою рисою культурного розвитку. Така сублімація має подвійний вплив, з одного боку людина стає «невротичною», або «хворою», з іншого боку ця сублімація дає можливість реалізації вищих форм психічної діяльності - наукової, художньої, політичної та інших. Психоаналітичні дослідження демонструють

нам вплив сублімації на людину, відмова від своїх первинних позивів, від сексуального життя є нестерпним для невротиків. Таким чином Фрейд приходиться до висновку, що в індивідуальному розвитку людини існують два прагнення, перше – це егоїстичне прагнення людини, а саме прагнення до щастя, інше прагнення є культурним, яке виконує роль обмеження. Ці прагнення борються один з одним в людині.

Розглянувши теорію Фрейда стосовно культури, яка створює неврози, ми бачимо, що він тяжіє до спрощення своєї теорії, роблячи її дуже простою. Як пише Ясперс, критикуючи його: «Фрейд вважає, що все психічне можна зрозуміло приписати сексуальності в широкому сенсі поняття як до єдиної первинної сили»[20,164]. Через таке спрощення Фрейд, принижуючи культуру, приходиться до виправдання наших тілесних пристрастей, нівелюючи таким чином здобутки людської культури. Його заперечення важливості культурного спадку, що і формує людину як таку, підкріплюють міркування про несвідоме. Таким чином людина за Фрейдом стає маріонеткою латентних проявів несвідомого та потягів, які об'єднуються як лібідо і розглядаються насамперед як еротичний потяг, тому справжньою дійсністю для людини стає лібідо та пристрасті, а не культурний розвиток.

Також одна із основних проблем психоаналізу полягає в дистанції розуміння пацієнта психоаналітиком. Психоаналітик розглядає пацієнта, підпорядковуючи та обмежуючи його своєю раціоналістичною інтерпретацією, яка будується на химерних уявленнях про сакральні міфологічні змісти. Також фрейдизм тяжіє до опису неврозів, не спираючись на зрозумілий зміст його проявів, а на перетворення психічного в фізичне, приписуючи неврозам тлумачення за шаблонами і зразками неврозу нав'язливих станів тощо. Таким чином психоаналітик перетворює пацієнта на об'єкт, вступаючи з ним в суб'єкт-об'єктну комунікацію. Психоаналітик розглядає пацієнта як того, хто перебуває нижче за нього в силу своєї компетенції та влади, він привласнює собі самість пацієнта, накладаючи на нього ті сенси, які потрібно психоаналітику. Як ми раніше визначили те, що

сенси в психоаналізі не мають наукового підґрунтя, а керуються лише химерною думкою про психічне. Психоаналіз у своїй міфологічній основі заснований на думці про те, що все, що відбувається з людиною має сенс, який коріниться у його минулому. Такий сенс у своїй абсолютності зводиться до одного рівня розуміння пацієнта, намагаючись таким чином тлумачити все його життя, що на думку прибічників психоаналізу дає можливість отримання знань про все людське буття. Як пише Ясперс: «апелюючи до міфів давнини, Фрейд створює навколо своїх беззмістовних тверджень атмосферу втрачених спогадів, таємничості і неясних передчуттів. У століття безвір'я такий образ мислення здатний заворожити кого-завгодно»[20,189].

Таким чином ми можемо побачити, що психоаналіз заводить в глухий кут людей, які шукають поліпшення своєї ситуації. Він заохочує пацієнтів до пошуку своїх проблем у минулому, які часто бувають навіть не причетні до нагального стану справ. Фрейдова теорія пам'яті спирається на те, що автобіографічні спогади пацієнта можуть бути доцільно реконструйовані, а в цій реконструкції психоаналітик може знайти точки зсуву пацієнта. Але проблема полягає в тому, що пам'ять не є лінійною, вона скоріше континуальна, минулі спогади зчіплюються з переживаннями, знаннями, досвідом, які були пережиті людиною після тої чи іншої ситуації в майбутньому. Спогади конструюються і наповнюються по типу того, що турбує людину в теперішньому, перезаписуючи таким чином данні про минуле. Оскільки психоаналітик підбадьорює пацієнта до створення тих чи інших спогадів та направляє його на конструювання спогадів, які потрібні психоаналітику. Через це ми можемо побачити багато прикладів, коли пацієнт додумував або фантазував стосовно свого майбутнього, дійсно думаючи, що він це згадує. Подібні приклади ми можемо побачити в роботах Елізабет Лофтус, де вона описує, як за рахунок маніпуляцій психотерапевта люди згадували, що вони бачили в дитинстві одержимих дияволом людей або інші химерні ситуації.

Оскільки психоаналітик зациклений на історичних подіях пацієнта, а не на сенсові реакції на них, він спонукає пацієнтів до залежності та поступливості стосовно інтерпретацій майбутнього. Будучи жорстко пов'язаним з настановами терапії, психотерапевт схиляє пацієнтів грати за цими встановленими правилами, перешкоджаючи таким чином дійсному розумінню світу для пацієнта. Таким чином фрейдиська методологія закриває у своєму міфі можливість розуміння психіки людини, даючи пацієнтам можливість перекласти відповідність за свій недуг на біографію та інших. Як пише Альберт Елліс: «Будучи діагностичним, психоаналіз не звертається до основних ідеологічних передумов і систем цінностей, за допомогою яких люди здебільшого створюють свої симптоми».[22,323]

2.2. Критика психоаналізу Лакана.

Продовжуючи традицію психоаналізу, Лакан розглядає її основний фундамент в середовищі мови пацієнта. Психоаналітик в такій системі є тим, хто дає відповідь на заклик пацієнта, навіть якщо той не говорить. У таких випадках психоаналітик відчуває заклик хворого намагаючись заповнити його мовну порожнечу за допомогою розгляду його поведінки, яка виражає те, що приховує мова пацієнта. Психоаналітик знаходить те яким чином укладена мова або поведінка пацієнта в дискурсі, розкриваючи при цьому структуру значень пацієнта. Привчаючи пацієнта знаходити зрушення своїх значень в несвідомому, психоаналітик допомагає йому здійснювати історизацію ситуації в якій він знаходиться. Таким чином Лакан бачить в несвідомому історію пацієнта, яка була травмована і цим викликала в символі ілюзію, в якій знаходиться пацієнт.

Також важливо для розгляду концепції Лакана зрозуміти основні терміни, які він використовує, а саме уявне, символічне і реальне. Основна проблема, яка виникає у хворого, полягає в сполученні символічного і уявного при конституюванні реального. Для пояснення цих понять Лакан пропонує описати модель дзеркальної стадії. Ця стадія дзеркала є моментом розвитку дитини, але так само вона показує відношення суб'єкта до свого образу як прообразу власного «Я». Ця стадія розглядає поле психічної реальності, в якій відбувається процес сприйняття і усвідомлення власного «Я». У такій психічній реальності реальний простір і уявне суміщені, але мислити їх слід по-різному. Для розуміння цих відмінностей Лакан пропонує подивитися на них зі сфери оптики, яка покаже важливість участі символічного. Процес фізіологічного дозрівання людини дає їй можливість дійсно інтегрувати власні рухові функції, через що вона досягає реального панування над своїм тілом. Але усвідомлення людиною цілісності свого тіла відбувається раніше реального панування над ним. Це усвідомлення цілісності виникає на стадії дзеркала через оптичне бачення. Оптичний вид власного цілісного тіла дає можливість людині уявляти, що вона має

панування над своїм тілом. Таке панування є передчасним щодо реального оволодіння. Таким чином зрозуміло, що відносини між реальним і символічним залежать від становища суб'єкта. Положення ж суб'єкта визначається його місцем в символічному світі, а саме в світі мови. Символічний світ (мова), дає можливість людині розуміти різницю між реальним і уявним, що в свою чергу дає можливість для суб'єкта визначити своє «Я».

Для кращого прояснення важливості символічного, Лакан описує випадок дитини, яка має дуже обмежений словниковий запас, який ще й неправильний. Ця дитина не прагне до спілкування і до того, щоб його розуміли, вона має збіднений уявний світ, що робить його нездатним увійти в ефективне ставлення з об'єктами в якості структур [5,246]. Саме ця неможливість структурувати не дає можливість цьому хлопчику, комунікувати з лікарем в якості оклику. Спосіб поводження з мовою у цього хлопчика є негативіським, він не шле жодного оклику, так як система його відносин з мовою перервана на рівні мови. Тут важливо зрозуміти що мова і здатність говорити - це різні речі, хлопчик в деякому сенсі володіє мовою, але не може говорити, через що він не може відповідати на оклик. Його мова не поєдналась з його системою уявного, в якій знаходиться невелика кількість об'єктів, які наділені значимістю. Для цієї дитини реальне і уявне тотожні.

Для того щоб вивести дитину з цього стану, психоаналітик представляє йому символічне ставлення до предметів, надавши їм імена. Психоаналітик дає хлопчику маленьку частину символізму, через яку останній почав символізувати навколишню реальність. З самого початку йому була недоступна людська реальність, оскільки він не міг відповідати на оклик і сам його не здійснював, але після того, як психоаналітик дав йому частину символічного світу, хлопчик почав прогресувати у своєму розвитку. Цей приклад, на думку Лакана, пояснює те, що при введенні символізації в мову, яка визначає початкову позицію, людина може ввести в гру уявне і

реальне і заволодіти своїм розвитком. Такий розвиток відбувається через включеність суб'єкта в символічну систему, в якій він проявляється і затверджується в результаті здійснення справжньої мови. Причиною незнаходження пацієнта в реальному світі є те, що речі в його світі не можуть прийти в порядок через відсутність символічного. Адже зовнішній, реальний світ є лише олюдненим, символічним світом. Тому на етапі формування людини важливо мати можливість бути введеним в первинну реальність символом, який разом з ним поділяють інші, що дасть подальший розвиток людини.

Розглядаючи важливість світу символізму, в якій людина вступає за допомогою іншого, Лакан демонструє функцію «над-Я» на прикладі пацієнта, який страждав симптомами, пов'язаними з роботою руки. Цей пацієнт сповідував іслам, але мав неприязнь до закону Корану, який має тотальний характер в ісламській культурі. Для людини, яка належить до культурного світу ісламу та жив за усіма порядками цього світу – цей невроз є абсолютно незрозумілим. Але після того, як психотерапевт розглянув дитинство цього пацієнта, він знайшов подію, яка стала травматичною для нього. Пацієнт у дитинстві почув, що його батько втратив своє місце на роботі через крадіжку, тому повинен був позбутися руки, за приписом Корану. Культурне середовище, яке інші ще в дитинстві заклали у пацієнта його символічну основу, яка заснована на значущості приписів Корану, стало для нього законом. Оскільки цей закон мав важливий статус для пацієнта, він перейшов у симптом хворого. Інша частина символічних співвідношень несла на собі відбиток переважання цього закону. Цей закон став центром цілого ряду симптоматичних несвідомих виразів, адже був пов'язаний з основоположним досвідом його дитинства. Тому на цьому прикладі ми можемо зрозуміти, що для кожної людини саме відношення до закону, «над-Я» зорієнтовує все, що може відрізнити її як особистість. Історія кожної людини упорядковується законом, символічним законом, який не однаковий для всіх. Традиція і мова обумовлюють різноманітність відношень людини. У

випадку з цим пацієнтом неприязнь до закону має причину в тому, що завдяки травматичній події закон звівся до чогось неприйняттого, від чого пацієнт не може втекти, оскільки ця проблема знаходиться в його «над-Я».

Грунтуючись на цих прикладах Лакан стверджує, що симптом може бути цілком дослідженим в аналізі мови, адже він і сам структурований як мова. Сам симптом є мовою, яка повинна бути звільнена. Таким чином людина використовуючи мову, світ символічного, створює для себе постійність концепту світу. Світ символізму породжує світ речей, накладаючи на ті чи інші речі рівень їхньої законності. Як пише сам Лакан: «Закон виявляє свою ідентичність з ладом мови»[9,36]. Символічна ідентифікація дає людині можливість іменувати ті чи інші предмети, даючи таким чином можливість розуміти їх і сприймати разом з іншими. Психологік таким чином створює для пацієнта топіку реальності, в якій символічні конфлікти і уявні фіксації приходять до узгодження. Розглядаючи інтерсуб'єктивний досвід, в якому бажання людини досягають визнання, психологік знаходить ключ до мови пацієнта.

Розгляд різних істеричних або невротичних захворювань, може привести нас до розуміння сприйняття світу людей, у яких порушено нормальне сприйняття реальності. У таких хворих реальні об'єкти замінюються і змішуються з уявними образами, що створює для них зовсім інший світ. Випадок Роберта (хлопчик Вовк!) дасть нам можливість подивитися на нові грані людського сприйняття світу.

Цей хлопчик існував в повній плутанині між ним самим, змістом його тіла і навколишніми об'єктами та людьми. Роберт на перших етапах свого лікування ототожнював себе зі словом «Вовк», оскільки він був повністю поглинений реальним, у нього була відсутня будь-яка символічна функція, і тим більше функція уявного. Роберт не сприймав своє тіло і себе самого, він визначав себе за допомогою різних предметів і одночасно з цим він і був усіма цими предметами. Всі його дії щодо інших предметів були зациклені на

руйнуванні, розбиваючи їх він таким чином демонстрував постійне відчуття руйнування свого тіла.

Після роботи психоаналітика, який разом з ним створив мінімальні символічні побудови, Роберт почав сприймати психоаналітика як мати, проектуючи на неї всю свою злість, щоб в деякому роді знайти себе та відновити свою пам'ять. Коли він поведився агресивно по відношенню до психоаналітика, він намагався зруйнувати себе, представляючи себе якимось предметом, розбиваючи його. Після цього у Роберта почався етап побудови свого тіла, що має символічний характер. Ця побудова призвела до поліпшення його психічного та фізичного стану, Роберт відокремився від інших предметів, що були для нього символом, та отримав спроможність використовувати їх в якості об'єктів. Цей етап характеризує те, що в нього почався процес зародження уявного.

Розглядаючи мову цього пацієнта Лакан пише про те, що: «У слові Вовк укладена ціла послідовність, яка відсилає до суспільства і до того, що в ньому пов'язано з ініціацією або ідентифікацією з персонажем» [5,284]. Тому, коли Роберт кричав слово Вовк, він виконував тільки руйнівні дії. Це була його мінімальна здатність зв'язуватися з людським співтовариством. Ця дитина могла встановити контакт з іншими, тільки за допомогою вигуку «Вовк!». Коли Роберт припинив вживати слово «вовк», яке для нього було комплексом законів, для нього почався новий етап самовизначення, а саме, розуміння і вимовляння свого власного імені. Розуміння власного Я відбувається не тільки через відношення до предметів, а також і через відношення до інших, які наповнюють життя людини символічним. Саме за допомогою іншого слово або поняття стає матеріальністю, стає самою річчю. Спосіб, який підключає символічний план до плану уявного, так само тісно пов'язаний з іншим. Наприклад бажання дитини проходять спершу через іншого. Саме в іншому, бажання стають схвалені або ж отримують засудження, прийняття або відхилення. Ось за допомогою чого дитина звекає до символічного порядку і отримує доступ до його основи - закону. Через

вимір мови бажання суб'єкта справді включається в площину символічного. Бажання будучи сформульованим перед іншим, стають визнаними в повному сенсі. Символічна система, яка дається нам іншими, входить в несвідоме людини. Це несвідоме являє собою розкол і обмеження, викликане в ній символічною системою. Символічний світ не обмежений самою людиною, він реалізується в мові, яка загальна для всіх. Мова є універсальною символічною системою, адже вона переважає в певному співтоваристві, до якого належить суб'єкт.

Таким чином психоаналітик, звільняючи мову пацієнта, вводить його в мову його бажань, на якій і розмовляє хворий через свій симптом. Саме мова бажання є мовою інтерсуб'єктивності, що отримує свою цінність через визнання інших. Пацієнт шукає в мові відповідь іншого, констатує свою суб'єктивність через запитання задля отримання визнання іншого. Для того, щоб дати відповідь пацієнту, психоаналітик повинен знайти через кого і для кого ставить суб'єкт свої питання. Оскільки, не віднайшовши ці позиції, психоаналітик не зможе визначити бажання пацієнта та об'єкта, на яке це бажання направлено. Знайшовши таку позицію психоаналітик вселяє в пацієнта впевненість в те, що психоаналітик вже володіє істиною, тому пацієнт відкривається до об'єктивованого втручання. Пацієнт розміщує свою істину в психоаналітика, який через свій авторитет налагоджує структуру дискурсу пацієнта. Хоча хворий не перестає таким чином володіти істиною та встановлювати ціннісні погляди стосовно дискурсу, він все одно підкоряється дискурсу психоаналітика. Одже, єдиною реальністю, яку досліджує психоаналітик, є мова пацієнта, тому дійсність його минулого може розкритися через вираження в актуальній мові пацієнта. В свою чергу психоаналітик, аналізуючи пацієнта, втручаючись в його символічне, оформлює для нього дискурс, тому в аналізі ми не маємо справу зі спогадами як такими, а тільки з їхньою дискурсивною оформленістю. Таким чином, психоаналітик не розглядає через призму мови конститутивну реальність пацієнта, а бачить в ній тільки дискурс, який сам і створив. Проблема

лаканівського психоаналізу полягає в тому, що він не розглядає дійсний стан справ у минулому пацієнта, він бачить в ньому лише слова оформленні в структуру. Погляд на пацієнта як на людину розкривається в контексті його структури, яка пов'язана з внутрішнім змістом і дієвою заданістю людини. Пацієнт розглядається як деякий мовний ефект, що конститує себе в процесі запитання, щоб отримати визнання з боку іншого. А той, кого питають, володіє засобами заповнення символічного світу пацієнта, зв'язуючи себе з Я пацієнта.

Висновки до другого розділу

Критичний розгляд психоаналітичних теорій Фрейда та Лакана дає змогу побачити розвиток та основні проблеми, з якими зіштовхується психотерапевтичні теорії. Критичний аналіз Фрейдового спадку демонструє нам помилки, які вирішуються у феноменологічній теорії психотерапії. Фрейдова теорія демонструє біологічну та міфологічну редукцію у розгляді пацієнта. Фрейд приходить до того, що будь-який процес людського існування може бути зрозумілий та детермінований, ґрунтуючись на минулих переживаннях людини. Такі висновки виникають через надмірну дистанціацію між пацієнтом та психоаналітиком. Психоаналітик розглядає пацієнта, підпорядковуючи та обмежуючи його своєю раціоналістичною інтерпретацією, що ґрунтуються на уявленнях про міфологічні змісти. Також фрейдизм тяжіє до опису неврозів, не спираючись на зрозумілий зміст його проявів, а на перетворення психічного в фізичне, приписуючи неврозам тлумачення за шаблонами і зразками, виконуючи таким чином редукцію в свему розумінні хворого. Перетворюючи пацієнта на об'єкт, психоаналітик, вступаючи з ним в суб'єкт-об'єктну комунікацію, ускладнює можливість створення взаємодії на людському рівні. Психоаналітик розглядає пацієнта як того, хто перебуває нижче за нього, в силу своєї компетенції та влади, він привласнює собі самість пацієнта, накладаючи на нього ті сенси, які потрібно психоаналітику. Будучи залежним від міфотворчої настанови, психотерапевт схиляє пацієнтів грати за встановленими правилами, перешкоджаючи таким чином дійсному розумінню світу для пацієнта. Таким чином фрейдистська методологія закриває у своєму міфі можливість розуміння психіки людини, даючи пацієнтам можливість перекласти відповідність за свій недуг на біографію та інших.

Продовжуючи традицію психоаналізу, Лакан намагається дослідити симптоми хворої людини в їхньому цілісному аспекті, розуміючи їх як свого роду мову. Він стверджує, що саме через дослідження мови пацієнта, ми можемо зрозуміти те, як хворий створює для себе постійність концепту світу.

На думку Лакана саме мовна реальність є ключем до пізнання ситуації хворого. Однак психоаналітик, аналізуючи мову пацієнта, втручається в його символічне, оформлюючи для нього дискурс. Лакан стикається з такою ж проблемою як і Фрейд, втручаючись у світ хворого, він не аналізує спогади та переживання пацієнта, а накидує на нього лише дискурсивну оформленість. Таким чином психоаналітик не розглядає через призму мови конститутивну реальність пацієнта, а бачить в ній тільки дискурс, який сам і створив.

Розділ 3. Феноменологічний розгляд хвороби

3.1 Концепція логотерапії та теорії сенсу Франкла

Продовжуючи розгляд ситуації і світу хворого та його розуміння світу, ми безсумнівно маємо взяти до уваги те, що Франкл називає єдністю психофізичного і духовного в людині. Адже психотерапія повинна розглядати цю цілісність для того, щоб знайти сутність людини, його сенс, який повністю, як писав Ясперс, не описується класичними методами психіатрії. Наше завдання полягає в тому, щоб заглибитися в розуміння хворого, а це дасть можливість сформулювати більш точну картину і відповісти на питання: що таке людина? Щоб поглибити розуміння людини, Франкл звертає увагу на фундаментальний феномен, а саме феномен сенсу.

Сенс виникає кожен раз в кожній ситуації, в якій перебуває людина, оскільки кожна ситуація є унікальною, то і кожна людина має сприйматися як щось унікальне. Головним аспектом є те, що сенс не може бути створений кимось або чимось, він має бути знайдений. Психотерапевт не може вказувати хворому на те, що має сенс і створити його для нього, він може лише стверджувати, що життя має сенс і він вартий того, щоб до нього прагнути. В супереч поглядам Фрейда та Лакана стосовно основних прагнень людини, а саме прагнень задоволення своїх потягів і потреб, Франкл розглядає людину як таку, що прагне сенсу. Людина спрямована за вектором здійснення сенсу та реалізації цінностей, які і даються цим сенсом. У процесі реалізації цих цінностей і сенсу людина здійснює і саму себе. Також важливо розуміти те, що довколишній світ не є засобом людини, який задовольняє її потреби і пристрасті. Людина знаходиться в стані відкритості до світу, а тому її буття проходить в постійному процесі взаємних стосунків з ним. Таким чином людина завжди вибирає, які відносини вона має зі світом і яким чином вона з ним комунікує. Така свобода вибору стосовно відносин також поширюється і на ставлення людини до її психічних станів, навіть в їхньому патологічному вимірі. Це можна розглянути на прикладі пацієнтів параноїків. Франкл описує випадки, коли такі пацієнти реагували на свої ілюзорні

уявлення абсолютно різними способами. Наприклад, один параноїк, відштовхуючись від своїх ілюзорних ідей, шукав можливості для того, щоб убити своїх уявних ворогів, залишаючись в постійно напруженому стані, в той час як інший пацієнт з параноєю пробачав своїх супротивників, стабілізуючи свій стан. Подібні приклади дають нам зрозуміти, що ці пацієнти діють, виходячи не зі свого психічного розладу, а реагуючи на нього, виходячи з відносин, які вони прийняли стосовно своєї хвороби. З цього випливає те, що методика об'єктиваціта фаталізму з боку психіатра може тільки ускладнити сприйняття хвороби пацієнтом, посилюючи при цьому неврози.

Хоча неврози і мають біохімічне походження, все одно важливим для їхнього розуміння є те, як пацієнт реагує на них та оформлює свій недуг. Неврози стають осмисленими через те, як пацієнт оформлює їх, висновуючи з них розвиток для себе. Як пише Франкл: «Сенс хвороби полягає в тому, що народжується в зіткненні пацієнта як духовної особистості і хвороби як ураження організму» [12,47]. У цьому зіткненні в своєму ставленні до хвороби, людина здійснює сенс і реалізує деяку цінність. Звичайно хвора людина не має повної свободи стосовно свого стану, вона обмежена здатністю виражати ставлення до хвороби, однак це не нівелює можливість до створення відносин стосовно хвороби. Тому Франкл вдається до методів екзистенційного аналізу, завдання якого полягають в знаходженні людини за рамками хвороби. Подібний аналіз дає розгледіти в пацієнті його людське нутро, яке пов'язане з його прагненням до сенсів. На відмінну від класичних теорій психоаналізу, екзистенційний аналіз не ставить пристрасті людини на перший план у своєму дослідженні. Людина, маючи пристрасті, не повністю залежить від них, вони задовольняються або відхиляються, проходячи крізьтак звану зону свободи людини. Людина не слідує за пристрастями, а розраховує ставлення до них, спираючись на обрану позицію.

Класичний психоаналітичний підхід розглядає психіку людини, стверджуючи те, що вона має системно закритий характер, тобто людина

завжди прагне до встановлення балансу психічних станів, наприклад, через примирення «Ід» та «Супер Его». Такий підхід до розуміння психіки людини розглядається в контексті принципу гомеостазу та саморегуляції. Фрейд пояснює будь яку діяльність людини як засіб відновлення, знімаючи таким чином напругу з людини. Однак природа прагнень людини, навпаки, тяжіє до створення напруги, їй не обов'язково бути залежною від пристрастей «Ід» або «Супер Его». Приймаючи, наприклад, моральні рішення людина не робить це для заспокоєння свого «Супер Его», адже не існує моральних пристрастей, вона приймає рішення, спираючись на свою позицію та сенс стосовно них. Таким чином подібні теорії психотерапії намагаються досліджувати лише глибинні явища психічного життя людини, не звертаючи увагу на духовну сутність людини. В супереч такому замкнутому розглядові Франкл створює психотерапевтичну практику логотерапії, яка є видом екзистенційного аналізу. Логотерапія направлена на розгляд людини як цілісної системи духовного та психофізичного, практики якої ведуть людину до усвідомлення власної відповідальності, що пов'язана з сенсом людського життя.

Саме питання про сенс виступають першочерговими для лікаря, однак не він ставить ці запитання, а самі пацієнти, однак, як пише Франкл: «Хворі, як правило, категорично стверджують, що сенс життя полягає в задоволенні»[12,51]. Такий погляд на сенс життя є ключовим догматом класичного психоаналізу, в якому принцип реальності не протиставляється принципу задоволення, а, навпаки, розглядається як допоміжний у реалізації цілей задоволення. Фрейд намагався звести всі види прагнень людини до прагнення задоволення своїх пристрастей. Вважаючи психічно хвору людину не здатною до реалізації власних інтересів, лікар виступає в якості того, хто вирішує за пацієнта, на що повинні бути направлені його прагнення.

З точки зору логотерапії принцип задоволення пристрастей не є метою прагнень людини, а є лише наслідком задоволення цих прагнень. Своїми діями лікар не повинен створювати для пацієнта його бажання та сенси, а,

навпаки, він дає можливість пацієнту реалізувати своє прагнення жити. Такій підхід до пацієнта дає мотивацію віднаходження своєї мети та сенсів. Також логотерапія дає зрозуміти пацієнту неповторність свого життя та усвідомлення відповідальності за те, яким чином він буде реалізовувати свої цілі. Методологія Франкла розглядає питання про сенс людського життя в зовсім іншому аспекті, а саме в тому, що не людина задає це питання, а життя спонукає і задає людині питання про сенс життя. Оскільки людина живе в світі та тісно з ним пов'язана, вона бере відповідальність за те, яким чином вона буде жити і комунікувати з ним. Спосіб людського життя визначається через свободу, що дає можливість до самовизначення себе в бутті. На прикладі різноманітних патологій мозку ми можемо побачити, що фізіологічні та психічні стани людини тісно взаємопов'язані, формуючи при цьому погляд хворого на свій недуг. Але саме позиція хворого щодо свого захворювання дає можливість компенсувати різноманітні порушення мозку, переносячи функції пошкоджених частин на інші частини мозку.

В свою чергу класичний психоаналіз створив теорію, в якій психічні процеси розглядаються як результат різноманітних інстинктивних механізмів людини, проте, як ми раніше зазначали, наші інстинкти лише дають певний перелік можливих дій, тоді як наше «Я» приймає рішення, що робити з цими можливостями. Фрейд намагався досліджувати людське «Его» як те, що бере свій початок з інстинктів, але такі міркування небезпечні своїм фаталізмом. Адже працюючи з пацієнтом, психоаналітик підбурює його до сліпої віри в неминучість дій пацієнта та до його залежності від інстинктивних пристрастей. Таким чином фаталізм, який пропонується психотерапевтом, дає пацієнтам можливість втекти від відповідальності за свій стан. Але зрозуміло, що біографія людини не зводить нанівець прагнення людини до зміни ситуації у своєму житті, неправильне виховання не виправдовує неправомірні вчинки людини. Світ ставить перед людиною завдання подолати ці перепони свідомими зусиллями. Тому позиція Фрейда не розглядає людину у площині того, що вона не обов'язково повинна сліпо

підкорятися психологічній долі, а має можливість формувати свою позицію, незважаючи на нездорову психіку. На думку Франкла саме методика логотерапії здатна продемонструвати пацієнту, що хвороба є просто викликом світу, а не детермінованими оковами. Хворий може вибрати позиції стосовно власного недугу, примирюючись з ним, а не погіршуючи свій стан постійною боротьбою та замовчуванням. Як пише сам Франкл: «Найбільша помилка, яку ми можемо зробити в житті, це почитати на лаврах. Про що і писав Фрейд, розглядаючи хворобу як панацею»[12,93].

Повертаючись до розгляду сенсу, нам слід розуміти, що людина постійно шукає його для того, щоб за допомогою своєї свободи реалізувати сенс. Однак у більшості пацієнтів ми можемо побачити такі страждання, що призводять до їхньої спустошеності. Такі пацієнти знаходяться у стані екзистенційного вакууму через відсутність змісту та сенсу життя. Подібні випадки виникають через те, що людина нерозуміє, що їй робити зі своїм життям, вона просто виконує те, що роблять інші, або те, чого хочуть від неї інші. Такий стан пояснює психотерапевтичний феномен нескінченного психоаналізу, який не направляє людину до пошуку сенсу, а створює його, стаючи таким чином змістом життя пацієнта. Використовуючи подібну настанову, психотерапевт викликає у пацієнта екзистенційний вакуум, направляючи погляд хворого не на сенс його життя, а на його Едипів комплекс, який ще не вирішений, викликаючи таким чином ґрунт для створення неврозу. Таким чином класичні теорії психотерапії, розглядаючи людину як монаду, вульгаризують уявлення про людину до механістичного рівня, забуваючи про те, що людина може зробити щось зі своєю ситуацією. Через таку настанову пацієнта психотерапевт звертається до його несвідомої релігійності, що об'єднує їх на ґрунті спільної віри в теоретичні структури, згідно яких вони діють. Такий підхід не дає можливості розвивати погляд пацієнта на своє життя, а навпаки розміщує його в міфі.

Розкриваючи свою логотерапевтичну методику Франкл виокремлює основні види реагування пацієнта на свій невроз. Симптоми можуть викликати у пацієнта страх перед їхнім повторенням, у пацієнта виникає фобія очікування симптому, через що він дійсно з'являється знову, посилюючи страх пацієнта перед ними. Страх пацієнта може спонукати повторення того, чого він боїться. Також пацієнти з неврозами нав'язливих станів, що перебувають під гнітом своїх нав'язливих уявлень, намагаються боротися з ними, але в них теж присутній страх вже не перед симптомом, а перед самими собою. Тому важливим для логотерапевта є допомогти пацієнту розірвати ці кругові механізми. Побідний розрив можливий через розуміння страху та позбавлення побоювань пацієнта. Логотерапевт використовує метод парадоксальної інтенції, в якій пацієнт не повинен ховатися від свого страху, а навпаки він повинен захотіти здійснити те, чого він боїться. Як пише Франкл: «парадоксальна інтенція є інверсію тієї інтенції, яка спонукає до уникнення страху і примусу шляхом втечі і боротьби» [12,106]. Приклад такого методу можна розглянути в контексті страху перед очікуванням прояву якогось симптому. Зрозуміло, що пацієнт відчуваючи страх перед повторенням якогось симптому, навпаки, сприяє здійсненню його. Однак в свою чергу форсоване бажання виникнення симптому унеможлиблює те, на що вона спрямована. Пацієнт свідомо намагається викликати свій симптом, ставлячись до нього не з позиції страху, а з позиції свободи над ним, таки чином позбуваючись залежності від нього. Логотерапія направлена на те, щоб пацієнт навчився робити те, що викликає у нього страх, діяти повз нього, атрофуючи при цьому сам страх. Можна сказати, що навичка жити осторонь страху, це той первинний етап який логотерапія формує, для подальшого спрямування пацієнта на пошук сенсу та цілей життя. Життя повз страх сам Франкл називає негативною метою логотерапії, в той час як позитивна мета цієї методики полягає в навчанні жити в спрямованості на мету.

Тому у підсумку ми можемо сказати, що психотерапія та будь-яка система, що описує психічне життя людини, повинна виходити з віри у наявність сенсу життя для кожної людини, тим більш для хворого. Сам психоаналітик має розуміти та розширювати свій погляд на сутність людини, описуючи не лише психічні стани хворого, а також розглядаючи його духовний світ. Як пише сам Франкл: «логотерапія робить вихідний образ людини цілісним образом справжньої людини, що включає в себе всі виміри і віддає належне тій реальності, яка належить тільки людині і називається її буттям» [12,124]. Таким чином, Франкл переосмислив основні позиції терапевтичних теорій, вносячи в них такі поняття як «сенс», «свобода», «відповідальність». Саме його теорія дає можливість цілісно описати процеси становлення світу хворої людини, де вже важливим є не тільки його детермінований психічний стан, а його позиція та воля стосовно власного недугу.

3.2. Філософія тілесності в психотерапії.

Розглядаючи феномен хвороби, Мерло-Понті повністю змінює парадигму бачення хворого та визначає новий вектор розуміння психічного стану людини. Його новий вектор погляду полягає в тому, що психічні хвороби пацієнта мають тісний зв'язок з його тілесністю, адже тіло є точкою зору на світ, воно виступає в ролі модусу об'єктивного простору. Для розуміння всіх механізмів тілесності Мерло Понті вдається до дослідження такого феномену як «фантомний орган», який може проявлятися не тільки внаслідок фізичних травм або видалення органу, а також за різноманітних патологій мозку. Тому зрозуміло, що цей феномен залежить не тільки від фізичних детермінантів, але так само в більшій мірі і від психічних детермінантів. Також важливим є емоційний стан пацієнта, який впливає на появу фантомного органу. Наприклад, солдат, який отримав поранення, може пережити емоції або ситуації, що нагадають йому обставини свого поранення, і це призведе до появи феномену «фантомного органу». Фантомний орган виражає присутність якоїсь частини тіла, якої не повинно бути, адже фізично цей орган відсутній. Наприклад, деякі хворі можуть втратити зір, однак вони не усвідомлюють свою втрату візуальних координат, тому поводяться так, ніби вони можуть бачити. Ще одним важливим поняттям є «анозогнозія», що виражає відсутність для хворого якоїсь частини тіла, яка повинна бути в наявності, адже цей орган присутній. Такі феномени демонструють нам те, що людина сприймає об'єктивний світ та навіть свою тілесність не тільки рефлексивно, через фізіологію, а в тісному зв'язку з психічною площиною.

Відмінність фантомного органу та анозогнозії полягає в тому, що фантомний орган являє собою спогад, тобто позитивне судження, а анозогнозія це забуття, відсутність сприйняття. Анозогнозик абстрагується від свого дефекту в силу того, що він знає де знаходиться цей дефект, також і при феномені фантомного органу пацієнт може не помічати своє каліцтво, сприймаючи свій фантомний орган як реальну кінцівку. Пацієнти при

випадках фантомного органу можуть дати опис своїх втрачених кінцівок, ставлячись до них як до присутніх. В цьому випадку ми можемо побачити, що пацієнт знає, де фізично знаходиться його недуг, але його психічне розуміння цілісності тіла, блокує це знання і перетворює її на ілюзію. Неприйняття каліцтва або дефекту в разі цих двох патологічних випадків не є розумним рішенням пацієнта, оскільки ці феномени спотворюють не тільки фізіологічний, але й психологічний світ людини. Мерло-Понті пише про те, що: «каліцтву і дефекту протистоїть постійна втягнутість в особливий фізичний і міжлюдських світ Я, яке продовжує тягнутися до свого світу наперекір дефектам або ампутаціям і тим самим не визнає їх»[7,115]. Тому боротьба з дефектом або відсутністю того чи іншого органу обумовлена нашою невід'ємністю від реального світу та світу інших. Таким чином ми можемо побачити, що пацієнти з якимось дефектом насамперед не розуміють себе як тих, хто має якесь каліцтво, адже вони розуміють свій стан через зсув психічного та фізичного сприйняття. Однак все ж вони можуть зрозуміти своє каліцтво через порівняння себе з іншими, дивлячись на себе очима іншого, проте такий погляд одразу ж відкидається, тому пацієнт знову повертається до своєї ілюзії. Наприклад фантомна рука дає ілюзорну готовність до виконання дій, на які здатна реальна фізична рука, зберігаючи таким чином поле діяльності, яке людина мала до каліцтва. Наше тіло перебуваючи в світі, зрощується з певним середовищем. Тому, коли хворий намагається приховати від світу свій дефект, світ все одно виявляє його, оскільки людина завжди усвідомлює світ навколо себе крізь призму свого тіла. Коли людина стикається з тим, що світ дізнається про її дефекти, при цьому підкреслюючи проблеми тіла, вона починає ігнорувати свій дефект.

Таким чином, людина має двозначні знання стосовно власного тіла, які виникають через те, що тіло містить в собі два різні шари: шар тіла звичного, до якого звикла людина, і шар тіла, який дійсно є, тобто дійсного. Існування шару звичного тіла показує нам, що феномен фантомного органу пов'язаний з

феноменом витіснення, через який і можна пояснити феномен фантомного органу. Витіснення - це перехід від існування в момент зараз до існування, яке живе за рахунок колишнього досвіду або за рахунок спогадів. Фантомна рука в деякому роді є витісненим досвідом, колишнє сьогодні, яке не хоче ставати минулим. Згадування минулого породжує у хворого фантомний орган, так само складається справа і з емоціями, які можуть бути джерелом появи фантомного органу. Емоції створюють стан залученості в ситуацію, яка була в минулому і якій неможливо опиратися. Перебуваючи в такій ситуації, пацієнт повертається до вихідного положення цілісності свого тіла, чим руйнує для себе об'єктивний світ. Тому важливо зрозуміти, що спогади і емоції ведуть до появи фантомного органу.

Важливим також є розуміння відносин між психічним і фізіологічним для ментальних розладів. У дослідженні симптомів ми можемо побачити, що психічне і фізичне пов'язані на дуже глибокому внутрішньому рівні. Цей союз здійснюється в одну і ту ж мить, в кожний момент людського існування. Фізичне і психічне укладені в тілі людини, що виражає сталість власного тіла. Також тіло постійно служить фоном для об'єктів, що мають відносну сталість. Кожна частина людського тіла охоплена іншими частинами, складаючи разом неподільну систему, що створює тілесну схему, в яку включені всі частини тіла. Тому для кращого розуміння феномену фантомного органу, нам слід зв'язати його з тілесною схемою пацієнта. Тілесна схема - це усвідомлене положення людини в інтерсенсорному світі, в якому вона зростається з цим світом відповідно до проєктів організму, створюючи таким чином просторовість людського тіла, що є простором ситуації.

На прикладі такої хвороби як психічна сліпота, ми можемо визначити, що хворий не може виконувати абстрактні рухи з закритими очима, також він не здатний виконувати рухи руками чи ногами по команді. Такий хворий не може описати позицію свого тіла, навіть якщо ми доторкнемося до нього, він не зможе сказати, яка точка його тіла була зачеплена. Хворий може

здійснювати абстрактні рухи тільки тоді, коли він дивиться на кінцівку, яка здійснює такий рух, або через виконання за допомогою свого тіла підготовчих рухів. Таким чином нам зрозуміло, що хворий має усвідомлення свого тілесного простору, розуміючи його як оболонку своїх дій, які він виконує в цьому просторі. Тіло знаходиться в розпорядженні хворого як засіб впровадження в звичне оточення. Для виконання будь-яких конкретних рухів хворий задіює все своє тіло, він не зводить рухи до необхідних жестів, він приймає наказ буквально, тому конкретні рухи по команді, він може зробити тільки вводячи себе в реальну ситуацію. У свою чергу здорова людина має розуміння відмінності реальних та уявних ситуацій і тому не ставиться до уявних ситуацій як до реальних. Здорова людина має можливість відривати реальне тіло від життєвої ситуації, щоб можна було здійснювати дії в уявній сфері.

Виконуючи конкретні рухи, хворий просто підкоряється своєму тілу, за допомогою підготовчих рухів він намагається зробити своє тіло об'єктом актуального сприйняття, яке дає можливість віднайти достовірну присутність тіла у просторі. Таке патологічне чуття дотику хворого потребує власних рухів для локалізації стимулів так, як воно замкнено в області актуального. Через таку замкнутість хворий замінює тактильне сприйняття дешифруванням стимулів і дедукцією об'єктів. За висловом самого Мерло-Понті: «Аналіз абстрактного руху у хворих дозволяє ще краще розглянути володіння простором, це просторове існування, яке є першорядною умовою будь-якого живого сприйняття»[7,125].

Хворий не може розпоряджатися своїм тілом як певною цілісністю, тіло для нього подається як якась аморфна маса, в яку тільки реальний рух вводить розділення і артикуляцію. Хворий не може знайти частину свого тіла, щоб здійснити рух, він просто розбурхує все своє тіло до тих пір, поки рух не відбудеться. Хворий не володіє можливістю використовувати функцію проєкції, яка робить можливим абстрактний рух. Функція проєкції – це функція, за допомогою якої людина організує перед собою вільний

простір, в якому може розгорнутися неіснуючий предмет. Хворий не може організувати світ відповідно до проєктів даного моменту, він також не здатний вибудувати на основі оточення певне середовище поведінки, що має свою систему значень, які виражають внутрішню активність суб'єкта. Світ для хворого існує в застиглому вигляді, в той час як у нормальної людини проєкти викликають в світі появу тисячі знаків, які направляють дію. Різні рухові розлади у хворих психічною сліпотою, виникають через особливий спосіб оформлення і структурування оточення. Таким чином, психічна сліпота – це не просто збій чисто тактильного відчуття, оскільки усвідомлення тілесного простору і абстрактного руху звернено в простір віртуального. Чистий дотик не може дати нам досвід об'єктивного простору, адже він не здатний надати фон нашому руху та розташувати перед суб'єктом руху його вихідну і кінцеву точки в одночасності. Використовуючи підготовчі рухи, хворий намагається забезпечити себе кінестезичним фоном, що може позначити вихідну позицію свого тіла і почати рух, однак цей кінестезичний фон нестійкий. Практичне поле, яке відсутнє у хворого, це – поле зору. Оскільки саме через зорові дані тактильні дані можуть отримати об'єктивну структуру, яка виходить зі старої схеми почуттів. Дані тактильного дотику у хворого відрізані від зорового втручання. Таке спостереження дає розуміння, що у нормальної людини дотик і зір взаємно доповнюють один одного. Тому, для поглибленого вивчення структури сприйняття людини, ми повинні звертатися до аналізу та вивчення паталогічних станів хворого. Наприклад, розглядаючи чистий тактильний досвід, ми розуміємо його паталогічну структуру, адже хвороба, руйнуючи лад в зоровій функції, змінює цілісний досвід суб'єкта. Здорова людина не має чистого тактильного або зорового досвіду, у неї є інтегральний досвід, в якому немає поділу на частки впливу тих чи інших почуттів. В такому дослідженні паталогічних станів можна знайти ключ до розуміння людини, сам Мерло-Понті пише про те, що: «інтелектуалістська психологія зможе побачити сенс або сутність хвороби і відкрити єдність свідомості, яка не

засвідчується з точки зору буття, а саме засвідчує себе з точки зору істини»[7,187].

Зоровий або якийсь інший розлад не стають причиною інших розладів. Зорові змісти, які ґрунтуються на зоровому досвіді, дають людині можливість символічної здатності, яка відсутня у хворого. Світ для нього не має ніякого значення, а значення, якими користується хворий, вже не втілюються в даному світі. Світ для хворого втратив визначеність. Розлад будь-якої структури відчуття людини здійснює підрив бази його розумової здібності, тобто особистісне ядро. Саме в такому зовсім іншому бутті хворого і має своє коріння хвороба. Для того, щоб здійснювати рухи, які знаходяться за рамками звичної ситуації, хворому потрібно створювати зачіпки на власному тілі за допомогою підготовчих рухів. Те ж стосується і розмов з іншими, хворий може говорити тільки відповідно за заздалегідь прийнятим планом. Хворий не може грати своїм тілом і своїми думками, він не може переноситися на мить в уявну ситуацію, виконуючи дії в установці уявного. Хворий не може увійти в вигадану ситуацію, не перетворивши її на реальну через порушення його цілісної розумової здібності, яку створює хвороба. Він не може через психічну сліпоту, знайти опору як у фізичному світі, так і в своїй уяві.

Розлад психічної сліпоти прив'язує хворого до актуального, не даючи можливість реалізувати свою свободу, в різноманітних ситуаціях хворий не може діяти вільно, у нього відсутня «інтенційна дуга», яка проектує навколо людини минуле і майбутнє, фізичну та моральну ситуацію, що робить людину залученою в усі ці відносини. Іntenційна дуга створює єдність почуттів і мислення, єдність відчуття та дієвих функцій. Саме на цю інтенційну дугу і діє хвороба, вражаючи її функції. Будь який дефект «змістів» дезінтегрує сукупність досвіду людини, що в свою чергу зачіпає всю свідомість. Діючи, наприклад, на зорову сферу, хвороба не обмежується руйнуванням зорових уявлень, вона вражає зір тільки в фігуральному сенсі, вона також вражає здатність хворого контролювати свою свідомість та

сприйняття. Свідомість може стати хворою, тому світ думок для неї може руйнуватися в деяких частинах. Оскільки свідомість прагне зберегти свої надбудови, вона намагається відтворювати свої звичні операції, але оскільки вона не здатна здійснити їх, вони позбавляються повноти сенсу. Руховий досвід людського тіла надає підхід до світу і до об'єкта, тому як пише Мерло-Понті: «Тіло має свій світ, який не потребує посередництва уявлень та не підкоряється символічній функції».[7,214]

Здорова людина має тіло, яке є відкритою системою нескінченного числа позицій в рамках різних орієнтації. Тілесна схема є цією системою відповідностей, вона не просто досвід тіла, але також досвід тіла в світі, і саме вона надає руховий сенс мовним наказам. Тому при апраксихних розладах хворий втрачає рухову функцію, оскільки тіло - це наш загальний спосіб володіння світом. Різні частини тіла: зорові, тактильні та рухові, зібрані в людині раз і назавжди - вони і є тіло. Це злиття розміщує людину в ситуації, яка окреслює для неї поле безпосереднього доступу. Набуття або втрата органу чуття вносить в число безпосередніх зачіпок або вилучає з нього якийсь фізичний об'єкт. Тому хворий не буває повністю відрізаний від інтерсуб'єктивного світу, він не буває безнадійно хворим. Але можливість повернення в дійсний світ зобов'язана таким безособовим функціям, як органи чуття і мова.

Хворий не може вживати слова в нормальний спосіб, адже мова, якою він користується є невмотивована. Хворі можуть читати текст, дотримуючись правил інтонації, але не розуміють сенс цього тексту. Для них мова і слова несуть значення швидше стилістичне, ніж концептуальне. Як пише Мерло-Понті: «життя у хворого замикається в більш тісних межах і в порівнянні зі сприйняттям світу нормальної людини рухається в межах стислих і обмежених кіл» [7,217].

Мова є прийняттям суб'єктом позиції в світі її значень. В мовній операції існують різні шари значення: зорове значення слова, словесне, концептуальне значення. Хворий може не мати проблем зі словниковим

запасом, або тілом мови, однак він не користується мовою для вираження можливої ситуації, він може говорити лише за тієї умови, якщо має підготовлені фрази. Такі хворі завжди перебувають у стані очевидності і достатності реального, що знищує інтенцію до запитування, до подиву та імпровізації.

Аналізуючи ключові тези тематики Мерло-Понті, нам зрозуміло, що він розглядає хворого в контексті його стосунків до інших та довколишнього світу, те, як він визначає свої сенси в інтерсуб'єктивному світі. Також, критикуючи класичні методи психоаналізу, автор піднімає питання про важливість пояснення людського в контексті його зв'язку зі світом культури. Розуміння сприйняття людини через аналіз хворих дає нам зрозуміти, що первинне сприйняття світу в інтерсуб'єктивності дає змогу сформувати сенси та значення для людини. Кожен індивід в силу своєї особистості тісно пов'язаний зі створенням сенсів у кожній життєвій ситуації, повідомляючи ці сенси іншим, що також ми можемо побачити у Франкла. Через тілесну взаємодію зі світом людина тяжіє до осмислення свого тілесного життя, яке щільно пов'язане з тілами інших, створюючи разом прагнення до осмислення єдності. На прикладі зв'язку дитини та батьків ми бачимо, що цей зв'язок між ними має не інстинктивний характер, а саме духовний, оскільки дитина розуміє своє походження від батьків, осмислюючи свій сенс життя. Цей зв'язок з іншим дає можливість для людини створити свою настанову стосовно власного життя та поведінки. Розглядаючи нерозривність тілесного сприйняття людини, Мерло-Понті відкриває новий погляд на людське життя: цілісність тіла людини є символічною єдністю світу та самої людини, відповідно до якої вона діє. Перебуваючи у світі, світ діє на людину, формуючи в ній стиль відносин до світу, за допомогою створення сенсів.

Висновки до третього розділу

Аналіз ситуації хворого та його розуміння світу, за Франклом, розвивається в контексті розуміння пацієнта як людини, що має єдність психофізичного та духовного. Його теорія розглядає цілісність пацієнта для того, щоб знайти сутність його людського існування, його сенс, який не описується класичними методами психіатрії. Франкл розглядає сенс людського життя як те, що постійно шукається людиною. Психотерапевт не може вказувати хворому на те, що має сенс і створювати йому його, він може лише стверджувати, що життя має сенс, якого потрібно прагнути. На противагу погляду Фрейда та Лакана стосовно основних прагнень людини, а саме, прагнень до задоволення своїх потягів і потреб, Франкл розглядає людину як таку, що прагне до сенсу. Людина спрямована за вектором здійснення сенсу та реалізації цінностей, які і надаються цим сенсом, що розвиває і реалізовує людину. Франкл тлумачить неврози не тільки як біохімічні утворення, але й розглядає в них важливість ставлення до них. Оскільки пацієнт реагує на свою хворобу та неврози, оформлюючи їх для себе, він має можливість осмислення свого стану, розвиваючи себе. Практика його терапії, що створена Франклом, направлена на розгляд людини як цілісної системи духовного та психофізичного, практики якої приводять людину до усвідомлення власної відповідальності, що пов'язана з сенсом людського життя. Методологія Франкла розглядає питання про сенс людського життя в аспекті пов'язаності людини зі світом, саме життя людини спонукає її шукати сенс свого життя. Переосмислюючи класичні терапевтичні теорії, Франкл вносить нове розуміння феномену хвороби, яке тісно пов'язано з такими поняттями як: «сенс», «свобода», «відповідальність». Новий погляд Франкла на психіку людини не як на детерміновану структуру, а як на відкриту систему дає можливість цілісно описати процеси становлення світу хворої людини.

Разом з Франклом, Мерло-Понті також змінює парадигму розгляду феномену хвороби, аналізуючи тісний зв'язок тілесності пацієнта та його

психіки. На прикладі феномену «фантомного органу» Мерло-Понті демонструє зв'язок у сприйнятті людини фізичних детермінантів та психічних детермінантів. Фізичне і психічне укладені в тілі людини, що виражає сталість тіла. Тілесність людини утворює неподільну систему, яка створює тілесну схему, в яку включені всі частини тіла. Тілесність людини тісно пов'язана з інтерсуб'єктивним досвідом та зв'язком з культурою. Так само як і Франкл, Мерло-Понті описує сприйняття людини в інтерсуб'єктивному контексті, в якому вона формує для себе сенси та значення. Через тілесну взаємодію зі світом людина тяжіє до осмислення свого тілесного життя, яке тісно пов'язане з тілами інших, створюючи разом прагнення до осмислення єдності. Зв'язок людини зі світом через тілесність створює настанову до пошуків сенсу людського життя в символічній єдності світу та самої людини.

Висновки

Відповідно до мети і поставлених завдань ми дослідили концепції психіатрії, які уникаю обективації хворого через розкриття змісту його власного світу, оскільки саме це забезпечує як повноту терапії, так і розуміння природи самої людини, яка не може розгледатися без врахування своєї екзистенційної позиції в світі – в стосунку до довкілля, себе та інших.

Були отримані наступні результати:

1) Методологія Клауса Дернера, який використовує концепт «чужого» для розгляду взаємовідносин між пацієнтом та лікарем, уможлиблює розуміння пацієнта лікарем, який ставить себе в позицію пасивного досвіду, щоб розглянути досвід іншого, роблячи його своїм. Така комунікація між лікарем та пацієнтом створює поле для нових істин. Взаємини лікаря та пацієнта будуються в суб'єкт-суб'єктній площині, що призводить до побудови спільної реальності. Клаус Дернер виводить на перший план позицію того, що хвороба людини не є перепорою у комунікації між лікарем та пацієнтом, а навпаки, вона стає самим учасником спілкування. Саме включення хвороби і розуміння її як важливої ланки комунікації, дає змогу створити спільну дійсність для пацієнта та лікаря, об'єднуючи їх в одне ціле. Така цілісність розуміння уможлиблює осягнення ситуації хворого, його світу, та хвороби, що вплине на розуміння людини в повному її прояві.

2) Так само і Ясперс, використовуючи феноменологічний метод досліджує патологічні стани, які переживаються хворими. Його методологія відносин пацієнта та лікаря базується на самоспостереженні хворих та їхніх міркуваннях стосовно аномальних переживань, які вони повідомляють лікарю. Такі самоспостереження складають основний фундамент для пошуку нашого знання про внутрішнє життя хворих та їхніх аномальних станів. Хворий у розповіді про свій стан вирішує питання стосовно сенсу свого сприйняття дійсності, що має бути осмислено, а що ні. Таким чином пацієнт розглядається як такий, що сам формулює свої глибинні сутності, даючи лікарю дізнатися лише те, що він зможе сприйняти зі слів хворого. Однак

феноменологічний метод вносить у відносини між пацієнтом та лікарем площину розуміння хвороби не як об'єктивовану, а як таку, що тісно пов'язана з цілісністю пацієнта.

3) Критикуючи та досліджуючи психоаналітичні теорії Фрейда та Лакана, ми можемо побачити основні помилки, які не можуть бути припустимими у побудові теорій, що пояснюють психічний стан людини. Фрейдова та Лаканова теорія тяжіють до біологічного та символічного редукціонізму, розглядаючи людину як детерміновану істоту, що посилює дистанцію між розумінням пацієнта та лікаря. Психоаналітична методологія підпорядковує пацієнта своїм теоретичним абстракціям, що ґрунтуються на уявленнях про міфологічні змісти. Біологічна редукція психоаналізу полягає в шаблонності розгляду специфічних ситуацій хворого, взявши за основу обмежену кількість невротичних прикладів. Оскільки психоаналіз залежить від міфу, він екстраполює його на відносини з пацієнтом та на його світосприйняття. Така установка не лише позбавляє лікаря можливості розглянути дійсну картину світу пацієнта, а й замикає пацієнта у встановлених рамках, що нівелює його відповідальність за себе. Лакан, зі своєї сторони, намагаючись дослідити цілісність хворої людини, занурився у дослідження мови пацієнта. Однак аналізуючи мову пацієнта, він втручається в його символічну систему, редукуючи її до шаблонних норм мови. Психоаналітик лише оформлює дискурс для пацієнта, не розкриваючи його внутрішні сенси. Психоаналітик у розгляді мови пацієнта не бачить його реальність, а сам оформлює її в якості дискурсу, який сам і створив.

4) В свою чергу Франкл розглядає пацієнта та кожну людину як цілісну систему, яка має єдність психофізичного та духовного. Саме такий погляд на пацієнта дає можливість створити суб'єкт-суб'єктну комунікацію лікаря та хворого, в якій можливий пошук сенсу. В методології Франкла психотерапевт не об'єктивує пацієнта та не накидує на нього свої сенси, він лише допомагає йому знайти свій сенс життя. Критикуючи психоаналіз, Франкл зміщує точку зору стосовно основних прагнень людини, якщо

психоаналіз вбачає ці прагнення в задоволенні потреб, то Франклова теорія розглядає людину як таку, що прагне до знайдення сенсу. Розширюючи погляд на людські хвороби, Франкл не розглядає їх на виключно біохімічному рівні, а також і на рівні духовному. Саме духовне ставлення пацієнта до своєї хвороби зумовлює його процес одужання. Те, яким чином пацієнт реагує на свою хворобу та неврози, оформлюючи їх, він визначає для себе свій розвиток. Практика логотерапії Франкла спрямована на дослідження людини в її цілісності, а також ця практика приводить пацієнта до усвідомлення своєї власної відповідальності за своє життя та за свій пошук сенсу. Тому переосмислюючи класичні терапевтичні теорії, Франкл вносить нові горизонти в розумінні світу хворого, що пов'язані з такими поняттями як: «сене», «свобода», «відповідальність».

5) Аналізуючи феномен хвороби, Мерло-Понті звертається до зв'язку тілесності пацієнта та його психічного стану. Як і Франкл, він розглядає цілісність пацієнта, демонструючи на прикладі «фантомного органу» зв'язок сприйняття людини, що мають як фізичні детермінанти, так і психічні. Людина у своїй сталості та зв'язку фізичного та психічного, утворює неподільну систему, так звану тілесну схему, в яку включені всі частини тіла. Саме ця тілесна схема дає змогу людині орієнтуватися та пізнавати навколишній світ. Важливим аспектом тілесної схеми є її причетність до інтрасуб'єктивного досвіду, а також пов'язаний з культурою. Саме цей інтрасуб'єктивний досвід дає змогу людині сформувати для себе сенси та значення. Через взаємодію своєї тілесної схеми зі світом людина осмислює своє тілесне життя та тіла інших, утворюючи спільну осмислену єдність. Мерло-Понті доповнює розуміння хворого, через введення елементу тілесності, через яку людина створює для себе настанову до пошуків сенсу життя.

Список літератури:

1. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым. Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии – Москва: 2007; С. 336
2. Вальденфельс Б. Мотив чужого – Б. Вальденфельс; сб. перев. с нем. Мн.: Пропилей, 1999; С. 123–140.
3. Дернер К. Хороший врач – Москва: Алетейа, 2006
4. Лакан Ж. Функция и поле речи и языка в психоанализе / Ж. Лакан; перев. А. Черноглазова – Москва: Гнозис, 1995
5. Лакан Ж. Семинары, Книга I: Работы Фрейда по технике психоанализа – Москва: ИТДГК "Гнозис", Издательство "Логос", 1998; С. 432
6. Манн Т. Фрейд и будущее / Т. Манн. // Иностранная литература. – 1996.
7. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. Перевод с французского под редакцией И. С. Вдовиной, С. Л. Фокина – Санкт-Петербург: "Ювента" "Наука", 1999
8. Лехциер В. «Хороший врач, или децентрирования медицинского субъекта» // Практизация философии: современные тенденции и стратегии, Т. 2. Вильнюс: ЕГУ. – 2010.С. 125-139
9. Русецкая Г. От субъекта к субъективации: постановка вопроса в «практической перспективе» психоанализа. – Практизация философии: современные тенденции и стратегии. Т. 2. Вильнюс: ЕГУ, 2010 С.151-165
10. Сосланд А. Что же сделал для нас этот человек? К 150-летию Зигмунда Фрейда. Юбилейное эссе. – Логос: 2006. С.170-185
11. Франк С.Л. Психоанализ как мирозерцание – Непрочитанное... Статьи, письма, воспоминания. Москва: Московская школа политических исследований, 2001. – С. 291-316
12. Франкл В. Понятие смысла. Человек в поиске смысла – Москва: Издательство Биг-Пресс, 2012 С. 204
13. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – Москва: Наука, 1989
14. Фрейд З. Недовольство культурой / З. Фрейд. – М: Фолио, 2013. – 224 с.

15. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога/ Лейпциг, Вена и Цюрих, Международное психоаналитическое издательство. – Москва: 1926 [1925]
16. Фрейд З. Этюды об истерии – Лейпциг и Вена: Издательство Франц Дойтикке, 1909
17. Юдин, Б.Г. Этическое измерение современной науки – Б.Г. Юдин Отечественные записки. [Электронный ресурс] // Отечественные записки. – 2002. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.strana-oz.ru/2002/7/eticheskoe-izmerenie-sovremennoy-nauki>.
18. Юран А. Пространство и время в психоанализе [Электронный ресурс] / А. Юран // Вестник психоанализа.. – 2002. – Режим доступа до ресурсу: <https://psychoanalysis.by/2018/10/31/freud-lakan/>.
19. Ясперс К. Общая психопатология Пер. с нем. Л.О. Акопяна. — Москва: Практика, 1997. — 105
20. Ясперс К. Каузальные и «понятные» связи между жизненной ситуацией и психозом при Dementiapræcox (шизофрения) – Собр. соч. по психопатологии: В 2 т. Т. 2. М., Санкт-Петербург: Академия, Белый Кролик, 1996. С. 112–237.
21. Butler J. The psychic life of power: Theories in Subjection / Stanford University, 1997.
22. Ellis A. Is Psychoanalysis Harmful? In: The Albert Ellis reader: a guide to well-being using rational emotive behavior therapy / edited by Albert Ellis and Shawn Blau. A Citadel Press Book. Secaucus, N.J. 1998. Pp. 316-325.
23. Grossarth-Maticek R., Eysenck H. J. Prophylactic effects of psychoanalysis on cancer-prone and coronary heart diseaseprone probands, as compared with control groups and behaviour therapy groups // A. Behaviour Therapy and Exp. Psychiatry. 1990. V. 21. P. 91-99.
24. Loftus E. Myth Of Repressed Memory / Loftus. // Journal for the Scientific Study of Religion. – С. 524–526.
25. Morris, D.B. Illness and culture in postmodern age / Morris, D.B. – University of California, 2000.

26. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy / Jonathan Shedler.
– University of Colorado Denver School of Medicine: American Psychologist,
2010.