

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-9-73-60>

УДК 159.98

**Свинаренко Ю.В.**Національний авіаційний університет імені М.Є. Жуковського  
«Харківський авіаційний інститут»**СТРАТЕГІЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ШИЗОЇДНОЮ ПРОБЛЕМАТИКОЮ**

**Анотація.** У статті представлено особливості психотерапевтичної роботи з шизоїдною проблематикою. Розглянуто розуміння шизоїдної організації психіки у практично феноменологічній направленості, виключно в рамках психічної норми. Виділено особливості та стратегії психотерапевтичної роботи з такими клієнтами. Перша стратегія психотерапії шизоїдної особистості полягає у створенні необхідної атмосфери довіри та підтримки, відчутті безпеки у контакті з психотерапевтом. Наступна стратегія виражається у тому, щоб задовольнити потребу шизоїдного клієнта у безумовному прийнятті його унікального суб'єктивного досвіду. Розглянуто тілесноорієнтовану стратегію психотерапії шизоїдного характеру. Завдання психотерапевта максимально екологічно й фундаментально розширити свідомість клієнта щодо прийняття власних емоцій, потреб, переживань та імпульсів тіла. Розглянуто можливі варіанти психотерапевтичних помилок у роботі з шизоїдною динамікою.

**Ключові слова:** психотерапія, шизоїдний характер, особистість, об'єктні стосунки, прихильність.

**Svynarenko Yulia**National Aerospace University N.E. Zhukovsky  
"Kharkiv Aviation Institute"**STRATEGIES OF PSYCHOTHERAPEUTICAL WORKING WITH SCHIZOID PROBLEMS**

**Summary.** The article presents the features of psychotherapeutic work with schizoid problems. We have considered that understanding of the schizoid organization of the psyche, is almost a phenomenologically oriented, exclusively within the framework of the mental norm. The main internal conflict of the schizoid was described, which consists in the extreme necessity of close relationships and inability to feel comfortably in this proximity. The characteristic of emotional, behavioral and rational spheres of schizoid organized personalities is briefly considered. The features and strategies of psychotherapeutic work with such clients are highlighted. The first strategy of psychotherapy of the schizoid personality is to create the necessary atmosphere of trust and support, a sense of security in contact with the therapist. The following strategy is expressed in order to satisfy the need for a schizoid client to unconditionally accept his unique subjective experience. The need for openness and congruence on the part of the therapist. A client in trusting contact with a psychotherapist can recognize his emotional experiences that are unconscious and rejected. Confirmation and reflection of one's own feelings in contact with a psychotherapist is sanogenic for a schizoid client. We consider the body-oriented strategy of psychotherapy of schizoid character. Features of the body organization of schizoid are consisted in blocking the energy impulses in the muscles. Emotional experiences are blocked through the expression of muscles, a significant limitation of vital energy in the body. The task of the psychotherapist is to maximally ecologically and fundamentally expand the consciousness of the client in accepting his own emotions, needs, experiences and impulses of the body. While applying the techniques of the psychotherapy, the psychotherapist have to feel the client's readiness for this. The possible variants of psychotherapeutic errors in work with schizoid dynamics were also described in the article.

**Keywords:** psychotherapy, schizoid character, personality, type of personality, object relations, attachment.

**Постановка проблеми.** Питання шизоїдної організації особистості у психотерапевтичній практиці може бути розглянуте з двох позицій. Перший варіант розуміння шизоїдного радикалу особистості ґрунтується на класифікації Diagnostic Statistic Manual (DSM-IV), яка використовується Американською психіатричною Асоціацією і є відправним пунктом для діагностики і класифікації характерів та описової психіатричної таксономії. Інший підхід до розуміння шизоїдної організації психіки полягає у практично феноменологічній направленості, виключно в рамках психічної норми. Цей підхід представлений у роботах Ненсі Мак-Вільямс, яка визначає шизоїдність як «складність внутрішньо психічного життя людини» [5; 6].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Згідно DSM-IV шизоїдній особистості властиве байдуже відношення до близькості. Маквільямс трактує шизоїдність у традиції теорії об'єктних стосунків, тобто для такої особистості є характер-

ним конфлікт прагнення близькості та уникнення. Використання терміну «шизоїдний» у психоаналізі бере початок від спостережень розриву між внутрішнім та зовнішнім життям особистості. Відлюдькувата поведінка шизоїдної особистості представляє собою захисну стратегію уникання гіперстимуляції та травматичного досвіду близьких стосунків. Такі люди зберігають дистанцію у контакті, при цьому мають внутрішню жагу близькості та яскраві фантазії щодо психологічної інтимності [5].

У психотерапевтичній практиці клієнти з шизоїдною динамікою психіки зустрічаються доволі часто [4; 5; 6]. При цьому, такі клієнти представлені широкою різноманітністю рівнів психічного та емоційного здоров'я: від пограничного рівня з одиночними психотичними епізодами до стійкої психіки з неадаптивними стратегіями поведінки. За даними Н. Мак-Вільямс, навіть на фоні гострих проблем психологічної інтимності та близькості, більшості вискоефективним ши-

зоїдним особистостям властиві позитивні аспекти функціонування психіки (задоволеність життям, відчуття власної сили, постійність «Я» та об'єкту, творчість). Основний внутрішній конфлікт шизоїда полягає у гострій потребі близьких стосунків та нездатності комфортно відчувати себе у цій близькості. Така особистість відчуває себе у безпеці з дуже малою кількістю людей. Будь-яка загроза чи реальна втрата таких стосунків для шизоїда є руйнівною для цілісності і сили Его. Оскільки для шизоїдної особистості є характерним складний та тривалий прекоктат, наче перевірка довіри, то втрата вже утвореного близького зв'язку з іншим є для них трагічною та спустошуючою [4].

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми.** Шизоїдний тип особистості звертається за психотерапевтичною допомогою зазвичай саме у випадку втрати значимих близьких стосунків або з конкретною метою – розвинути певні комунікативні навички, зав'язати романтичні стосунки тощо. У першому випадку йде мова про обезсилене Его, що не справляється з редукуванням тривоги та внутрішнього болю від спустошення та самотності. У другому випадку навпаки, йде мова про більш адаптивний стан психіки та більшу здатність до утворення терапевтичного альянсу з психотерапевтом.

**Мета статті.** Головною метою цієї роботи є опис стратегій психотерапевтичної роботи з шизоїдною проблематикою у клієнтів.

Розглянемо характеристику емоційної, біхевіоральної та раціональної сфер шизоїдно організованих особистостей [1]. Довербальна асиміляція травматичного досвіду призводить до руйнівних тенденцій цілісності Я особистості. Загальне занепокоєння та навантаження, що є властивим для шизоїдних особистостей, пов'язане з соціальними ситуаціями та інтимністю. Суб'єктивно травматичні ситуації є тригерними для активації психологічних захистів особистості.

**Виклад основного матеріалу.** Для особистості з шизоїдною проблематикою властива відсутність спонтанності та декілька механічна манера у прояві емоцій. Спостерігається невміння переживати свою злість та сприймати її від інших. Зазвичай психіка шизоїдної особистості витиснує власну злість та особистість починає себе ідеалізувати. Почуття суму, трауру та депресивні настрої стають найбільш поширеними симптомами у шизоїдних особистостей. Ці почуття є найменш подавленими, але при цьому неактивно переживаються організмом. Скоріше зазначені почуття переживаються у формі довготривалих або хронічних депресивних станів (характеризуються втечею від реальності й поверхневою жалістю до себе). Тобто навіть такі негативні емоційні стани шизоїд не усвідомлює повністю та не переживає глибоко. Шизоїдна особистість схильна занурюватись у якусь конкретну окрему діяльність, розвиватись лише у одній сфері. Наприклад, трудові успіхи, успіх у кар'єрі, при цьому ізоляція в інтимних стосунках. У міжособистісних стосунках спостерігається втеча від прямої конфронтації чи психологічної інтимності [4].

Для шизоїда занурення у інтелектуальні процеси та зовнішні досягнення виступають безпечною опорою, що захищає від непередбачуваності

життя. Оскільки така особистість не здатна ототожнити себе з життям у тілі та розвинути це стабільне відчуття, то вона вимушена шукати підтримку поза реальністю, тікаючи у інтелектуальний простір та фантазії. Для них характерне прагнення отримати схвалення саме через інтелектуальні досягнення. У близьких стосунках шизоїди постійно регулюють широту та глибину контактів з метою збереження відчуття власної безпеки. Така поведінка є для них вимушеною, бо шизоїдна особистість сприймає це як боротьбу за життя.

Виділення інтелектуальних процесів від почуттів зберігає інтелектуальні функції від небажаного емоційного забарвлення. Результат шизоїдних травм та ранніх обмежень розвитку відіграє роль «замороження» тіла. Безсвідомо мета цього полягає у контролі над сильними негативними емоціями. У ситуації соціальної комунікації шизоїдна особистість може виглядати досить самодостатньою. Однак, для таких людей є характерним надзвичайно сильна потреба у прийнятті та розумінні їх внутрішнього світу. Ззовні у спілкуванні вони здаються відстороненими, переживаючи при цьому дефіцит емоційного тепла. Шизоїд здається афективно загальмованими, однак всередині переживати жахливе переживання затоплення інтенсивними емоціями [3].

Загальна особливість психотерапевтичної роботи з шизоїдами полягає у тому, щоб створити атмосферу довіри та підтримки [5; 6]. У клієнта повинно сформуватись стійке відчуття безпеки у психотерапевтичному контакті. Психотерапевт на початкових сесіях повинен уникати вторгнення у інтимний простір психіки клієнта, що так суворо охороняється його Его. Варто уникати спокуси аналізу захисних механізмів клієнта та інтерпретацій, адже подібні передчасні інтервенції можуть бути травматичними. Темп психотерапії повинен повністю узгоджуватись з темпом шизоїдної динаміки кожного окремого клієнта.

Саме через необхідну умову безпеки у контакті для розкриття клієнта є ефективною клієнт-центрована психотерапія у роботі з шизоїдною проблематикою. Класичний варіант психоаналізу у методі вільних асоціацій також широко використовується й вважається ефективним, оскільки дає простір для розвитку рефлексивності клієнта.

Одна з глобальних задач у психотерапії з шизоїдом є встановити здатність розпізнавати, усвідомлювати та приймати власні емоції. Вирішення цієї задачі є простором для прояву творчості та винахідливості психотерапевта. Потрібно нестандартними, індивідуально підібраними шляхами дійти до репресованих емоцій. Таких емоцій, що є загрозливими для цілісності Его клієнта. Розглянемо декілька варіантів. Н. Мак-Вільямс наводить приклад з власної практики: «Одна з моїх клієнток, якій щоразу доводилося переборювати себе, щоб поговорити, одного разу подзвонила мені у сльозах. «Я хочу, щоб Ви знали, що я хочу поговорити з Вами! – сказала вона, – але це дуже болісно мені...». У результаті ми досягли терапевтичного прогресу досить нестандартним способом – я зачитувала їй зрозумілу й найменш принижуючу психоаналітичну літературу про шизоїдну психологію та питала, чи співпадає наведений опис з її суб'єктивним

досвідом.» Наведений приклад ілюструє вираження емоцій афекту через інтелектуальний засіб. Тобто там, де клієнт ще не здатен самостійно пізнавати власні емоційні переживання необхідні допоміжні, альтернативні техніки [6].

Ефективним варіантом роботи з проблемою розпізнавання власних емоцій клієнтом є субвербальна модель клієнт-центрованої психотерапії Кочаряна О.С. [2]. Ідея зазначеної моделі полягає у тому, що неможливо увійти у глибину переживання тільки через розмову та слова. Відмова від пріоритетності слова у експериментальній психотерапії полягає у розбіжності у розумінні слова, як обгортки, та емоції, як безпосередньо цукерки. Кочарян О.С. у своїх статтях зазначає важливість для психотерапевта чутливості до субвербального тілесного досвіду клієнту (експериментальна рефлексія). «Субвербальне переживання має якості плинності, змінності, у той час як модальні оформлені вербальні переживання, що пов'язані з травмою, і у цьому контексті є «заторми» переживаннями, навпаки, не мають якості плинності, вони «злиплись», перетворились на «кристал», що осів у тілі наче річ, вони свідомі або близькі до усвідомлення, вони не виникають та не зникають – вони присутні завжди чи в актуальній, чи у потенційній формах, вони резистентні до психотерапевтичного впливу». Такий підхід до психотерапевтичної роботи з шизоїдною тематикою дозволяє обійти захисний механізм інтелектуалізації та допомогти клієнту зосередитись на своїх емоційних переживаннях.

Наступна важлива особливість психотерапії шизоїдної особистості полягає у гострій потребі прийняття та розуміння унікальності суб'єктивного досвіду клієнта [1]. Переживання особистості, що її приймають та розуміють, виникає завдяки відкриттю особистого досвіду психотерапевта. Саморозкриття, відвертість та апелювання до власних емоційних переживань – необхідна стратегія психотерапевта у таких випадках. Клієнт у довірливому контакті з психотерапевтом може упізнати свої емоційні переживання, які є неусвідомлені та відкинуті. Внутрішній страх зіткнення з власними емоціями та афектами, що є характерним для таких клієнтів, може бути вирішений таким шляхом.

Підтвердження та віддзеркалення власних почуттів у контакті з психотерапевтом є саногенним для шизоїдного клієнта. Переживання клієнта «Мене розуміють і мені нічого не загрожує» є метою на цьому етапі психотерапевтичного процесу. Шизоїди дуже бояться опинитись у центрі уваги оточуючих, тим паче через власну неординарність. Для них властивий сильний страх, що їхня оригінальність та висока сензитивність буде сприйнята як ненормальність, патологія. Страх, що їх не приймуть й не зрозуміють, обумовлює відлюдкуватість. Навіть високоорганізованим особистостям з шизоїдним радикалом властивий сумнів у власній нормальності. Н. Мак-Вільямс пояснює страх шизоїдів опинитись у полі патології їхньою проєкцією переконання у нестерпності внутрішнього досвіду. Тобто такого досвіду, що є невпізнаним ні самою особистістю, ні оточуючими [5].

Особливої уваги заслуговує тілесноорієнтована стратегія психотерапії шизоїдного характеру [3]. Згідно ідеям А. Лоуена, кожній структурі харак-

теру відповідає певний м'язовий панцир. Особливості тілесної організації шизоїда полягають у блокуванні енергетичних імпульсів у м'язах. Емоційні переживання блокуються через експресію м'язів, значна обмеженість життєвої енергії у тілі. Рухи здаються скутими, механічними, позбавленими спонтанності та експресії. Для шизоїдної особистості властиві наступні тілесні прояви: хронічне напруження у шії, що викликано розривом мислення і почуттів; обмеженість та скованість дихання у верхній частині грудної клітини; викривлення хребта, як ілюстрація втечі та відстороненості від оточуючих, блок очей та інше.

Інтегративна стратегія, що поєднує тілесноорієнтовані та психоаналітичні техніки, є ефективною на етапі закріплення контакту з власним тілом та «увімкненням» енергетичних ресурсів тіла клієнта. Тілесноорієнтовані техніки, які не супроводжуються вправами на усвідомлення блокуваних емоційних переживань, будуть приносити короткотривалі результати. Завдання психотерапевта максимально екологічно й фундаментально розширити свідомість клієнта щодо прийняття власних емоцій, потреб, переживань та імпульсів тіла. Від того наскільки успішно буде вирішено шизоїдне розщеплення залежить успіх психотерапії.

Страх та бажання контакту – є стійка характеристика таких клієнтів. Демонстративна відстороненість у контакті приховує за собою сильне бажання близькості з іншими і страх одночасно. Тому застосовуючи тілесноорієнтовані техніки психотерапевт повинен відчувати готовність клієнта до цього.

З описів практики психотерапії шизоїдів відомо, що таким клієнтам властива висока сензитивність до неусвідомлених почуттів інших і терапевта [5; 6]. Шизоїдна особистість має чудову емпатію, вона прекрасно відчуває інших, але не спроможна виразити це у контакті. Якщо терапевт невпевнений у своїх діях стосовно клієнта, боїться неправильно доторкнутись до його тіла, то шизоїдна особистість сприймає це як власний недолік. Таким чином, тілесний дотик у психотерапії шизоїда є надзвичайно важливим і складним моментом. Адаже такий клієнт має сильне бажання бути прийнятим (через тілесний контакт також) і при цьому тотальний страх бути відторгненим (повторення травматичного інфантильного досвіду) [3].

Психотерапія шизоїдної особистості потребує значної усвідомленості та конгруентності самого психотерапевта. Це можна порівняти з ходом тонкої кризи – одна невірна, невчасна дія і довіра у контакті зникає. Найбільший ризик у психотерапевтичній роботі з такими клієнтами полягає у несвоєчасній інтенсифікації емоцій та їх усвідомлення. Надзвичайно емоційно спрямований психотерапевт, що не бере до уваги важливості інтелектуальної сфери у спілкуванні з шизоїдною особистістю, ризикує підвести клієнта до незрілого, неконструктивного переживання емоційного досвіду та повторної травматизації психіки. Повільний темп психотерапевтичного процесу у шизоїдних клієнтів вимагає від терапевта терпіння. Інший варіант помилки психотерапії – занадто емоційно стриманий, раціональний психотерапевт уходить у поле суцільної інтелектуалізації, тим самим збільшуючи дистанцію між собою та клієнтом.

**Висновки і пропозиції.** Особливості психотерапевтичної роботи з шизоїдною особистістю полягають у необхідності створити атмосферу довіри та підтримки у контакті з психотерапевтом; задовольнити потребу шизоїдного клієнта у безумовному прийнятті його унікального

суб'єктивного досвіду; необхідність відвертості та конгруентності з боку психотерапевта; максимально екологічно й фундаментально розширити свідомість клієнта щодо прийняття власних емоцій, потреб, переживань та імпульсів тіла.

### Список літератури:

1. Джонсон С.М. Психотерапия характера. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». Москва : Центр психологической культуры, 2001. 356 с.
2. Кочарян А.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2014. № 1–2. С. 24–36.
3. Кузнецов С. Теория и практика работы с шизоидной структурой личности в телесно-ориентированной психотерапии. URL: <https://www.integratio.art/files/schizoid-book.pdf>
4. Guntrip H. Schizoid phenomena, object relations and the self. New York : International Universities Press, 1969. 467 p.
5. McWilliams N. Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide. New York : Guilford Press, 2004. 594 p.
6. McWilliams N. Some Thoughts about Schizoid Dynamics. *The Psychoanalytic Review*. 2006. P. 1–24.

### References:

1. Dzhonson, S.M. (2001). Psihoterapiya haraktera. Metodicheskoe posobie dlya slushatelej kursa «Psihoterapiya». Moskva : Centr psihologicheskoy kul'tury.
2. Kocharyan, A.S. (2014). Perezhivanie kak mishen' klient-centrirovannoj psihoterapii. *Psihologichne konsul'tuvannya i psihoterapiya*, no 1-2, pp. 24–36.
3. Kuznecov, S. (2010). Teoriya i praktika raboty s shizoidnoj strukturoj lichnosti v telesno-orientirovannoj psihoterapii. URL: <https://www.integratio.art/files/schizoid-book.pdf>
4. Guntrip, H. (1969). Schizoid phenomena, object relations and the self. New York : International Universities Press.
5. McWilliams, N. (2004). Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide. New York : Guilford Press.
6. McWilliams, N. (2006). Some Thoughts about Schizoid Dynamics. *The Psychoanalytic Review*, vol. 93, no. 1, pp. 1–24.