

АФЕКТИВНА ДИНАМІКА НЕВДАЛОГО ВИТИСНЕННЯ

Олег Мазяр, доктор психологічних наук, доцент
Житомирський державний університет імені Івана Франка
м. Житомир, Україна

AFFECTIVE DYNAMICS OF FAILED REPRESSION

Oleh Maziar, Doctor of Psychology, Docent, Professor
Zhytomyr Ivan Franko State University
Zhytomyr, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0003-2718-9053>

Вступ. Категорія «несвідомого» позначає психічні явища, які не піддаються свідомому контролю з боку суб'єкта та мають власну ірраціональну логіку вияву. Логіка несвідомого стає доступною для аналізу завдяки встановленню магістральної лінії поведінки суб'єкта, його афективних і когнітивних реакцій, що йдуть у розріз з його свідомими деклараціями. Психологічна проблема стає можливою внаслідок змістовної невідповідності несвідомих імпульсів і свідомих установок, сили імпульсів і слабкості психологічних захистів, коли витиснення ускладнюється й в окремих випадках призводить до формування невротичних розладів (Bargh, 2014; Opatow, 1997).

Фахівець встановлює специфіку логіки несвідомого шляхом відстежування непрямих (символічного) задоволення лібідних та інших потреб суб'єкта. Провідним фактором ідентифікації глибинно психологічної проблематики стає невротичний тип реагування індивіда у складних життєвих обставинах, яке у процесі психотерапії очищується від захисних нашарувань. Внаслідок цього ясніше усвідомлюється відповідна інтрапсихічна суперечність.

Завдання фахівця полягає у забезпеченні процесу усвідомлення інтрапсихічної суперечності, розуміння її причин і встановлення соціального (поведінкового) контролю над нею. Труднощі виявляються у неспроможності суб'єкта збагнути смисл власної ірраціональності, передбачити траєкторію логіки несві-

домого, навчитися психологічно правильно гальмувати неадекватні афекти, які раніше були невдало витиснені й тепер повсякчас вимагають своєї актуалізації (об'єктивації), дарма що через символізацію та симптоматику (Brill, 1921; Freud, 1915).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Концепція невдалого витиснення покликана пояснити, що стає причиною періодичності невротичних і психотичних станів суб'єкта. Зокрема, за певних утруднюючих умов витиснення як базовий механізм психологічного захисту може не досягати прямої мети. Усунення неприйнятних для свідомості емоційних і когнітивних елементів або відбувається частково, або взагалі не відбувається, що призводить до їх періодичного повернення у свідомість. Однак це повернення відбувається у форматі тривожної, нав'язливої, істероїдної чи іншої симптоматики, що приховує суть інтрапсихічної суперечності між свідомим і несвідомим психічним матеріалом (Akhtar, 2009; Person, Cooper, & Gabbard (Eds.), 2005). Концепція невдалого витиснення зазнавала розвитку (Brenner, 1957; Erdelyi, 2006), принципового коментування (Fonagy, & Target, 2003) та критичних зауважень (Boag, 2006).

Не заперечуючи основних положень концепції невдалого витиснення, доцільно наголосити на структурних особливостях неадекватного нервово-психічного реагування, його фізіологічних аспектах, що розкривають

динаміку та логіку. Невдале витиснення слід розуміти як часткове усунення нерозривно зв'язаних афектів, один із яких усвідомлюється індивідом, тоді як інший стає несвідомим. Принциповість такого уточнення полягає у необхідності враховувати бінарну структуру невдало витисненого афекту, що, власне, детермінує афективну дисоціацію. Повному витисненню психічного матеріалу заважає та обставина, що певна структурна частина афекту неодмінно лишається усвідомленою. У цьому криється суперечність свідомого та несвідомого аспектів психіки: афект ніби застрягає між ними і не може бути ані повністю усвідомленим, ані повністю витисненим. Тобто витиснений психічний матеріал має свідомого агента, який не дозволяє «несвідомому візаві» інтегруватися у досвід, розчинитися у ньому, стати особистісним ресурсом.

Таким чином, психологічна проблема має своєю властивістю циклотимічність афективних реакцій. Суть психологічної проблеми можна редукувати до рівня нефункціональної амбівалентності, за якої дві нерозривно зв'язані афективні реакції представлені одночасно, але у різних психічних вимірах і суперечливо орієнтують індивіда. Існують підстави вважати, що така ситуація набуває фізіологічного відбиття у процесі парабіозу.

Парабіоз є фізіологічним реагуванням організму, який перебуває під одночасною дією кількох вогнищ збудження однакової сили, що з певних причин деякий час не загальмовуються. У класичному варіанті парабіоз складається з трьох стадій: врівноважувальної, парадоксальної та гальмівної. Врівноважувальна стадія характеризується однаковою силою реагування на подразники, парадоксальна – сильнішою реакцією (і формуванням робочого ефекту) слабших подразників і гальмуванням сильніших подразників, гальмівна – згасанням нервово-психічного реагування на обидва подразники (Lucas, 1911–1912; Wedensky, 1900; Wedensky, 1903).

По суті М. Є. Введенським свого часу було описано підготовчу стадію до формування нового умовного рефлексу, який не встигав сформуватися. У класичному варіанті парабіоз показує функціональні зміни нервової тканини під дією тривалого та / або сильного подраз-

нення. Натомість у спостереженнях і дослідженнях І. П. Павлова, О. О. Ухтомського фіксувалося явище інверсії нервово-психічної реакції після парадоксальної стадії парабіозу. Воно отримало назву ультрапарадоксального стану. Саме ультрапарадоксальний стан, хоча не лише він, створює необхідні фізіологічні умови «зміни» рефлексу. Стається так, що згасання обох центрів збудження з певних причин не здійснюється, а значить, попередньо сформований рефлекс отримує можливість бути замінений іншим тимчасовим реагуванням. З адаптаційною метою, принаймні тимчасово, відбувається переключення реакції на сильніший подразник, тоді як слабший центр, який на парадоксальній стадії парабіозу був збуджений, загальмовується. Така ситуація стає можливою за умови порушення нормального функціонування нервової системи. По суті, виникає нервово-психічне явище, яке називається експериментальним неврозом (Gantt, 1944; Liddell, 1956; Liddell, & Bayne, 1927; Masserman, 1943). Експериментальний невроз, як і невроз загалом, стає наслідком порушення нормальної діяльності нервової системи. Це означає, що гальмування афекту не відбувається, а обидва вогнища збудження стають реципрокними, тобто зв'язаними між собою, взаємозалежними, взаємообмінними. Суб'єкт не здатен остаточно загальмувати жоден із центрів чи одразу обидва. Цей процес об'єктивується у перенапруженні нервово-психічних процесів, у здійсненні складних диференціювань, порушенні динамічного стереотипу. Обидва реципрокні центри узгоджено збуджуються та гальмуються, однак у протилежних напрямках. Власне, з психофізіологічної точки зору, психотерапія якраз полягає у реципрокному гальмуванні вогнищ збудження (Wolpe, 1958).

Відповідно до сказаного, психологічну проблему суб'єкта можна визначити як неспроможність індивіда загальмувати реципрокні центри, які у парі становлять невдало витиснений афект і його симптоматику. Вони представлені як взаємопов'язані афекти, що не можуть бути одночасно представлені на рівні свідомості. За умовами парабіозу суб'єкт фіксує їх по чергово: коли один афект перебуває у стані збудження, інший переходить у стан

гальмування. Тому на когнітивному рівні суб'єкт не пов'язує їх між собою, вони не рефлексуються як один процес, не сприймаються як цілісність. Для суб'єкта вони не перебувають навіть у форматі суперечності, оскільки безпосередньо не стикаються на рівні думки, не розгортаються послідовно, адже розміщуються у різних часових відтинках. Зафіксувати їхній зв'язок вдається лише внаслідок тривалого обговорення психологічної проблеми з фахівцем. Таким чином, ультрапарадоксальний стан парабіозу стає тотожним невдалому витісненню.

Мета статті – показати динаміку невдалого витіснення афекту шляхом зіставлення з фізіологічною динамікою емоційного реагування на ультрапарадоксальній стадії парабіозу.

Клінічний випадок. Розглянемо класичний випадок із пацієнткою Й. Брейера Анною О. Цей випадок цікавий тим, що, з одного боку, він вважається класичним для психоаналізу (Ellenberger, 1970), дарма що згодом модифікований З. Фройдом (Makari, 2008), а з іншого боку, фахівцями ставляться під сумнів сформульовані терапевтом висновки і навіть симптоматика пацієнтки (Borch-Jacobsen, 1996; Guttmann, 2001; Schimek, 1987; Skues, 2006). Варто одразу зауважити, що Й. Брейер намагався обґрунтовувати правдивість виразної істеричної симптоматики та істинність зробленого тлумачення. Правдивість змісту симптомів і динаміки їхньої актуалізації та нівелювання можуть бути правильно оцінені, якщо виходити з універсальних закономірностей їхнього розгортання та згасання. Однак Й. Брейер, дарма що пропонує розгортання симптоматики, є не зовсім деталізованим і послідовним в описі поведінкових реакцій пацієнтки. Разом із тим можна встановити правдоподібність випадку, спираючись на розуміння протікання парабіозу, який сягає ультрапарадоксальної стадії.

Анна О. демонструвала виражену симптоматику істеричної природи: параліч правої руки й обох ніг, порушення мовлення та зору, забування рідної мови, сильний кашель, головний біль, відразу до їжі та води тощо. Й. Брейер виокремлює чотири етапи розвитку хвороби: приховану інкубацію; явну хворобу з усією палітрою істеричної симптоматики;

чергування хворобливих і нормальних станів; поступове видужування. Упродовж лікування ним фіксувалися два стани свідомості пацієнтки: нормальний і психотичний («*дві совісті*», «*два Я*»). Це об'єктивувалося у виразній циклотимії: гарний настрій змінювався пригніченістю, тривогою, страхом, що часто супроводжувалося візуальними галюцинаціями. У свідомому стані пацієнтка скаржилася на наявність двох «Я», одне з яких є «злим». Особливо яскравим симптомом стала втрата мовлення, забування рідної мови та вимушений перехід на інші мови. Основною причиною хвороби Й. Брейер вважав емоційну прив'язаність пацієнтки до батька, за яким вона доглядала під час смертельної хвороби. Вона залюбки ділилася з терапевтом своїми фантазіями. Як зазначає терапевт, «*їхньою відправною точкою або центральною ситуацією була дівчинка, яка стривожено сиділа біля ліжка хворого*». Весь процес лікування полягав у тому, що виговорюючись, згадуючи про моменти виникнення симптоматики, остання зникала, а загальний стан пацієнтки поліпшувався (наприклад, «*Тоді траплялося – спочатку випадково, а потім умисно – що хтось поруч із нею повторив одну з її фраз, доки вона скаржилася на «болісне»*. Вона відразу приєдналася і почала малювати якусь ситуацію або розповідати якусь історію, спочатку нерішуче і на своєму парафазичному жаргоні; але чим довше вона продовжувала, тим швидше ставала, поки, зрештою, не заговорила абсолютно правильною німецькою [рідною – О.М.] мовою»).

Необхідно зауважити, що так зване подвоєння «Я», вочевидь, слід розуміти як диференціацію неадекватного й адекватного стану свідомості пацієнтки. Але така його диференціація є найбільш загальною. Натомість суть психологічної проблеми полягає у тому, що неадекватний стан свідомості так само перебував у розщепленому стані (між двома центрами, один із яких збуджений, інший – загальмований). Надання психологічної допомоги, відповідно, полягає в інтеграції патологічної дисоціації з метою її нівелювання. Це досягається так званим правильним витісненням (мовою психоаналізу), повним гальмуванням (мовою фізіології).

Обговорення випадку. Опис стану пацієнтки дозволяє реконструювати динаміку перебігу психічного розладу (патологічної дисоціації).

1. Стан парабіозу зумовлений сильним періодичним виникненням одночасно двох вогнищ збудження, які можна ідентифікувати як любов до «обоженюваного батька» і гнів до нього через необхідність доглядати за ним під час хвороби. Ця суперечність, вочевидь, неодноразово отримувала короточасну прописку у свідомості на врівноважувальній стадії парабіозу. На парадоксальній стадії парабіозу це закономірно завершувалось гальмуванням більш сильного подразника – гніву. Гнів наростає і міг стати сильнішим за любов внаслідок переваги пацієнтки, неможливості задовольняти власні нагальні потреби. Психологічна проблема стає можливою через неспроможність суб'єкта перейти до гальмівної стадії парабіозу, за якої загальмованими стануть як гнів, так і любов. Така ситуація може бути зумовлена силою та повторюваністю емоційно суперечливої ситуації. Потужна амбівалентність потребувала реагування з метою забезпечити її гальмування. Внаслідок цього сформувалися реципрокні центри, які одночасно та паралельно перебувають у збудженому та загальмованому станах, тобто афект стає невдало витісненими (рис. 1).

2. Оскільки гальмування через інтенсивність збудження не відбувається, пацієнтка вимушено заходить в ультрапарадоксальний стан. Внаслідок цього відбувається афективна інверсія реципрокних центрів: відтепер у стані збудження опиняється гнів, а любов до батька загальмовується (рис. 2).

Ситуаційний гнів у ставленні до батька, з одного боку, стає психічним фактом (проривається у свідомість), але, з іншого боку, залишається неприпустимим через етичні

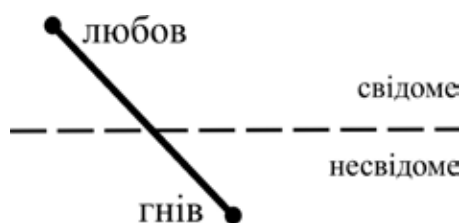


Рис. 1. Невдале витіснення (парадоксальна стадія парабіозу)

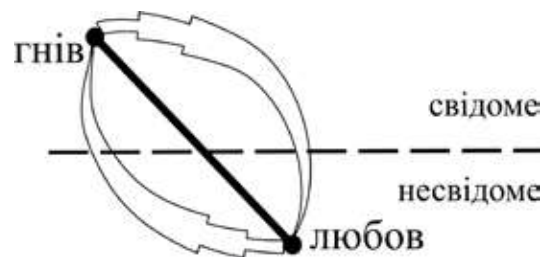


Рис. 2. Ультрапарадоксальна стадія парабіозу

переконавання та емоційну прив'язаність, яка не зникає повністю, дарма що загальмовується. Виходом із цього психічного «тупика» стає істерична реакція, яка, своєю чергою, унеможлиблює догляд за батьком. Анна О. фізично самоусувається від догляду за батьком і, таким чином, уникає загострення амбівалентності (ситуації внутрішнього конфлікту любові та гніву). Однак така ізоляція не усуває інтрапсихічну суперечність як таку. Ця суперечність уже утворилася та вимагає розгортання, щоби, зрештою, бути витісненою (загальмованою).

Внаслідок почергового переходу зі стану збудження у стан гальмування базова емоційна суперечність частково заміщується іншими афективними реакціями. Серед них вирізняються тривога, страх, провина, сором, образа. Вони заміщують любов і гнів, роблять цю реципрокну пару невпізнаваною для свідомості, а значить, недосяжною для рефлексії та терапевтичного аналізу. Зокрема, почуття провини виникає разом з емоційною прив'язаністю до батька у момент загальмованості гніву й зумовлюється захистом проти гніву. Звідси постійні скарги пацієнтки на те, що «її щось мучить», і повторення фрази «болісно, болісно». Останнє може маскувати фальшивість власної істеричної хвороби, яка почала розгортатися і демонструвати неспроможність пацієнтки доглядати за батьком.

Раніше мною зроблено припущення щодо неоднорідності та динамічного характеру ультрапарадоксальної стадії парабіозу. Зокрема, висувалося припущення, що це відбувається у подвійній нервово-психічній інверсії, яку проходить суб'єкт до моменту кінцевого оформлення психологічної проблеми (автор, 2017; автор, 2020). Ультрапарадоксальна стадія, імовірно, має власні три функціональні фази (табл. 1). Специфіка протікання ультрапа-

радоксальної стадії парабіозу полягає у тому, що її перша і третя фази по суті є ідентичними: любов та гнів ніби залишаються в однаковому стані: любов загальмована (неусвідомлена), а гнів збуджений (усвідомлений). Тож можна запропонувати такий варіант реконструкції психодинаміки ультрапарадоксальної стадії парабіозу Анни О. із зазначенням додаткових афективних реакцій у моменти збудження того чи іншого реципрного центру (табл. 1).

Таблиця 1
Динаміка ультрапарадоксальної стадії пацієнтки Анни О.

Стадії парабіозу	Динаміка домінанти
Врівноважувальна	любов ⁺ гнів ⁺
Парадоксальна	любов ⁺ гнів ⁻
Ультрапарадоксальна фаза I	любов ⁻⁺ гнів ^{+(провина)-}
Ультрапарадоксальна фаза II	любов ^{+(страх)-} гнів ⁻⁺⁻
Ультрапарадоксальна фаза III	любов ⁻⁺⁻ гнів ^{+(образ)-+-}

Зауваження про фазовий характер ультрапарадоксальної стадії є принциповим, оскільки йдеться про афективну інверсію. Це означає, що після утворення парабіозу любов і гнів періодично потрапляють у стан збудження. Вони зазнають інверсії, а значить почергово перебувають у стані збудження та гальмування. Щоразу, коли любов і гнів переходять у стан збудження, відбувається доєднання інших емоційних центрів (подекуди випадкових). Завдяки такому емоційному домішку формується захист від базової невдало витісненої амбівалентності. Суб'єкт починає виразніше переживати інші емоційні стани, які заміщують любов або гнів. Зокрема, разом і замість любові пацієнткою відчувається страх і тривога, разом і замість гніву усвідомлюється провина та образа.

Найбільш виразним і частим афектом стає страх, який виявляється на першій фазі ультрапарадоксального стану пацієнтки. Саме страх запускає основну фазу розладу. Й. Брейер зазначає: «Потім був короткий спалах гніву, а з тим сильний напад тривоги, який мені було дуже важко заспокоїти», «Вона весь цей час повністю обходила без їжі, була сповнена тривоги, а її галюциаторні відсутності були заповнені жахливими фігу-

рами, головами смерті та скелетами». Прикметним стає те, що патологічна дисоціація виявляє значну динаміку ультрапарадоксального стану. Пацієнтка здатна повертатися до відчуття провини у першій фазі (наприклад, «...після переїзду одразу були три дні і ночі повністю без сну та харчування, численні спроби самогубства (хоча, поки вона перебувала у садку, вони не були небезпечними), розбивання вікон тощо...»; «Вона почала кашляти вперше, коли одного разу, сидячи біля батька, почула звуки танцювальної музики, що долинали із сусіднього будинку, відчула раптове бажання бути там і була охоплена самодокорами. Отже, впродовж усієї своєї хвороби вона реагувала на будь-яку помітну ритмічну музику нервовим кашлем») і навіть сягає реакції гніву на врівноважувальній стадії парабіозу (наприклад, «В іншому стані вона галюцинувала і була «неслухняною», себто вона була образливою, кидала подушки в людей, наскільки дозволяли контрактури у різний час, відривала гудзики від постільної білизни та білизни тими пальцями, якими вона могла рухати...»).

Виникнення патологічного страху Й. Брейер безпосередньо пов'язує з випадком галюцинації, яка, на його думку, «становила корінь всієї її хвороби»: «Її мати поїхала на короткий час, і Анна сиділа біля ліжка, поклавши праву руку на спинку стільця. Вона провалилася у сон наяву і побачила чорну змію, що підбиралася до хворого від стіни, щоби вкусити його. <...> Вона намагалася відігнати змію, але її ніби паралізувало. Її права рука, що лежала на спинці стільця, оніміла, стала байдужою та паретичною; і коли вона подивилася на неї, пальці перетворилися на маленьких змій із головами смерті (нігтями)». Відповідно до психоаналітичних поглядів, існують підстави припустити наявність інцестуозного потягу до батька, що було спровоковано відсутністю матері та перебуванням батька у ліжку (спокуса). Анна О. відреагувала паралізуючим страхом на можливість фізичного контакту з ним (фалічний символ «чорної змії»). Саме це, вочевидь, забезпечило появу другої фази ультрапарадоксального стану.

За моїми спостереженнями, друга фаза зазвичай є порівняно швидкоплинною. Швид-

коплинність часто пов'язана з очевидною суперечністю змісту парадоксальної стадії парабіозу, яку суб'єкт намагається повторити (повернути), щоби природно загальмувати афект. Суб'єкт відчуває чи не найбільший емоційний дискомфорт і невдовзі «провалюється» у третю фазу, яка стає неповним відтворенням першої фази ультрапарадоксального стану. Тобто актуалізації знову набуває гнів, але з новими афективними домішками, зокрема з відчуттям образи. Наприклад, випадок, який вказує на здатність пацієнтки рефлексувати свій стан і робити висновки щодо емоційної суперечності: «...одного ранку пацієнтка сказала мені, сміючись, що вона гадки не має, у чому справа, але вона сердиться на мене».

Друга фаза ультрапарадоксального стану стає тим прецедентом нервово-психічного реагування, коли на поверхню свідомості виринають (допускаються) найбільш глибокі імпульси Воно. Суб'єкт, дарма що на короткий час, відчуває присутність тіньового Я («злого Я»), про яке досі не здогадувався. Й. Брейер так само не помітив ці імпульси навіть у центральній галюцинації пацієнтки: «Елемент сексуальності був у неї дивовижно не розвинений. Пацієнтка, чиє життя стало мені відоме тією мірою, в якій життя однієї людини зрідка відоме іншій, ніколи не була закохана; й у всій величезній кількості галюцинацій, що відбувалися під час її хвороби, цей елемент психічного життя так і не виявився». Брак закоханості та наявність «обожнюваного батька» вказують на те, що не відбувається його заміщення. Відповідно, вся інцестуозна лібідність спрямована на батька, а значить, вимагає глибокого та надійного витиснення. Саме тому галюцинація з чорною змією справила таке сильне враження на пацієнтку і започаткувала психічний розлад.

Психотерапія полягає у тому, щоби суб'єкт не просто усував симптоматику шляхом усвідомлення (виговорювання), що у випадку

Анни О. представлено неправдоподібно виразно, а усвідомленням зв'язку реципрокних центрів. Повнота та завершеність аналізу повинна здійснюватися не тільки горизонтально на рівні аналізу афективних пар любов – гнів, любов – провина, страх – гнів, любов – образа, але й вертикально: любов – страх, любов – провина – образа. Йдеться про необхідність здійснювати психологічний аналіз афекту з позиції паралельних збудженого та загальмованого реципрокних центрів, а також вивчення послідовної динаміки його збуджених центрів. Вказані зв'язки, очевидно, імпліцитно представлені у рефлексіях Анни О., що забезпечило успіх терапії.

Слід наголосити, що вказана динаміка (табл. 2) є гіпотетичною, оскільки актуалізація емоційних станів суб'єкта під час терапії не відбиває чіткої послідовності їхнього виникнення. Можна припустити наявність інших афективних комбінацій. У будь-якому разі результативність терапії безпосередньо залежить від спроможності почергового усунення емоційних захистів: провини, страху, образи. Не варто відкидати іншого змісту та комбінації емоцій, які «приховують» базову амбівалентність. У наведеному прикладі запропоновано лише один із можливих варіантів розгортання непродуктивних афективних захистів.

Висновки. Класична психоаналітична концепція невдалого витиснення отримує підтвердження у фізіологічному процесі парабіозу, якщо вважати що ультрапарадоксальний стан індивіда є неоднорідним і має трифазну динаміку. Розгляд невдалого витиснення як парабіотичного процесу дозволяє моделювати психологічну проблему з точки зору інверсії бінарного афекту та розуміння зв'язку емоцій на різних стадіях і фазах. Таке розуміння структурує психологічну проблему, виявляє закономірності її розгортання та можливості нівелювання у горизонтальному та вертикальному аналізі.

Список літератури:

- Мазяр, О. В. (2017). Психофізіологічний механізм формування невротичного розладу. *Врачебное дело*, 7, 110–116.
- Мазяр, О. В. (2020). Особистісний дисонанс: системний аналіз : монографія. Житомир : Видавець О. О. Євенок.
- Akhtar, S. (2009). *Comprehensive dictionary of psychoanalysis*. London : Karnac Books.
- Bargh, J. A. (2014). Our unconscious mind. *Scientific American Magazine*, 310(1), 30–37. doi: 10.1038/scientificamerican0114-30.

- Boag, S. (2006). Freudian repression, the common view, and pathological science. *Review of General Psychology*, 10(1), 74–86. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.1.74>.
- Borch-Jacobsen, M. (1996). *Remembering Anna O. A Century of Mystification*. New York : Routledge.
- Brenner, C. (1957). The nature and development of the concept of repression in Freud's writings. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 12(1), 19–45.
- Breuer, J., & Freud, S. (1936). *Studies in hysteria*. New York ; Washington : Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- Brill, A. A. (1921). *Fundamental conceptions of psychoanalysis*. New York : Harcourt, Brace and Company.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Basic Books.
- Erdelyi, M. H. (2006). The unified theory of repression. *Behavioral and Brain Sciences*, 29(5), 499–511.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publishers.
- Freud, S. (1915). Repression. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914–1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works* (pp. 141–158).
- Gantt, W. H. (1944). Experimental basis for neurotic behavior: origin and development of artificially produced disturbances of behavior in dogs. New York : Hoeber. <https://doi.org/10.1037/11517-000>.
- Guttman, M. G. (2001). *The enigma of Anna O.: A Biography of Bertha Pappenheim*. London : Moyer Bell.
- Liddell, H. S. (1956). *Emotional hazards in animals and man*. Springfield. IL: Charles C. Thomas. <https://doi.org/10.1037/12227-000>.
- Liddell, H. S., & Bayne, T. L. (1927). The development of «experimental neurasthenia» in the sheep during the formation of difficult conditioned reflexes. *American Journal of Physiology*, 81, 494.
- Lucas, K. (1911–1912). On the transference of the propagated disturbance from nerve to muscle with special reference to the apparent inhibition described by Wedensky. *Journal of Physiology*, 43, 46–90. <http://vlp.mpiwg-berlin.mpg.de/references?id=lit22843>.
- Makari, G. J. (2008). *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis*. New York : Harper Collins.
- Masserman, J. H. (1943). *Behavior and neurosis: An experimental psychoanalytic approach to psychobiologic principles*. Chicago: University of Chicago Press.
- Opatow, B. (1997). The Real Unconscious: Psychoanalysis as a Theory of Consciousness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45(3). <https://doi.org/10.1177/00030651970450030601>.
- Person, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G. O. (Eds.). (2005). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing.
- Schimek, J. G. (1987). Fact and Fantasy in the Seduction Theory: A Historical Review. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35(4), 937–965. <https://doi.org/10.1177/000306518703500407>.
- Skues, R. A. (2006). *Sigmund Freud and the History of Anna O.: Reopening a Closed Case*. Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- Wedensky, N. E. (1900). Die fundamentalen Eigenschaften des Nerven unter Einwirkung einiger Gifte. *Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Thiere*, 82, 134–191. <http://vlp.mpiwg-berlin.mpg.de/references?id=lit12321>.
- Wedensky, N. E. (1903). Die Erregung, Hemmung und Narkose. *Pflüger's Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere*, 100(1–2), 1–144.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Анотація. Концепція невдалого витиснення є однією з базових у психоаналітичній теорії. Її суть полягає у тому, що психічний матеріал внаслідок певного внутрішнього конфлікту не зазнає повного витиснення і повертається у свідомість у формі невротичної симптоматики. У статті проводяться паралелі та аналізується взаємозв'язок між концепцією невдалого витиснення та фізіологічним процесом парабіозу. Розуміння процесу парабіозу розширює уявлення терапевта про послідовність розгортання та динаміку невдалого витиснення, виявляє логіку активності несвідомого. Зокрема, зроблено уточнення щодо природи невдалого витиснення – появи бінарного афекту, який одночасно є частково витісненим, а частково усвідомлюється індивідом. Психологічна проблема полягає у тому, що індивід не здатен когнітивно й емоційно пов'язати ці частини між собою, втрачає цілісність сприймання, а тому керується суперечливими імпульсами та думками. Розглядається динаміка невротичного афекту на всіх стадіях парабіозу і трьох фазах ультрапарадоксального стану. Пояснюються причини заміщення базово-

вої емоційної амбівалентності іншими афективними реакціями. На класичному прикладі істеричної хвороби Анни О., описаному Й. Брейером, зіставляються психоаналітичний і фізіологічний підходи до тлумачення психотичної симптоматики пацієнтки. Моделюється послідовне розгортання психозу Анни О., виявляються етапи виникнення афектів, які маскують базову амбівалентність. Робиться висновок про те, що у психотерапії важливим є горизонтальний і вертикальний аналіз невротичних афектів. Горизонтальний аналіз афекту передбачає його вивчення з позиції паралельного збудженого та загальмованого центрів. Вертикальний аналіз невротичного афекту – це дослідження динаміки його збуджених центрів, які послідовно виявляються під час розгортання психологічної проблеми.

Ключові слова: невдале витиснення, парабіоз, ультрапарадоксальний стан, психоз, несвідоме, амбівалентність.

Abstract. The concept of failed displacement belongs to the basic ones in psychoanalytic theory. Its means that mental material due to a certain internal conflict does not undergo complete displacement and returns to consciousness in the form of neurotic symptoms. The article draws parallels and analyzes the relationship between the concept of failed displacement and the physiological process of parabiosis. Understanding the process of parabiosis expands the therapist's idea of the sequence of unfolding and the dynamics of failed displacement, it reveals the logic of activity of the unconscious. In particular, there is clarification regarding the nature of failed displacement – the appearance of a binary affect that is partially displaced and partially realized by the individual at the same time. The psychological problem lies in the fact that the individual is unable to cognitively and emotionally connect these parts together, loses the integrity of perception, and therefore is guided by contradictory impulses and thoughts. The dynamics of neurotic affect at all stages of parabiosis and three phases of the ultra-paradoxical state are being considered. There is explanation of the reasons for replacing basic emotional ambivalence with other affective reactions. Psychoanalytic and physiological approaches to the interpretation of the patient's psychotic symptoms are compared based on the classic example of Anna O.'s hysterical disorder, presented by J. Breyer. The sequential unfolding of Anna O.'s psychosis is simulated, the stages of the emergence of affects that hide the basic ambivalence are revealed. The conclusion is made that horizontal and vertical analysis of neurotic affects is important in psychotherapy. The horizontal analysis of affect involves its study from the position of parallel centers of excitation and inhibition. Vertical analysis of neurotic affect is a study of the dynamics of its centers of excitation, which are consistently revealed during the unfolding of a psychological problem.

Key words: failed displacement, parabiosis, ultra-paradoxical state, psychosis, the unconscious, ambivalence.