**Лекционный курс по психотерапии.**

**Модуль №1. Психодинамическое направление психотерапии**

**Лекция №1.**

**Тема:** Классический психоанализ. Организация психоаналитического процесса (сеттинг) и основные аналитические процедуры

Термином классический психоанализ обозначается:

1) направление глубинной психологии, рассматривающее бессознательное в качестве детерминанты развития и функционирования личности;

2) психотерапевтическая система, в основе которой лежит выявление особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами.

Первая теория Фрейда, рассматривающая истерические симптомы, была представлена в «Исследованиях истерии» (1895), написанных в соавторстве с венским врачом Йозефом Брейером. В ней он утверждал, что в основе истерической симптоматики находятся подавленные воспоминания о неприятных ситуациях, которые практически всегда обладают прямыми или непрямыми сексуальными ассоциациями. Примерно в то же время он пытается создать нейрофизиологическую теорию бессознательных психических механизмов, которая, однако, осталась незавершённой; ранние наброски этой теории были опубликованы только после его смерти. Около 1900 года Фрейд пришёл к заключению, что сны имеют символическое значение, и, как правило, очень индивидуальны. Фрейд формулирует гипотезу, что бессознательное включает в себя или является «первичным процессом», обладающим концентрированным и символическим содержанием. Напротив, «вторичный процесс» имеет дело с логическим, осознанным содержанием. Эта теория была опубликована им в 1900 году в монографии «Толкование сновидений». В 7-й главе этой книги Фрейд также описывает свою раннюю «топографическую модель», в соответствии с которой неприемлемые сексуальные желания вытесняются в систему «бессознательного» из-за социальных сексуальных запретов, и это вытеснение порождает тревожность.

Центральной гипотезой психоаналитических построений является положение об эндогенных источниках мотивации человеческого поведения. Такие источники были обозначены термином **влечения, или инстинкты.** По словам Фрейда (1915), влечения (инстинкты) представляют собой “...меру требований к работе психики вследствие ее связи с телом” (с. 122). В качестве главных побудителей поведения они отражают влияние врожденных, соматически обусловленных и характерных для всех людей биологических сил. Несмотря на то, что классификация влечений Фрейдом постоянно развивалась, неизменным всегда оставалась их полярность. Фрейд полагал, что всякая мотивация в конечном итоге сводима к двум противоположным всеобъемлющим тенденциям. Можно выделить три или четыре предложенные им классификации:

1) сексуальные влечения / влечения к самосохранению (влечения Я);

2) (а) объектная любовь / любовь к себе; (б) сексуальные влечения / агрессивные влечения;

3) влечение к жизни / влечение к смерти.

Кроме этого З. Фрейд описал стадии психосексуального развития. Фрейд утверждал, что личность человека формируется в раннем детстве, к шести годам, и что если все психосексуальные стадии пройдены успешно, результатом становится здоровая и психически стабильная личность, в противном случае человек будет болен. По Фрейду, эти стадии связаны с конкретными эрогенными зонами, то есть наиболее чувствительными органами тела, прикосновение к которым приводит к сексуальному наслаждению и пробуждает сексуальное желание. Если ребенок не проходит какую-то из стадий нормально, до конца, у него возникает фиксация на соответствующей эрогенной зоне, что сказывается на типе его личности.

**Оральная стадия: от рождения до полутора лет**

На этой стадии ребенок фокусируется на оральных удовольствиях, в частности на сосании, так как это вызывает у него ощущение комфорта и доверия. Если в этот период его потребности удовлетворяются чрезмерно либо, напротив, недостаточно, у младенца формируется фиксация на оральных формах поведения. Согласно Фрейду, личности такого типа чаще других склонны грызть ногти, курить, слишком много пить и переедать; а еще они, как правило, доверчивы и легковерны, зависимы от окружающих и никогда не бывают лидерами.

**Анальная стадия: от полутора до трех лет**

На этой стадии ребенок полностью сосредоточивается на управлении мочевым пузырем и кишечником и получает удовлетворение от контроля над их работой. По Фрейду, успех на этом этапе зависит от того, как родители подходят к приучению к туалету своего чада. Те, кто в нужный момент прибегает к похвале и награде за пользование туалетом, поощряют позитивные результаты и помогают детям чувствовать себя способными и эффективными личностями. Правильное поведение родителей на этой стадии служит надежным основанием для того, чтобы, повзрослев, ребенок стал компетентным, эффективным и творческим человеком. Если они подходят к этому с излишней снисходительностью, это, по мнению Фрейда, с большой долей вероятности приведет к формированию так называемой анально-выталкивающей личности, для которой характерны разрушительные наклонности и расточительное отношение к жизни. А если родители излишне строги или заставляют ребенка слишком быстро пройти этап приучения к туалету, то, повзрослев, он, скорее всего, будет одержим перфекционизмом, порядком и контролем. Такой тип личности называется анально-удерживающим.

**Фаллическая стадия: от трех до шести лет**

По Фрейду, на этой стадии основное внимание ребенка сосредоточено на гениталиях. С ней, кстати, связана одна из самых знаменитых идей психоаналитика – идея эдипова комплекса. Ученый считал, что в этот период мальчики начинают испытывать сексуальное желание по отношению к своей матери, а в отце видят соперника и подсознательно мечтают занять его место. Кроме того, видя в отце человека, который хочет и может наказать его за это, мальчик начинает испытывать страх перед кастрацией, но, вместо того чтобы вступить с отцом в борьбу, отождествляет себя с ним в своем желании опосредованно обладать матерью. По мнению Фрейда, фиксация на этой стадии ведет в будущем к сексуальным отклонениями и слабо выраженной сексуальной ориентации.

Следует отметить, что в 1913 году Карл Густав Юнг предложил термин «комплекс Электры», описывающий похожие чувства, которые девочка испытывает к отцу. Но Фрейд не согласился с этой концепцией; он считал, что для девочек характерна зависть к пенису (чувство обиды и неудовлетворенности, вызванное тем, что у них нет мужского полового органа).

**Латентная стадия: от шести лет до половой зрелости**

На этой стадии либидо ребенка подавляется, его сексуальная энергия направляется на другие цели, например на социальное взаимодействие или интеллектуальную деятельность. В этот период дети в основном играют с детьми своего пола; никакого психосексуального развития или фиксации в это время не происходит.

**Генитальная стадия: от половой зрелости до взрослой жизни**

На этой стадии сексуальные желания и интерес к противоположному полу вспыхивают с новой силой. Если все предыдущие стадии пройдены успешно, человек заботлив и уравновешен; сексуальное наслаждение сосредоточено на гениталиях. В случае фиксации на этой стадии у человека могут развиться сексуальные отклонения.

Рассмотрим его взгляды на организацию психики, которую часто называют «топографической моделью» Фрейда. В течение длительного периода развития психоанализа Фрейд применял топографическую модель личностной организации. Согласно этой модели в психической жизни можно выделить три уровня: сознание, предсознательное и бессознательное. **Уровень сознания** состоит из ощущений и переживаний, которые вы осознаете в данный момент времени. Например, сейчас ваше сознание может вмещать в себя мысли автора, написавшего этот текст, а также смутное ощущение надвигающегося голода. Фрейд настаивал на том, что только незначительная часть психической жизни (мысли, восприятие, чувства, память) входит в сферу сознания. Любое переживание в сознании человека в данный момент времени следует рассматривать как результат процесса избирательной сортировки, в значительной степени регулируемого внешними сигналами. Область **предсознательного,** иногда называемая «доступной памятью», включает в себя весь опыт, который не осознается в данный момент, но может вернуться в сознание или спонтанно, или в результате минимального усилия. Например, вы можете вспомнить все, что вы делали в прошлую субботу вечером; все города, в которых вам довелось жить; свои любимые книги или аргумент, который высказали вчера своему другу. С точки зрения Фрейда, предсознательное наводит мосты между осознаваемыми и неосознаваемыми областями психического. Самая глубокая и значимая область человеческого разума - это **бессознательное,** представляющее собой хранилище примитивных инстинктивных побуждений плюс эмоции и воспоминания, которые настолько угрожали сознанию, что были подавлены или вытеснены в область бессознательного. Примерами того, что может быть обнаружено в бессознательном, служат или забытые травмы детства, или скрытые враждебные чувства к родителю, или подавленные сексуальные желания, которые вы не осознаете. Согласно Фрейду такой неосознаваемый материал во многом определяет наше повседневное поведение.

В начале 20-х годов Фрейд пересмотрел свою концептуальную модель психической жизни и ввел в анатомию личности три структуры: **ид, эго и суперэго**.

**Ид**

Ид. Слово “ид” происходит от латинского “оно” и, по Фрейду, означает исключительно примитивные, инстинктивные и врожденные аспекты личности. Ид полностью функционирует в бессознательном и тесно связано с первичными потребностями (еда, сон, дефекация ), которые наполняют наше поведение энергией. Согласно Фрейду, ид — нечто темное, биологическое, хаотичное, не знающее законов, не подчиняющееся правилам. Ид сохраняет свое центральное значение для индивидуума на протяжении всей его жизни. Являясь самой старой исходной структурой психики, ид выражает первичный принцип всей человеческой жизни — немедленный выплеск психической энергии, производимой биологически обусловленными побуждениями (особенно сексуальными и агрессивными). Немедленная разрядка напряжения получила название **принцип удовольствия**. Ид следует из этого принципа, выражая себя в импульсивной, себялюбивой манере, не обращая внимания на последствия для других и вопреки самосохранению. Иначе говоря, ид можно сравнить со слепым королем, чья брутальная власть и авторитет заставляют подчиняться, но, чтобы реализовать власть, он вынужден опираться на своих подданных.

Фрейд описал два механизма, посредством которых ид избавляет личность от напряжения: **рефлекторные действия и первичные процессы**. В первом случае ид отвечает автоматически на сигналы возбуждения и, таким образом, сразу снимает напряжение, вызываемое раздражителем. Примеры подобных врожденных рефлекторных механизмов — кашель в ответ на раздражение верхних дыхательных путей и слезы, когда в глаз попадает соринка. Однако надо признать, что рефлекторные действия не всегда снижают уровень раздражения или напряжения. Так, ни одно рефлекторное движение не даст голодному ребенку достать пищу. Когда рефлекторное действие не может снизить напряжение, вступает в действие другая функция ид, называемая первичным процессом представления. Ид формирует психический образ объекта, первоначально связанного с удовлетворением основной потребности. В примере с голодным ребенком данный процесс может вызвать образ материнской груди или бутылочки молока. Другие примеры первичного процесса представления обнаруживаются в сновидениях, галлюцинациях или психозах.

**Первичные процессы** — нелогичная, иррациональная и фантазийная форма человеческих представлений, характеризующаяся неспособностью подавлять импульсы и различать реальное и нереальное, “себя” и “не-себя”. Сложность поведения в соответствии с первичным процессом заключается в том, что индивидуум не может проводить различия между актуальным объектом, способным удовлетворять потребность, и его образом. Например, между водой и миражом воды для человека, бредущего по пустыне. Поэтому, утверждал Фрейд, для младенца является невыполнимой задача научиться откладывать удовлетворение своих первичных потребностей. Способность к отсроченному удовлетворению впервые возникает, когда маленькие дети понимают, что, помимо их собственных нужд и желаний, есть еще и внешний мир. С появлением этого знания возникает вторая структура личности, эго.

**Эго**

Эго (от лат. “ego” — “Я”) — это компонент психического аппарата, ответственный за принятие решений. Эго стремится выразить и удовлетворить желания ид в соответствии с ограничениями, налагаемыми внешним миром. Эго получает свою структуру и функцию от ид, эволюционирует из него и заимствует часть энергии ид для своих нужд, чтобы отвечать требованиям социальной реальности. Таким образом, эго помогает обеспечить безопасность и самосохранение организма. Например, голодный человек в поисках еды должен различать образ пищи, возникающий в представлении, и образ пищи в реальности. То есть человек должен научиться доставать и потреблять пищу прежде, чем напряжение снизится. Эта цель заставляет человека учиться, думать, рассуждать, воспринимать, решать, запоминать и т.п. Соответственно эго использует когнитивные и перцептивные процессы в своем стремлении удовлетворять желания и потребности ид. В отличии от ид, природа которого выражается в поиске удовольствия, эго подчиняется **принципу реальности**, цель которого — сохранение целостности организма путем отсрочки удовлетворения инстинктов до того момента, когда будет найдена возможность достичь разрядки подходящим способом или будут найдены соответствующие условия во внешней среде.

**Суперэго**

Для того, чтобы человек эффективно функционировал в обществе, он должен иметь систему ценностей, норм и этики, разумно совместимых с теми, что приняты в его окружении. Все это приобретается в процессе “социализации”; на языке структурной модели психоанализа — посредством формирования суперэго (от лат. “super” — “сверх” и “ego” — “Я”).

Суперэго последний компонент развивающейся личности. С точки зрения Фрейда, организм не рождается с суперэго. Скорее, дети должны обретать его, благодаря взаимодействию с родителями, учителями и другими “формирующими” фигурами. Будучи морально-этической силой, суперэго является следствием продолжительной зависимости ребенка от родителей. Оно начинает проявляться, когда ребенок начинает различать “правильно” и “неправильно” (примерно в возрасте от 3 до 5 лет).

Фрейд разделил суперэго на две подсистемы: **совесть и эго-идеал**. Совесть приобретается посредством родительских наказаний. Она связана с такими поступками, которые родители называют “непослушным поведением” и за которые ребенок получает выговор. Совесть включает в себя способность к критической самооценке, наличие моральных запретов и возникновение чувства вины. Поощрительный аспект суперэго — это эго-идеал. Он формируется из того, что значимые люди одобряют или высоко ценят. И, если цель достигнута, вызывает чувство самоуважения и гордости.

Фрейд выделил и описал следующие защитные механизмы психики:

**Замещение** — это направление энергии влечения на более безопасный объект. Например, человек, на которого накричал начальник, дома набрасывается с руганью на жену и детей, хотя они ничем не провинились. Или мужчина, влюблённый в очень красивую женщину, но предпочитающий сексуальные контакты с другой, менее красивой, из боязни, что первая ему откажет.

**Реактивное образование** — это более сложный защитный механизм, включающий две стадии. На первой стадии неприемлемое переживание подавляется, а на второй на его месте образуется прямо противоположное чувство. Скажем, женщина, не реализующая свою сексуальность, вполне может превратиться в мужененавистницу. Или брат, ненавидящий свою сестру, но не могущий себе в этом признаться, может воспылать к сестрёнке особой любовью и окружить её всяческой опекой. Правда вскоре можно будет заметить, что его забота создаёт сестре значительные трудности и проблемы и явно тяготит её.

**Компенсация**

**Вытеснение** — это подавление подсознательных влечений и переживаний, создающих угрозу для самосознания, и вытеснение их в сферу бессознательного. В этом случае человек вынужден тратить значительное количество психической энергии, но подавленные влечения все равно периодически «прорываются» в реальность через оговорки, сновидения и т. д.

**Отрицание**

**Проекция** — это приписывание другим своих собственных неприемлемых переживаний. Скажем ханжа — человек, скрывающий свои сексуальные влечения и выискивающий малейшие «грязные» намерения в действиях окружающих. Или бредовые идеи преследования, — когда человек приписывает другим свои агрессивные импульсы, искренне считая, что они хотят его убить.

**Сублимация**

**Рационализация**— это то, что в обыденной жизни называют самооправданием. Человек стремится дать рациональное объяснение поступкам, совершенным под влиянием инстинктивных влечений. Скажем, начальник накричал на своих работников, только потому, что «встал не с той ноги». Однако он объясняет это тем, что работники сами виноваты — плохо исполняли обязанности.

**Регрессия** — это возврат к детским, ранним формам поведения. К этому типу защитных механизмов прибегают, как правило, незрелые, инфантильные личности. Однако и нормальные взрослые в ситуациях психической перегрузки могут использовать этот защитный механизм. Примеры регрессии — это такие реакции на травмирующие переживания или ситуации, как плач, «надуться» и ни с кем не разговаривать и т. д.

Позднее Анна Фрейд, а за ней и другие психоаналитики, существенно расширили этот список, который ныне насчитывает около 30 различных механизмов психологической защиты.

**Психотерапия с позиции психоанализа.** Часто психоаналитическую психотерапию называют облегченным вариантом психоанализа. Задачи этого вида терапии максимально близки к цели психоанализа: помочь пациенту осознать его бессознательные конфликты – причины его поведенческих и эмоциональных затруднений. Для достижения этой цели психотерапевт слушает пациента (по методу свободных ассоциаций) и интерпретирует бессознательные содержания. Однако, в отличие от психоанализа, в психоаналитической терапии больше внимания уделяется поддержке пациента**.** На первых сессиях психотерапевт знакомит пациента с правилами создания **аналитической** ситуации. Основнымправиломпсиходинамической ситуации является то, что пациента просят **говорить все, что он думает и чувствует, ничего не выбирая и ничего не опуская из того, что приходит в голову, даже если ему кажется, что сообщать это неприятно, неловко, смешно или неуместно.** В то же время пациент должен слушать самого себя, пытаясь придать сказанному смысл и сотрудничать в этом с психотерапевтом.

Отметим, что некоторые пациенты воспринимают основное правило настолько буквально, что используют его для сопротивления, как оружие против психотерапевта, внешне скрупулезно выполняя все требования (особенно часто это происходит у личностей с обсессивным типом характера). Поэтому некоторые психодинамические терапевты не предоставляют своим пациентам четких указаний относительно основного правила, предпочитая непосредственное общение с анализом встречающихся на пути препятствий. Правилоаналитическойситуации состоит в том, что на протяжении всего времени психодинамической терапии как пациентом, так и психотерапевтом сохраняются одни и те же рамки, именующиеся сеттингом. В одно и то же время в одном и том же месте пациент ложится на кушетку (или софу), а психотерапевт садится сзади пего, оставаясь большей частью вне поля зрения пациента, и вмешивается в процесс мышления пациента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Сессии обычно проходят 4 или более раз в неделю. Пациент в своем поведении руководствуется основным правилом, а психотерапевт старается поддерживать «свободно парящее» внимание, что является ответом на свободное ассоциирование пациента. Большая часть активности терапевта сводится к периодическим интерпретациям свободных ассоциаций.

Соблюдение основного правила и правила аналитической ситуации приводит к неизбежному возникновению у **пациентов свободных ассоциаций.** Отметим, что с точки зрения современного этапа развития психодинамической терапии этот термин выглядит довольно неудачным, так как выявлено, что ассоциации вовсе не являются свободными, а направляются тремя видами бессознательных сил: 1) патогеннымневротическимконфликтом**,** 2)желаниемвыздороветьи3)желаниемудовлетворитьтерапевта**.** Взаимодействие этих факторов становится очень сложным и иногда угрожает успешному проведению психотерапии, например когда какое-либо стремление, неприемлемое для пациента и являющееся частью его патологии, вступает в конфликт с его желанием понравиться терапевту, который, по мнению пациента, тоже находит это стремление неприемлемым. С другой стороны, желание выздороветь может оставить отпечаток нереальности на процессе анализа в его начале, поскольку пациент (особенно с нарциссическим типом организации личности) может увидеть в психотерапевте-аналитике копию могущественной и доброжелательной фигуры из его реального или фантастического прошлого.

Таким образом, терапевт может более прямым путем подойти к тому, что пациент пытается выразить косвенно с помощью метафор или действий. Так же как пациент в своем Эго создает терапевтическое расщепление между собственными переживаниями и наблюдением за этими переживаниями, терапевт открывается для собственных аффективных и идеаторных реакций на пациента, одновременно наблюдая за ним. В количественном выражении аффект, с которым приходится сталкиваться терапевту, значительно слабее того, с которым имеет дело пациент, что дает терапевту возможность оставаться более объективным по сравнению с пациентом в отношении продукции последнего.

*Продуцирование материала*

Основными способами продуцирования материала являются: свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление.

**Свободная ассоциация**. Фрейд все усилия направлял на создание процедуры, при которой сам пациент активно воспроизводил бы события из прошлого. Им была найдена новая стратегия, новый метод психоаналитической работы – метод свободных ассоциаций. В свободных ассоциациях человек не повторяет конфликтное содержание; он регрессирует, перемещаясь по следу актуального переживания. Опускаясь в инфантильные конфликты, пациент вместе с психоаналитиком наблюдает, куда приводит его нить свободных ассоциаций.Процедура, практикуемая Фрейдом, выглядела следующим образом. Пациент укладывался на кушетке, врач садился у изголовья так, чтобы не попадать в поле зрения пациента. Пациенту предлагалось войти в состояние спокойного самонаблюдения, не углубляясь в раздумья, и сообщать все, что приходит ему в голову, без сознательного отбора, не придерживаясь какой-либо логики. Важна не логика, а полнота. Пациента предостерегали от тенденции поддаться какому-либо мотиву, желанию что-либо выбрать или отбросить, даже если какие-то мысли кажутся тривиальными, иррациональными, не относящимися к делу, неважными или болезненными, унизительными, нескромными, смущающими. Необходимо следовать по поверхности сознания, удерживаясь от критики.Содержание свободных ассоциаций – прошлое и будущее, мысли и чувства, фантазии и сны. В них вырывается на поверхность сознания вытесненное бессознательное. В ходе свободных ассоциаций пациент учится воспроизводить травматический опыт. Фрейд полагал, что в поведении человека нет случайности и ариаднина нить свободных ассоциаций приведет пациента к входу в темную пещеру бессознательного. Сниженная сенсорная активность, когда даже психоаналитик не попадает в поле зрения пациента, дает ему свободу для выражения подавленных мыслей и чувств.

**Перенос**. Механизм феномена *переноса (трансфера)*заключается в том, что пациент подсознательно идентифицирует врача с объектами своих прегенитальных сексуальных влечений. Другими словами, больной «переносит» на врача чувства, которые ранее испытывал по отношению к другим людям, прежде всего к родителям. Различают *позитивный*и *негативный переносы.*Позитивный перенос проявляется чувствами симпатии, уважения, любви к аналитику, негативный – в форме антипатии, гнева, ненависти, презрения и т. п. Чувства, словно призраки, возникают из прошлого, но пациенту они кажутся живыми. Он как бы играет одну и ту же пьесу, с теми же действующими лицами. Меняются лишь исполнители. Причем окружение человека нередко поддерживает трансферные отношения, с готовностью играет предлагаемые роли, закрепляя невротическое поведение. В жизни человека могут возникать симбиотические отношения, если, например, доминирующая жена принимает на себя роль матери. Однако такие отношения ведут не к идиллии совместимости, а к воспроизведению внутриличностных конфликтов и порождению межличностных. Фрейд использовал также термин *трансферентный невроз*– «совокупность реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, и невротический конфликт пациента вновь оживает в аналитической ситуации». Механизм трансферентного невроза таков: энергия либидо переносится с важного лица в жизни пациента на психоаналитика, и когда при разрешении конфликта она высвобождается, то уже не возвращается объекту из прошлого. Поэтому трансфер рассматривается как важный фактор лечения. Невроз переноса служит как бы переходом от болезни к выздоровлению. *Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса, а затем использовать его в лечебных целях.*Здесь применяются такие технические приемы психоанализа, как относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции» и «аналитик-зеркало». Невроз переноса может быть купирован только аналитическим путем; другие методы лечения могут лишь изменить его форму. Понятие трансфера рассматривается в многообразных контекстах. Наиболее употребляемо понимание, идущее от ранних работ Фрейда: аналитик замещает какое-то важное лицо (родителя, друга, обидчика) из детства пациента. В психоанализе воспроизводятся особенности этих отношений, но объектом становится психоаналитик. Распространено также мнение, что переносом являются все отношения, поскольку человек повторяет одни и те же желания и чувства. М. Кляйн считала, что эти отношения сформировались еще на доэдиповых (оральной и анальной) стадиях психосексуального развития. Одни авторы считают, что трансфер возникает из неосознанной надежды получить удовлетворение; другие рассматривают его прежде всего как сопротивление, поскольку он позволяет избежать болезненных воспоминаний, заменяет осознание отыгрыванием в действии.

**Сопротивление**. Сопротивление – это внутренние силы пациента, находящиеся в оппозиции к психотерапевтической работе и защищающие невроз от терапевтического воздействия. По форме сопротивление представляет собой повторение тех же защитных реакций, которые пациент использовал в своей повседневной жизни. Сопротивление действует через Эго пациента, и хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной.

Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как пациент сопротивляется, чему и почему. Непосредственной причиной сопротивления является несознательное избегание таких болезненных явлений, как тревога, вина, стыд и т. п. За этими универсальными реакциями в ответ на вторжение во внутренний мир пациента обычно стоят инстинктивные побуждения, которые и вызывают болезненный эффект. Фрейд различал следующие пять типов сопротивления:

1. Одно из наиболее мощных сопротивлений – сопротивление Ид, которое может противиться изменению в направлении его удовлетворения и нуждается в «проработке», которая поможет найти новый способ удовлетворения Эго.

2. Сопротивление-подавление.

3. Сопротивление отказу от выгодных последствий болезни.

4. Сопротивление-перенос, которое возникает в результате подавления чувств в отношении аналитика.

5. Сопротивление Суперэго, которое возникает из бессознательного чувства вины и необходимости наказания. Например, зрелая женщина не может позволить себе признать сексуальное влечение, запрет на которое наложен родительским воспитанием.С практической точки зрения, по мнению Р. Гринсона, целесообразно различать эгосинтоничные и эгоотчужденные сопротивления. В первом случае пациент отрицает сам факт существования сопротивления и сопротивляется его анализу; во втором пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, и готов работать над ним аналитически. Одним из важных этапов психоанализа является перевод сопротивления из эго-синтонического в эгоотчужденное. Как только это достигается, пациент формирует рабочий альянс с аналитиком и у него появляется готовность работать над своим сопротивлением.

**Анализ сновидений.** Фрейд выделял такие понятия, как *работа* сновидений и *толкование*сновидений. *Работа сновидений* есть перевод скрытого смысла сна в явный. *Толкование,* напротив, — попытка добраться до скрытого смысла сновидений. Для того, чтобы грамотно толковать сновидения, необходимо знать основные закономерности их работы. Среди разнообразных закономерностей работы сновидений в качестве наиболее важных Фрейд отмечает три: *сгущение*, *смещение*сновидений и *превращение мыслей в зрительные образы*. Под сгущением подразумевается тот факт, что явное сновидение содержит в себе меньше информации, чем скрытое, так как является сокращенным переводом последнего. Смещение — это результат работы «цензуры», замещение истинного смысла сновидения отдельными намеками и символами. Наконец, третий результат работы сновидений — это регрессивное превращение мысли в зрительные образы. Главный метод исследования сновидений — *метод свободного ассоциирования.* При анализе сновидений Фрейд считает необходимым соблюдать три основных правила.

1. Не следует обращать внимание на внешнее содержание сновидения независимо от того, понятно оно больному или же кажется абсурдным, ясным или путаным, так как оно все равно ни в коем случае не соответствует искомому бессознательному.

2. Сновидения следует разбивать на элементы,- каждый из которых исследуется в отдельности. При этом пациента просят «объяснять» каждый элемент сновидения первыми пришедшими в голову словами, то есть свободно ассоциировать.«Если я прошу кого-то сказать, — пишет Фрейд, — что ему пришло в голову по поводу определенного элемента сновидения, то я требую от него, чтобы он отдался свободной ассоциации, придерживаясь исходного представления». Действительно, получается нечто, подобное «ассоциативному эксперименту», с той лишь разницей, что в сновидении «слово-раздражитель» заменено чем-то, что само исходит из душевной жизни видевшего сон, из неизвестных ему источников, то есть из того, что само может быть «производным от комплексов». Таким образом, задача аналитика в данном случае сводится к тому, чтобы при помощи свободного ассоциирования с каждым отдельным элементом сновидения вызвать ряд других — «заменяющих» — представлений, которые дают возможность расшифровать скрытый смысл сновидений. Вскрывать бессознательное пациента, вызывать «заменяющее» представление каждого элемента сна врач должен, не раздумывая над скрытым их содержанием и над тем, подходят ли они или отклоняются в этом смысле от самого сновидения.

3. При анализе сновидений исследователь должен набраться терпения и подождать, пока «скрытое, исконно бессознательное не возникнет само».

При анализе сновидения аналитик наталкивается на сопротивление, особенно когда речь идет о вещах, с точки зрения пациента малозначительных, не относящихся к делу, или о предметах, о коих говорить неприлично. Фрейд считает, что как раз те мысли, которые пациент обычно пытается подавить, оказываются наиболее важными, наиболее значимыми для раскрытия содержания бессознательного. «Мы постоянно наталкиваемся на сопротивление, — пишет Фрейд, — когда хотим от заместителя, являющегося элементом сновидения, проникнуть в его скрытое, бессознательное. Таким образом, мы можем предположить, что за заместителем скрывается что-то значительное. Иначе к чему все препятствия, стремящиеся сохранить скрываемое? Если ребенок не хочет открыть руку, чтобы показать, что в ней, значит, там что-то, что ему не разрешается иметь». Из сказанного следует еще одно условие, которое непременно следует разъяснить анализируемому: не замалчивать ни одной из пришедших ему в голову мыслей, даже если они не соответствуют здравому смыслу и его понятиям о приличии. Ключом к расшифровыванию скрытого смысла сновидений Фрейд считал *символы*, по его мнению, глубоко уходящие своими корнями в мифологию, антропологию, языкознание и  имеющие свои «устоявшиеся переводы», то есть в какой-то степени унифицированные и пригодные для расшифровки любых сновидений у разных людей. Символика сновидений у Фрейда носит почти всегда сексуальную окраску. Дома с совершенно гладкими стенами подразумевают мужчин; дома со свисающими выступами и балконами, за которые можно держаться, — женщин. Все длинные и торчащие вверх предметы, такие, например, как палки, зонты, шесты, деревья, обозначают мужской половой член. «Женские половые органы, — утверждает Фрейд, — изображаются символически при помощи всех предметов, обладающих свойством ограничивать полое пространство, что-то принять в себя, то есть при помощи шахт, щелей, пещер, сосудов и бутылок, коробок, табакерок, чемоданов, ящиков, карманов и т. д. Судно также относится к их разряду. Многие символы имеют большее отношение к матке, чем к гениталиям женщины, таковы шкафы, печи и, прежде всего, комната. Символика комнаты соприкасается с символикой двери, и ворота становятся символом полового отверстия». Подобная пансексуальная символика сновидений вызвала несогласие и аргументированную критику даже самых близких учеников Фрейда — А. Адлера и К. Юнга. Выраженная пансексуальная интерпретация сновидений, отмечают В. Т. Кондрашенко и Д. И. Донской, заслуживает критического к себе отношения, но это не снижает роли Фрейда в исследовании механизмов сновидений, а главное — ни в коей мере не умаляет значения разработанного им метода анализа сновидений как составной части психоанализа.

**Лекция №2**

**Тема.** Аналитическая психология и психотерапия К. Юнга. Индивидуальная психология и психотерапия А. Адлера

**ЮНГ Карл Густав** (Jung С. G., 1875-1961). Швейцарский психиатр, основатель *аналитической психологии*.В юношеские годы увлекался философией и свою будущую профессию видел на грани соприкосновения философии и медицины. Закончил медицинский факультет университета в Базеле. С 1900 г. работал ассистентом в психиатрической клинике Цюриха, возглавляемой Блейлером (Bleuler E.). В 1905-1906 гг. преподавал психиатрию в Цюрихском университете. С 1907 по 1913 г. активно сотрудничал с *Фрейдом* (Freud S.), вместе с ним совершил поездку по университетам США. В 1909-1913 гг. Ю. становится виднейшим последователем Фрейда, первым президентом Международного психоаналитического общества.

**Коллективное бессознательное** - понятие юнгианского психоанализа. Карл Юнг предложил его для обозначения особого класса психических явлений, которые в отличие от индивидуального (личного) бессознательного являются носителями опыта филогенетического развития человечества, передающегося по наследству через мозговые структуры. Содержанием коллективного бессознательного, по Юнгу, выступают архетипы - всеобщие априорные схемы поведения, которые в реальной жизни человека наполняются конкретным содержанием.

В докладе «Понятие коллективного бессознательного», прочитанном Юнгом в Обществе Абернети (Англия) в 1936, и в ряде последующих его публикаций в той или иной степени изложены представления о коллективном бессознательном. Согласно этим представлениям, коллективное бессознательное можно охарактеризовать следующим образом:

* оно развивается не индивидуально, а получено по наследству;
* состоит из архетипов как неких предсуществующих форм, являющихся моделью и образцом инстинктивного поведения;
* включает в себя продукты архаической природы, т.е. содержания и образы поведения, которые являются у всех индивидов одними и теми же;
* идентично у всех людей и тем самым образует всеобщее основание душевной жизни каждого;
* имеет мифологические по своему характеру содержания;
* состоит из образов, не имеющих кровной или расовой наследственности, а принадлежащих к человечеству в целом;
* является хранилищем реликтовых остатков и воспоминаний о прошлом;
* представляет собой единую для всех подоснову, на которой сохраняется нерасторжимая целостность и фундаментальная идентичность;
* вбирает в себя такие содержания, которые не могут быть объектом произвольного намерения и не подвластны контролю со стороны воли;
* может активизироваться в большой социальной группе, в результате чего возникает коллективное помешательство - духовная эпидемия, способная привести к революции, войне, катастрофе.

**Основные архетипы Юнга:**

- Эго;

- Анима и Анимус;

- Тень;

- Персона;

- Самость.

**Эго или «Я»**

Эго – центр сферы сознания в психике человека. Здесь расположена точка наблюдения сознательного «Я» за внутренним и внешним миром.

Анима и Анимус

Анима и Анимус в аналитической психологии обозначают образ противоположного пола в генетической памяти человека. Анима – женское в мужчине. Анимус – мужское в женском. Юнг называет это образом души. Образ души несет в себе опыт всего человечества, опыт рода и личный опыт человека в сфере отношений.

Образ души оказывает влияние на выбор партнера и на отношения с другим полом в целом. Также, от этого образа по большей части зависит проявление гендерных качеств в поведении личности.

Внешние, показательные проявления силы говорят о внутренней слабости. Например, сильная женщина, выполняющая в жизни мужские задачи, несет в своем сознании образ слабого Анимуса, по которому она подсознательно ищет для себя спутника жизни. Потому слишком сильные женщины выбирают слишком слабых мужчин. Вообще мы всегда выбираем тех, чьи качества отражают наше внутреннее естество.

Тень

Формируется из установок и склонностей, которые были переданы нам по наследству, но которые мы сами в себе не приемлем. Все, что кажется нам нелицеприятным и неэстетичным; все, что мы привыкли скрывать от общества за масками благопристойности, формирует нашу Тень.

То, что было отвергнуто на уровне сознания, уходит в сферу бессознательного. И оттуда, через архетип Тени продолжает свое воздействие на психику. Чем больше личностных качеств вытесняется сознанием, тем больше становится Тень, и тем чаще и сильнее она вмешивается в сознательную жизнь.

Персона

Персона – это посредник между «Я» и внешним миром, набор масок, за которыми скрывается Тень. Фактически, этот архетип – светлый аспект личности. С другой стороны, это – только лишь образ, который выбирает человек, что бы понравится, скрывая свою темную сторону.

Самость

Путь к достижению Самости лежит через осознание и принятие бессознательной теневой стороны, которая ранее была вытеснена сознанием, и скрывалась за маской Персоны. Принятие некого аспекта своей Тени, делает маску Персоны ненужной, и маска рушится. Такие разрушения могут быть болезненными, но в положительном исходе они влекут за собой позитивные изменения в структуре ядра личности.

В своих самых общих чертах процесс индивидуации врожден человеку и развивается по единой модели. Он делится на две взаимно независимые, контрастные и дополняющие друг друга части, которые совпадают с первой и второй половинами жизни. Задача первой половины — «инициация, посвящение во внешнюю действительность». На этом этапе процесса индивидуации, благодаря укреплению «Я», выделению основной функции и доминирующей установки и развитию соответствующей «маски» достигается адаптация индивида к требованиям окружающей среды. Что же касается второй половины жизни, то ее задача состоит в «посвящении во внутреннюю действительность», то есть в углубленном самопознании и познании человеческой природы, в рефлексии над теми чертами собственной природы, которые прежде оставались неосознанными или в какой-то момент сделались таковыми. Делая их достоянием сознания, индивид устанавливает внутреннюю и внешнюю связь с миром и космическим порядком.

В качестве средств, способствующих индивидуации в аналитической психологии используются синтетико–герменевтическая терапия, а также формообразующая терапия, опирающиеся на активное фантазирование и толкование сновидений. На первой стадии индивидуации происходит осознание индивидом своей тени, как архетипического образа, символизирующего все негативное, принадлежащее индивидуальному бессознательному, но до определенной поры неотделенное от Я и выступающее как те или иные угрожающие побуждения. Дальше процесс индивидуации затрагивает такие архетипические образы, принадлежащие уже коллективному бессознательному, как анима и анимус (женское и мужское начало). Эти образы являются в сущности врожденными и прорываются в сознание лишь в пограничных ситуациях. Последняя стадия индивидуации — „самость“ — характеризуется интеграцией всего сознательного и бессознательного психологического опыта. На данной стадии индивид достигает целостности и автономии. Эта стадия символизируется изображением мандалы.

**Активное воображение** - это особый метод использования силы воображения, разработанный Карлом Густавом Юнгом для того, чтобы описывать грёзы при открытых глазах. Вначале пациент концентрируется на каком-то одном определённом пункте, эмоциональном состоянии, образе или событии, чтобы потом отдаться фантазийной активности, с каждым шагом приобретающей всё более драматический характер. То есть, психические образы начинают приобретать свою собственную жизненную активность и появляются в соответствии с законами своей специфической логики. И тут никак нельзя обойтись без преодоления колебаний и сомнений в сознания, чтобы суметь допустить всё, что стремится презентировать себя ему (сознанию). А это уже создаёт новую психическую ситуацию. Материал, к которому ранее не было никакого доступа, становится более или менее ясным и чётким. Под влиянием переживаемых эмоций сознательное Я начинает реагировать более непосредственно и прямо, чем это бывает в случае сновидений. В результате ускоряется процесс психического созревания, так как образы, появляющиеся в процессе активного воображения, предвосхищают работу сновидений.

Увиденные фантазийные образы требуют для себя включённости в сознательную жизнь. Хотя активное воображение и может способствовать излечению от невроза, таковое может происходить только тогда, когда оно гармонично включается в психическую деятельность, не приводя ни к эрзацам, ни к бегству от сознательной жизни. В отличии от сновидений, переживаемых пассивно, процесс активного воображения сопровождается деятельным и творческим участием сферы Я. Этот метод предоставления сознанию того материала, который лежит непосредственно под порогом бессознательной сферы, может оказаться очень опасным. Юнг обращал внимание прежде всего на три момента:

* Процесс активного воображения может оказаться бесполезным, если пациент продолжает быть в плену своих собственных комплексов
* Пациент оказывается соблазнённым игрой своей фантазии, не замечая необходимости активной конфронтации с появляющимися образами
* Бессознательный материал может быть настолько сильно заряжен энергией, что пациент становится полностью захвачен яркими образами, когда забывает о работе с ними (инфляция).

Природа человека в концепции А. Адлера

• Человек — это единый и самосогласующийся организм; individuum (лат.) — неделимое. Ни одно проявление жизненной активности человека нельзя рассматривать в изоляции, а лишь в соотношении с личностью, в целом.

• Жизнь человека — это непрерывное движение к росту и развитию в направлении личностно значимых целей. Жизненные цели человека определяют его судьбу.

• Поведение человека — это не только результат влияния наследственности и среды, но и влияние творческой силы, которая делает человека архитектором своей жизни.

• Индивид не может рассматриваться вне общества, а его поведение — вне социального контекста. У каждого человека есть естественное чувство общности или социальный интерес, т.е. врожденное стремление вступать во взаимные социальные отношения сотрудничества.

• Поведение человека определяется его представлениями о себе и об окружающем мире, т.е. «схемой апперцепции».

• Поведение человека мотивируется недостижимыми целями или фикциями.

Адлер о комплексе неполноценности и стремлении к превосходству

• Каждый человек переживает чувство неполноценности в детстве, когда он зависит от родителей. Это чувство побуждает человека бороться за превосходство над окружающими, стремиться к совершенству. Такие побуждения являются основной мотивационной силой в жизни человека (начиная с 5-летнего возраста).

• Развитию комплекса неполноценности в детстве также способствуют неполноценность органов, чрезмерная опека или отвержение со стороны родителей.

• Чрезмерное ощущение неполноценности приводит к формированию у человека комплекса неполноценности, т.е. преувеличенному чувству собственной слабости и несостоятельности.

• Комплекс неполноценности порождает стремление к его гиперкомпенсации и, как следствие, порождает комплекс превосходства (преувеличение здорового стремления преодолевать постоянное чувство неполноценности).

• Стремление к превосходству, являясь общечеловеческой чертой, может иметь как конструктивное (например, общественный лидер), так и деструктивное (например, главарь банды) направление. Если первое соотносится с благополучием других людей, то второе — эгоистично, и реализуется за счет других людей.

Адлер о стиле жизни

• Форма реализации стремления к превосходству определяет стиль жизни человека, т.е. индивидуальный способ достижения жизненных целей.

• Жизненная цель носит защитный характер и служит мостом между безрадостным настоящим и многообещающим будущим. Сформировавшись в детском возрасте, жизненная цель полностью не осознается. Жизненная цель определяет черты характера человека.

• По определению Адлера, существуют три конструктивные жизненные цели: работа, дружба и любовь.

Адлер о типах личности

• В зависимости от степени выраженности ориентации на социальный интерес и социальную активность в жизни человека выделяются следующие типы личности:
Управляющий тип присущ самоуверенным и напористым людям с незначительным социальным интересом. Они решают свои проблемы преимущественно в антисоциальной, враждебной манере.

Берущий тип характеризуется паразитической установкой к внешнему миру; ему присущ низкий социальный интерес и средняя активность.

Избегающий тип характерен для людей, больше опасающихся неудачи, чем стремящихся к успеху (бегство от решения жизненных задач). Социальный интерес и активность у них низкие.

- Социально-полезный тип характеризуется высоким социальным интересом и активностью, является воплощением зрелости. Люди этого типа проявляют заботу о других и заинтересованы в общении с ними.

• Сочетание таких качеств, как высокий социальный интерес и низкая активность, невозможно.

Адлер о влиянии позиции ребенка на стиль его жизни

• Первенец (старший ребенок) в семье: лишаясь привилегированного положения в семье с рождением младшего ребенка, осваивает стратегию выживания в одиночку, не нуждаясь в чьей-либо привязанности; стремится к власти и лидерству.

• Современные исследования подтверждают, что среди государственных деятелей — большинство первенцев, в т.ч. среди президентов США и членов Конгресса США.

• У единственного ребенка в семье формируется зависимость и эгоцентризм; в зрелости он будет переживать, что уже не находится в центре внимания; ему свойственны трудности во взаимоотношениях со сверстниками.

• Современные эмпирические исследования не подтверждают этого тезиса: единственный ребенок в семье так же контактен, просоциален и эмоционально устойчив, как и другие дети.

• Второй (средний) ребенок, соревнуясь с первым братом, вырастает соперничающим и честолюбивым, ставит перед собой непомерно высокие цели.

• Последний (самый младший) ребенок — это «баловень» семьи, но он зависим от старших детей. Эта зависимость от старших может стать высокой, а, с другой стороны, у ребенка может сформироваться стремление к независимости, что приведет к возникновению у него внутреннего конфликта. Современные исследования показали, что алкоголизмом чаще страдают те, кто был младшим в семье.

​​​​​​​**Индивидуальная психотерапия** — организационная форма, в которой психотерапевтический процесс протекает в диаде "психотерапевт — клиент". В организационном аспекте индивидуальная психотерапия рассматривается в качестве альтернативы групповой психотерапии. Используется в рамках практически всех концептуальных направлений в психотерапии, которые определяют специфику индивидуальной психотерапии, ее цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные психотерапевтического процесса.

**Преимущества индивидуальной психотерапии**

Индивидуальная психотерапия – это шанс для человека измениться в лучшую сторону. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту определиться в своих жизненных целях и найти наиболее краткий путь к достижению желаемого. В зависимости от интересующих клиента проблем часто рекомендуют сочетать индивидуальный психотерапевтический формат с групповым.

Главное преимущество индивидуальной психотерапии – это интимность атмосферы её проведения, благодаря которой легче установить доверительные отношения между пациентом и психотерапевтом. Раскрыться один на один на консультации психотерапевта легче, нежели в группе. Однако при проведении групповой психотерапии положительный эффект умножается благодаря получению обратной связи от каждого участника группы и всей группы в целом.

В рамках индивидуальной психотерапии пациенту помогают пережить утрату, исправить недовольство собой, наладить семейные и личные отношения. Основная задача любой психотерапии – это повышение качества жизни человека. Индивидуальную форму работы с пациентом можно применить в рамках практически любого психотерапевтического подхода – психоанализа, гештальта, когнитивно-поведенческого и других. В зависимости от того или иного подхода варьируются основные мишени психотерапии, способы воздействия на пациента, длительность и особенности отношений между психотерапевтом и его пациентом.

**Лекция №3**

**Тема.** Психодинамическая психотерапия, основанная на эго-психологии и теориях объектных отношений

**Эго-психология. Основные понятия: терапевтическое расщепление «Эго» на «Переживающее Эго» и «Наблюдающее Эго», «Сила Эго», примитивные и зрелые психологические зашиты.**

Важным толчком в развитии теории и практики психодинамической терапии явилось появление в 1936 г. работы дочери Фрейда, представительницы **континентальной школы психоанализа,**Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты», а в 1939 г. — книги Хайнца Хартмана «Психология эго и проблема адаптации».

В своей работе Анна Фрейд рассматривала роль защитных механизмов в условиях нормального психического функционирования личности. Она расширила понятие защиты, включив в него как защиту против опасностей, угрожающих со стороны внешнего мира, так и против угроз, связанных с внутренними инстинктивными импульсами.

Хартман уделял особое внимание врожденному развитию того, что он называл **сферой Эго, свободной от конфликтов.**В противоположность Фрейду, которого интересовали прежде всего клинические данные индивида и возможности развития у него специфических навыков и способностей, помогающих справиться с конфликтной ситуацией, Хартман придерживался точки зрения о том, что существует множество сторон нормально функционирующей психики, которые следуют автономному курсу развития и не являются результатом интрапсихического конфликта.

В дальнейшем эгопсихология как направление стала отражать взгляды тех психоаналитиков, которые сосредоточили свое внимание на процессах нормального и патологического функционирования Эго.

Основываясь на структурной модели, представители эгопсихологии предложили новые пути в понимании некоторых типов патологии. По их мнению, каждый индивид развивает защитные реакции Эго, которые могли быть адаптивными в детстве, в семье, но могут оказаться неадаптивными во внесемейной реальности.

Важным нововведением как для терапии, так и для психодинамической диагностики явилось представление о том, что Эго обладает широким диапазоном действий — от глубоко бессознательных (например, примитивные чувственные реакции на события, блокируемые такой мощной защитой, как отрицание) до полностью осознаваемых. В рамках этого представления сложилась рабочая модель, согласно которой в течение процесса психоаналитической терапии **«наблюдающее Эго»**— сознательная и рациональная часть психики, способная комментировать эмоциональное состояние, формирует **терапевтический альянс**с психоаналитиком в целях понимания вместе с ним всего Эго, в то время как **«переживающее Эго»**вмещает в себя более внутренний (чувственный) смысл того, что происходит в терапевтических взаимоотношениях.

**«Терапевтическое расщепление Эго»**стало рассматриваться как необходимое условие эффективной аналитической терапии. В случае, если пациент оказывался не способен говорить с позиции наблюдателя о менее рациональных, более глубинных эмоциональных реакциях, первой задачей становилась помощь в развитии этих способностей. Присутствие или отсутствие наблюдающего Эго стало прогностическим критерием первостепенной важности, поскольку **дистонность**(чуждость наблюдающему Эго) симптома или проблемы делало процесс психотерапии гораздо более быстрым и эффективным, нежели **синтонность**проблем, т. е. восприятие их пациентом как вполне органичных и в связи с этим не заслуживающих внимания. Это открытие привело к появлению таких терминов, как **«Эго-дистонный»**или**«Эго-синтонный» личностный стиль.**

Кроме того, учет важной роли Эго в восприятии и адаптации к реальности позволил ввести такое понятие, как **«сила Эго».**Под ним подразумевается способность личности к восприятию реальности, даже когда она чрезвычайно неприятна, без использования более ранних (примитивных) психологических защит (например, отрицания). В связи с этим по мере развития психодинамической практики стали проводиться различия между **архаичными и зрелыми психологическими защитами.**Под первыми стали понимать психологическое избегание или радикальное отвержение беспокоящих жизненных фактов, а под вторыми — включение в себя большей приспособляемости к реальности.

Эгопсихологи также предположили, что для психологического здоровья необходимы не только зрелые защитные реакции, но и способность использовать разнообразные защитные процессы. Другими словами, стало очевидно, что человек, отвечающий на любой стресс привычным для него образом (скажем, проекцией), не столь психологически благополучен, как человек, пользующийся различными способами в зависимости от обстоятельств. В связи с этим в работах этого периода стали использоваться и развиваться такие идеи, как **«ригидность» личности**или **«панцирь характера».**

Применение понятий «синтонности» и «дистонности» к Суперэго также имело важное диагностическое значение. Так, например, пациент, заявляющий, что он плохой, поскольку у него возникают негативные мысли и чувства по отношению к собственным родителям, в клиническом плане отличается от пациента, утверждающего, что «часть его» чувствует, что он плохой, когда у него возникают подобные мысли. Обоих пациентов следует рассматривать как депрессивные личности, склонные к самообвинению, но проблема первого пациента намного глубже, чем второго.

Помимо этого развитие концепции Суперэго в рамках эгопсихологии привело к тому, что психотерапевты перестали рассматривать цель психодинамической терапии исключительно как попытку сделать бессознательное содержание сознательным. В рамках эгопсихологии задача психотерапии включает в себя изменение слишком жесткого Суперэго пациента на более адекватное.

Еще одним достижением эгопсихологии стала попытка понимания проблем пациента на основании не только теории фиксации на определенной фазе развития, но и в соответствии с характерными для него способами справляться с тревогой.

**Стадии развития по Э. Эриксону и стадии развития по М. Малер. Уровни организации личности как застревание на одной из стадий развития.**

**Стадии развития по Э. Эриксону.**

Модель жизненного пути Э.Эриксона рассматрива­ет психосоциальные аспекты фор­мирования человеческого «Я». Э. Эриксон основывался тре­мя положениями:

Во-первых, он предположил, что существуют пси­хологические стадии развития «Я», в ходе которого индивид устанавливает основные ориентиры по отношению к себе и своей социальное среде.

Во-вторых, Э. Эриксон утверждал, что становление личности не заканчи­вается в подростковом и юношеском возрасте, а охватывает весь жизнен­ный цикл.

В-третьих, он предложил деле­ние жизни на восемь стадий, каждой из которых соответствует доминирую­щий параметр развития «Я», прини­мающий положительное или отрица­тельное значение.

Позитивное разви­тие связывается с самореализацией личности, достижением счастья и жиз­ненного успеха и характеризуется, по Эриксону, определенной логикой сме­ны позитивных параметров развития «Я». Негативное развитие ассоцииру­ется с различными формами деграда­ции личности, жизненными разочаро­ваниями, ощущением собственной не­полноценности. Этот вектор развития личности характе­ризуется также определенной последо­вательностью, но уже отрицательных параметров развития «Я». Вопрос о том, какое начало одержит верх, не решается раз и навсегда, а возникает заново в каждой последующей стадии. Другими словами, возможны переходы от отрицательного вектора к положительному и наоборот. То, в каком направлении пойдет развитие - к по­ложительному или отрицательному па­раметру, зависит от успешности раз­решения человеком основных про­блем и противоречий каждой стадии жизни.

Возрастные границы восьми ста­дий жизни, выделенных Эриксоном, вместе с характерными для них доминирующими параметрами развития «Я» представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Полный жизненный цикл по Э. Эриксону

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Стадии, возраст | Радиусзначимых отношений | Основной выборили кризисноепротиворечие возраста | Позитивныеизменениявозраста | Деструктивныеизменениявозраста |
| Младенчество0-1 | Мать | Основополагающаявера и надежда*против*основополагающей безнадежности | Базисное доверие,надежда | Уход от общения и деятельности |
| Раннее детство2-3 | Родители | Самостоятельность*против* зависимости,стыда и сомнений | Воля | Навязчивость (импульсивность или соглашательство) |
| Возраст игры3-5 | Семья | Личная инициатива*против* чувства вины и страхапорицания | Целеустремленность,целенаправленность | Заторможенность |
| Школьныйвозраст6-11 | Соседи, школа | Предприимчивость*против* чувства неполноценности | Компетентность,умелость | Инертность |
| Подростки11-18 | Группы сверстников | Идентичность*против* смешения идентичности | Верность | Застенчивость, негативизм |
| Юность18-25 | Друзья, сексуальные партнеры, соперники, сотрудники | Интимность*против* изоляции | Любовь | Исключительность (склонность исключать кого-либо (себя) из круга интимных отношений) |
| Взрослость25-60 | Разделенныйтруд иобщий дом | Производительность*против* застоя, поглощенностисобой | Забота, милосердие | Отверженность |
| Старостьпосле 60 | Человечество - «мой род» | Целостность,универсальность*против* отчаяния,отвращения | Мудрость | Презрение |

I стадия (0-1 год) - «доверие – недоверие». В течение первого года жизни младенец адаптируется к новой для него среде обитания. Степень до­верия, с которой он относится к окру­жающему миру, другим людям и са­мому себе, в огромной степени зави­сит от проявляемой к нему заботы. Если потребности малыша удов­летворяются, с ним играют и разгова­ривают, ласкают и баюкают, то он про­никается доверием к окружению. Если же ребенок не получает должного ухо­да, не встречает любовной заботы и внимания, то у него формируется не­доверие по отношению к миру вообще и людям в частности, которое он несет с собой в следующие стадии развития.

II стадия (1-3 года) – «самостоя­тельность – нерешительность». На этой стадии ребенок осваивает раз­личные движения и действия, учится не только ходить, но и бегать, лазать, открывать и закрывать, толкать и тянуть, бросать и т.п. Малыши гордятся своими новыми способностями и стре­мятся все делать сами. Если родители предоставляют ребенку возможность делать самому то, на что он способен, то у него формируется самостоятель­ность, уверенность во владении своим телом. Если же воспитатели проявля­ют нетерпение и спешат все делать за ребенка, то у него развиваются нере­шительность, стыдливость.

III стадия (3-6 лет) – «предпри­имчивость - чувство вины». Ребе­нок дошкольного возраста уже приоб­рел много двигательных навыков - бе­гает, прыгает, ездит на трехколесном велосипеде, бросает и ловит мяч и т.п. Он изобретателен, сам придумывает себе занятия, фантазирует, забрасыва­ет взрослых вопросами. У детей, чья инициатива во всех этих сферах по­ощряется взрослыми, вырабатывается предприимчивость. Но если родители показывают ребенку, что его двига­тельная деятельность вредна и неже­лательна, что его вопросы назойливы и неуместны, а игры бестолковы, он начинает чувствовать себя виноватым и уносит чувство вины в следующие стадии жизни.

IV стадия (6-11 лет) – «умелость – неполноценность». Эта стадия сов­падает с обучением в начальной шко­ле, где для ребенка огромное значе­ние приобретают успехи в учебе. Хо­рошо успевающий школьник получает подтверждение своей умелости, а по­стоянное отставание от сверстников в учебе развивает чувство неполноцен­ности. То же самое происходит и в связи с овладением ребенком различ­ными трудовыми навыками. Родители или другие взрослые, поощряющие младшего школьника мастерить что-ли­бо своими руками, награждающие его за результаты труда, подкрепляют фор­мирующуюся умелость. Если же, наобо­рот, воспитатели видят в трудовых инициативах детей одно «баловство», они содействуют закреплению чувства не­полноценности.

V стадия (11-18 лет) – «иденти­фикация «Я» - «путаница ролей»». Эту стадию жизни, охватывающую от­рочество и юность, Эриксон считает од­ной из важнейших в развитии лично­сти, поскольку она связана с форми­рованием целостного представления о своем «Я» и своих связях с обществом. Перед подростком встает задача об­общить все, что он знает о себе как школьнике, спортсмене, друге своих друзей, сыне или дочери своих роди­телей и т.д. Все эти роли он должен собрать в единое целое, осмыслить его, связать с прошлым и проециро­вать в будущее. Если молодой чело­век успешно справляется с этой зада­чей - психосоциальной идентификаци­ей, то у него появляется четкое пред­ставление о том, кто он есть, где находится и куда ему двигаться в жизни дальше.

Если в предшествующие стадии жизни подросток уже выработал у себя с помощью родителей и воспитателей доверие, самостоятельность, предпри­имчивость и умелость, то его шансы на успешную идентификацию «Я» значи­тельно увеличиваются. Но если в эту стадию подросток входит с грузом не­доверия, нерешительности, чувства ви­ны и неполноценности, ему гораздо труднее определить свое «Я». Симпто­мом неблагополучия молодого чело­века является «путаница ролей» - не­уверенность в понимании того, кто он такой и к какой среде принадлежит. Эриксон отмечает, что такая путаница типична, например, для малолетних правонарушителей.

VI стадия (18-30 лет) – «близость – одиночество». Главная задача стадии ранней взрослости - найти близких лю­дей за пределами родительской се­мьи, то есть создать собственную се­мью и обрести круг друзей. Под близо­стью Эриксон понимает не только фи­зическую близость, но и, главным об­разом, способность заботиться о дру­гом человеке и делиться с ним всем существенным. Но если ни в дружбе, ни в браке человек не достигает бли­зости, его уделом становится одино­чество.

VII стадия (30-60 лет) – «общечеловечность – самопоглощенность». В этой стадии человек достигает само­го высокого для себя социального ста­туса и успехов в профессиональной карьере. Нормой для зрелой личности является формирование общечеловечности как способности интересо­ваться судьбами людей за пределами семейного круга, думать о будущих по­колениях, приносить своим трудом пользу обществу. Тот же, у кого это чувство «сопричастности человече­ству» не выработалось, остается по­глощенным лишь самим собой и лич­ным комфортом.

VIII стадия (от 60 лет) – «цель­ность – безнадежность». Это по­следняя стадия жизни, когда основная работа заканчивается и начинается время размышлений о жизни. Ощуще­ние цельности, осмысленности жизни возникает у того, кто, оглядываясь на прожитое, испытывает удовлетворение. Тот же, кому прожитая жизнь представ­ляется цепью мелких целей, досадных промахов, нереализованных возмож­ностей, понимает, что начинать сна­чала уже поздно и упущенное не вер­нуть. Такого человека охватывает от­чаяние и чувство безнадежности при мысли о том, как могла бы сложиться, но не сложилась его жизнь.

Главная идея, которая вытекает из описания восьми стадий жизни и является основополагающей для дан­ной модели в целом, - идея о том, что человек сам делает свою жизнь, свою судьбу. Окружающие его люди могут либо помогать ему в этом, либо ме­шать.

Стадии жизни связаны отноше­ниями преемственности. Чем младше ребенок, тем в большей степени ус­пешность прохождения им соответст­вующих стадий непосредственно зави­сит от родителей и педагогов. Чем старше становится человек, тем боль­шее значение приобретает предшест­вующий опыт развития - успех или неуспех в предыдущих стадиях. Одна­ко даже «негативная преемственность» не носит, по Эриксону, фатального харак­тера, и неудача в одной из стадий жизни может быть исправлена после­дующими удачами в других стадиях.

**Стадии развития по М. Малер.**

Эриксон разработал грандиозную, всеохватывающую теорию, которая придала фрейдистской мысли значительно более сильный социальный и культурный акцент. Подобные масштабные теории впечатляют, но способствовать развитию теории можно и иным путем, не расширяя, а наоборот, сужая круг изучаемых явлений. Поразительный пример такой работы представляет собой долгое и тщательное исследование интеракций между младенцем и матерью, проделанное Маргарет Малер. Она показала, как в контексте этих отношений беспомощные малыши превращаются в независимых индивидуумов, и попутно осветила некоторые вопросы человеческой жизни вообще.

Маргарет С. Малер (1897–1985) родилась в маленьком венгерском городке Шопрон, недалеко от столицы австро-венгерской империи, Вены. В своих воспоминаниях она описывала свою мать, домохозяйку, как красивую, самовлюбленную, но несчастливую в браке женщину, которая относилась к Маргарет как к нежеланному ребенку. Поэтому Малер была очень благодарна своему отцу, врачу, за тот интерес, который он к ней проявлял. «Я в большей степени — дочь своего отца, — утверждала она. — Именно мир моего отца, интеллектуальный мир науки и медицины, стал тем миром, к которому я обратилась».

Когда Маргарет Малер было 4 года, ее мать родила еще одну дочь, которой она уделяла больше внимания и материнской любви. Малер была совершенно зачарована этой нежной заботливостью и часами молча наблюдала за взаимодействиями младенца и матери. Как вспоминала сама Малер: «Не будет преувеличением сказать, что моя мать и моя сестра представляли собой первую пару мать-ребенок, которую я исследовала».

В воспоминаниях Малер характеризовала себя как очень неуверенную в себе девушку-подростка и молодую женщину. Но при этом она рано начала проявлять академические способности, и в 16 лет стала второй в своем городе девушкой, пожелавшей получить высшее образование, которое считалось тогда привилегией мужчин. Для этого ей нужно было продолжить обучение в школе, аттестат которой давал право поступления в университет, и она отправилась учиться в Будапешт. Там Маргарет близко подружилась с девушкой из семьи, входившей в группу пионеров психоанализа. Эти люди обращались с Малер как с одним из членов своей семьи, и после некоторых колебаний девушка решила специализироваться в области медицины с последующей ориентацией на психоанализ. (Ее подруга, Элис Балинт, также стала известным психоаналитиком.)

Малер получила диплом о высшем медицинском образовании в Йенском университете (Германия) в 1922 г. Следующие несколько лет она работала педиатром и детским психиатром, завершая тем временем свою психоаналитическую подготовку. В 1938 г. она вышла замуж за Пауля Малера, а в 1938 г. супруги уехали в Соединенные Штаты, спасаясь от нацизма. Они обосновались в Нью-Йорке, где благодаря своей работе в области детских эмоциональных расстройств, Малер получила несколько приглашений на академические должности, включая профессорство в медицинском колледже имени Альберта Эйнштейна. Кроме того, она много лет регулярно ездила в Филадельфию, чтобы преподавать там в Психоаналитическом институте.

Как человек, Малер сохранила значительную долю своей неуверенности в течение всей жизни и временами бывала излишне требовательной или недоверчивой. Несмотря на это, многие тонко чувствующие и творчески одаренные люди проявляли желание работать с ней, так как находили очень ценными ее идеи и научные прозрения.

**Обзор понятий и методов**

В 1940 и 1950 гг. было сделано два важных прорыва в понимании детских психозов, наиболее серьезных эмоциональных расстройств детского возраста. Первый связан с именем Лео Каннера (Kanner, 1943), который высказал предположение, что многие, казавшиеся ранее странными, симптомы образуют синдром, который он назвал *ранним детским аутизмом*. Это относительно редкое расстройство, при котором дети обнаруживают крайнюю отгороженность от внешнего мира с игнорированием всех раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными. Они обычно избегают контакта глаз или смотрят как будто «сквозь вас». Аутичные дети демонстрируют также ряд других симптомов, включая затрудненность коммуникативной речи. Около половины из них не говорят вообще, для тех же, кто говорит, часто бывает характерна эхолалическая речь — бессмысленное повторение услышанных звуков. Когда такого ребенка спрашивают: «Как тебя зовут?», ребенок отвечает: «Как тебя зовут?» (Lovaas, 1973). Если врачи внимательно следят за проявлениями симптомов этого расстройства, они, как правило, могут диагностировать его довольно рано, до начала второго года жизни ребенка.

Другой значительный шаг вперед в области диагностики детских расстройств был сделан Маргарет Малер. Начав с небольшого подстрочного примечания в своей статье 1949 г., Малер постепенно пришла к выделению и описанию особого вида расстройства, проявляющегося на 3-м или 4-м году жизни, либо чуть позже. При этом заболевании дети контактировали со своими опекунами, но боялись отделиться от них и стать сравнительно независимыми. Они «ходили хвостом» за матерью, испытывая страх перед самостоятельным продвижением во внешний мир. Пользуясь как метафорой биологическим термином «симбиоз», Малер назвала это расстройство *симбиотическим психозом*.

С точки зрения Малер, такие нарушения — не просто странности поведения, но могут быть истолкованы как отклонения от нормального развития. Как видно из табл. 13.1, Малер полагала, что нормальное развитие начинается с нормальной аутистической фазы, когда все рецептивные системы ребенка сосредоточены на внутреннем состоянии и отторгают большинство раздражителей, поступающих извне. Затем ребенок переходит в нормальную симбиотическую фазу, во время которой он более внимателен к внешним ощущениям, но испытывает иллюзию, что он и его мать — единое целое. Затем, при поддержке матери, ребенок становится все более независимым, особенно когда начинает ходить.

В случае аутизма, говорила Малер, ребенок не может полностью выйти из нормальной аутистической фазы. В случае симбиотического психоза, ребенок проходит через симбиотическую фазу и выходит из нее, однако не выносит из отношений данной фазы базовых чувств комфорта и поддержки. Когда он становится более независимым существом, то некоторая степень отделенности от матери внушает ему такое сильное чувство дискомфорта, что он начинает отчаянно пытаться восстановить иллюзию симбиотического единства. Малер полагает, что симбиотический психоз, который проявляется позже, чем аутизм, имеет больше вариаций, и дети, страдающие этим расстройством, могут иногда регрессировать к аутистическому состоянию.

**Таблица 13.1. Фазы развития по М. Малер**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст (месяцы)** | **Фазы**(основные и *промежуточные*) | **Особенности поведения** |
| 0 – 1 | Нормальный аутизм | Сконцентрирован на внутреннем физиологическом состоянии |
| 1 – 5 | Нормальный симбиоз | Ребенок больше реагирует на внешние раздражители, но при этом находится под влиянием иллюзии, что он и мать есть единое целое. |
| Отделение и индивидуация |
| 5 – 9 | *Дифференциация* | Сидя на коленях у матери, ребенок отклоняется назад, изучая ее и окружающий мир; имеет вид только что «вылупившегося из яйца» |
| 9 – 12 | *Первые самостоятельные действия* | Использует мать как опорный пункт для совершения первых вылазок в чужой, незнакомый мир |
| 12 – 15 | *Практическое знакомство с миром* | Смело и с радостным оживлением бросается исследовать мир |
| 15 – 24 | *Возобновление отношений* | Осознает, что ему все-таки не хватает матери, однако не прекращает попыток быть независимым |
| 24 – 30 | *Появление постоянства объекта* | Создает внутренний образ матери и становится способным функционировать обособленно от нее |

Отличительной чертой работы Малер было ее постоянное стремление формулировать, проверять и пересматривать свои идеи на основе наблюдений отношений «мать—младенец» в реальной жизни. Многие из мыслей, касающихся симбиотического психоза, появились у Малер в результате совместной с Мануэлем Фьюрером (Manuel Furer) работы в специализированном дневном стационаре для детей с психическими нарушениями и их матерей. Предложенная Малер концепция нормального развития, которая является предметом нашего внимания в этой главе, также возникла, большей частью, из наблюдений за отношениями матерей и их детей в условиях дневного дошкольного учреждения. С 1959 по 1968 г. Малер и ее ассистенты вели наблюдение за 38 нормальными парами «мать—ребенок» в специально устроенном игровом помещении (они также посещали семьи и интервьюировали родителей). В игровом помещении было предусмотрено специальное место, где матери могли сидеть, читать, пить кофе и разговаривать и откуда они могли в то же время наблюдать за игрой своих детей и, при желании или необходимости, быстро подойти к ним. Дети, как правило, начинали участвовать в этом проекте в возрасте от 2 до 5 месяцев и покидали его, когда им было около 3 лет. Наблюдения (отснятые фильмы, интервью родителей и отчеты о посещении семей) анализировались довольно неформально, — в основном, путем обсуждения в группе коллег, — без привлечения точных статистических методов. Кроме того, наблюдатели сосредоточивали внимание преимущественно на стадиях, которые проходит ребенок, продвигаясь из симбиотической фазы к достижению независимости, а не на самой симбиотической фазе. Гипотезы Малер относительно ранних фаз, нормального аутизма и симбиоза, по большей части основаны на работе с детьми и взрослыми, страдающими психическими отклонениями, и на наблюдениях других исследователей.

Материал наблюдений за нормальными детьми и их матерями оказался чрезвычайно богатым и был обобщен Малер в ее книге «Психологическое рождение младенца» (*The Psychological Birth of the Human Infant*), опубликованной в 1975 г., (книга была написана в соавторстве с Фредом Пайном и Энни Бергман). Книга рассказывает нам увлекательную историю о том, как ребенок естественным путем выходит из состояния симбиоза и становится отдельным, независимым индивидуумом. Рассмотрим теперь всю последовательность фаз, выделенных Малер, более детально.

**Фазы нормального развития**

По мнению Малер, фазы нормального развития перекрывают друг друга, и эмоциональные особенности каждой фазы в той или иной форме сохраняются в течение всего жизненного цикла. Но главные события каждой фазы развития обычно наступают в определенные периоды младенчества и раннего детства.

***Нормальная аутистическая фаза (от рождения до 1 месяца)***

Малер говорила, что новорожденный (ребенок в возрасте до 1 месяца) «проводит большую часть своего времени в полусонном, полубодрствующем состоянии», просыпаясь первое время только под влиянием голода или другого исходящего изнутри напряжения. В течение этого времени новорожденный завершает движение к новому физиологическому равновесию, и именно его внутреннее физиологическое состояние, а не внешний мир, приковывает к себе почти все его внимание. Действительно, новорожденный кажется защищенным от внешнего мира тем, что Фрейд называл слоем защиты от возбуждений, чем-то вроде раковины, не пропускающей слишком сильные раздражители. Малер признавала, что существуют также короткие периоды времени, когда новорожденный проявляет настороженное внимание к окружающей обстановке. Но большую часть времени новорожденный ведет себя так, как если бы только его внутренние ощущения имели для него значение.

В последние годы некоторые исследователи, используя новейшие технологии видеосъемки, показали, что новорожденные дети, на самом деле, более чувствительно реагируют на свою мать, чем это можно заметить невооруженным глазом. По словам сотрудницы Малер Энни Бергман (Bergman, 1999), Малер знала об этих открытиях и в частных разговорах высказывала некоторые сомнения относительно аутистической фазы. И все же не исключено, что это понятие может обозначать важный момент в развитии.

***Нормальная симбиотическая фаза (1–5 месяцев)***

В возрасте около 1 месяца ребенок начинает получать больше удовольствия от определенных внешних раздражений, преимущественно вызываемых матерью, — ее прикосновений, запахов, тона голоса и манеры брать малыша на руки. Но он еще не знает, что эти ощущения отдельны от него самого. Младенец все еще живет в сумеречном состоянии, находясь под воздействием иллюзии, что он и мать есть единое целое. Малер говорила, что именно это недифференцированное состояние, о котором мы можем только строить догадки, и есть то, что она обозначила термином «симбиоз».

Первый явный признак того, что ребенок уже способен получать удовольствие от внешних ощущений, которые пока, главным образом, представляют собой впечатления от общения с матерью, — это социальная улыбка. На втором месяце жизни ребенок время от времени начинает останавливать пристальный взгляд на лице матери, и, после того как делает это несколько дней подряд, он вдруг смотрит ей в глаза, и на его лице появляется первая в жизни социальная улыбка. Не только лицо матери способно притягивать взгляд и вызывать улыбку ребенка, но она — тот человек, который, скорее всего, будет смотреть и улыбаться в ответ. Она говорит с ребенком высоким, «детским», голосом и имитирует его гуление. Взаимное всматривание в глаза друг друга напоминает взгляды, которыми обмениваются влюбленные. Это взгляд, разрушающий границы между людьми. Взаимные любящие взгляды, вместе с взаимными улыбками и материнскими имитациями гуления своего малыша, укрепляют иллюзию тождественности (oneness), возникающую у ребенка.

Согласно Малер, для симбиотического состояния ребенка характерно ощущение всемогущества, ощущение, что весь мир находится в совершенной гармонии с его желаниями. Мать поддерживает это иллюзорное чувство, эмпатически угадывая нужды ребенка. Она чувствует, что ее малыш голоден, и дает ему грудь, она чувствует, что ему нужно отдохнуть, и позволяет ему спокойно заснуть у себя на груди, как бы слившись с ней воедино. Сливаясь с ее телом, ребенок, очевидно, наполняется ощущением, что мир находится в полной гармонии с его потребностями.

Бергман недавно добавила, что, хотя мы и не можем точно знать, что на самом деле чувствует младенец, матери часто сообщают, что они испытывают чувство единения со своим ребенком. Они говорят, что «утрачивают привычное ощущение себя в этом мире. Матери ярко и убедительно описывали переживание ими чего-то похожего на то симбиотическое состояние, в котором, предположительно, находился в то время ребенок».

Малер признавала, что мать не может быть абсолютно эмпатичной и чувствительной, ни одна мать не в состоянии угадать любую потребность своего ребенка. До некоторой степени, дети сами учатся помогать себе, они научаются тому, что определенные сигналы, например молчание матери, означают, что они должны как-то дать ей знать о своих потребностях. Но для каждого ребенка бывают моменты, когда он вынужден терпеть холод, неприятный вкус, неудобство, голод, громкий шум, пыль, яркий свет и т. д. Неизбежно и то, что младенец не всегда приятно сливается с телом матери, а иногда и напрягает собственное тело в ответ на грубую, чрезмерную стимуляцию, способную причинить вред. И это напряжение имеет свою пользу. Это самый первый способ младенца обособиться от матери — дифференцироваться от нее.

Однако , для равновесия ребенку требуется заботливая, внимательная к его нуждам и любящая мать. Малер говорила, что ребенку нужна не идеальная мать, а, используя выражение Д. В. Винникота, «достаточно хорошая» или «нормально преданная» мать. Малер считала материнскую заботу биологически обоснованной необходимостью. Человеческий младенец, по сравнению с детенышами других видов животных, более беспомощен и зависим, и потому сильнее и дольше нуждается в матери, ограждающей его от вредящих внешних воздействий и обеспечивающей его благополучие.

Материнская ласка и забота необходимы и для правильного психологического развития ребенка. Малер говорила, что симбиотическая фаза очень важна для начинающегося развития того, что Эриксон называл чувством доверия. Ребенок должен в достаточной степени испытывать комфорт и облегчение от возникающих напряжений, чтобы развить в себе веру в то, что мир — это хорошее место. Кроме того, приятное ощущение симбиоза — единства с матерью — обеспечивает подрастающего младенца чувством, которое Малер называла «якорем спасения». Когда ребенок выходит из симбиотического состояния и все более поворачивается лицом к внешнему миру, он не чувствует себя одиноким и беспомощно плывущим по течению. Он знает, что у него есть спасительный якорь доброты и поддержки.

***Фаза отделения и индивидуации***

***Промежуточная фаза дифференциации (5–9 месяцев).*** Симбиотическое состояние выглядит как безмятежное время блаженного единства. Если это так, почему ребенок начинает стремиться выйти из этого состояния? Малер полагает, что силы созревания подвигают младенца развивать способность действовать независимо и исследовать более широкий мир. Мощные внутренние побуждения подталкивают малыша оглядываться вокруг себя, пробовать перевернуться, самостоятельно сесть, тянуться, чтобы схватить какую-нибудь вещь и т. д.

К 5 месяцам ребенок уже знает, что его мать отличается от других людей. Поэтому малыш улыбается матери и знакомым людям, но не всем остальным. Это осознание, по-видимому, развивается постепенно и, можно сказать, почти пассивно. В 5 месяцев исследования малыша становятся более направленными, продолжительными и активными. Теперь, даже находясь на руках у матери, ребенок проводит значительную часть времени, рассматривая разные вещи вокруг нее. По окончании кормления малыши отворачиваются, чтобы посмотреть на окружающие его предметы. В возрасте около 6 месяцев ребенок отстраняется от матери, чтобы лучше видеть ее. (Это отстранение представляет собой резкую противоположность прежнему слиянию с матерью.)

Разглядывая мать, малыш дотрагивается до ее лица и тела, хватает вещи, которые она носит, такие как брошка или очки, чтобы как следует изучить их. Он также начинает использовать «метод повторной проверки» («checking back»), активно сравнивая мать с другими людьми и окружающими объектами, он смотрит на нее, затем на другого человека, затем опять на нее. Так или иначе, ребенок более не отождествляет себя со своей матерью. Он — уже во многом независимая личность, которая активно исследует свою мать и внешний мир. Малер говорила, что ребенок *«вылупился из яйца»*.

В течение этого периода дети исследуют также и новых для себя людей, тактильно и визуально. Обычно они делают это с серьезной и спокойной сосредоточенностью, очень непохожей на ту радостную непосредственность, с которой они изучают свою мать. Малер, заимствуя термин у Сильвии Броуди (Sylvia Brody), называла это поведение «таможенным досмотром». В определенный момент, как правило, в возрасте около 7 месяцев, многие, но не все, дети начинают испытывать тревогу при виде незнакомых людей. У некоторых малышей эта тревога бывает очень острой, и при появлении поблизости незнакомого человека, они начинают плакать. Малер обнаружила, что это чаще всего происходит с детьми, чей симбиотический период протекал слишком напряженно. Такие младенцы, не сумев развить в себе базового чувства доверия, не ждут от взаимоотношений с людьми ничего хорошего. Дети, которым посчастливилось испытать достаточно гармоничные отношения во время симбиотической фазы, не проявляют особого страха при виде незнакомых людей, и рассматривают их с удивлением и любопытством.

Как мы знаем из обсуждения взглядов Боулби (глава 3), дети в этот период жизни проявляют также *тревогу отделения*. Они огорчаются, если, например, мать оставляет их одних. Малер обнаружила, что тревога отделения в этом возрасте в основном проявляется в форме снижения активности – общего понижения настроения. Из теории Малер можно сделать предположение, что ребенок обращается внутрь себя в попытке удержать там образ отсутствующей матери.

Таким образом, в течение этой фазы ребенок отодвигаться и отдаляться от матери, находя при этом интересные вещи в окружающем мире, но в то же время испытывая страхи. Малер говорила, что, с теоретической точки зрения, здесь начинаются два процесса. Первый процесс - это процесс отделения, который в этот период главным образом относится к увеличению физической дистанции между ребенком и матерью. Второй процесс — индивидуация, которая заключается в развитии функций эго, связанных с перцептивным исследованием окружающего мира, запоминанием того, где находятся мать и другие объекты, и формированием представления о собственных возможностях.

***Первые самостоятельные действия (9–12 месяцев).*** Этап практического освоения мира наступает с приобретением ребенком способности ползать. Как только малыш приобретает способность самостоятельно перемещаться в любую сторону, а затем стоять и передвигаться, держась за предметы, его энтузиазм в отношении исследования более широкого мира значительно повышается. Он часто отползает на некоторое расстояние от матери, используя ее как опорный пункт. Как отмечала Эйнсворт (см. главу 3), малыш исследует новые для себя вещи в окружающей среде и часто бывает полностью поглощен ими на какое-то время, затем оглядывается на мать, чтобы убедиться, что она здесь (или даже возвращается к ней для «подзаправки»), прежде чем вновь отправиться в свои путешествия.

Во время этих исследований отношение матери является очень важным. Многих матерей, в том числе тех, которые испытывали трудности в связи с необходимостью сохранять постоянную пространственную и эмоциональную близость с ребенком в ранней фазе, радует приобретенная им наконец независимость. Они осознают, что все, что нужно ребенку во время его исследования мира, — это постоянное присутствие матери, ее успокаивающая доступность. Другие матери испытывают тревожные или двойственные чувства глядя на исследовательский пыл своего ребенка, и им плохо удается роль опорного пункта, заслуживающего доверия малыша. Мать может без нужды прерывать деятельность малыша или передавать ему свою тревогу. Это подрывает энтузиазм ребенка, подталкивающий его двигаться навстречу миру.

***Практическое знакомство с миром (12–15 месяцев).*** Малер подчеркивала, что сила воздействия врожденных побуждений к локомоции и исследованию, так же как и удовольствие, получаемое детьми от этих занятий, становятся наиболее интенсивными, когда ребенок начинает ходить. Малыш, который теперь уже может по-настоящему ходить на своих ногах, искренне радуется появившейся у него способности по-новому передвигаться и изучать мир и испытывает неподдельный восторг от своих открытий. Все, что он видит вокруг, живое или неживое, приводит его в восхищение. Ребенок, только что научившийся ходить, ведет себя так, будто весь мир создан для его исследований, ибо когда он начинает свои исследования, «в мире много разных возможностей». Удары и падения не слишком беспокоят его, и он часто кажется совершенно безразличным к присутствию матери. Иногда малыш, конечно, оглядывается на мать, чтобы убедиться, что она все еще здесь, что она по-прежнему доступна. Но отличительная черта этой фазы — глубокий интерес, с которым ребенок проводит исследования. В это время у него «любовный роман с миром».

Малер говорила, что это тот самый период, когда переполняющая ребенка радость открытий может оказаться сильнее хрупких эмоциональных связей с матерью. Только в тех случаях, когда мать бывает слишком навязчивой или же недоступна, энтузиазм малыша значительно понижается. Как правило, удовольствие, получаемое ребенком от оживленных передвижений и исследований, безгранично.

***Возобновление отношений (15–24 месяца).*** По наблюдениям Малер и ее коллег, в возрасте 15 или 16 месяцев поведение детей существенно меняется. Хотя они по-прежнему с удовольствием ходят, бегают, прыгают и играют, не особенно считаясь с матерью, теперь они очень хорошо осознают ее присутствие. Они начинают приносить ей предметы, которые находят во время своих исследований: кусочек печенья, игрушку, обрывок пакета, камешек и т. д. Кроме того, они начинают следить за ее передвижениями и уже не кажутся столь нечувствительными к ударам и падениям. Теперь они чувствуют боль и хотят, чтобы мать пришла и облегчила ее. Короче говоря, они начинают остро осознавать присутствие в их жизни матери и свою потребность в ней. Как будто малыш, который в предыдущей фазе увлеченно путешествовал по миру с чувством своего всемогущества, вдруг вспоминает: «А где же моя мама? Почему я один? Она мне нужна».

Малер считала, что эта перемена вызвана когнитивным развитием, описанным Пиаже. В ходе своих исследований внешнего мира, так же как и во время спокойной игры, дети постепенно все больше осознают, что разные объекты существуют и функционируют отдельно от них. Пройдет какое-то время, и ребенок откроет для себя, что его мать — отдельная от него личность и что именно она все делает для него. Таким образом, к ребенку приходит понимание, что в *его* мире совсем *не* много возможностей, что на самом деле он — «довольно беспомощное, маленькое и отделенное от других существо». Говоря на языке Эриксона, ребенок начинает испытывать *сомнение*.

В течение следующих нескольких месяцев ребенок переживает нечто вроде кризиса. Он разрывается между конфликтующими стремлениями. Он хочет утверждать и расширять свою автономию, но в то же время он хочет, чтобы мать была рядом. В какой-то момент он эмоционально говорит «Нет!» в ответ на любые требования или просьбы родителей, отстаивая свое право не подчиняться каким бы то ни было авторитетам. В следующую минуту он цепляется за мать и следует за ней повсюду, требуя постоянного внимания. Он соблазняет мать подарками, приносит ей книжку, догадываясь о ее вере в пользу чтения для ребенка. Многим детям в этом возрасте нравится игра в «догонялки», когда родители догоняют и ловят их. Игра забавляет ребенка, потому что она позволяет ему внезапно ощутить свою независимость, вырываясь и убегая, и тут же вновь обрести единство, будучи пойманным.

Иногда ребенка охватывает чувство нерешительности. Например, на детской площадке, организованной Малер, дети порой останавливались в нерешительности на пороге новой игровой комнаты, не зная, стоит им туда входить или нет. Остановка на пороге, видимо, отражала их внутренний конфликт: пуститься в увлекательное путешествие в новую комнату и покинуть мать или остаться с ней.

Этот период — трудное время для матери. Поведение ребенка часто становится раздражающим и требовательным, и кажется, что он и сам не всегда знает, чего хочет. И здесь Малер снова подчеркивает важность спокойного присутствия и эмоциональной доступности матери. Если мать будет воспринимать поведение ребенка как естественную стадию его развития, которая должна быть пройдена, — как обычный и предсказуемый «трудный возраст», — она сможет оставаться спокойной. Она не даст вовлечь себя в борьбу самолюбий и не станет отстраняться от своего ребенка в отместку за плохое поведение. Тогда ребенок будет чувствовать себя свободнее, самостоятельно познавая вещи и зная, что его волю признают и уважают.

***Истоки эмоционального постоянства объекта и упрочение индивидуальности (24–30 месяцев).*** Ребенок, переживающий кризис возобновления отношений с матерью, находится в довольно затруднительном положении, так что вполне закономерен вопрос о том, как же он выходит из этой ситуации. Как ему удается разрешить конфликт между потребностью в автономии и потребностью в материнской заботе? В значительной мере ребенок достигает этого, создавая положительный внутренний образ матери, который он может сохранять даже тогда, когда ее нет рядом. Поэтому, даже если он и скучает без нее, он тем не менее может функционировать независимо в ее отсутствие. Этот внутренний образ называют «эмоциональным постоянством объекта» (*emotional object constancy*). Малер говорила о двух предпосылках достижения постоянства объекта. Во-первых, ребенок должен достичь понимания постоянства объектов в том смысле, который вкладывал в это понятие Пиаже. То есть ребенок должен понимать, что объекты (включая людей) существуют даже тогда, когда они находятся вне поля его зрения, и он не может следить за их передвижениями. Это понимание, как мы видели в главе 6, формируется в возрасте от 18 до 24 месяцев.

Во-вторых, ребенку необходимо иметь то, что Эриксон называл базовым доверием, — знать, что мать — надежный и предсказуемый человек и будет рядом с ним, когда ему это потребуется. Чувство доверия начинает развиваться у малыша еще в симбиотической фазе, и это развитие продолжается во время фаз дифференциации, практического знакомства с миром и возобновления отношений.

В настоящей фазе ребенку нужно интериоризовать образ «хорошей матери». Интериоризация¹ является комплексным процессом, но ребенок производит ее в основном средствами символической игры, или игры-фантазии (make-believe play). В своей игре он позволяет различным объектам символизировать родителей, других людей и самого себя, и таким образом консолидирует образ матери в психической структуре. Сделать это не всегда легко, поскольку ребенок может испытывать некоторую напряженность в отношениях с матерью. Малыш может тяжело переживать разлуку с матерью или испытывать фрустрацию (в том числе, во время приучения к горшку и, возможно, от ранних эдиповых проблем), а также может сердиться на мать. Поэтому он может испытывать трудности, пытаясь представить мать цельной личностью, одновременно любящей и сердитой, способной ценить ребенка несмотря на ее смешанные чувства любви и гнева. Но если ребенок получает достаточно позитивных впечатлений, эмоциональное постоянство объекта, так же как и глубинная основа самоуважения, все-таки появляются. На этих событиях развитие не заканчивается, изменения в этой области будут происходить и в последующие годы. Но достижения этой фазы, которая завершается к трем годам, имеют решающее значение.

**Понятие «хороший объект» и «плохой объект» по М. Клейн, понятия «достаточно хорошая мать», «переходный объект», «холдинг» Д. Винникотт для психодинамической психотерапии.**

**Понятие «хороший объект» и «плохой объект» по М. Клейн.**

Понятия М. Кляйн, обозначающие первые объекты влечений (частичные или цельные), как они проявляются в детских фантазиях. Качества "хороший" или "плохой" приписываются им не только потому, что они приносят фрустрацию или удовлетворение, но и потому, что на них проецируются либидинальные или, напротив, разрушительные влечения субъекта. По М. Кляйн, частичный объект (грудь, пенис) расщепляются на "хороший" или "плохой" объекты, причем это расщепление становится первым способом зашиты от страха. Цельный объект также подвергается расщеплению ("хоро­шая" мать и "плохая" мать и пр.).

*«Хорошие» и «плохие» объекты подвергаются интроекции и проекции.*

Диалектика "хорошего" и "плохого" объектов — средоточие психоаналитической теории М. Кляйн, основанной на анализе наиболее архаических фантазмов.

Не пытаясь описать всю эту сложную диалектику, ограничимся указанием на несколько основных признаков, присущих понятиям "хорошего" и "плохого" объекта, и устранением нескольких концептуальных неясностей.

1) Кавычки, которые часто встречаются в текстах М. Кляйн, подчеркивают фантазматический характер самих этих качеств — "хорошего" и "плохого" объекта.

По сути, речь идет об "имаго" или о "...фантазматически иска­женных образах реальных объектов, на которых они основаны" (1). Эта деформация порождается двумя факторами: поначалу удовлет­ворение от сосания груди делает грудь "хорошим" объектом, а напротив, отнятие от груди или отказ дать грудь порождает образ "плохой" груди. Далее, ребенок проецирует свою любовь на хорошую грудь, а свою агрессивность — на плохую. При этом возникает порочный круг ("грудь ненавидит и обижает меня, потому что я ненавижу ее, и наоборот") (2), в котором свою роль играет, согласно М. Кляйн, и проекция.

2) Основой взаимодействия хорошего и плохого объектов вы­ступает для М. Кляйн дуализм влечений к жизни\* и влечений к смерти\*, неустранимо присутствующий в жизни индивида с самого рождения. По М. Кляйн, садизм "расцветает" уже в самый ранний период, когда равновесие между либидо и разрушительными склон­ностями нарушается в пользу последних.

3) Поскольку эти два типа влечений присущи человеку изна­чально и направлены на один и тот же реальный объект (грудь), можно говорить здесь об амбивалентности\*. Однако эта амбивалент­ность, порождающая у ребенка страх, изначально отступает под действием механизма *расщепления объекта\** и связанных с ним аффектов.

4) Хотя эти объекты имеют фантазматический характер, не следует забывать, что они выступают как якобы *реальные* (в том смысле, в каком Фрейд говорит о психической *реальности*).М. Кляйн описывает их как "внутренние" части тела матери; их интроекция и проекция определяются не их качествами (хорошими или плохими), но самими объектами, неразрывно сросшимися с этими качествами. Более того, *объект —* неважно, хороший или плохой — наделен фантазматической властью, сходной с властью человека ("плохая грудь преследует", "хорошая грудь ублажает", плохие объекты нападают на тело матери, хороший и плохой объекты борются внутри материнского тела и пр.).

Таким образом, грудь — это первый расщепленный объект. Все частичные объекты подвергаются аналогичному расщеплению (пенис, фекалии, ребенок и пр.). Это относится и к цельным объектам — с того момента, как ребенок научается их воспринимать. "Хорошая грудь — вовне и внутри — становится прообразом любого объекта, приносящего помощь, а плохая грудь — прообразом всех внешних и внутренних преследователей" (3).

**Понятия «достаточно хорошая мать», «переходный объект», «холдинг» Д. Винникотт для психодинамической психотерапии.**

**Дональд Винникотт**считал, что главной задачей матери является способность перенести главную заботу с себя на младенца. Этот аспект материнской заботы он назвал «первичная материнская вовлеченность» .

Он ввел понятие «достаточно хорошая мать», которая закладывает фундамент развития здорового ребенка: «Достаточно хорошая мать – это такая мать, которая активно приспособляется к потребностям младенца, активное приспособление которой уменьшается по мере роста способности младенца переносить фрустрацию».

Также он ввел термин «холдинг», что означает «мать держит своего ребенка» . Винникотт говорит об «удерживании» не только пространственном, но и психологическом, которое является необходимым условием развития .

По Винникотту, быть брошенным означает покинутость до установления близости. Неблагополучные отношения матери и ребенка подготавливают почву для психических заболеваний и изменений в структуре эго, формируется две самости - истинная и фальшивая. Для выживания человеку необходимо чувствовать безопасность. Он вынужден отказываться от удовлетворения некоторых своих потребностей, чтобы соответствовать требованиям общества. Если ребенок слишком сильно приспосабливается, то он подавляет витальность. Ложная самость скрывает истинную, и, в конце концов, оказывается, что истинная самость может выражать себя только через ложную. Если ребенку доступна только ложная самость, то он отказывается от присущих ему жестов, поз, выражений агрессии и т.п. Т.е. происходит самоотчуждение. Это природа нарциссизма.

Винникот в статье «Истинная самость и ложная самость» пишет, что в случае близком к здоровью, ложное Я нацелено на завоевание условий, где истинное Я может реализоваться. В норме ложное Я помогает адаптироваться в обществе: быть вежливым, сдержанным, учиться, работать, налаживать связи с окружающим, строить семью и т.п. Ложное Я имеет защитную природу.

Для понимания природы формирования истинного и ложного Я, нужно рассматривать ребенка вместе с матерью.

«Достаточно хорошая мать», это мать, которая отвечает на всемогущество ребенка, в некотором смысле придает значение детскому всемогуществу. Истинное Я  в слабой психике младенца, начинает жить, развиваться с опорой на силу, которая исходит от подтверждения его всемогущества.

Мать, не являющаяся достаточно хорошей, не способна сделать эффективным всемогущество ребенка и замещает уход подчинением поведения ребенка своей воле, не способна чувствовать потребности ребенка. Это первый шаг формирования ложного Я.

Если мать «достаточно хорошая», то ребенок начинает верить во внешнюю реальность, постепенно отказывается от всемогущества, тем самым возможно нормальное развитие личности.

«Распространено выражение "достаточно хорошее материнство". В данном случае речь идет о лишенном какой-либо идеализации взгляде на материнскую функцию. Важно принимать во внимание идею абсолютной зависимости ребенка от окружения, впрочем, зависимости, быстро теряющей абсолютный характер, меняющейся на относительную зависимость и всегда устремленной к противоположному полюсу (никогда не достигаемому) - независимости. Независимость означает автономию: индивидуум становится жизнеспособным как отдельная личность, а в физическом смысле - как отдельная единица» .

Если мать не достаточно хороша, то это может привести к психологической смерти ребенка, младенец остается изолированным. Он подчиняется желаниям матери, живет ложным образом. Формируется ложное Я. Ложное Я является защитой истинного Я, в норме невозможно обойтись без ложного Я. Оно сдерживает удары снаружи и изнутри.

Винникотту мы обязаны появлением понятия «переходный̆ объект». «Переходные объекты и переходные явления относятся к области иллюзий, которая является основой для последующего опыта» .

Он наблюдал, что дети в ситуациях, в которых им приходилось расставаться с матерью, брали с собой̆ такие предметы, как мягкие игрушки или любимые одеяла, и прижимали их к себе: «Верно, что кусочек одеяла (или любой другой объект) является символом некоторого частичного объекта, такого как грудь. Однако главное при этом не его символическая ценность, а реальность. То, что это не грудь (и не мать), так же важно, как и то, что он заменяет грудь (или мать)».

Подобное поведение он объяснял тем, что эти объекты выступали в роли «переходных объектов» и символически представляли отсутствующую мать, ребенку с помощью символизации удается  «перекинуть мостик» для «перехода» от состояния совместного пребывания с матерью к состоянию разобщенности с матерью.

Винникотт описал связи, существующие между материнской заботой, способностью младенца пользоваться воображением и переходными объектами, истиной и ложной самостью.

Большое значение он придает семье в развитии ребенка и как с ним взаимодействовать. У ребенка происходят собственные процессы развития: «…не требуется делать из грудного младенца ребенка, не нужно заставлять ребенка расти, не нужно делать вашего подросшего ребенка хорошим или чистоплотным, не нужно делать вашего хорошего ребенка великодушным и не требуется делать великодушного ребенка умным, чтобы он выбирал правильные подарки для правильных людей».

**Селф-психология Н. Кохута и его рекомендации для психодинамической психотерапии.**

**Селф-психология** — развиваемая Хайнцем Кохутом и его единомышленниками психоаналитическая концепция нарциссизма. Наиболее характерным для Селф-психологии является выделение структурных преобразований Я (Self), связности субъективного опыта Я (Self), а также исследование отношений между Я (Self) и подкрепляющими его Self-объектами (лицами ближайшего окружения).

Фундаментальной сущностью человека, согласно Селф-психологии, являются потребности индивида:

а) в организации психики в связную конфигурацию (форму) — Я (Self);

б) в формировании укрепляющих Я (Self) взаимосвязей с внешним окружением, пробуждающих и повышающих энергетику и сохраняющих структурную связность и сбалансированность его (Я) элементов.

Понятие Я (Self) как структуры, организующей вокруг себя все многообразие опыта индивида, является для Селф-психологии основополагающим. Понятийный аппарат Селф-психологии в значительной мере заимствован из психоанализа, при этом, однако, некоторые аналитические термины претерпели ряд изменений. Разработаны также и некоторые собственные понятия. Развитие Селф-психологии потребовало пересмотра прежде всего понятий либидо и агрессии в их редакции, приведенной Фрейдом во второй дуалистической теории влечений.

Поначалу Хайнц Кохут применял термин либидо в его классическом понимании, пользуясь экономическим метапсихологическим подходом. Тем самым либидо отражало положительный вклад психической энергии. При этом, однако, он добавил некоторые характеристики, уточняющие качественные отличия либидинозной энергии. Так, идеализированное либидо отражает катексис (удержание)Self-объекта, в результате чего образуется идеализированный Self-объект, грандиозно-эксгибиционистское либидо катектирует Я (Self) и преобразует его в грандиозное Я (Self).

После публикации книги «Анализ Я» (1971) Кохут постепенно отошел от метапсихологической позиции. Понятие катексиса объектным либидо было преобразовано затем в восприятие других как независимого центра инициативы. Катексис нарциссическим либидо был заменен Кохутом на восприятие других людей как части себя (Self) или как тех, кто призван удовлетворять потребности Self.

В «Анализе Я (Self)» Кохут использует термин либидо для объяснения таких феноменов, как эксгибиционизм, нарциссизм, идеализация, инстинктивно-объектная потребность и т. д. Эти и другие традиционные феномены он пытается представить в виде «близкого к эмпирическому знанию» описательного языка.

Теория Кохута постулирует специфичность развития нарциссизма, иного, чем при объектной любви. Кохут отвергает предложенную Фрейдом линию развития от архаического нарциссизма к зрелой любви к объекту. Концепция Кохута позволяет выделить зрелые формы или так называемые ***трансформации нарциссизма —*** мудрость, юмор и творческие способности.

Недостатки индивида возникают вследствие дефекта его Самости, дефекта, образующегося не столько по причине конфликтов, сколько в результате неэмпатических ответов основной конфигурации самообъектов в детский период развития. Для противодействия дефектам в раннем детском возрасте вырабатываются специфические структуры. ***Защитные структуры*** 'работают' на 'перекрытие дефекта', то есть предотвращение повреждений основных структур ядра Самости. ***Компенсаторные структуры***способны не только 'перекрыть' дефект, но, благодаря собственной динамике, исправлять 'поломки' и полностью восстанавливать функции Самости.

Одним из важнейших механизмов защиты Самости является ***расщепление.*** Кохут предлагает различать два типа расщепления — горизонтальное и вертикальное. При ***вертикальном расщеплении*** перцепты внутренней или внешней реальности отбрасываются либо отрицаются. ***Горизонтальное расщепление*** можно сравнить с барьером вытеснения; сущностью этого механизма является предохранение Самости от осознания неприемлемых стремлений и потребностей.

В школе психологии Самости решающее значение для получения необходимого материала и проведения соответствующей терапии приобретает ***эмпатия.*** Процесс эмпатии включает проникновение в психическое состояние пациента (ср. с термином Фрейда 'Einfuhlung' — 'вчувствовоние'). При эмпатическом контакте аналитик полностью погружается в субъективный мир анализируемого и стремится к максимальному пониманию его внутренних переживаний. В подходящий момент аналитик старается объяснить свой инсайт.

**Самость (The Self)**

Самость понимается как сложное образование, формирующееся в виде устойчивой конфигурации взаимодействующих врожденных качеств личности и влияний окружения. Самость представляет собой центр инициативности, хранилище впечатлений, область пересечения идеалов,эталонов поведения, притязаний и способностей индивида. Перечисленные свойства являются основой развертывания Самости в качестве самостимулирующейся, самонаправляющейся, самоосознаваемой и самоподдерживающейся целостности, обеспечивающей личность основными целями и смыслом жизни.

***Составляющими*** или ***секторами Самости*** являются: 1) полюс базальных стремлений обладать силой и знаниями ***(полюс целей и притязании);*** 2) полюс руководящих идеалов ***(полюс идеалов и норм),*** 3) ***дуга напряжения между*** обоими крайними полюсами, активизирующая основные способности индивида. Здоровая Самость может быть представлена в виде функционального континуума секторов, расположенных между полюсами. Для отграничения двухполюсной структуры Самости от рассматриваемых в литературе Кохут вводит в рамках собственной концепции специальный термин ***биполярная Самость.***

В зависимости от уровня развития и/ или особенностей проявления составных частей описаны следующие ***типы Самости .***

***Виртуальная Самость ,*** то есть образ зарождающейся Самости в представлениях родителей.

***Ядерная Самость*** рассматривается как впервые проявляющаяся (на втором году жизни) связная организация структур психики.

***Связная Самость*** представляет собой относительно взаимосвязанные структуры нормально функционирующей Самости.

Термином ***грандиозная Самость*** принято описывать нормальную эксгибиционистскую Самость младенца, в структуре которой преобладают переживания беззаботности и средоточия всего бытия.

Кроме того, были описаны патологические ***состояния Самости .***

***Архаическая Самость*** представляет собой патологические проявления ядерных сочетаний Самости (нормальных для раннего периода развития) у зрелого индивида.

***Фрагментированная Самость*** отражает хронические либо повторяющиеся состояния, которые характеризуются снижением степени связности отдельных частей Самости.

***Опустошенная Самость*** отражает утрату жизненных сил с картиной опустошающей депрессии. Она возникает вследствие неспособности самообъекта радоваться существованию и утверждению Самости.

***Перегруженная Самость*** представляет собой состояние дефицита, при котором Самость не способна успокоить себя или облегчить себя при страдании, то есть не умеет найти подходящие условия для воссоединения с успокоительным всемогущим самообъектом.

***Перевозбужденная Самость*** рассматривается как состояние повторяющихся проявлений повышенной эмоциональности или возбужденности, возникающих в результате чрезмерных либо неприемлемых для данной фазы развития неэмпатических ответов со стороны самообъектов.

***Несбалансированная Самость*** описывается кок состояние непрочности составных частей Самости. При этом одна из частей, как правило, доминирует над остальными.

**Расстройства Самости**

Называемые также расстройствами самообъекта, расстройство Самости возникают при недоразвитии Самости до уровня достаточной связности и гармонии жизненных сил либо при утрате этих качеств, если до этого они были развиты в полной мере.

***Психоз*** характеризуется выраженным и длительным (иногда постоянным) повреждением Самости. При психозе дефект не компенсируется никакими защитными структурами. При этом постулируется, что в основе выраженных повреждений Самости лежит врожденный (этиологический) дефект. Психотические состояния не поддаются обычному аналитическому воздействию.

***Пограничные состояния*** также характеризуются выраженным постоянным или стойким повреждением Самости; их отличительной особенностью является, однако, компенсация и/или предотвращение фрагментации Самости, достигаемые за счет комплексных защитных действий. Пограничные состояния поддаются анализу лишь в редких случаях.

***Нарциссические расстройства поведения*** представляют собой временные, устранимые с помощью соответствующих терапевтических методов повреждения Самости. Симптоматика расстройств этого типа отражает аллопластические попытки навязать окружению собственные идеалы и методы самоуспокоения. В эту группу расстройств включают прежде всего перверсии, делинквентность и наркоманию.

***Нарциссические расстройство личности*** также проявляются в виде временного, устранимого с помощью адекватной психоаналитической терапии повреждения Самости. Симптоматика здесь отражает напряжение, связанное с повреждениями Самости, а также аутопластические попытки восстановления функций самообъекта. Эта группа расстройств включает ипохондрию, депрессию и гиперсензитивность.

***Депрессия —*** расстройство, подразделяемое Кохутом на три типа: 1) ***довербальная депрессия,*** сопряженная с 'краевой' травмой и характеризующаяся апатией, чувством 'омертвения' или, наоборот, диффузной раздражительностью и гневливостью; 2) ***опустошающая депрессия,*** сопровождающаяся резким падением самооценки и жизненных сил вследствие неадекватного отражения и дефекта идеализированных ответов со стороны самообъектов; 3) ***депрессия вины*** отличается искаженными и не соответствующими реальному положению вещей самообвинениями, самобичеванием, самоуничижением, возникающими в результате недостаточности объектных переживаний.

X. Кохут в своей процессуальной модели настаивал на фундаментальном различии между психотерапевтической техникой, основанной на теории влечений и эгопсихологии, и техникой, базирующейся на его теории восстановления Я. Согласно его представлениям, психотерапевтический процесс определяют следующие составляющие:

1) Я-объект ищет себя в других;

2) имеется недостаток эмпатического резонанса со стороны матери, что в конечном итоге определяет дефицитарность Я. Эмпатический резонанс состоит из нескольких определяемых развитием стадий: зеркального переноса, двойникового переноса и идеализирующего переноса Я. Они определяют форму, которую принимает эмпатический резонанс, и описываются как базовые потребности человека;

3) дефицитарность Я дает основу для всех расстройств. В своих более поздних работах Кохут рассматривает даже эдипову патологию как эманацию лишенных эмпатии матери или отца. По его мнению, если Я не было первоначально повреждено, не будет иметь места кастрационная тревога с ее патологическими последствиями;

4) после того как сопротивления, направленные против возобновления Я-объектных фрустраций (т. е. фрустраций, являющихся следствием того, что другой не таков, как нам бы хотелось), преодолены, в терапевтическом процессе происходит мобилизация «Я-объектных переносов» с неизбежными конфликтами в аналитических отношениях. Конфликт имеет место между постоянной потребностью в соответствующих Я-объектных реакциях, с одной стороны, и страхом пациента перед повреждением Я — с другой. Если пациент чувствует, что его понимают, архаичные нужды, от которых он отказался, возрождаются в отношении к Я-объекту в Я-объектном переносе;

5) отношения между Я анализируемого и Я-объектом, т. е. Я-функцией психотерапевта, неизбежно неполны. А поскольку попытка установить полную эмпатическую гармонию с анализируемым обречена на неудачу, имеют место регрессии Я и симптоматика, понимаемые как продукты дезинтеграции;

6) путем своего эмпатического резонанса психотерапевт чувствует обоснованные потребности пациента в его функции Я-объекта, которые погребены под искаженными манифестациями. Он проясняет ход событий и корректирует свое собственное недопонимание;

7) целью психотерапии является трансформация функции Я-объекта аналитика в функцию Я анализируемого — трансмутационная интернализация. При этом укрепление структуры Я не означает никакой независимости от Я-объектов; напротив, это означает большую способность находить их и использовать.

Таким образом, приверженцы сэлф-психологии рекомендуют доброжелательное принятие идеализации или обесценивания и непоколебимое эмпатирование переживаниям пациента. Терапевты, ориентированные на сэлф-психологию, пытаются остаться внутри субъективного опыта пациента. Я уже упоминала терпение. Подобное отношение предполагает принятие человеческого несовершенства, что делает терапевтическое продвижение утомительным и трудным занятием. Признание того факта, что все мы несовершенны и сопротивляемся изменениям, очень сильно отличается от того, что интернализировано нарциссическим человеком. Этот тезис носит, скорее, гуманный и реалистичный, нежели критичный и всемогущий характер. В подобной позиции уже наблюдается некоторое терапевтическое продвижение. Терапевт должен воплощать неосуждающее, реалистичное отношение к хрупкости пациента. Попытки помочь нарциссическим пациентам также требуют постоянного внимания к латентному состоянию сэлф пациента, которое парадоксальным образом затопляет манифестное состояние. Даже самый надменный, явный нарцисс испытывает сильнейший стыд, столкнувшись с тем, что он воспринимает как критику. Поэтому терапевт должен уметь ощутить и принять боль для того, чтобы произвести сензитивные вмешательства.

**Диагностика уровней организации личности.**

**Характеристики структуры личности невротического уровня**

Личность как организованная на невротическом уровне, опирается в основном на более зрелые защиты, или защиты второго порядка. При этом они используют также и примитивные защиты, которые, однако, не столь заметны на фоне их общего функционирования и проявляются, как правило, лишь во время необычайного стресса.

Личности с более здоровой структурой характера обладают интегрированным чувством идентичности (Erikson, 1968). Когда их просят описать себя или других, они не испытывают затруднений и отвечают неодносложно. Они способны в общих чертах очертить свой темперамент, ценности, вкусы, привычки, убеждения, достоинства и недостатки вместе с ощущением своей долговременной стабильности.

Люди невротического уровня обычно находятся в надежном контакте с тем, что большинство людей называет “реальностью”. Пациент и терапевт субъективно живут в одном и том же мире.

Люди невротического диапазона в ходе терапии рано демонстрируют способность к тому, что Стерба (Sterba, 1934) назвал “терапевтическим расщеплением” между наблюдающей и ощущающей частями собственного “Я”. Например, параноидная личность, организованная невротически, будет проявлять желание рассмотреть возможность того обстоятельства, что подозрения исходят из некоторой его собственной внутренней предрасположенности подчеркивать враждебность намерений других людей. Напротив, параноидные пациенты пограничного и психотического уровней оказывают сильное давление на терапевта с целью признания собственного убеждения, что их трудности имеют внешний характер. Например, по их мнению, терапевт должен признать, что другие способны управлять ими. Более того, без такого подтверждения эти пациенты будут проявлять беспокойство по поводу того, что не чувствуют себя с терапевтом в безопасности\*.

Другой важный аспект дифференциального диагноза между невротичными и менее здоровыми людьми – природа их трудностей. Истории пациентов, их поведение в ситуации интервьюирования, как замечено ранее, свидетельствуют об их более или менее успешном прохождении первых двух стадий (по Эриксону) – базового доверия и базовой автономии – и показывают, что они сделали несколько шагов по направлению к третьей стадии: обретению чувства идентичности и инициативности. Пациенты ищут терапии не из-за проблем, связанных с безопасностью или с идеями воздействия, но из-за того, что вовлечены в конфликты между своими желаниями и теми препятствиями, которые, как они подозревают, являются делом их собственных рук.

Ответом на наличие у пациента здорового наблюдающего Эго стало ощущение терапевтом прочного рабочего альянса.

**Характеристики структуры личности психотического уровня**

На психотическом краю спектра люди, конечно, намного более внутренне опустошены и дезорганизованы. Интервьюирование глубоко взволнованного пациента может варьировать от участия в приятном, ничего не дающем разговоре до возможности стать жертвой атаки, имеющей своей целью убийство.

Тех пациентов, которые, без сомнения, находятся в состоянии психоза, диагностировать нетрудно: они демонстрируют галлюцинации, бред, идеи отношения и алогичное мышление. Однако вокруг много людей, которые характерологически находятся на психотическом уровне организации, но их внутренняя сумятица не заметна на поверхности, если они не подвержены сильному стрессу.

Защиты: уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивная идеализация и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциация.

Имеют серьезные трудности с идентификацией – настолько, что они не полностью уверены в собственном существовании, еще больше, чем в том, что их жизнь удовлетворительна. Они глубоко сконфужены по поводу того, кто они такие. Когда их просят описать самих себя или каких-либо других важных для них людей, их описания обычно бывают невразумительными, поверхностными, конкретными или очевидно искажающими.

Часто почти неуловимо ощущается, что пациент с психотической личностью не укоренен в реальности. Хотя большинство людей имеет остатки магических представлений (Бог решил послать дождь, потому что я забыл зонт), пристальное исследование покажет, что подобные воззрения для психотических личностей не являются чуждыми Эго.

У людей со склонностями к психотическим срывам существует заметная неспособность отстраняться от своих психологических проблем и относиться к ним бесстрастно. Даже те пациенты психопатического уровня, которые достаточно овладели жаргоном для того, что бы делать вид, что они способны к самонаблюдению (“Я знаю, что имею склонность к чрезмерной реакции” или “Я не всегда ориентируюсь во времени, пространстве и личности”), покажут внимательному наблюдателю, что, пытаясь уменьшить беспокойство, они податливо повторяют то, что слышали о себе.

Ранние психоаналитические формулировки, касающиеся трудностей, с которыми сталкиваются психотические люди при прогнозировании последствий своих ошибочных представлений о реальности, подчеркивали энергетический аспект дилеммы, говоря о том, что они тратят чересчур много энергии на борьбу с экзистенциальным ужасом и для оценки реальности не остается сил. Модели Эго-психологии подчеркивали отсутствие у психотических личностей внутреннего различения Ид, Эго и супер-Эго, а также различия между наблюдающим и переживающим аспектами Эго.

Природа основного конфликта потенциально склонных к психозам людей в буквальном смысле экзистенциальная: жизнь или смерть, существование или уничтожение, безопасность или страх.

Контрперенос терапевта зачастую вполне положителен. Природа этого хорошего чувства отлична от того, что характеризует контртрансферентные реакции с клиентами невротического уровня. Обычно по отношению к психотикам субъективно ощущается большее могущество, родительский протекционизм и глубокая душевная эмпатия, чем к невротикам.

Люди с психотическими тенденциями особенно любят искренность терапевта.

Обратной стороной мучительной зависимости пациента от терапевта является психологическая ответственность. Фактически процесс контрпереноса у психотиков удивительно похож на нормальные чувства, испытываемые матерью по отношению к ребенку в возрасте до полутора лет: дети восхитительны в своей привязанности и пугают своими потребностями.

**Характеристики пограничной (borderline) структуры личности**

Яркой чертой характера людей с пограничной организацией личности является использование ими примитивных защит (отрицание, проективная идентификация и расщепление).

Пограничные пациенты и похожи, и отличаются от психотиков в сфере интеграции идентичности. Их ощущение собственного “Я”, вероятнее всего, полно противоречий и разрывов. Когда их просят описать собственную личность, они, подобно психотикам, испытывают затруднения. Аналогичным образом, когда их просят описать важные фигуры в их жизни, пограничные пациенты отвечают чем угодно, но не трехмерным, оживляющим описанием узнаваемых человеческих существ. В отличие от психотических пациентов они никогда не отвечают конкретно или до эксцентричности поверхностно, но всегда стремятся отвести интерес терапевта от сложной природы их личности.

Кроме того, пограничные клиенты, имея дело со своими ограничениями в области интеграции идентичности, склонны к враждебной защите

Отношение пограничных пациентов к своей собственной идентичности отличается от отношения психотиков, несмотря на их подобие в отсутствии интеграции идентичности, в двух аспектах. Во-первых, ощущение непоследовательности и прерывности, от которого страдают пограничные люди, не сопровождается экзистенциальным ужасом в такой степени, как у шизофреников. Пограничные пациенты могут иметь проблемы с идентичностью, но они знают, что таковая существует. Во-вторых, для пациентов с психотическими тенденциями менее вероятно (сравнительно с пограничными пациентами) проявление враждебности к вопросам о собственной идентичности и идентичности других людей. Они слишком обеспокоены потерей чувства общности, согласующегося или нет, чтобы обижаться на то, что терапевт фокусируется на данной проблеме.

Пограничные клиенты, когда с ними правильно беседуют, демонстрируют понимание реальности, сколь бы сумасшедшими или кричащими ни казались их симптомы.

Для установления дифференциального диагноза между пограничным и психотическим уровнями организации Кернберг советует при исследовании оценки человеком признанной реальности следующее: можно выбирать некоторые необычные черты, делая комментарии на этот счет и спрашивая пациента, осознает ли он, что другие люди тоже могут найти эту черту странной (например: “Я заметил, что вы имеете татуировку на щеке, которая гласит: “Смерть!” Понимаете ли вы, что мне или кому-то другому это может показаться странным?”). Пограничный человек признает, что это действительно необычно и посторонние могут не понять значения татуировки. Психотик, скорее всего, испугается и смешается, поскольку ощущение того, что его не понимают, глубоко его беспокоит.

Способность пограничной личности наблюдать свою патологию – по крайней мере, аспекты, впечатляющие внешнего наблюдателя, – сильно ограничена. Люди с пограничной организацией характера приходят на терапию со специфическими жалобами: панические атаки, депрессия или болезни, которые, по убеждению пациента, связаны со “стрессом”.

При нерегрессивных состояниях, поскольку ощущение реальности пациентов в полном порядке, и они часто могут представить себя таким образом, что вызывают эмпатию терапевта, они не выглядят особенно “больными”.

Мастерсон (Masterson, 1976) живо описал (другие исследователи опубликовали аналогичные наблюдения с иной точкой зрения), что пограничные клиенты кажутся попавшими в дилемму-ловушку: когда они чувствуют близость с другой личностью, они паникуют из страха поглощения и тотального контроля; чувствуя себя отделенными, ощущают травмирующую брошенность.

Переносы пограничных клиентов сильны, неамбивалентны и не поддаются интерпретациям обычного типа. Терапевт может восприниматься либо как полностью плохой, либо как полностью хороший.

Контрпереносы с пограничными клиентами часто бывают сильными и выводящими из равновесия. Даже когда они не отрицательны (например, если терапевт чувствует глубокую симпатию к отчаявшемуся ребенку в пограничной личности и имеет фантазии относительно спасения и освобождения пациента), они могут вывести из душевного равновесия и потребуют немало сил.

**Роль проективной идентификации и контрпереностных реакций в психоаналитической психотерапии, основанной на теориях объектных отношений.**

**Объектным отношением** в широком смысле этого термина называют отношение субъекта к миру в целом, а также к отдельным частям и аспектам окружающей действительности. Это способ восприятия реальности, основа для формирования эмоционального и когнитивного опыта личности, устойчивый порядок взаимодействия с другими людьми. В такой интерпретации объектные отношения выступают модусом целостной личности и могут использоваться в качестве единицы анализа ее активности. Тип или форма объектного отношения могут быть обусловлены стадией психосексуального развития (оральное отношение) или специфической психопатологией (нарциссическое отношение). В наиболее продвинутых теориях (у М.Кляйн, Г.С.Салливана) понятия "депрессивный" или "шизоидный" тип объектных отношений фиксируют оба эти признака, поскольку между фиксацией на той или иной стадии и психическим расстройством существует взаимосвязь.

В узком смысле слова объектные отношения — это отношения с другими людьми, особенно близкими и значимыми, родственниками и друзьями. На самом деле отношения с людьми являются главной сферой онтологизации, "овеществления" объектных отношений, так что реальные эмоциональные связи с другими и понимание их чувств, мыслей и мотивов поведения (проблема каузальной атрибуции, т.е. приписывание причин действиями и поступкам другого человека) чаще всего обусловлены двумя основными интенциями личности — проективной и возвратной.

Объектные отношения в качестве фактора, определяющего социальные взаимодействия, принадлежат к сфере бессознательного. Их анализ удобнее всего начинать с понимания трансферентных отношений, поскольку терапевт в той или иной степени всегда выступает как заместитель или символический аналог матери или отца. Уже при первой встрече, на которой обычно обсуждаются ожидания клиента и его представления о том, в чем, собственно, будет заключаться психотерапевтическая помощь, можно выяснить, какой тип выбора объекта у него доминирует. Если клиент видит в аналитике помощника и защитника, пытается опереться на его знания и авторитет, рассматривает его как человека, у которого можно попросить сочувствия или совета, это указывает на аналитический (или опорный) тип выбора объекта. Противоположный (нарциссический) тип выбора представлен в тех случаях, когда аналитик ценится клиентом в зависимости от сходства с собственной личностью. В этом случае пациент высоко оценивает моменты общности во вкусах и предпочтениях, активно интересуется внутренним миром терапевта, стремится к партнерству в отношениях и бывает сильно удивлен и разочарован тем, что последний не склонен занимать позицию его Яидеала.

**Проекти́вная идентифика́ция** — психический процесс, относимый к механизмам психологической защиты. Заключается в бессознательной попытке одного человека влиять на другого таким образом, чтобы этот другой вёл себя в соответствии с бессознательной фантазией данного человека о внутреннем мире другого. Многими исследователями не выделяется как самостоятельный процесс, а рассматривается как смесь проекции и интроекции.

Проективная идентификация отличается от простой проекции тем, что интерпретация проекции снижает напряжение, тогда как в случае проективной идентификации оно остается, поскольку сохраняется эмпатия с содержанием проективной части. В проективной идентификации в ее самой примитивной форме слито в одно **интроекция** и **проекция**, как результат отсутствия границ между внутренним и внешним.

В **клинической ситуации** проективная идентификация размещается между клиентом и терапевтом. В силу того, что проективная идентификация является самодостаточным состоянием, в котором клиент не сомневается, ее актуализация угрожает уверенности терапевта в собственном психическом здоровье. Проективную идентификацию невозможно пропустить, поскольку ее начало сопровождается напряженным и интенсивным **контрпереносом** (здесь начинает работать второй этап  - идентификация с проекцией). То есть терапевт идентифицируется с проецируемой часть клиента и возвращает ему либо **согласующий** (идентификация с Я-репрезентацией клиента) либо **дополняющий** (идентификация с объектной репрезентацией) **контр-перенос**.

Другими словами, терапевт испытывает либо переживания клиента, либо переживания значимого человека, который находился в его окружении. В этом случае контр-перенос позволяет получить доступ к клиентскому опыту, который является неосознанным и недоступным для вербализации. **Алекситимия** клиента лечится контрпереносом. Например, терапевт может чувствовать злость, которая присутствует в опыте клиента, но остается им не присвоенной.

Если проекция клиента попадает на **идентификацию терапевта**, то в этом месте возникает травматизация последнего, что приводит к потере терапевтической позиции. Задача клиента как раз и состоит в том, чтобы разрушить терапевта как терапевта, лишить его фундамента терапевтической идентичности. Парадокс в следующем - терапевт старается дать клиенту то, что ему не нужно (на сознательном уровне), но то, что ему необходимо (бессознательно). Сложность работы с проективной идентификацией в том, чтобы выдерживать этот **разрыв в коммуникации**. То есть, клиент ожидает от терапевта не того, что тот готов ему предложить.

В проективной идентификации клиент  испытывает ярость на **эмоциональную абстиненцию** со стороны терапевта. Ему не хватает эмпатии на то, чтобы принять в качестве заботы то, что предлагает ему терапевт. Для клиента этого недостаточно. Терапевт для него является переходным объектом между зависимостью от первичного объекта, который осуществлял самую раннюю заботу и собственной способностью к самоподдержке и самоутешению.

Терапевт может описывать состояние клиента через **эмпатию** и самораскрытие. Клиенту часто не хватает эмоциональных откликов терапевта, его “истинных переживаний”, в содержании которых он не уверен. Здесь очень важен баланс между самораскрытием и границами.

**Аналитик использует собственные чувства, чтобы понять клиента, в то же время они не настолько сильны, чтобы лишить его осознанности и принести какой-либо вред.**

**Контр-перенос** включает внутренние реакции-ответы клиенту, поэтому так или иначе, любая эмпатия базируется на контр-переносных ощущениях. Будучи осознанными, эти контрпереносные чувства помогают поддерживать оптимальную дистанцию  и понимать переживания другого человека.

Так или иначе, никто не бывает полностью свободен от давления контр-переноса и буддистское спокойствие рядом с клиентом – это скорее утопия.

Макл Кан, автор книги «Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения»  выделяет несколько источников контр-переноса:

1. Адекватные реалистичные реакции-ответы. Например, симпатия к приятному клиенту и настороженность – к воинственному.
2. Ответные реакции на перенос клиента – например, ощущение угрозы в ответ на критику или чувство собственного совершенства в ответ на идеализацию клиента.
3. Реакции, возникающие в ответ на материал, который вызывает личные затруднения у терапевта (например, если он разводится, то рассказы клиента о супружеском счастье могут вызвать зависть).
4. Характерные реакции ответы – например, желание терапевта видеть восхищение  от каждого клиента или конкуренция аналитика-мужчины с любым встречающимся мужчиной, не исключая клиентов.

 **Майкл Кан указывает на два основных условия полезного контрпереноса:**

1. Полезный контрперенос – это контрперенос, вызванный самим клиентом, а не тот, который исходит из внутренних конфликтов консультанта.

2. Контрпереносное чувство может стать психотерапевтичным, только в том случае, когда терапевт способен поддерживать или сохранять оптимальную дистанцию в чувстве. Это чувство не подавляется, вполне осознается консультантом, но при этом он не погружен в него целиком. Переживая чувство, связанное с клиентом или его переносом, консультант, в то же время,  наблюдает за ним как бы со стороны.

Опасности контрпереноса

1. Контрперенос может сделать нас нечувствительными к важной области исследований либо заставить сосредоточиться на проблемных областях самого терапевта,  а не на том, что важно для клиента.
2. Контрперенос может побуждать использовать клиентов для реализации своих амбиций – например, для зависимый терапевт может косвенно подстрекать клиента к независимым действиям в попытке косвенно справиться со своей проблемой зависимости.
3. Контрперенос может побудить к выражению тонких бессознательных намеков, способных влиять на клиента. Клиенты обычно весьма чувствительны к бессознательным посланиям и даже если терапевт говорит, что открыт, например, к проявлению негативных чувств, его невербальные послания будут говорить об обратном и это может заставлять клиентов подавлять свои недружелюбные чувства.
4. Контрперенос может привести к деструктивным вмешательствам, противоречащим интересам клиента. Это может быть враждебная критика его брачного партнера или членов семьи, повышенное внимание к мелочам в рассказе клиента с игнорированием важных аспектов.
5. Контрперенос может побудить аналитика играть роль кого-то важного из прошлого клиента через механизм проективной идентификации - например, стать его символической "мамой", "супругой". Иногда бессознательные проекции клиента оказывают поистине мощное давление, которому сложно сопротивляться.

**Варианты психодинимической психотерапии основанной на теориях объектных отношений: экспрессивная психотерапия и поддерживающая психотерапия О. Кернберг.**

Отто Кернберг – доктор медицины, президент Международной психоаналитической ассоциации.

**О различиях психотерапии в рамках психоаналитического подхода:**

«Существует три основных стратегии психотерапии в рамках психоаналитического подхода: психоанализ, психоаналитическая (экспрессивная) терапия, поддерживающая терапия. Важно понимать различия этих стратегий.

Если сеансы с пациентом (клиентом) проходят 3-5 раз в неделю, то можно выбрать **стратегию психоанализа**, где основное внимание уделяется свободным ассоциациям, анализу переноса и контрпереноса в настоящем времени. Так как 3 сеанса в неделю - это психоаналитический минимум. Терапевту в этой стратегии важно придерживаться состояния «технической нейтральности».

**В стратегии психоаналитической (экспрессивной) терапии** количество сеансов -2 -3 раза в неделю. В этой стратегии больше внимания уделяется прошлому пациента. Техническая нейтральность терапевта (аналитика) также важна как в психоанализе.

Если количество сеансов -1 раз в неделю и реже, то фокус смещается в сторону **поддерживающей психотерапии**. В поддерживающей терапии нет  «технической нейтральности», в этом случае используются все возможные поддерживающие техники. Терапевт и пациент пытаются найти более адаптивные способы справится с ситуацией в жизни пациента. Терапевт может давать инструкции, рекомендации и обязательно пользуется похвалой. В стратегии поддерживающей терапии важно предоставить пациенту полную эмоциональную и когнитивную поддержку, а также помогать вносить изменения в жизнь. Такие сессии могут проводиться 1 раз в неделю или 1 раз в месяц, то есть более гибко в зависимости от необходимости. В этом случае можно давать задания на дом между сессиями, и смотреть,  как пациент их выполняет, определяя дальнейшее направление поддержки и помощи.

**Показания для выбора стратегии:**

Психоанализ**показан** умеренно больным людям.

Психоанализ есть лучшая форма терапии для истерического, обессивно-компульсивного и депрессивно-мазохистических расстройств личности.

Если есть выраженные антисоциальные черты личности, антисоциальное поведение, то есть опасность, что сознательные искажения и ложь будут примешиваться к терапии, что делает чистый психоанализ невозможным.

Также психоанализ хорошо подходит для пациентов с невротической организацией личности, для нарциссической личности, не функционирующей на выраженном пограничном уровне, и для пациентов со смешением инфантильных и истерических черт.

Мы предполагаем, что у пациента, которому показан психоанализ, как минимум нормальный интеллект, умеренная патология объектных отношений, нет серьезных антисоциальных тенденций, присутствует адекватная мотивация к терапии и есть способность к самонаблюдению или к инсайту.

Также у него должны быть финансовые и временные возможности получать психоанализ.

**Психоаналитическая (экспрессивная)**психотерапия**показана** очень больным людям, в том числе в условиях госпитализации».

Она является оптимальной формой терапии для большинства пациентов с пограничной личностной организацией: с инфантильным личностным расстройством, для нарциссической личности с выраженными пограничными чертами, с шизоидными, параноидными и садомазохистическими расстройствами личности.

Пациентам с выраженными тенденциями к саморазрушению (с тенденциями наносить себе повреждения, суицидальными склонностями, и анорексией) также показана психоаналитическая (экспрессияная психотерапия), но при условии, что вокруг есть социальные структуры, которые смогут предотвращать или контролировать отыгрывание во вне, угрожающее терапии или жизни пациента. То есть лечением должна заниматься команда специалистов – врач, медсестра, социальный работник, чтобы психотерапевт мог сохранять позицию «технической нейтральности».

Пациент, решившийся на такую терапию, должен не только хотеть, но и быть в состоянии соблюдать регулярность сеансов, так как, эта стратегия терапии эффективна только при количестве сеансов 2-3 раза в неделю. Также пациент должен согласиться на воздержание от наркотиков, алкоголя и других форм саморазрушительного поведения.

Если это невозможно, то  стратегия психоаналитической терапии НЕ показана. И, необходим нормальный уровень интеллекта у пациента для участия в такой терапии, наполненной символами и достаточно отвлеченным вербальным общением.

**Поддерживающая**психотерапия – подходит  как для самых легких случаев здоровых людей в трудных ситуациях, так и для очень тяжелых пациентов, которые не способны выполнить предварительные условия для экспрессивной психоаналитической терапии или психоанализа.

Когда обстоятельства не позволяют создать реалистичные условия для психотерапии или указывают на крайне неблагоприятный прогноз, то стоит задать вопрос, показана ли какая-либо форма психотерапии вообще. Терапевт должен помнить, что некоторым пациентам не может помочь никакое психотерапевтическое вмешательство. Особенно если пациент получает вторичные выгоды от своего заболевания.

Это знание снижает тенденции терапевта к чрезвычайному рвению и мессианству.

При выборе стратегии поддерживающей психотерапии также важно, чтобы уровень интеллекта пациента был не ниже75-100единиц, а тяжелые формы саморазрушительного поведения должны находится под контролем и в кабинете терапевта, и во внешней жизни, что предполагает наличие специальных структур, возможности амбулаторного медикаментозного лечения или госпитализации».

**Модуль №2. Когнитивно-поведенческое направление психотерапии**

**Лекция №1.**

**Тема**: Поведенческая психотерапия

Бихевиоризм предложил в качестве единицы анализа поведения и движения схему «стимул -- реакция». С точки зрения Дж. Уотсона, поведение – это система реакций. Для Дж. Уотсона поведение или поступок человека объясняются наличием какого-либо воздействия на человека. Он считал, что нет ни одного действия, за которым не стояла бы причина в виде внешнего агента, или стимула. Так появилась знаменитая формула S – R (стимул – реакция). Для бихевиористов соотношение S – R стало единицей поведения.

Понятие научения первоначально возникло в зоопсихологии в работах американского психолога Эдуарда Ли Торндайка, который в 1898 г. одним из первых провел научные эксперименты по исследованию научения через наблюдение. В 1908 году Джон Бродес Уотсон повторил эксперименты Э. Торндайка. Э. Торндайк, и Дж.Б. Уотсон пришли к заключению о том, что научение может быть только результатом непосредственного опыта. Их эмпирические исследования убедительно свидетельствовали о том, что научение происходит только через взаимодействие организма со средой, а не в результате наблюдения за действиями другого. Путем научения может приобретаться любой опыт (знания, умения, навыки) у человека и новые формы поведения у животных. Научение – это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Оно рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей, иными словами, научение является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Научение выступает в качестве основного методического принципа и главной задачи бихевиорального направления психологической помощи.

Центральное место в этих теориях занимают процессы классического обусловливания и оперантного обусловливания  В соответствии с этим выделяют два типа научения:

1. Научение типа S,

2. Научение типа R и

Эти типы научения базируются на различных видах обусловливания. В основе научения типа S лежит классическое обусловливание, связанное с именем Ивана Петровича Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов.

Основная схема условного рефлекса S – R, где S – стимул, R – реакция (поведение). В классической Павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, т.е. безусловного или условного раздражителя. Результатом или продуктом научения по такой схеме является респондентное поведение – поведение вызванное определенным стимулом (S). Подкрепление связано со стимулом (S), поэтому такой тип научения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как научение типа S.

Hаучение типа R основывается на оперантной парадигме Баррхуса Федерика Скиннера. В соответствии со схемой оперантного обусловливания экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует случайные проявления желательной, «правильной» реакции и сразу же подкрепляет ее. Таким образом, стимул следует после поведенческой реакции, прямое подкрепление используется через поощрение и наказание. Результатом научения является оперантное научение, или оперант. В этом случае подкрепляется не стимул, а реакция организма, именно она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обозначается как научение типа R.

**Концепция патологии:** Представители когнитивно-поведенческого подхода фокусируют свое внимание на промежуточных переменных (когнитивных процессах), подчеркивая их роль в развитии нарушений. Бек полагает, что психологические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и обобщениях, то есть между стимулом и реакцией есть когнитивный компонент; Автоматические мысли содержат большее искажение реальности, чем обычное мышление, и выполняют регулирующую функцию, но, поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации.

**Основные принципы проведения (процесс) поведенческой психотерапии:**

1) Установление отношений между психологом и клиентом. Психологи – бихевиористы демонстрируют высокий уровень эмпатии, внутренней гармоничности и способности к контакту, а также теплоту и уважение к клиенту. Психологи этого направления отличаются внутренней силой, а также умением устанавливать раппорт, устанавливать взаимопонимание, тщательно выстраивать структуру интервью. Они объясняют клиенту основные технические приемы и их смысл, вследствие чего клиент принимает активное участие в процессе консультирования;

2) Определение проблемы через операционализацию поведения. Психолог - бихевиорист в наиболее организованной (по сравнению с другими направлениями) форме занимается сбором информации о клиенте. Общее представление о проблеме клиента в терминах бихевиоризма – это знание того, как клиент себя ведет. Жизнь клиента рассматривается как цепь отдельных поступков. Психолог работает с "тем, что есть", что можно увидеть в реальном поведении клиента, и что можно изменить благодаря научному планированию.

3) Понимание всего контекста проблемы через функциональный анализ. Второй задачей психолога – бихевиориста является установление понимания того, как клиент ведет себя в "естественном окружении". В рамках бихевиоризма анализ проводится по трехступенчатой модели:

1) предыстория;

2) результирующий поступок;

3) последствия такого поведения.

4) Установление социально важных целей для клиента. На этой стадии психолог вместе с клиентом вырабатывают конкретные и достижимые цели. Нужно строить конкретные планы на будущее, ставить определенные цели: научиться плавать, изучить иностранный язык, найти работу. Психолог – бихевиорист не будет использовать в своей работе такое широкое понятие, как "страх", а разобьет его на наблюдаемые, конкретные единицы поведения, и будет учить клиента поступать так, чтобы их жизнь стала более успешной и счастливой.

Для проведения бихевиоральной терапии и консультирования необходимы следующие умения: 1) разбивать поведение на фрагменты, то есть операционализировать его; 2) проводить функциональный анализ, чтобы уточнить предысторию проблемы, результирующее поведение и последствия; 3) определять совместно с клиентом цели, являющиеся общественно приемлемыми; 4) использовать специальные процедуры изменения поведения

**Конфронтация** означает помещение человека в пугающую ситуацию. Обычно при этом у человека возникает выраженная реакция страха, сопровождающаяся поведением избегания. Согласно теории научения, поведение избегания закрепилось в силу негативного подкрепления, так как приводило к уменьшению реакции страха. Главная цель этого метода — предотвратить реакцию избегания. Запрет на избегание может быть, например, в форме контракта с клиентом на проведение эксперимента, цель которого — убедиться в необоснованности собственных опасений.

**Систематическая десенситизация** (или уменьшение тревожности). Данная техника, разработанная Дж. Вольпе, направлена на решение проблем, связанных с тревожностью и напряжением. Она включает в себя несколько этапов: а) обучение клиента технике глубокой мышечной релаксации по Джейкобсону; б) составление иерархии ситуаций, вызывающих страх. Для установления начальной и конечной точки самой страшной ситуации присваивается 100 баллов, состоянию абсолютного покоя – 0 баллов; в) прохождение шкалы страхов от нижней точки до верхней в состоянии глубокой мышечной релаксации. При этом клиент учится визуализировать все свои страхи в состоянии расслабления.

**Основан метод Джекобсона** на смене напряжения мышц той или иной группы расслаблением этих мышц, причем предварительное сильное напряжение помогает добиться последующей качественной релаксации. Таким образом, в определенной последовательности осуществляется сильное напряжение каждой мышцы в течение нескольких секунд с последующей концентрацией на глубоком расслаблении этой мышцы.

В целом техника состоит из нескольких этапов, каждый из которых представлен определенным алгоритмом действий.

**На первом** **этапе** выполняется упражнение, суть его в сокращении и расслаблении бицепсов, которое обязательно должно быть достаточно сильным, для того, чтобы после запустить в мышцы такое же сильное расслабление. Далее подобным же образом проработаны.

**На втором этапе**, приняв положение сидя, следует создавать в мускулах напряжение и расслабление поочередно, задействуя в упражнении лишь те мышцы, которые не поддерживают тело в положении стоя. Далее предлагается ровно такие же манипуляции проделывать с мышцами, которые не участвуют в такой деятельности, как чтение, письмо, речь и подобное.

**На третьем этапе** прогрессивного расслабления наступает время самонаблюдения, т.к. требуется отметить и запомнить те мышцы, в которых более всего возникает напряжение, когда человек испытывает отрицательные эмоции, либо физическую боль. После при помощи релаксации тех участков тела, которые наиболее напряжены, можно обучиться избавлению от негативных состояний.ваются туловище, шея, плечи, мышцы лица, глаза, язык, горло.

**Имплозия (наводнение).** Техника сходна с систематической десенситизацией, однако проводится без мышечной релаксации. После составления иерархии страхов переходят к имплозии – представлению ситуаций страха. По поведению клиента (двигательной активности, напряжению мышц, мимике) психолог оценивает интенсивность испытываемого страха и степень включенности клиента. Задача психолога – поддерживать высокий уровень страха в течение примерно 40 – 45 минут.

**Позитивное подкрепление**– это приятный стимул, который следуя за желательной реакцией, усиливает ее или поддерживает на том же уровне, т.е. повышает вероятность ее повторения.

**Негативное подкрепление**– это неприятный стимул, устранение которого усиливает желательную реакцию.

**Под понятием шейпинг** (англ. shaping «формирование поведения») в американской психотерапии понимают связный, однако индивидуально сменный процесс со многими шагами.В начале лечения пациент склонен к преувеличению в описании своих страданий, часто он наслаждается жалостью к самому себе.

(1) Терапевт объясняет, что это ненужно, и радикально предотвращает такой «скулеж», напр. с помощью акустического сигнала (прекращение реакции).

(2) Вместе с тем пациент изучает несовместимую с жалобами автоматизированное поведение, напр. радостные мысли или (чаще) иммобилизацию или же снятие внутреннего напряжения.

(3) Выясняют ключевые симптомы плохого поведения и отстраняют их малыми шагами (научение малыми шагами).

(4) Важная часть шейпинг-терапии — отказ от рутины, которая сковывает человека и вследствие этого делает его неспособным к изменению поведения.

(5) Шейпинг-терапия систематически использует разрыв звеньев. При сложном обусловливании поведения, напр. при маниакальном поведении, простой аверсивной депривации (мероприятия, направленные на лишение) часто недостаточно.

(6) На этапе конфронтации стараются сформировать или усилить уверенность в себе, что является частью любого зрелого поведения. Напр., в одном из упражнений люди должны продолжительное время сидеть на коленях и не мигая смотреть друг другу в глаза.

(7) Такие стресс-ситуации создают с помощью специальных процессов. Пациентам приходится выполнять особенно неприятные задачи, напр., просить милостыню.

(8) На завершающем этапе (и не только на нем) вводят процесс самоконтроля. Эта большая группа содержит в т.ч. документирование поведения, техники контроля мыслей (напр., остановка мыслей, разговора с самым собой вслух), сопротивление стрессам, которые должны облегчать переход к самостоятельности без сопровождения терапевта.

(9) Через определенные промежутки времени возможны т.н. стимуляционные встречи или дополнительные, или повторные, занятия после завершения курса терапии, которые обеспечивают закрепление усвоенного.

**Жетонная система**: Суть этого метода состоит в том, что за каждое "полезное" действие клиент получает определенное количество символических объектов - фишек, монеток, очков, которые он затем может обменять на важные и приятные для него вещи. Иногда используют и более совершенные системы - например, пластиковые карточки, позволяющие накапливать кредиты и тратить их для доступа, например, к игровым автоматам или покупки сладостей.

Этот метод очень часто применяется в целых организациях - клиниках, школах, тюрьмах и т.д. тогда, когда существуют четко определенные действия, одинаково важные для большого круга клиентов. Например, в психиатрической клинике фишками может подкрепляться чистоплотность, самостоятельность, в тюрьме - просоциальное поведение и прочие вещи, на которые довольно затруднительно влиять иными терапевтическими приемами.

Вне больницы, школы и тюрьмы символическое подкрепление также часто используется там, где нужно стимулировать поведение определенное типа (система накопления очков при покупках в одной компании дает право на скидки и подарки, страховые платежи снижаются в случае, если водитель не попадает в аварию долгое время и т.д.). Оставляя здесь без внимания коммерческий аспект этого метода, нужно лишь сказать, что сам метод прекрасно доказал свою эффективность (Kazdin, 1977), но все же редко используется в силу того, что требует определенной организационной работы.

**Лекция №2**

**Тема.** Рационально- эмоциональная психотерапия по А. Эллису (РЭТ).

Поведенческая психотерапия относит различные виды научения (обусловливания) к краеугольным основам своей теории. Первый опыт применения поведенческой терапии, описанный пионерами этого направления Павловым и Скиннером, был связан с **классическим и оперантным обусловливанием.**

**Классическое, или павловское, обусловливание** показывало, что формирование условной реакции подчиняется важнейшему требованию: совпадению во времени индифферентного и безусловного раздражителей. Классическое обусловливание заключено в формуле: «стимул—реакция».

Суть **оперантного обусловливания** можно отразить следующим образом: поведение закрепляется (контролируется) его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему, ослабляется или угасает (положительное и отрицательное подкрепление).

По мере того, как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало выясняться, что ряд проблем пациентов гораздо сложнее, чем сообщалось в прежних публикациях. Обусловливание адекватно не объясняло сложный процесс социализации и научения личности. Интерес к самоконтролю и саморегуляции в рамках поведенческой психотерапии приблизил «средовой детерминизм» (жизнь человека определяется прежде всего его внешним окружением) к реципрокному детерминизму (личность — не пассивный продукт среды, а активный участник своего развития).

Публикация статьи «Психотерапия как процесс научения» в 1961 г. Бандуры и его последующие работы были событием для психотерапевтов, ищущих более интегративных подходов. Бандура представил в них теоретические обобщения механизмов оперантного и классического научения и одновременно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведения.

**Когнитивно-поведенческая психотерапия** (моделирование поведения) является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

**Моделирование поведения** — метод, легко применимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, избегающих слово «пациент». Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Кроме того, многие приемы когнитивно-поведенческой психотерапии представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

**Под ролевыми играми** понимают спонтанные представления ситуаций из прошлого или будущего» (Rueger, 1986). При этом речь идет о «сценическом представлении настоящего», в котором отдельный человек не говорит об отношениях и конфликтах, «а представляет их, непосредственно действуя» (Leutz, 1982, с. 74). Активное изложение является существенной характеристикой ролевой игры и отличает ее от большинства других методов психотерапии.

Ролевая игра в поведенческой терапии проходит, как и все ролевые игры, в группе и чаще всего в виде чередования игры и обратной связи. Цели игры должны учитывать возможности пациентов и также то, ради чего проводится терапия. Проигрываемые ситуации, как правило, соответствуют актуальной реальности.

**Тренинг коммуникативных навыков.**

**Упражнения на коммуникативные навыки** — это основа большинства тренингов личностного роста. Чем грамотнее и профессиональнее вы общаетесь, тем большего успеха добьетесь в самых разных сферах жизни.

Упражнения на коммуникативные навыки направлены на умение говорить легко и непринужденно, на умение красиво выстраивать рассказ, на умение слушать и слышать, на умение договариваться. Все это — важнейшие коммуникативные навыки, которые помогают добиться успеха и в работе, и в личных отношениях.

**Коммуникация** — это та область, развиваться в которой можно бесконечно. И помочь в этом развитии могут эффективные упражнения.

**Упражнение «Разговор начистоту»**

**Цель:** Упражнение позволяет участникам объективно оценить свои коммуникативные навыки, получить масштабную обратную связь от группы, лучше узнать друг друга.

**Время:** 15–20 минут

**Размер группы:** 8–30 человек

**Ход упражнения:**

Скажите участникам тренинга: «Мы вместе уже довольно длительный срок, и это дало нам возможность узнать друг друга и проявить свои коммуникативные навыки. Для человека, на мой взгляд, характерно любопытство: „А как меня воспринимают другие?“ Так как все мы участники тренинга и разбираем мы блок коммуникации, то и вопрос, который мы обсудим: „Каков я в отношении с другими?“

**Этап № 1:**

На листе формата А4 каждый пишет свои положительные и отрицательные, качества, которые у него проявляются в коммуникациях.

3 минуты на выполнение.

Итак, перед каждым — его видение самого себя. Скажем так: коммуникативный автопортрет. Второй этап упражнения позволит сравнить собственное представление о себе с тем, как мы выглядим в глазах других.

**Этап № 2:**

Возьмите каждый, еще по одному чистому листу. Его вы прикрепите с помощью булавки на спине. Этот лист будут заполнять ваши товарищи.

Если вы хотите, чтобы вам писали только комплименты — рисуйте в углу листа солнышко.

Если хотите услышать критику — рисуйте молнию и тучу.

Если вам интересно узнать о себе и то, и другое — рисуйте вопросительные знаки.

Теперь попросите товарищей закрепить на спине чистые листы, а на груди листы самооценки.

Готово? Мы начинаем! Можете свободно передвигаться по аудитории, читать листы самооценки, реагировать, писать комментарии.

Заканчивайте тогда, когда вы увидите, что большинство встреч уже произошло и упражнение теряет ритм.

**Подведение итогов:**

-сесть в круг;

-теперь все могут прочесть материал, накопившийся на их «заспинных» листах;

-далее, тренер предлагает желающим поделиться своими наблюдениями.

**Упражнение «Вертушка жалобщиков»**

**Цель:** развитие коммуникативных навыков участников тренинга.

**Время:** 25–30 мин.

**Количество участников:** любое

Из стульев составляется два круга: внешний и внутренний. Один стул внешнего круга должен находиться напротив одного стула внутреннего круга. Общее количество стульев должно соответствовать количеству участников. Если их число нечетное, добавляется ведущий.

Тем или иным способом участники разбиваются на две группы (если нечетное количество, то включается сам ведущий). Одной группе уделяется роль «экспертов», они занимают места во внутреннем круге. Вторая группа получает роль «жалобщиков», они занимают места во внешнем круге.

Ведущий сообщает, что каждый «жалобщик» должен будет пожаловаться нескольким «экспертам». Для этого через каждую минуту все «жалобщики» дружно поднимаются и пересаживаются на соседнее место (по часовой стрелке). «Жалобщик» должен очень быстро и точно изложить суть своей жалобы. Желательно, чтобы жалоба была реальная, но можно использовать и вымышленную. Жалоба может касаться совершенно любой стороны жизни. У одного «жалобщика» жалоба одна для всех «экспертов». «Эксперт», быстро выслушав «жалобщика» так же быстро выдает свою рекомендацию по этой жалобе.

Когда «жалобщики» пообщаются с 5–6 разными «экспертами» начинается следующий этап.

Теперь «жалобщик» рассказывает про советы других «экспертов», которые успел услышать. Задача «эксперта» на этом этапе — согласиться или опровергнуть рекомендации других экспертов. На это отводится тоже одна минута и также проводится 5–6 смен.

После второго круга «жалобщики» и «эксперты» меняются ролями.

В конце происходит обсуждение:

Какие индивидуальные различия в манере разговаривать, слушать, в невербальном поведении участники успели заметить друг у друга?

Много ли можно успеть сказать и услышать за одну минуту?

**Упражнение «Завершение предложения»**

**Цель:** развитие коммуникативных навыков участников.

**Время:** 15–20 мин.

**Количество участников**: любое

Ведущий вызывает четырех добровольцев. Они отсаживаются несколько в стороне от основной группы.

Одному из добровольцев ведущий предлагает сделать рассказ о чем-то, что произошло как-то с ним в реальной жизни. При этом существует одно условие: каждое свое предложение рассказчик не заканчивает. Вместо него это делают трое других участников (по очереди).

Интрига состоит в том, что в конце рассказа рассказчик выбирает из трех того, кто, на его взгляд, был ближе всего к тому, что хотел сказать он сам. Примерно выглядит это так:

Как-то раз шел я по улице и…

-поскользнулся

-встретил знакомого

-тут у меня зазвонил телефон

На самом деле я шел по улице и увидел бездомную собаку. Я зашел в магазин рядом, чтобы купить там…

-хлеб

-колбасу

-сосиску

Да я зашел, чтобы купить колбасу. Но выхожу я из магазина, а…

Затем проводится обсуждение:

Каким образом можно догадаться о том, что не договорил собеседник?

Как вы думаете, почему кому-то удается чаще угадывать ход мысли собеседника, а кому-то реже?

**Упражнение «Да, и ещё…»**

**Цель:** Тренировка умения одобрять партнера, демонстрировать ему свое уважение и готовность к сотрудничеству.

**Время:** 20–25 минут

**Размер группы**: 6–30 человек

**Инструкция:**

Эффективно работающие команды отличаются тем, что обращают внимание на идеи и предложения, высказываемые различными членами группы. Это внимание означает, что команда признает ценность любой идеи и любого человека. В командах, в которых слишком быстро, даже не выслушав, реагируют отказом на высказываемые рядовыми участниками предложения, парализуется творческая энергия и процветают соперничество и конфликты.

**Демонстрация**

Для демонстрации того как будет проходить упражнение мне нужны два добровольца.

Упражнение будет проходить так: два участника разговаривают между собой, каждый из них должен соглашаться со всем, что говорит ему собеседник, что бы тот ни сказал.

Игрок 1 начинает беседу, игрок 2 одобряет это высказывание, начиная свое предложение словами: «Да, и еще…». Первый игрок тоже соглашается со вторым и добавляет что-то свое: «Да, и еще…».

Если первый игрок, например, говорит: «Пойдем в кино», второй игрок может, к примеру, сказать: «Да, и возьмем большую плитку шоколада с начинкой». Игрок 1 продолжает: «Да, и помимо того, бутылку шампанского». Игрок 2 отвечает: «Да, и еще я хочу, чтобы пробка выстрелила».

Таким образом, идет некое нарастание, поскольку каждое предложение подхватывается и продвигается дальше. Как правило, такой диалог неизбежно заканчивается комической ситуацией.

**Продолжение**

1. Разделите группу на пары.

2. Предложите группе несколько ситуаций, которые именно таким образом должны быть обсуждены участниками в парах:

Сотрудник и шеф застряли вместе в лифте.

Отец и сын на пикнике.

Два друга по пути на футбольный матч.

Муж и жена строят планы на празднование первой годовщины их свадьбы.

Недавно прооперированный пациент разговаривает с медсестрой.

3. Через 2–3 минуты участники должны образовать новые пары так, чтобы у каждого из них была возможность поговорить с разными партнерами.

**Подведение итогов:**

Какие чувства вы испытываете после этого упражнения?

Какими интересными наблюдениями вы готовы поделиться?

Что вам легко удавалось? Что давалось труднее?

Как вы думаете, где, в каких жизненных ситуациях это может быть полезным?

**Упражнение «Уникальные слова»**

**Цель:** развитие навыков коммуникации, обогащение словарного запаса и внимания при беседе.

**Время:** 15–20 мин.

**Количество участников**: любое

Ведущий тренинга рассаживает участников в круг. Выбирается какое-то художественное произведение (фильм), которое все участники читали (смотрели), ну или хотя бы имеют представление о его содержании. Перед участниками ставится задача: рассказать содержание этого произведения, но рассказать в определенном порядке. По очереди (по кругу) каждый участник вносит свою лепту: говорит одну фразу, раскрывающую содержание произведения. Эта фраза не должна быть короче трех слов, и все слова в этой фразе должны быть уникальными, то есть не повторяться на протяжении всего упражнения. Это условие касается вообще всех слов, в том числе местоимений, предлогов и имен собственных.

Если кто-то нарушил правила (произнес слишком короткую фразу или повторно использовал слово) или просто сдается, то он выбывает из игры. Последний оставшийся объявляется победителем.

Упражнение можно повторить несколько раз, перед началом каждого список задействованных слов обнуляется.

Иногда могут возникать спорные ситуации. Считать ли, например, слова «красивый» и «некрасивый» за одно и то же. Ведущий в таких случаях берет на себя роль арбитра. Можно обговорить заранее тонкости: например, что изменение окончания не меняет слова, а изменение суффикса и/или приставки — меняет. Поэтому «красивый» и «некрасивый» — разные слова, «красивый» и «красивенький» — тоже, «красивый» и «красивое» — одно и то же.

**Затем проводится обсуждение:**

Было ли сложно выполнять данное упражнение?

Что вам помогло в этом упражнении?

**Упражнение «Внутренний переводчик»**

Уникальная авторская разработка доктора психологических наук, профессора, известнейшего тренера и писателя Н. И. Козлова.

Сильное и интересное упражнение, которое позволяет научить участников одной из мощных техник эффективной коммуникации и решения конфликтов.

Техника «Внутренний переводчик» помогает понять внутренние мотивы и цели партнера, управлять ситуацией и людьми в общении, решать возникающие конфликтные ситуации. С помощью техники «Внутренний переводчик» участники смогут лучше понимать людей, сохранять спокойствие и позитивный настрой в общении, смогут принимать объективные решения, несмотря на конфликтную ситуацию.

**Упражнение «Убеди другого»**

Классическое упражнение тренингов продаж, презентаций и переговоров, особенно любимое внутренними и «корпоративными» тренерами. Достаточно один раз попробовать, чтобы раз и навсегда оценить его эффективность.

Быть убедительным — вот один из важных навыков, необходимый для успешной коммуникации. То же самое можно отнести к переговорам и презентациям, где способность убеждать играет не менее важную роль.

Упражнение «Убеди другого!» и направлено в первую очередь на то, чтобы отработать навыки убеждения при коммуникации, продаже-презентации товара и переговорах.

**Упражнение «Вчувствование»**

Уникальная авторская разработка доктора психологических наук, профессора, известнейшего тренера и писателя Н. И. Козлова.

Как думаете, что будет, если вы предложите участникам тренинга научиться технике, позволяющей совершенно понимать и чувствовать своего собеседника, вплоть до его самоощущения и хода мыслей?

Вероятнее всего они подумают, что вы их либо разыгрываете.

Упражнение «Вчувствование» дает возможность участникам попрактиковаться в этой самой технике и уже на первых этапах получить удивительные результаты.

Техника «Вчуствование» поможет участникам лучше понимать своего партнера по коммуникациям, что особенно важно в важных и значимых переговорах.

**Упражнение «Случай в гостинице»**

Яркое и запоминающееся упражнение, которое наглядно демонстрирует участникам тренинга слабые места в коммуникации, в умении устанавливать контакт с другим человеком. А также показывает, какие техники и приемы приводят к успеху в коммуникации и переговорах, а какие — наоборот. Какие — позволяют быстро установить контакт, а какие скорее накаляют обстановку.

Упражнение «Случай в гостинице» прекрасно подойдет для тренингов коммуникативных навыков, тренингов продаж, переговоров, тренингов влияния.

**Креативная походка**

Психологические игры и тренинговые упражнения – «Креативная походка»"Это упражнение учит осознавать связь состояния тела и эмоционального состояния, а также позволяет научить участников тренинга изменять свое эмоциональное состояние через изменение состояния тела.

Не секрет, что то, как выстроено наше тело и в каком оно состоянии — серьезный фактор, влияющий и на наши душевные состояния, и на перспективы личностного развития. И первое, на что следует обратить внимание, — это наши осанка, жесты и походка. Меняя походку и жесты, можно менять эмоциональное состояние, можно управлять им!

Без этой темы нельзя обойтись на тренинге уверенного поведения, тренинге лидерства или тренинге влияния. Ведь то, как ходит, как держит себя уверенный человек, лидер — важная составляющая успеха и влияния.

**Суд**

Психологические игры и тренинговые упражнения – «Суд» Действенное и глубокое упражнение для тренингов личностного роста, тренингов уверенности. Это упражнение для тренинга способно вызвать реальные изменения в самооценке участников тренинга. Упражнение действительно похоже на судебное заседание, поэтому несомненно станет ярким и важным событием тренинга для всех участников, которые получают возможность публично услышать обратную связь от своих коллег по группе. Несмотря на то, что обратная связь дается в конструктивной форме, оно все-таки содержит, как «позитивные», так и «негативные» замечания, и поэтому станет для группы настоящим испытанием.

**Тренинг уверенного поведения***.*Наиболее трудными областями общения и источником отрицательных эмоций у пациентов с пограничными психическими расстройствами служат следующие моменты: умение за себя постоять, публичные выступления, вступление в контакт, страх неудачи или отвержения, страх отрицательной оценки, адекватное поведение в незнакомой или неформальной обстановке, принятие ответственности за свое поведение.

Тренинг уверенного поведения разрешает эти проблемы и представляет собой сплав следующих когнитивно-поведенческих методов: дискриминационного тренинга, состоящего в обучении пациентов распознавать агрессию, уверенность и пассивное поведение (табл. 5); моделирования различных сложных ситуаций; положительного подкрепления уверенного поведения и реакций; десенсибилизации страха и гнева, ингибиторами которых является уверенное поведение; расширения признаков уверенного поведения в реальных жизненных обстоятельствах; знания собственных прав и прав другого.

**Таблица 5. Различие неуверенного, агрессивного и уверенного поведения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Поведение | Действие | Невербальное поведение |
| Неуверенное | Не показывать другим, в чем состоят Ваши права. Выглядеть нервным. Выполнять желания каждого. Позволить другим делать вещи, которые Вам не нравятся | Демонстрация неуверенной позы, отсутствие контакта глазами |
| Агрессивное | Игнорировать права других. Заставлять других чувствовать себя напряженно. Перекладывать на других ответственность. Громко говорить | Демонстрировать напряженную позу. Выдвигаться вперед. Таращить глаза. Трясти кулаками или топать ногами. Интонации голоса злые или саркастические |
| Уверенное | Заявлять свои права. Говорить четко, голос уверенный и спокойный. Уважать права других. Не позволять другим заставлять Вас делать то, чего Вы не хотите | Поза прямая. Хороший контакт глазами. Свободно выражаются все эмоции, их невербальное сопровождение свободно |

Выбор пациентов на тренинг уверенного поведения учитывает специфические ситуации, где оно затруднено; особые обстоятельства, препятствующие уверенному поведению; ситуационные, а не общие проблемы неуверенности; мотивацию к изменениям; согласие на работу в группе и желание самораскрытия; реальные ожидания и постановку конкретных целей. Прежний негативный опыт работы в группе требует больше времени для предварительной подготовки. Примерная программа такого тренинга состоит из 6-9 занятий, проводимых 1-2 раза в неделю по 1,5 ч.

1-е занятие включает короткую (не более 10 мин) лекцию, содержанием которой служит краткий обзор 9 занятий, описывающий смысл игр и упражнений в общей системе когнитивной реконструкции и поведенческого моделирования, затем участники группы высказывают свои опасения и ожидания, формулируют основную цель (поведение-мишень) пребывания в группе. Проводятся игры и упражнения, направленные на сплочение группы, различение уверенных, агрессивных и пассивных действий, вербального и невербального поведения.

2-е занятие посвящается способам уметь говорить «нет».

3-е и 4-е — ситуациям обвинения, несогласия; повышению фрустрационной толерантности.

5-е — обучению способам совладания со стрессом.

6-е — умению разрешать проблемы, обучению рациональному и позитивному мышлению.

7-е — принципам ведения спора, дискуссии.

8-9-е — решению индивидуальных проблем.

Приобретение уверенности взамен агрессивного и неуверенного поведения, которое желательно увидеть у пациентов (положительная динамика), доступно наблюдению. В процессе тренинга ведущий занятия добивается, чтобы проблемное поведение встречалось реже, а «поведение-мишень», ради которого пациент пришел на занятия, увеличилось. Этому способствует применение приемов шкалирования, пространственной и графической социометрии, анализ самоотчетов участников группы.

На последнем занятии рекомендуется делать повторные замеры показателей, способных отразить изменения, а также опрашивать пациентов, что удалось им приобрести в результате тренинга, а что не удалось достигнуть. Сигнал к продолжению психотерапевтической работы давали те пациенты, которые не выполнили своих задач. Тогда тренинг уверенности в себе служит лишь этапом комплексной психотерапевтической программы.

**Методы самоконтроля***.*Методы самоконтроля базируются на оперантном обусловливании с использованием некоторых когнитивно-поведенческих приемов. Если психотерапевту удается использовать принципы теории научения для изменения поведения пациента, то можно полагать, что и сам пациент, в состоянии это сделать.

Таким образом, тренинг состоит из различных видов поведенческой модификации, который планируется и проводится пациентом под руководством психотерапевта. Изменения поведения пациента возникают при условии его активного вовлечения в процесс лечения и принятии ответственности за результат. Пациент развивает новые стратегии совладания с трудностями, ранее отсутствовавшие в его поведенческом репертуаре. Методы самоконтроля помогают уменьшать страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать учебу, повышать уверенность в себе, и в конечном итоге — регулировать самооценку.

Методы самоконтроля условно можно разделить на методы **самонаблюдения, самооценки (самоописания), самоподкрепления.**

**Самонаблюдение** предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Самонаблюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Например, мужчина, который часто агрессивен по отношению к своим близким, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддерживать один и тот же стереотип поведения, о чем он в этот момент думает, осознать мотивы своего поведения. Постепенно вместо физической агрессии у него есть шанс использовать более безопасный вербальный ее компонент (не бить жену, а кричать на нее). В дальнейшем вместе с психотерапевтом у пациента появляется возможность научиться более адаптивным способам поведения.

**Самооценочный аспект тренинга** способствует развитию понимания пациентом его поведения, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), выяснить, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, осуществлять постановку других целей.

Заключительный этап тренинга самоконтроля состоит в установлении системы **самоподкрепления**, например, награждать себя каждый раз, когда у пациента что-то получилось хорошо.

**Терапевтические отношения в поведенческой психотерапии.**

Поскольку сам процесс психотерапии осуществляется в ходе интеракций между терапевтом и клиентом, то нельзя оставить без внимания характер этих интеракций и возникающие в них отношения между терапевтом и клиентом. Эти отношения и интеракции вместе часто называют терапевтическими отношениями.

Ни одна школа психотерапии не будет отрицать влияния, которое имеют терапевтические отношения на результат психотерапии. Но в рамках различных направлений психотерапии по-разному понимают, как сам характер терапевтических отношений, так и их роль в процессе психотерапии.

Мы можем также найти очень разные представления о роли терапевтических отношений в разные периоды развития поведенческой психотерапии и в рамках различных ее школ.

Поскольку сама поведенческая терапия рассматривается как процесс обучения, то многие авторы и терапевтические отношения рассматривают в этом контексте. Терапевт в этом случае выступает как источник знаний об эффективном способе решения проблемы и как источник подкрепления. Конечно, на фоне хороших и теплых отношений эти знания и подкрепления будут приняты с большей готовностью, чем в случае недоверия и неприязни. Но только лишь позитивных терапевтических отношений в рамках поведенческой терапии будет недостаточно. «Невозможно себе представить, чтобы поведенческие проблемы клиента были решены только путем формирования хороших отношений с терапевтом».

В рамках терапии поведения терапевтические отношения чаще всего рассматриваются в качестве неспецифического фактора терапии, который облегчает или затрудняет процесс терапии (т.е. обучения), но сам по себе не имеет решающего значения.

**Рационально-эмоциональная психотерапия.**Один из двух основных методов когнитивной психотерапии, разработанных Эллисом в 50-е годы. В этом методе выделяется 3 ведущих психологических аспекта психического функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение. Эллис подчеркивал необходимость дифференцировать 2 типа когниции. **Дескриптивные когниции** содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно было бы назвать чистой информацией о реальности. **Оценочные когниции** отражают отношение к этой реальности; для их обозначения Эллис использовал термин belief — убеждение, вера (В). Предполагается, что дескриптивные когниции соединены с оценочными когнициями связями разной степени жесткости. Не объективные события сами по себе вызывают позитивные или негативные эмоции, а оценка, наше внутреннее восприятие их. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого.

Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов являются результатом нарушений в когнитивной сфере (таких как сверхгенерализации, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал **иррациональными установками (IB).** С точки зрения Эллиса, это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений; они носят абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если иррациональные установки не реализуются, они приводят к длительным, неадекватным ситуации эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению его целей. У нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниции (RB), которую можно определить, как систему гибких связей между дескриптивными и оценочными когнициями. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития события, поэтому приводит к умеренным эмоциям. Хотя иногда они и могут носить интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не препятствуют достижению целей.

Возникновение психологических проблем у пациента связано с функционированием иррациональных установок. Однако рационально-эмоциональная психотерапия сфокусирована не на генезе иррациональных установок, а на том, что поддерживает и укрепляет их в настоящем.

Работа психотерапевта, придерживающегося этого метода, сводится сначала к опознанию иррациональных установок, затем к конфронтации с ними и пересмотру их, закреплению функционирования рациональных (гибких) установок. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризуется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности негативных его проявлений.

Данный метод показан прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Предполагается активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским. Этому помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального дискомфорта).

**Начало работы включает информирование пациента** о «философии» метода (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка), о последовательных этапах восприятия события человеком: ао — Ас — В (включающая как RB, так и IB) — С, где ао — объективное событие (описанное группой наблюдателей), Ас — субъективно воспринятое событие (описанное пациентом), В — система оценки пациента, предопределяющая, какие параметры объективного события будут восприняты и будут значимы, С — эмоциональные и поведенческие последствия воспринятого события, в том числе и симптоматика.

**«Холодные», «теплые» и «горячие» когниции.**

**Разделение Эллисом когниции на холодные, теплые и горячие иллюстрирует, каким образом чувства объединяются в когниции.** Горячие когниции влияют на более интенсивные чувства и генерируют более интенсивные чувства, чем теплые или холодные когниции. **Холодные когниции** являются дескриптивными и пред полагают наличие относительно слабого чувства или его отсутствие. **Теплые когниции** — это предпочтительные мысли или рациональные установки. Они включают в себя оценку холодных когниции, влияют на чувства, как слабые, так и сильные, и по рождают такие чувства. **Горячие когниции** содержат горячие (резкие) или «высокие» оценочные мысли и обычно предполагают наличие сильных или очень сильных чувств. Эллис приводит следующий пример. Мужчина, жена которого очень сердита, имеет три следующих варианта выбора.

**Холодная когниция:** «Я вижу, что моя жена вспыльчива».

**Теплые, или предпочтительные, чувства-когниции**: «Мне не нравится ее вспыльчивость, мне не хотелось бы, чтобы она так действовала. Как меня раздражают ее по ступки!».

**Горячие чувства-когниции**: «Я совершенно не выношу ее нападки! Она не должна оскорблять меня! На черта она мне нужна, если так поступает! Я убью ее!».

**Горячие мысли могут быть различной степени накаленности**. Имеет большое значение, как выражаются эти мысли: иногда или всегда, наигранно или искренне; умеренно или настойчиво, вкрадчиво или пылко, тихо или громко; важно также, возникают эти мысли в одной определенной ситуации или во многих ситуациях.

**Цель этого метода** — **перевод пациента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные**.

**Работа строится с учетом схемы А, В, С.**

**Первый этап** — *кларификация, прояснение параметров события (А)*, в том числе параметров, наиболее эмоционально затронувших пациента, вызвавших у него неадекватные реакции. Фактически на этом этапе происходит личностная оценка события. Кларификация позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены. При этом цель психотерапии — не поощрение больного к уходу от столкновения с событием, не изменение его самого (например, переход на новую работу при наличии неразрешимого конфликта с начальником), а осознание системы оценочных когниций, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка ее и только после этого — принятие решения об изменении ситуации. В противном случае пациент сохраняет потенциальную уязвимость в сходных ситуациях.

**Следующий этап — идентификация следствий (С)**, прежде всего аффективных воздействий события. **Цель этого этапа** — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Это необходимо, поскольку не все эмоции легко дифференцируются человеком, некоторые подавляются и поэтому не осознаются из-за включения рационализации, проекции, отрицания и некоторых других механизмов защиты. У одних пациентов осознание и вербализация испытываемых эмоций затруднены из-за словарного дефицита, у других — из-за поведенческого дефицита (отсутствие в его арсенале поведенческих стереотипов, обычно связанных с умеренным проявлением эмоций; такие пациенты реагируют полярными эмоциями, например, или сильной любовью, или полным отвержением). Вторичный выигрыш от болезни также может исказить осознание испытываемых эмоций. Для достижения цели этого этапа используется ряд приемов.

Наблюдение за экспрессивно-моторными проявлениями при рассказе пациента о событии и предоставление обратной связи психотерапевтом, говорящим о своем восприятии характера эмоциональной реакции у пациента; высказывание предположений о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации (обычно такое высказывание помогает пациенту осознать неосознаваемые эмоции). В некоторых случаях можно использовать приемы усиления из арсенала гештальт-терапии (усиление отдельных экспрессивно-моторных проявлений с осознанием языка тела и др.). Выявление системы оценочных когниций (как иррациональных, так и рациональных установок) облегчается, если два предшествующих этапа реализованы полноценно; вербализации же их помогает ряд технических приемов: фокусировка на тех мыслях, которые приходили пациенту на ум в момент столкновения с событием; высказывание психотерапевтом гипотетических предположений типа «У меня в такой ситуации возникли бы следующие мысли»; вопросы с проекцией в будущее время, например: «Предположим, что произойдет самое худшее, что же это будет?» и др.

Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов. Обычно с иррациональными установками связаны слова, отражающие крайнюю степень эмоциональной вовлеченности пациента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а также глобальных оценок лица, объекта или события. Эллис выделил 4 наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы: 1) катастрофические установки, 2) установки обязательного долженствования, 3) установки обязательной реализации своих потребностей, 4) глобальные оценочные установки. Цель этапа реализована, когда в проблемной области выявлены иррациональные (а их может быть несколько) установки, показан характер связи между ними (параллельные, артикуляционные, иерархической зависимости), делающей понятной многокомпонентную реакцию индивида в проблемной ситуации. Выявление рациональных установок также необходимо, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, которая в последующем может быть расширена.

**Следующий этап — реконструкция иррациональных установок**. К нему следует приступать, если пациент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. *Реконструкция установок может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения, а также на уровне поведения — прямого действия*.

**Реконструкция на когнитивном уровне включает доказательство пациентом истинности установки, необходимости сохранения ее в данной ситуации.** Обычно в процессе такого рода доказательств пациент еще более отчетливо видит негативные последствия сохранения данной установки. Использование приемов вспомогательного моделирования (как бы другие решали эту проблему, какие установки они имели бы при этом) позволяет сформировать на когнитивном уровне новые рациональные установки.

**При работе на уровне воображения пациент вновь мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию**. При негативном воображении он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться уменьшить ее уровень, осознать, за счет каких новых установок ему удалось достигнуть этого. Погружение в психотравмирующую ситуацию повторяется неоднократно. Тренировка может считаться эффективно проведенной, если пациент уменьшил интенсивность испытываемых эмоций с помощью нескольких вариантов установок. При позитивном воображении пациент сразу представляет проблемную ситуацию с позитивно окрашенной эмоцией.

**Реконструкция с помощью прямого действия является подтверждением успешности модификаций установок, проведенных на когнитивном уровне и в воображении.** Иногда можно начинать реконструкцию сразу на уровне поведения, при этом работа с пациентом напоминает систематическую десенсибилизацию (постепенное приближение к реальной ситуации опасности с осознанием включения иррациональной установки, торможение ее реализации в поведении, использование для описания ситуации других рациональных установок).

Важным элементом данного варианта психотерапии являются домашние задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

**Техника сократовский диалог.**

**Метод Сократа** — это способ вывести знания заново, с нуля, с точки «незнания». Ход сократовской дискуссии идет от незнания к знанию, а не от одного знания к другому, более полному. Знания выводятся с помощью последовательного ряда вопросов к собеседнику. Он, собеседник, является источником «выводного знания», а задающий вопросы — только «методологом» или организатором этого процесса. Синтез Сократа, скорее, не интеллектуальный, рационалистический синтез, а больше этический.

**Если этическая цель дискуссии** — объективно существующее Добро (понятие добродетели), то **стратегическая цель** — поиски истины, которые оформляются в некий результат — новое для собеседника знание.

**Тактической целью** является приведение оппонента к противоречию с самим собой. Искусно задаваемыми вопросами оппонент заводится в смысловой тупик, парадокс, который заставляет человека признать свое невежество (в лучшем случае) или ограниченность познавательных возможностей человека вообще (в худшем случае). Только так можно заставить человека отказаться добровольно от стереотипов мышления, от привычных догм и удобных концептов. Люди очень не любят это делать. Сократ поплатился жизнью за свое искусство иронизировать. Итак, «сократовская ирония» — это раскрытие противоречия в первоначальном мнении оппонента устами самого оппонента. Ведущий дискуссию делает это с помощью последовательно задаваемых, системных вопросов. Однако это только половина задачи. Вторая половина — преодоление этих противоречий с целью поиска истины.

**Продолжением и дополнением «иронии» служила «майевтика».** **Майевтика** — самое загадочное в сократовской дискуссии. Это – «повивальное искусство» для мужчин (мать Сократа была по профессии повивальной бабкой). Философ как бы «принимал роды души», помогал слушателю «родиться заново», стать мыслящим человеком, стать вполне Homo sapiens. Что же помогает стать человеком мыслящим? Человек мыслящий постигает сущность вещей, которая скрыта от непосредственного, чувственного восприятия. Постичь, понять действительность и множество вещей, которые составляют эту действительность, можно с помощью понятий. Бытие, которое «течет и меняется», как учил Гераклит, не может быть предметом знания. Поэтому Сократ обратился к проблеме предмета знания или сущности, которое выражается в понятии. Без скрепления бытия системой понятий все течет и меняется! Основная задача сократического диалога состояла в нахождении «всеобщего» как основы истинной морали и нравственности. В диалоге необходимо было установить всеобщую нравственную основу отдельных, частных добродетелей. Эта задача решалась при помощи «индукции» и «общих определений». Эти два метода ведения беседы взаимно дополняли друг друга:

**1) «индукция»** — отыскание общего в частностях (частных добродетелях) путем их анализа и сравнения;

**2) «определение»** — или «что вещи» («Что-вопросы»), установление «родов и видов» понятий, их соотношения.

Общее определение есть способ выяснения и установления границ знания и незнания. С помощью «Что-вопросов» философ помогал собеседнику «вспомнить то, что было известно его душе». Восстановление знаний по Сократу было равносильно духовному возрождению! Гораздо позже З. Фрейд с помощью «свободных ассоциаций» пытался делать почти то же самое — восстанавливать забытое, погребенное в бессознательном. Майевтика по Сократу есть возрождение знаний («родовспоможение души»), принятие плодов познания, а не «озвучивание» собственной мудрости. С помощью общих определений эти плоды познания-воспоминания связывались «логическими скрепами бытия» (термин А. Ф. Лосева). Тем самым и раскрывалась мыслимая сущность предмета, а не его чувственная, чисто внешняя, явленная оболочка.

**Всего можно насчитать семь «шагов» этой беседы-дискуссии по Сократу:**

1. Согласие оппонента по поводу общего определения.

2. Поиски противоречия. Сократовская ирония.

3. Размывание начального допущения.

4. Тупиковая ситуация (аналогия с лабиринтом).

5. Демонстрация невежества («мудр только Бог»).

6. Разоблачение предрассудка.

7. Наставительная беседа-совет.

**Техника когнитивный диспут.**

**Диспут —** это дискуссия, во время которой происходит окончательное разделение рациональных и иррациональных когниций и осуществляется оспаривание и коррекция иррациональных установок. Клиент, который изначально является носителем иррациональных установок, в процессе дискуссии под воздействием различных аргументов постепенно отказывается от них и заменяет их на рациональные.

**В диспуте выделяются две фазы:** 1) изучение и критическое обсуждение связанных с проблемой иррациональных установок; 2) замена иррациональных установок на рациональные. В зависимости от используемых психотерапевтических техник выделяют три вида диспута: когнитивный, образный и поведенческий.

**Когнитивный диспут –** это дискуссия, которая происходит на рациональном уровне и использует в основном приемы т. н. разговорной терапии (сократический диалог, поучительные истории из жизни других людей, аналогии, метафоры, притчи и прочие). **Главный инструмент когнитивного диспута** – использование вопросов. В зависимости от доминирующей категории иррациональных суждений, психотерапевт может использовать одну из следующих групп вопросов:

**1) Вопросы, направленные на выявление алогичности, нереалистичности суждений:** «Что означает для Вас данное утверждение?», «Где доказательства истинности данного утверждения?», «Как Вы можете обосновать данное суждение?», «Какие еще факты его подтверждают?», «Как Вы убедите других в истинности данного утверждения?», «Объясните, почему Вы настаиваете на данном суждении?», «Какие факты опровергают его?», «Какие еще факты за или против Вы можете привести?».

**2) Вопросы, направленные на декатастрофизацию мышления и осознание клиентом правомерности своих опасений**: «Если предположить, что произойдет самое худшее, что это будет?», «Что случится, если это произойдёт?», «Что будет, если события будут продолжать так развиваться?», «Что самое плохое в этом худшем сценарии? Что еще?», «Объясните, почему это столь ужасно?», «Почему это так сильно подействовало на Вас?», «Какова вероятность возникновения самого худшего варианта?», «Можно ли испытать другие эмоции, если это произойдёт?», «Можно ли быть радостным или даже счастливым, если это произойдёт?».

**3) Вопросы, направленные на изучение и коррекцию установок обязательной реализации своих желаний:** «Зачем Вам нужно обязательно обладать этим?», «Что особенного Вы получите, если достигнете этого?», «Как Вы будете себя чувствовать, если у Вас не будет этого?», «Что для Вас означает иметь это?».

**Образный диспут предполагает использование воображения и может использоваться самостоятельно либо как следующий после когнитивного диспута этап.** Образный диспут может проводиться как под руководством психотерапевта, так и самостоятельно клиентом в рамках домашних заданий (что особенно важно для закрепления достигнутых результатов). Наиболее часто используются следующие техники образного диспута:

**1) Воображение психотравмирующей ситуации.** Психотерапевт предлагает клиенту представить себя в психотравмирующей ситуации и затем обратить внимание на свои эмоции, оценить, изменились ли они, адекватны они или нет; после этого клиент должен обратить внимание на свои мысли. При адекватных эмоциях следует сформулировать рациональные когниции, при неадекватных – иррациональные, последние могут потребовать проведения когнитивного диспута.

**2) Негативное воображение.** Клиент в воображении погружается в один из худших вариантов проблемной ситуации и затем пытается вызвать у себя прежние негативные эмоции. Если таковые появились, терапевт просит клиента сформулировать в словах свой внутренний диалог. После этого клиенту предлагается снизить, насколько это возможно, уровень испытываемых отрицательных переживаний. После достижения минимально возможного уровня эмоционального напряжения клиент формулирует новый внутренний диалог, содержащий рациональные убеждения, которые помогли уменьшить интенсивность эмоций.

**3) Позитивное воображение**. Клиент в воображении погружается в проблемную ситуацию, но с первого же момента представляет себя в позитивном состоянии, а затем формулирует рациональные когниции, которые помогли успешно выполнить задание.

**4) Образ преодоления**. Клиент воображает психотравмирующую ситуацию и восстанавливает свои обычные иррациональные мысли. Затем он проводит активную внутреннюю дискуссию, заменяя иррациональные когниции рациональными, четко формулируя и развивая их.

**5) Образный диспут в состоянии релаксации**. Использование состояния релаксации облегчает преодоление негативных эмоций и связанных с ними иррациональных когниций. Для самостоятельного использования данной техники клиенту следует предварительно пройти курс обучения релаксации.

**Поведенческий диспут помогает клиенту, меняя поведение, опровергнуть свои иррациональные установки.** Одной из наиболее популярных поведенческих техник в РЭТ является изменение поведения на противоположное: клиент поощряется многократно совершать действия, вызывающие эмоциональный дискомфорт. Например, при социальной тревожности со страхом публичного выступления клиенту может быть рекомендовано выступать много раз в день и использовать для этого любую подходящую ситуацию: в очереди, на остановке, в вестибюле, в транспорте и т. п. При выполнении задания клиент постепенно приходит к убеждению, что проблемная ситуация не обязательно должна вызывать сильные неприятные эмоции и что изменение когниций приводит к устранению неблагоприятных эмоциональных и поведенческих последствий. В рамках поведенческого диспута с успехом используются и такие типично бихевиоральные техники, как методика наводнения и тренинг уверенного поведения.

**Лекция №3**

**Тема.** Когнитивная психотерапия А. Бека

**Автоматические мысли (АМ)** – это мысли, возникающие у человека спонтанно, они являются внутренними «высказываниями» или мнением человека о самом себе. АМ есть у любого человека, это своего рода «система координат» ценностей человека, его стиль жизни и мировоззрение. Некоторые автоматические мысли становятся неадаптивными (негативными) и зацикливают человека на чем-то отрицательном, превращаясь в подобие «умственной жвачки», вызывая у человека дискомфорт и страдания, сопровождающие болезненными эмоциональными реакциями.
**Глубинное убеждение** (глубинная установка, базисная посылка, базовое убеждение, основное убеждение, базовая установка) — понятие в когнитивной психотерапии, которое означает ключевые представления человека о себе и мире, абсолютизированные и обобщённые. Формируются глубинные убеждения обычно в детстве, когда ребёнок взаимодействует со значимыми для него людьми и приобретает жизненный опыт.
**Базовое убеждение** - глубинное убеждение, определяющее основные отношения человека к себе к жизни, к другим людям. Проявляется через автоматические мысли в конкретных ситуациях.

**Компенсаторное убеждение** – глубинное убеждение, дополняющее базовое. Формирует поведенческую стратегию, основанную на предположении, что базовое убеждение истинно. При дисфункцональности базового убеждения, компенсаторное убеждение жёстко ограничивает жизнь и возможности человека.

**Сверхгенерализация (сверхобобщение, генерализация).**

Из одного или нескольких изолированных случаев выводится общее правило или делается умозаключение, которое распространяется на широкий круг ситуаций. Это правило начинают применять, в том числе к ситуациям, не имеющим к нему отношения.

Пример: женщина после разочаровавшего ее свидания приходит к следующему выводу: «Все мужчины одинаковы. Меня всегда будут отвергать. Меня никто и никогда не полюбит».

**Произвольное умозаключение (произвольные заключения).**

Человек делает необоснованные или противоречащие фактам выводы.

Пример: мать, которая все время проводит с ребенком в конце особенного трудного дня приходит к заключению «Я— ужасная мать».

**Выборочное абстрагирование (избирательная абстракция, избирательное абстрагирование, избирательное внимание).**

Человек делает вывод на основании детали, вырванной из контекста, при одновременном игнорировании другой, более существенной информации.

Пример: муж заметил, что его жена в гостях много времени разговаривала с мужчиной. Это вызвало ревность, которая основывалась на убеждении: «Моя жена меня не любит». Суть этого искажения состоит в том, что человек судит о том, кто он есть, по своим неудачам.

**Туннельное зрение (фильтр).**

Туннельное зрение связано с выборочным абстрагированием. Люди воспринимают только то, что соответствует их настроению, хотя воспринимаемое событие может быть лишь частью гораздо более масштабной ситуации.

Пример: муж, который не видит ничего положительного, сделанного для него женой.

**Преувеличение (переоценивание, магнификация) и преуменьшение (минимизация, недооценивание, обесценивание позитивного).**

Неправильная оценка, рассмотрение себя, окружающих, конкретных событий или возможных их последствий как гораздо более или гораздо менее важных, значимых, сложных, позитивных, негативных или опасных, чем они есть на самом деле.

Пример преувеличения: «Оценка "три" говорит о том, что я неспособный».

Пример преуменьшения: «Мне удалось выполнить эту работу, но это вовсе не означает, что я способный», женщина с симптомами рака груди думает «Ничего страшного с моей грудью не происходит».

**Катастрофизация (негативные предсказания).**

Это один из видов преувеличения. При этом искажении человек предсказывает события будущего исключительно негативно, без учета более вероятных исходов.

Пример: «Если я стану хоть чуть-чуть нервничать, у меня произойдет сердечный приступ».

**Персонализация (принятие на свой счет, атрибутивность).**

Человек приписывает себе ответственность за поведение других или за определенные события или явления без учета более вероятных объяснений. Возможно, человек переоценивает степень, в которой события связаны с ним. Этот тип искажения может быть назван чрезмерной ответственностью. Это уверенность человека в том, что его ошибки и просчеты находятся в центре внимания окружающих. Наиболее очевидно это проявляется у параноидных и тревожных клиентов, которые часто полагают, что окружающие обсуждают их, хотя это не соответствует действительности.

Пример: человек видит идущего по противоположной стороне оживленной улицы знакомого, который не замечает его приветственного помахивания, и думает: «Я, должно быть, чем-то его обидел».

**Дихотомическое мышление (черно-белое восприятие, мышление по типу «или — или», поляризованное мышление, абсолютизм).**

Речь идет о склонности клиентов мыслить крайностями, делить события, людей, поступки на две противоположные категории, при отсутствии промежуточных значений. Это мышление, характеризующееся максимализмом. Говоря о себе, клиент обычно выбирает негативную категорию.

Пример: «возможны только полный успех или полное поражение», «люди только хорошие или только плохие».

**Пристрастные объяснения.**

Если отношения причиняют людям боль или радость, они склонны приписывать друг другу отрицательные/положительные чувства, мысли и действия. Люди могут с чрезмерной готовностью допускать, что за «оскорбительными» действиями партнера скрываются злые намерения или недостойные мотивы.

Пример: один из партнеров объясняет возникновение семейных проблем плохим характером другого партнера.

**Субъективная аргументация (эмоциональное обоснование).**

В основе субъективной аргументации лежит следующее ошибочное убеждение: если человек испытывает какую-то очень сильную эмоцию, эта эмоция оправданна. Это убеждение, что нечто правда только потому, что вы «чувствуете» (по сути верите) в это настолько сильно, что игнорируете или обесцениваете доказательства обратного.

Пример: «Мне многое удается на работе, но я по-прежнему чувствую себя неудачником».

**Наклеивание (навешивание) ярлыков.**

Эта ошибка совершается на базе пристрастных объяснений. Наделение себя или окружающих безусловными, глобальными характеристиками без учета того, что доказательства могут не соответствовать глобальной оценке. Люди постоянно приклеивают отрицательные или положительные ярлыки к своим действиям или действиям другого. При этом они остро реагируют на ярлыки, как будто эти ярлыки являются реальными вещами.

Пример: учитель делает вывод, что определенный ребенок «хулиган», и в каждой краже или порче имущества обвиняет этого ребенка.

**Чтение мыслей.**

Уверенность человека в том, что он знает мысли, чувства, мотивы окружающих или окружающие способны знать о его мыслях. При этом человек отказывается принимать во внимание другие, более вероятные возможности.

Пример: «Он думает, что я ничего не смыслю в этой работе».

**Долженствование (мышление в стиле «я должен»).**

Наличие четкой непреложной идеи о том, какими должны быть и как должны вести себя другие люди и каким должно быть собственное поведение. Если ожидания не оправдываются, человек воспринимает это как неудачу.

Пример: «Я должен во всем добиваться успеха».

**Когнитивный сдвиг.**

Речь идет о базовом изменении, которое происходит в мышлении клиентов. По мере формирования эмоционального расстройства у клиентов нарушается восприятие определенной информации.

Например, когнитивный сдвиг при депрессии, выражается в следующем: большая часть позитивной информации, касающейся индивида отметается (когнитивная блокада), в то время как негативная информация о себе с готовностью воспринимается. Когнитивный сдвиг часто имеет место и при других расстройствах.

Например, в случае тревожного расстройства, в фокусе оказывается «опасность», поэтому человек приобретает повышенную восприимчивость к опасным стимулам.

**Выявление автоматических мыслей**

Распознаванию автоматических мыслей можно обучаться, как и любому другому навыку; некоторым пациентам и терапевтам этот навык даётся легко, другим для его освоения требуется немало практики. Существуют техники, позволяющие терапевту выявлять у пациента автоматические мысли, возникающие во время психотерапевтической сессии либо в промежутке между сессиями.

Автоматические мысли, возникающие во время сессии, выявить особенно легко в случаях, когда терапевт замечает, что у пациента изменяется настроение. Наблюдать изменение эмоционального состояния пациента можно, внимательно отслеживая как вербальные, так и невербальные сигналы пациента. К вербальным относятся изменение интонации, громкости, темпа речи, к невербальным — изменение выражения лица, положения тела, напряжение мышц, жесты. В ходе сессии у пациента могут возникать, например, такие мысли, как «Я ничтожество», «Он (терапевт) меня не понимает», «Я обратился сюда для лечения, а не для того, чтобы выполнять домашние задания». Такого рода «горячие когниции», возникающие в ходе сессии, могут негативно сказываться на мотивации пациента или его чувстве собственного достоинства, мешать пациенту сосредоточиться во время сессии и затруднять установление терапевтических отношений.

Для выявления автоматических мыслей, возникающих в промежутке между сессиями, терапевт может использовать те же вопросы. Если словесного описания ситуации оказывается для идентификации мыслей недостаточно, терапевт просит пациента описать ситуацию так, как если бы всё происходило прямо сейчас: описать её, подробно излагая обстоятельства и говоря в настоящем времени. Переживая заново проблемную ситуацию, пациент вспоминает, какие мысли у него возникали в тот момент. Возможен также вариант, при котором ситуация воссоздаётся с помощью ролевой игры (терапевт при этом играет роль второго участника взаимодействия).

Также можно сосредотачиваться на выявлении тех или иных средовых событий, с которыми связаны негативные автоматические мысли: это даёт возможность обсудить те или иные проблемы пациента, его убеждения; либо же пациента можно попросить записать автоматические мысли, относящиеся к какой-либо теме (например, у одной пациентки анализ мыслей, вращающихся вокруг темы «отвержения», позволил обсудить ожидания этой пациентки в отношении окружающих: оказалось, что пациентка бессознательно полагала, будто окружающие должны постоянно жертвовать ради неё своими интересами).

**Оценивание автоматических мыслей**

Перед тем, как начать работу с той или иной автоматической мыслью, когнитивному терапевту следует определить, заслуживает ли данная мысль внимания. С этой целью он выясняет у пациента, насколько он сейчас доверяет своей автоматической мысли (по шкале от 0% до 100%), какие эмоции она у него вызывает и насколько (по шкале от 0% до 100%) они интенсивны. Важно, чтобы автоматическая мысль была значимой (то есть, на взгляд терапевта, ухудшала состояние пациента); являлась не случайной, а повторяющейся; была, по предположению терапевта, искажённой и дисфункциональной; могла служить полезной моделью для обучения пациента оцениванию других мыслей. В зависимости от этих особенностей автоматической мысли терапевт либо решает не уделять ей внимания и перейти к рассмотрению других проблем, либо — если пациент полностью уверен в истинности автоматической мысли и эта мысль вызывает у него выраженные отрицательные эмоции — переходит к анализу автоматической мысли и задаёт пациенту вопросы о том, когда именно возникает данная мысль, в каких ситуациях; вызывает ли эта мысль какие-либо физические ощущения; возникают ли у пациента в той же ситуации другие дисфункциональные мысли и образы (представления) и пр.



Не все эти вопросы следует применять для оценки любой автоматической мысли — даже если все они логически подходят к той или иной автоматической мысли (что бывает отнюдь не всегда), подробный анализ с использованием всех вопросов может оказаться излишне длительным и утомительным для пациента, вследствие чего тот, устав и разочаровавшись, может отказаться от оценивания автоматических мыслей.

Очень важно также выявить тип систематических негативных искажений мышления (или, иначе говоря, тип допущенной пациентом ошибки), характерный для той или иной автоматической мысли. Систематические негативные искажения свойственны когнитивным процессам пациентов, страдающих психическими расстройствами. Когнитивный терапевт даёт пациенту список распространённых ошибок мышления и рекомендует, выявив ту или иную автоматическую мысль, определить тип искажений, присущих этой мысли.

**Бланк для работы с дисфункциональными мыслями**

В целях поиска адаптивных ответов на автоматические мысли желательно использовать бланк для работы с дисфункциональными мыслями, составленный Джудит Бек (1995). Когнитивный терапевт обучает пациента работе с этим бланком, в дальнейшем пациент заполняет бланк самостоятельно, в качестве домашнего задания. Бланк включает в себя следующие колонки:

* «Дата/время»,
* «Ситуация» (здесь пациент отмечает, какое событие либо поток мыслей, образов или воспоминаний пришли ему на ум и возникали ли при этом неприятные физические ощущения)
* «Автоматические мысли» (в этой колонке пациент фиксирует, какие автоматические мысли и/или представления у него возникли и насколько он был уверен (в процентах) в их истинности в тот момент)
* «Эмоции» (какую конкретно эмоцию пациент чувствовал при этом и насколько ярко (в процентах) она была выражена)
* «Адаптивный ответ» (здесь пациент может указать, какой тип когнитивного искажения он допустил, но главное — использовать список вопросов об автоматических мыслях (см. выше), чтобы найти адаптивный ответ, и отметить, насколько уверен в каждом ответе)
* «Результат» (здесь пациент отмечает, насколько теперь он уверен в истинности каждой автоматической мысли, какие эмоции теперь он испытывает и настолько (в процентах) каждая из этих эмоций интенсивна, каковы будут дальнейшие действия пациента либо какие действия он уже предпринял)

Первоначально пациент заполняет только колонки «Дата/время», «Ситуация», «Автоматические мысли» и «Эмоции» и лишь научившись с помощью заполнения этих колонок отслеживать изменения в своём настроении, правильно называть эмоции и находить взаимосвязи между автоматическими мыслями и эмоциями, переходит к поиску рациональных ответов на дисфункциональные автоматические мысли и заполняет также пятую и шестую колонки.

**Протокол дисфункциональных мыслей.**

Для выявления, исследования и коррекции когниций используется также техника регистрации дисфункциональных мыслей. Пациенту выдается бланк, состоящий из двух или нескольких колонок. В одну колонку пациент должен записывать возникающие у него автоматические мысли, а в другую — «разумные ответы» на эти мысли. В дополнительных колонках пациент может отметить свою реакцию (аффективную или поведенческую) на эти мысли, а также описать ситуацию или событие, предшествовавшие когнициям. Стандартный бланк «Протокола дисфункциональных мыслей» включает следующие колонки: «Дата», «Ситуация», «Эмоции», «Автоматические мысли», «Рациональный ответ», «Результат» (см. Приложение).

Терапевт должен объяснить пациенту, как пользоваться бланком, и привести примеры автоматических мыслей. Следует также научить пациента оценивать степень интенсивности эмоций и степень правдоподобия негативных когниций; последнее условие продиктовано тем, что пациент должен записывать даже те мысли, которые кажутся ему «чуждыми» (маловероятными). Кроме того, это позволяет оценить в количественном выражении позитивные изменения, происходящие в эмоциональном состоянии и мышлении пациента.

Основная задача терапевта — помочь пациенту найти разумные ответы на негативные когниций. Регистрация негативных мыслей позволяет пациенту дистанцироваться от них, чтобы затем совместно с терапевтом объективно исследовать их. В ходе исследования пациент начинает понимать, как негативные когниций влияют на эмоции и поведение, и, что самое важное, научается более реалистической интерпретации событий.

Терапевт волен менять названия колонок с учетом потребностей пациента. Следующие два протокола являют собой видоизмененный вариант методики.

**Пациентка, медицинский архивист с 6-летним «стажем» депрессии.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Событие | Чувства | Мысли | Другие возможные интерпретации |
| Медсестра из кардиологического отделения нагрубила мне, когда я попросила ее заполнить лист назначений для предстоящей комиссии. Она сказала: «Терпеть не могу эти листы назначений» | Горечь.Легкое раздражение.Чувство одиночества | Она не любит меня | Эта дама всегда не в духе. То, что она ненавидит листы назначений, не значит, что она ненавидит меня, — она просто не любит бумажную работу. У нее много работы, и она торопилась. Глупо так относиться к листам назначений; они — ее единственная защита в случае судебного иска |

**Пациентка, 24-летняя медсестра, недавно выписалась из клиники.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Событие | Чувства | Мысли | Другие возможные интерпретации |
| Когда я выписалась из больницы, друзья пригласили меня на вечеринку. Там ко мне подошел Джим. Он спросил: «Как твое самочувствие?» | Тревога | Джим считает меня тяжелобольной. Неужели я так плохо выгляжу, что он находит нужным поинтересоваться моим самочувствием?Я небезразлична ему | Он заметил, что я выгляжу лучше, чем раньше, и поэтому поинтересовался моим самочувствием |

**Техника реатрибуции.**

Когнитивный паттерн депрессивного пациента обычно содержит элемент самобичевания. В депрессии человек склонен винить себя или брать на себя ответственность за неблагоприятный исход событий, причем даже в тех случаях, когда он реально не мог повлиять на результат. Если терапевт обнаруживает, что пациент объясняет неприятности только собственными просчетами и изъянами, например ругает себя за неумелость или недостаток старательности, он может применить технику реатрибуции. Цель данной техники вовсе не в том, чтобы полностью снять ответственность с пациента, а в том, чтобы путем объективного анализа ситуации высветить все факторы, которые могли повлиять на исход событий. Объективный взгляд на вещи помогает пациенту и уточнить свои просчеты, и выработать пути исправления неблагоприятной ситуации, и предотвратить ее повторение

**Поиск альтернативных решений.**

Ограниченная система логики и аргументации депрессивного пациента становится более открытой, когда пациент дистанцируется от собственных когниций и начинает идентифицировать паттерны своего мышления и персеверативные темы. Проблемы, прежде казавшиеся неразрешимыми, могут быть подвергнуты переосмыслению. На данном этапе терапии полезной оказывается техника "альтернативной концептуализации", суть которой сводится к активному исследованию всех возможных интерпретаций и путей решения проблемы.

Подробно определив суть своих затруднений, пациент может совершенно спонтанно прийти к решению проблем, представлявшихся неразрешимыми. Свежий, непредубежденный взгляд на проблему позволяет пациенту рассмотреть разнообразные возможности, которые ранее просто не принимались в расчет. Обычно депрессивный пациент искренне полагает, что исследовал все возможные подходы к проблеме, но на поверку оказывается, что некоторые возможности упущены или отвергнуты им по причине предубежденности его мышления

**Модификация убеждений.**

Выявление дисфункциональных убеждений служит первым шагом к их изменению. Когда эти убеждения сформулированы и таким образом извлечены на свет, их абсурдность или дезадаптивный характер становятся очевидными для многих пациентов.
Можно воспользоваться различными аргументами и прибегнуть к помощи разнообразных упражнений, чтобы побудить пациента исследовать достоверность его убеждений. Однако следует помнить, что решающее значение имеет не *количество,*а точность аргументов. Если в результате одного-двух аргументов пациент начинает совершенно иначе смотреть на ситуацию, это обычно приводит к изменению базовых убеждений. Зачастую изменить убеждения пациента оказывается на удивление просто. И всякий раз, когда это происходит, терапевт должен поинтересоваться, что именно привело к пересмотру убеждений.
Наибольшую убедительность для пациента имеют те опровержения, которые он находит самостоятельно или совместно с терапевтом. Поэтому не следует читать пациенту лекции — надо просто задавать ему вопросы и предлагать *альтернативные*формулы. Терапевт скорее добьется успеха, если будет черпать свою аргументацию из имеющихся у пациента адаптивных убеждений. Например, один из наших пациентов считал, что люди, которые не соглашаются с его мнением, плохо относятся к нему. Но он также был убежден в том, что невозможно угодить всем сразу. Сопоставив второе убеждение с первым, он пришел к выводу, что для него не должно иметь большого значения, согласны с ним другие или нет.

**Модификация «долженствований»**

В мыслях, записанных пациентом дома, как и в его высказываниях во время сессии, часто встречаются формулировки типа «я должен», «я обязан», «мне следует». В силу действия этих деспотических правил пациент: а) не замечает своих достижений, б) не может расставить приоритеты и в) не может решить, чего ему *хочется.* Постоянно отдавая себе приказы и будучи не в силах выполнить их, он впадает в тревогу, испытывает хроническую неудовлетворенность и разочарование.Существует несколько техник модификации долженствовании. Одна из бихевиоральных техник, называемая «предупреждение реакции», успешно применяется при лечении навязчивостей. Ее суть сводится к тому, что пациенту поручается эмпирическим путем выяснить, что произойдет, если он противостоит навязчивому побуждению, например: «Мне надо мыть руки каждые десять минут. Иначе я подцеплю какую-нибудь заразу».Разновидность этой техники может быть использована в терапии депрессий. Терапевт побуждает пациента: а) вербализовать долженствование, б) спрогнозировать, что произойдет, если он не последует долженствованию, в) провести эксперимент для проверки правильности прогноза и г) в соответствии с результатами эксперимента пересмотреть свое правило.

**Модуль № 3. Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии**

**Лекция № 1.**

**Тема.** Гуманистическая и эксперинциальная психотерапии. Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса

**Феноменологическая концепция личности и концепция патологии.**

Феноменологическое направление теории личности проповедует идею о том, что именно субъективная способность постигать действительность играет ключевую роль в определении внешнего поведения человека. Другими словами, каждый из нас реагирует на события в соответствии с тем, как мы субъективно воспринимаем их. Представители этого направления отрицают идею о том, что мир существует сам по себе как неизменная действительность для всех. Они утверждают, что объективная действительность есть реальность, сознательно воспринимаемая и интерпретируемая человеком в данный момент времени.

Другой важный тезис - идея о том, что люди способны определять свою судьбу. Они свободы в решении, какой должна быть их жизнь. Самоопределение является существенной частью человека. Оно приводит к заключению, что люди ответственны за то, что они собой представляют.

Последний тезис заключается в том, что люди по своей природе добры и обладают стремлением к совершенству: реализации внутренних возможностей и личностного потенциала. Этот тезис четко отражает позитивный и оптимистический взгляд феноменологического подхода на человечество.

Концепции и положения, характеризующие феноменологический подход к личности, наиболее ярко выражены в работах Карла Роджерса.

Феноменологическая позиция Роджерса.

Феноменологическое направление считает реальным для индивида то, что существует в пределах субъективного мира человека, включающего все, осознаваемое в любой данный момент времени. Из этого следует, что каждый из нас реагирует на события в соответствии с тем, как мы субъективно воспринимаем их. Например, человек, изнывающий от жажды в пустыне, бросится к луже воды, являющейся миражом, так, если бы это была настоящая вода.

Феноменологическая психология утверждает, что действительная реальность - это реальность, которую наблюдает и интерпретирует реагирующий организм. Следовательно, каждый человек интерпретирует реальность в соответствии со своим субъективным восприятием, и его внутренний мир доступен только ему самому. Роджерс избегал делать какие-либо заявления о природе «объективной» реальности. Его интересовала только психологическая реальность.

Большое значение для этого направления имеет то, что понимание поведения человека зависит от изучения его субъективного восприятия реальности. Только субъективный опыт является ключом к пониманию поведения.

Роджерс выступал против утверждения Скиннера о том, что поведение можно объяснить реакцией человека на объективную стимульную ситуацию. По его мнению, скорее следует говорить об интерпретации ситуации и ее персональном значении, которое регулирует поведение. Роджерс отвергал и теорию Фрейда о том, что прошлый опыт является первичным фактором, лежащим в основе личности. Роджерс подчеркивал, что необходимо понять, каким человек воспринимает действительность сейчас. Разумеется, Роджерс признавал, что прошлый опыт влияет на восприятие настоящих событий. Однако он настаивал на том, что на поведение данного момента всегда влияет актуальное восприятие и интерпретация. Более того, Роджерс полагал, что на поведение существенно влияет то, как люди прогнозируют свое будущее.

И наконец, Роджерс подчеркивал, что поведение можно понять только если обращаться к целостному человеку. Другими словами он поддерживал холистическую точку зрения на личность - представление о том, что человек ведет себя как интегрированный организм, и его единство нельзя свести к составляющим частям его личности.

Концепция патологии (концепция невроза).

Главной человеческой потребностью в рамках гуманистического подхода является потребность в самоактуализации. Невроз при этом рассматривается как результат невозможности самоактуализации, как результат отчуждения человека от самого себя и от мира. Маслоу пишет по этому поводу: "Патология есть человеческое уничижение, потеря или недостижение актуализации человеческих способностей и возможностей. Идеал полного здоровья - это человек сознательный, осознающий реальность в каждый момент, человек живой, немедленный и спонтанный". В своей концепции мотивации Маслоу выделял два ее вида: дефицитарную мотивацию (дефицитарные мотивы) и мотивацию роста (мотивы роста). Цель первой состоит в удовлетворении дефицитарных состояний (голода, опасности и пр.). Мотивы роста имеют отдаленные цели и связанные со стремлением к самоактуализации. Эти потребности Маслоу обозначил как метапотребности. Метамотивация невозможна до тех пор, пока человек не удовлетворит дефицитарные потребности. Депривация метапотребностей, с точки зрения Маслоу, может вызвать психические заболевания.

Роджерс также рассматривает невозможность самоактуализации, блокирование этой потребности как источник возможных нарушений. Я-концепция формируется в процессе воспитания и социализации и во многом, с точки зрения Роджерса, определяется потребностью в положительном принятии (внимании). В процессе воспитания и социализации родители и окружающие могут демонстрировать ребенку условное и безусловное принятие. Отсутствие безусловного принятия формирует искаженную Я-концепцию, которая не соответствует тому, что есть в опыте человека. Неустойчивый и неадекватный образ "Я" делает человека психологически уязвимым к чрезвычайно широкому спектру собственных проявлений, которые также не осознаются (искажаются или отрицаются), что усугубляет неадекватность Я-концепции и создает почву для роста внутреннего дискомфорта и тревоги, которые могут стать причиной манифестации невротических расстройств.

Франкл, основатель "третьего венского направления психотерапии" (после Фрейда и Адлера), считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Современный невротический пациент страдает не от подавления сексуального влечения и не от чувства собственной неполноценности, а от экзистенциальной фрустрации, которая возникает в результате переживания человеком чувства бессмысленности собственного существования. Одну из своих книг Франкл так и назвал - "Страдание в жизни, лишенной смысла". Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, а невозможность удовлетворения этой потребности ведет к "ноогенному" (духовному) неврозу.

Таким образом, в рамках гуманистического (экзистенциально-гуманистического, опытного) подхода психические нарушения, в частности, невротические расстройства, рассматриваются как результат блокирования специфически человеческой потребности: невозможности самоактуализации, отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрыть смысл собственного существования.

**Экспериенциальная психотерапия – психотерапия основанная на опыте.**

Особенность экспериенциальной психотерапии заключается в том, что здесь каждая сессия складывается из четырех стадий. На первой из них клиент, выйдя на уровень сильных чувств, получает доступ к глубоким внутренним переживаниям и делает первый шаг к их пониманию. На второй стадии эти глубокие внутренние переживания получают признание, приветствуются и принимаются. На третьей и четвертой стадиях клиент претерпевает качественную трансформацию, испытывая эти глубокие внутренние переживания и узнавая на собственном опыте, что значит быть новой личностью и вести себя как новая личность за пределами психотерапевтического кабинета.

Представьте себе экспериенциального психотерапевта и его клиента, полулежащих в креслах, расположенных рядом. Их глаза остаются плотно закрытыми на протяжении всей сессии, которая заканчивается тогда, когда оба ее участника приходят к выводу, что работа проделана. Обычно это бывает через полтора-два часа после начала сессии. Каждая сессия, будь то первая или любая из последующих, состоит из четырех стадий. Начинаем мы с любого чувства, испытываемого в данный момент клиентом. Это может быть чувство тревоги или беспомощности, или раздражения, или восторга, или печали. Мы можем начать и с того, что занимает в данный момент разум клиента, с чего-то, что привлекает его внимание — с какого-нибудь события, которое беспокоит его, или же с какой-то проблемы, порождающей определенное чувство или связанной с таким чувством.

Независимо от того, начинаем мы работу с чувства или нет, мы показываем клиенту, как он может усилить свои чувства. Одному чувству или связанному с этим чувством объекту внимания мы можем уделить всю сессию. Но можем также раскрыться и другому чувству. Мы не придерживаемся какой-то жесткой схемы, важно лишь все время добиваться углубления и усиления чувства. По мере того как чувство усиливается, мы показываем клиенту, как выйти на уровень действительно захватывающего, насыщенного, интенсивного чувства. В этом и заключается наша цель, потому что именно на таком уровне чувствования открывается доступ к внутреннему, глубинному переживанию. Как только внутреннее, глубинное переживание достигается и захватывает клиента, начинается вторая стадия. Мы приветствуем это чувство, принимаем его, выражаем свою признательность ему и позволяем себе ощутить его присутствие. Цель третьей стадии: клиент должен полностью освободиться от своей обычной, повседневной личности и полностью погрузиться в это внутреннее переживание, “стать” им.

Происходит коренное “смещение” самой личности индивида, метаморфоза, в результате которой он становится своим внутренним переживанием. Соответственно, специальный акцент делается на абсолютной готовности клиента, его доброй воле и выборе. Клиенту предстоит “стать” своим внутренним переживанием в контексте какой-либо важной сцены или события, происшедших в начальный период его жизни. Следовательно, первый шаг за­ключается в том, чтобы найти соответствующую сцену или инцидент из ранней жизни. Затем клиенту предстоит “выйти” из своей обычной, повседневной личности, “стать” самим этим внутренним переживанием, оставаясь в контексте инцидента или события, происходивших фактически, четко воссоздаваемых и относящихся к раннему периоду его жизни. Финальный шаг — кульминация терапевтической работы. На заключительной стадии клиенту предоставляется возможность почувствовать, какой была бы жизнь, стань он этой новой, иной личностью.

Средой, в которой происходит действие, выступает мир за пределами психотерапевтического кабинета, каким он может быть сегодня, завтра и позже. Клиент переживает то, что переживал бы, будь он этой новой личностью, и ведет себя как новая личность в сценах и событиях открывающегося перед ним потенциального мира. Конкретные новые способы бытия и поведения можно репетировать и оценивать, изменять и совершенствовать, исключать или принимать. Сессия заканчивается, когда оба ее участника испытывают удовлетворение от проделанной работы. Критические замечания Эта экзистенциально-гуманистическая теория человека и экспериенциальная теория психотерапии открывают путь буквально ничем не ограниченным и коренным изменениям в ходе каждой сессии. Такие изменения являются следствием особого, глубинного внутреннего переживания, испытываемого на данной сессии. Клиенту предоставлена возможность уйти после сессии качественно новой личностью, которой присущи новые способы бытия и поведения в мире, воспринимаемом и переживаемом совершенно по-новому.

Я убежден в том, что каждая сессия может вызывать в клиенте коренные и устойчивые преобразования, стоит нам освободиться от извращенных, ограничивающих наши возможности “истин” о человеке и от наших представлений о том, чего мы можем добиться на каждой психотерапевтической сессии. Существуют два отличия данного подхода к психотерапии от остальных. Они касаются ролей клиента и психотерапевта, а также способов их взаимодействия. Первое отличие заключается в том, что и психотерапевт, и клиент держат глаза закрытыми на протяжении всей сессии. Второе отличие связано с тем, что решающими факторами успешного проведения сессии выступают выбор, который клиенту приходится делать постоянно, его готовность и желание работать.

Главная задача психотерапевта, соответственно, состоит в том, чтобы показать клиенту, что и как делать, и находиться вместе с ним на каждой стадии процесса. Такие новые задачи, стоящие перед психотерапевтом и клиентом, исключают традиционные роли и отношения между ними. Любое глубинное внутреннее переживание, доступ к которому возможен на сессии, представляет огромную ценность. Оно показывает, чего следует достичь на данной сессии и чем клиент может стать. Достижение такого переживания — критерий успеха сессии.

Соответственно, мы не признаем традиционного разделения клиентов на категории, не признаем первоначальные оценки, психодиагностические классификации, ключевые проблемы или проблемное поведение, психотерапевтические программы или цели лечения. Смысл достижения сильного переживания заключается в том, чтобы получить доступ к глубинному внутреннему опыту, а не в том, чтобы всего лишь излить чувства, получить эмоциональную разрядку, отреагировать или испытать катарсис. Сильное переживание является техническим средством достижения самого сокровенного, неосознаваемого. Затем, после того как достигнуто это переживание сокровенного и неосознаваемого, происходят психотерапевтические изменения.

Достигается это в результате того, что мы понимаем ценность полученного опыта, приветствуем его, входим в него и становимся им. И наше поведение меняется. В мире, существующем вне психотерапевтического кабинета, мы ведем себя как новая личность. Психотерапевтические изменения происходят не в результате инсайта или осознания, исследования самого себя, отношений психотерапевт-клиент или каких-либо других традиционных средств. О том, полезна ли экспериенциальная психотерапия для данного клиента в данное время, мы судим, проведя с ним сессию и посмотрев, проходит ли он те стадии, о которых шла речь выше. Нет никаких сомнений в пользе этой психотерапии для всякого, кто готов к ней в данное время и стремится пройти ее.

Отсюда следует, что ответ на вопрос “Полезна ли психотерапия данному клиенту, подходит ли она ему?” никак не зависит от характера жалоб, предъявляемых клиентом в настоящее время, от его проблемы, целевого поведения, особенностей его личности, психопатологии и места, которое он занимает в психодиагностической классификации. Если клиент готов пройти стадии, о которых мы говорили, и хочет это сделать, экспериенциальная психотерапия подходит для него.

**Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса. Самость, или Я-концепция. Условия и этапы психотерапевтического процесса. Качества психотерапевта (триада Роджерса).**

Одним из наиболее известных подходов, принадлежащих к гуманистическому направлению в психотерапии, является клиент центрированная терапия Карла Роджерса (1902-1987), разработанная им в 40-50 годы двадцатого века. В гуманистическое направление входят также психодрама, экзистенциальная психотерапия, логотерапия, гештальт-терапия и ряд других подходов, объединенных вокруг идей роста, развития, реализации человеческого потенциала и веры в исходную доброту человеческой натуры.

Утверждая, что люди способны к самоопределению, свободным жизненным выборам и ответственности за свою жизнь, гуманистическое движение в психологии и психотерапии возникло в оппозицию психоанализу и бихевиоризму, видящим человека как существо не свободное и запрограммированное инстинктами, стимулами или внешними подкреплениями.

Ключевым понятием в теории Роджерса является тенденция к актуализации. (От лат. actualis - деятельный). Роджерс выдвинул гипотезу, что важнейший мотив жизни человека - это актуализировать, то есть сохранить и развить себя, максимально выявить лучшие качества своей личности, заложенные в ней от природы. Движение к саморазвитию часто сопровождается борьбой и страданиями, срывами и падениями, но побудительный мотив настолько непреодолим, что человек настойчиво продолжает свои попытки, несмотря ни на что.

Весь жизненный опыт, с которым человек имеет дело, автоматически оценивается на предмет того, содействует ли он развитию его личности или препятствует, противоречит актуализации. Этот процесс, часто происходящий на бессознательном уровне, Роджерс называет организмическим оценочным процессом, и если бы люди больше могли доверять своим ощущениям, им было бы легче осознать, движутся ли они в правильном направлении.

Еще одним важным термином, необходимым для понимания роджеровского подхода к терапии, клиент центрированной терапии, является понятие Я-концепции. Если мы хотим объяснить, почему человек думает, чувствует и ведет себя определенным образом, нам необходимо понять его внутренний мир. Только субъективный опыт является ключом к пониманию поведения. Например, если молодой человек считает, что он не умеет общаться с девушками, этот образ самого себя будет руководить им при очередной встрече и определять застенчивое поведение. Я-концепция по Роджерсу - это сознательное представление о самом себе. Например, Я - добрый, общительный, привлекательный, насмешливый, любящий развлечения и т.д. Помимо того, как человек воспринимает самого себя в настоящий момент, обычно имеются некие идеальные представления о самом себе, каким бы он хотел быть: Я-идеальное. Для Роджерса очень сильный разрыв между Я-реальным и Я-идеальным означает симптом внутреннего неблагополучия и страдания.

Причина неадекватного поведения.

Чтобы выжить и иметь возможность реализоваться, ребенок нуждается в других людях, в их позитивном внимании. Он стремится быть таким, каким его хотят видеть близкие ему люди и развивает свою Я-концепцию, вбирая в нее их характеристики самого себя. Но тот, каким он является на самом деле, со своими эмоциями, способностями, склонностями и интересами - не обязательно именно то, что ожидают от него его родители. В случае сильного расхождения возникает внутренний конфликт собственных побуждений с потребностью в положительном отношении со стороны других. Если значимые для ребенка люди не принимают и отвергают многие чувства и нужды ребенка, реализуется так называемое условие ценности: "Я буду любить и уважать тебя только в том случае, если ты будешь таким, каким я хочу тебя видеть". В этом случае у ребенка может сформироваться Я-концепция, основанная на негативном и искаженном самовосприятии.

По Роджерсу, его клиент центрированной терапии, человек всегда действует в соответствии со своей Я-концепцией. Это своеобразные очки, через которые он видит мир и себя самого. Представим теперь, что он встречается с определенным опытом, например своими собственными чувствами, которые противоречат его Я-концепции. Например, думая о себе как о дружелюбном и вежливом человеке, он не должен испытывать ненависти к своему другу. В этом случае жизненный опыт искажается, отрицается, и человек, не принимая часть самого себя, действует, не понимая, что с ним происходит.

Роджерс считает, что люди реагируют тревогой на угрозу истинности своей Я-концепции. В случае сильного расхождения Я-концепции с опытом возникают невротические симптомы, символически представляющие в сознании отвергнутый опыт. Например, навязчивое мытье рук может отражать бессознательное чувство вины и символическое ее смывание. В случае невротической симптоматики Я-коцепция продолжает оставаться целостной, но человек испытывает довольно сильное чувство тревоги. Психотическое состояние, характеризующееся помрачением сознания, галлюцинациями и бредом, по Роджерсу - это состояние с дезориентированной Я-концепцией. Причем, бред такого больного может отражать отрицаемые переживания в гротескной форме, например в мании преследования. Его поведение для стороннего наблюдателя кажется странным, нелогичным или "безумным".

Условия эффективной помощи людям.

Целью клиент центрированной терапии является помощь человеку в приведении его Я-концепции в большее соответствие с испытываемым опытом и достижение большего самопринятия, что позволит ему в большей степени реализовать свой природный потенциал. Решив, что люди обладают способностью к самонаправленному изменению личности, Роджерс предположил, что при определенных условиях этот процесс пойдет значительно быстрее. Успех терапии определяется качеством взаимоотношений между сторонами терапевтического процесса. Эффективный терапевт проявляет по отношению к клиенту эмпатию, безусловное позитивное отношение и строит контакт на основе искренности.

Трудно сказать об этом лучше, чем сам Роджерс:

1) Подлинность, искренность взаимоотношений. "Чем более терапевт является самим собой в отношении с клиентом, чем менее он отгорожен от клиента своим профессиональным или личностным фасадом, тем более вероятно, что клиент изменится и продвинется в конструктивном ключе."

2) Безусловное позитивное отношение к клиенту. "Когда терапевт ощущает позитивную, неосуждающую и принимающую установку по отношению к клиенту безотносительно к тому, кем этот клиент является в данный момент, терапевтическое продвижение или изменение более вероятно. Принятие терапевта предполагает позволение клиенту быть в любом его непосредственном переживании - смущении, обиде, возмущении, страхе, гневе, смелости, любви или гордости. Это бескорыстная забота. Когда терапевт признает клиента целостно, а не обусловлено, продвижение вперед более вероятно".

3) Эмпатическое понимание. "Это означает, что терапевт точно воспринимает чувства, личностные смыслы, переживаемые клиентом, и передает это воспринятое понимание клиенту. В идеальном случае терапевт так глубоко проникает во внутренний мир другого, что может прояснить не только те смыслы, которые тот осознает, но даже те, что лежат чуть ниже уровня осознания. Эта особая, активная разновидность слушания - одна из самых мощных известных мне сил, обеспечивающих изменение.»

**Фокусирование Ю.Гендлина.**

Фокусинг – это естественный навык, который был открыт, а не изобретен. Он был открыт посредством наблюдения за тем, что делают люди для успешных изменений. Способность фокусирования – врожденная способность каждого человека, она есть у всех. Однако у большинства она подавлена вследствие переживаний отчужденности и боли в детстве и воспитания в нашей культуре, которая заставляет людей терять доверие к своим чувствам. Нам надо заново научиться пользоваться этой способностью. Как и любой навык, способность к фокусингу можно развить

Шесть шагов фокусинга.

1. Подготовка.

Найдите для себя время и место, где вы можете спокойно побыть некоторое время. Если вы хотите, чтобы друг побыл с вами, то это хорошо и даже может помогать вам. Тогда ваш друг должен просто внимательно слушать, не заставляя вас говорить, если вы этого не хотите, не анализировать и не комментировать, если вы решите сказать о том, что внутри вас. Лучше всего, если он будет молчать или только говорить «Да, я слышу… Я понимаю». На этой стадии не требуется ничего большего.

Хорошо было бы расположиться в каком-то незнакомом месте. Лучше не заниматься фокусированием за своим рабочим столом или на своем любимом кресле. Сядьте на другой стул или на край своей кровати. Можно, если вы захотите, пойти погулять или прислониться к дереву.

Постарайтесь почувствовать если не полный, то хотя бы относительный комфорт, так как небольшой физический дискомфорт может помешать услышать то важное, что тело старается сказать вам. Оденьтесь потеплее, если вам холодно. Снимите обувь, если она вам мешает. Расположитесь поудобнее и расслабьтесь.

1. Освобождение пространства.

Прислушайтесь к самому себе. Просто расслабьтесь… Направьте внимание вовнутрь вашего тела, в область живота или груди. Задайте себе вопросы: «Как я себя чувствую? Как протекает моя жизнь? Что главное для меня на сегодняшний день?» Почувствуйте, что за ощущение возникает внутри вас, в вашем теле, когда вы задаете и отвечаете на эти вопросы. Пусть ответы возникают медленно из этого ощущения. Когда они появятся, НЕ ПОГРУЖАЙТЕСЬ В НИХ . Оставаясь в стороне, скажите: « Да, это здесь, я могу это почувствовать». Пусть между вами и этими проблемами будет некоторое расстояние. После этого спросите себя, что еще вы чувствуете. Снова подождите и почувствуйте. Обычно возникают несколько переживаний.

1. Чувственное переживание.

Из всех этих, появившихся проблем выберите лишь одну для фокусинга. НЕ ПОГРУЖАЙТЕСЬ В НЕЕ. Оставайтесь на расстоянии от нее. Конечно, у этой проблемы есть разные стороны, и о каждой из них можно думать очень многое. Однако вы можете почувствовать вцелом все эти части. Дайте себе ощутить пока неясное переживание всей этой проблемы целиком.

Схватывание.

Почувствуйте, что за качество этого неясного чувственного переживания? Может быть слово, фраза или образ появятся из этого чувственного переживания. Это может быть значимое слово, например: тесный, липкий, пугающий, тяжелый, скачущий, или фраза, или образ. Продолжайте чувствовать качество этого переживания, пока не появится точное его обозначение.

1. Резонирование.

«Походите» между чувственным переживанием и этим словом (фразой, образом) Посмотрите, как они откликаются друг на друга. Прислушайтесь, может быть небольшой телесный сигнал даст знать, что они резонируют. Делая это вы снова ощутите чувственное переживание так же как и слово. Если чувственное переживание изменится, то пусть так же изменится слово или образ, до тех пор, пока оно не ухватит в точности качество этого чувственного переживания.

1. Задавание вопросов.

Теперь спросите: «Что это за проблема, вызывающая такое состояние (которое вы просто назвали или увидели в образе)?» Удостоверьтесь в том, что вы можете почувствовать ярко это состояние снова (а не просто вспоминаете о нем). Когда оно снова здесь, поймайте его , прикоснитесь к нему, будьте с ним, спрашивая, « Что делает эту проблему в целом такой --------?» Или спросите, «Что содержится в этом чувственном переживании?» Если приходит быстрый ответ без изменения чувственного переживания, просто дайте этому ответу уйти. Возвратите ваше внимание к вашему телу и снова ощутите чувственное переживание. Задайте вопрос снова. Оставайтесь с чувственным переживанием, пока что-то не появится, какое-то изменение, небольшое облегчение.

1. Принятие

Примите дружелюбно, то, что появится вместе с изменением Побудьте некоторое время с этим, даже если это лишь едва заметное облегчение. Что бы не пришло, это лишь некоторое изменение состояния, За ним придут другие. Возможно, вы продолжите дальше но останьтесь здесь на некоторое время.

ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ЭТИХ ИНСТРУКЦИЙ ВЫ ПЕРЕЖИВАЛИ ИНОГДА ОЩУЩЕНИЕ И БЛИЗОСТЬ НЕЯСНОГО, ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕГО ТЕЛЕСНОГО ЧУВСТВОВАНИЯ ЭТОЙ ПРОБЛЕМЫ, ВЫ БЫЛИ В ПРОЦЕССЕ ФОКУСИРОВАНИЯ. Неважно было или нет изменение телесного ощущения. Это приходит независимо от нас. Мы не можем это контролировать

**Лекция № 2**

**Тема:** Гештальт-терапия

Гештальт-терапия (термин восходит к немецкому слову «Gestalt», которое переводится как «целостный образ») — гуманистическое направление в психологии и психотерапии. Основано Фредериком (Фрицем) и Лаурой Перлз в 1940-е на экспериментальной феноменологии и экзистенционализме. Ключевое понятие — восприятие человека как целостной личности со всеми её потребностями, мыслями, переживаниями, опытом, внешними данными. Цель — развитие самоосознавания, а не работа с подсознанием.

Источники и базовые принципы гештальт-терапии:

**Феноменология** — это дисциплина, помогающая людям отстраниться от своего обычного способа мышления, чтобы они смогли проводить различия между тем, что в действительности воспринимается и переживается в разворачивающейся ситуации, и тем, что является остаточным вкраплением из прошлого.

Цель феноменологического гештальт-исследования состоит в осознавании, или озарении. «Озарение, или инсайт, — это моделирование поля восприятия таким образом, который выводит на передний план значимые реалии; это формирование гештальта, в котором значимые факторы собираются на своих местах в связи с целым». В гештальт-терапии озарение — это чёткое понимание структуры исследуемой ситуации.

Одного лишь осознавания (без систематического исследования), как правило, недостаточно для формирования озарения. Как следствие, гештальт-терапия прибегает к сфокусированному осознаванию и экспериментированию для достижения озарения. То, как человек приходит к осознаванию, играет основополагающую роль в любом феноменологическом исследовании. Феноменолог изучает не только индивидуальное сознавание, но и сам процесс осознавания как таковой. Клиенту требуется научиться *осознаванию самого сознавания* как такового. В гештальт-терапии особенно значимо то, как психотерапевт и клиент переживают свою взаимосвязь и какой опыт в ней получают

**Диалог.** Взаимоотношения между психотерапевтом и клиентом являются самым важным аспектом психотерапии. Экзистенциальный диалог представляет собой основополагающую часть гештальт-терапевтической методологии и проявление экзистенциальной перспективы на отношения.

Отношения растут в контакте. Через контакт друг с другом люди развиваются и формируют свои личностные идентификации. Контакт — это переживание границы между «мной» и «не-мной». Гештальт-терапевты предпочитают работать с переживаниями клиента непосредственно в диалоге, а не манипулировать им («Я – Оно»).

Гештальт-терапевты в своей работе способствуют развитию и поддержанию диалога, а не манипулируют клиентом в целях достижения какой-то терапевтической цели. Такой контакт характеризуется искренней заботой, теплом, принятием и поддержкой, а также ответственностью за себя и свои действия. Когда психотерапевты ведут клиентов к какой-то цели, те не имеют возможности взять на себя ответственность за своё развитие и поддержку самих себя. Диалог основывается на переживании других людей такими, какими они на самом деле являются, и как в совместном разделении феноменологического осознавания они проявляют своё истинное «я», Гештальт-терапевт говорит, что он или она имеет в виду, и поощряет клиента к тому, чтобы он делал то же самое. Диалог в гештальте является воплощением подлинности и ответственности.

**Теория поля** является научным мировоззрением, лежащем в основе феноменологической перспективы гештальт-подхода. Теория поля — это метод исследования, описывающий всё поле в целом, частью которого является настоящее событие, вместо того чтобы анализировать события с точки зрения класса, которому оно принадлежит по своей «природе». Поле есть целое, в котором все части находятся в непосредственной взаимосвязи и откликаются друг на друга, причём каждая частица подвержена влиянию со стороны происходящего в другой точке поля. Поле заменяет собой идею дискретных и обособленных частиц. Человек в своём жизненном пространстве представляет собой подобное поле.

**Основные понятия:**

**«Фигура и фон»** используются в гештальт-терапии как метафора, проясняющая отношения организма с потребностями, возможность удовлетворения которых находится в окружающей среде. Здоровый организм может иметь много потребностей в одно и то же время. Эти потребности организованы в иерархию (по важности), и это естественный процесс. Доминантная потребность становится «фигурой», направляет восприятие (сенсорную активность) по определенному пути в поисках возможностей ее удовлетворения, которые находятся в среде (фоне). Если потребность удовлетворяется (то есть организм находит источник удовлетворения и действует - моторная активность), она уходит в фон. Когда желаемый объект, например, пища, ассимилируется, гештальт «закрывается» и достигается состояние равновесия. Эта потребность удаляется из осознавания, а из «фона» на смену ей приходит новая, следующая по важности. Организм, таким образом, саморегулируется, а неразрывный поток последовательных циклов возникновения и удовлетворения потребностей определяет в гештальт-терапии состояние здоровья индивидуума.

*Таким образом, гештальт-терапия способствует различению потребностей человека и их удовлетворению в процессе его приспособления к окружающей среде.* Смена «фигуры» и «фона» — это основа изменений в жизни. Ясность и полнота жизни зависят от размеров «фона» (контекста), который способен порождать «фигуру». Только полноценной «фигуре» могут быть свойственны одновременно свобода и жизненность. Индивидуумы, у которых «фигуры» появляются вынужденно или не имеют фоновой поддержки, теряют глубину переживаний, свойственную тем, у кого развитие «фигур» из богатого «фона» протекает естественно и легко. Здесь так же просматривается и **холистический принцип** гештальт-терапии, согласно которому человек рассматривается как целостный единый организм.

Между фигурой и фоном, находится **контур или граница**. Контур (граница) в равной мере принадлежит и «фигуре» и «фону», именно в этом месте происходит соприкосновение индивидуума и среды. На каждую часть организма постоянно действуют влияния, как из внешнего мира, так и от других частей внутри организма. Таким образом, на состояние любой области системы в любое время влияют состояния других областей. Концепция невроза в гештальт-терапии базируется именно на этом принципе. Невроз рассматривается как нарушение контактной границы: «Все невротические расстройства возникают из неспособности индивидуума находить и поддерживать баланс между собой и остальным миром».

**Контакт** — это осознавание поля или реакции в поле, включая аппетит и отказ, приближение и избегание, чувства, ощущения, манипуляции, оценки, коммуникацию, борьбу — все варианты жизненных связей, происходящих на границе взаимодействия организма со средой. Все такие контакты являются объектами изучения психологии. Перлза волновало все происходящее на границах контакта между людьми. Контакт происходит именно на границе, рост происходит именно на границе, там же происходит формирование фигуры внимания и ее разрушение, а также спонтанные реакции.

В здоровом организме процесс формирования и удаления гештальта течет плавно. Если гештальтирование выполнено неадекватно, то блокирующаяся энергия результируется в тревоге. Тревога чаще всего проявляется тогда, когда индивидуум оставил настоящее для воображаемого путешествия в фантазии или будущее. Она блокирует осознавание того, что реально происходит внутри индивидуума. В целом же гештальт-психологи утверждают, что невроз может быть результатом тревоги.

**Прерывания контакта** – нарушения естественного обмена с окружающей средой, сбои в процессе создания – разрушения фигур, делающие невозможным или затрудняющие удовлетворение потребностей, желаний, интересов человека. Прерванный контакт фиксируется в опыте как «незавершенное дело», сопровождаемое напряжением невыраженных эмоций. Граница контакта при привычных прерываниях теряет свою функциональность, становится ригидной, поведенческий репертуар сужается.

Важно отметить, что способы прерывания контакта не являются патологическими сами по себе. По сути это те же самые способы, при помощи которых мы устанавливаем и развиваем контакт с миром, только ригидные, фиксированные.

**Этапы гештальт-терапии:**

* поиск проблем, явного и «замаскированного» негатива у клиентов, слабых сторон их личности;
* анализ и «отпускание» обнаруженных препятствий;
* формирование доверия к собственной сфере чувств и обучение свободному выражению эмоций (с учетом социальных норм и правил).

*Главная роль в любых гештальт-методиках отводится****эмоциям****, движения же разума считаются вторичными, их учитывают, если они не подавляют сферу чувств.*

Задача *гештальт-терапевта* помочь пациенту увидеть, каким образом он «препятствует» удовлетворению своих потребностей, какие психологические блоки он выставляет и вместе найти приемлемые способы их удовлетворения.

**Техники гештальт терапии:**

* работа с чувствами;
* упражнения на выражение своего состояния движениями тела;
* анализ снов и воспоминаний;
* работа с вымышленными персонажами (обыгрывание ситуаций и чувств).
**Примеры упражнений*:***

1. «Горячий стул». Клиент садиться в центр группы (на тренингах обычно участники сидят по кругу) и ему предлагается рассказать о том, что его беспокоит. После диалога с пациентом на «горячем стуле» тренер просит выразить чувства и ощущения других участников. Все они должны побывать в центре круга.

2. Осознание. Здесь пациенты рассказывают об ощущениях и мыслях в настоящий момент.

3. «Пустой стул». В этом упражнении на стуле в центре пациенты ведут диалог не с реальным человеком, а с воображаемым, умершим или самим собой.

4. Незавершенное дело. В этом упражнении прорабатываются различные незавершенные ситуации участников.

5. Техника «Двух стульев». Понадобятся два стула. Один из них – для вас, а второй – для воображаемого противника. Этот метод напоминает небольшой театр, в котором вы играете по очереди то себя, то другого человека.

6. Работа с противоположностями. Понятие «полярности» в Гештальте, подразумевает, что каждая черта личности обладает своей противоположностью. И в безопасных лабораторных условиях, которые создаются в кабинете психотерапевта, клиент во время индивидуальной терапии или в группе может осмелиться исследовать чувства или отношения, которые для него нетипичны.

**Работа с фантазиями:**

Фредерик Перлз считал, что фантазии представляют собой наиболее спонтанную продукцию, которая несет в себе уникальную информацию, те фрагменты нашего Я, которые при обычном рассказе подавляются или от которых мы отказываемся. При гештальт-терапии фантазии не анализируются и не интерпретируются психотерапевтом. Пациент сам исследует свои фантазии.

**Работа эта включает в себя как минимум два компонента:**

1) перенос мечты на реальную почву;

2) идентификацию мечты со своей личностью. Перенос фантазии на реальную почву облегчается, если участник группы получает задание описать свою мечту в настоящем времени. Перлз считал, что каждый фрагмент мечты представляет собой отчужденный фрагмент собственной личности. Для того чтобы вновь “присвоить” их себе, индивидуум должен идентифицировать объект мечты со своей личностью.

**Работа со сновидениями:**

Согласно гештальт – подходу, каждый образ во сне – это наша субличность, отвечающая за разные аспекты существования. Поэтому, озвучивая их от первого лица, мы возвращаем себе и  интегрируем в себе все противоречащие и отчуждённые части личности. Интегрировать – значит признать разные противоречащие части как свои собственные и принимать те части себя, которые находятся «в тени», которые могут не нравится. Только признав отторгаемые части, можно говорить о личностном развитии, целью которого и является целостность личности, с её достоинствами и недостатками, а не идеальная «маска», театральный образ.

**Лекция № 3**

**Тема:** Экзистенциальная психотерапия

Формирование и развитие личности сопряжено с переживанием и разрешением **экзистенциальных конфликтов, т. е. кризисов существования**. Ученые, сторонники экзистенциальной психотерапии считают, что **экзистенциальный конфликт** является следствием обострившейся конфронтации с одной или несколькими «данностями существования субъекта». Ключ к решению этой глобальной проблемы можно найти в учении В.И.Вернадского о ноосфере. Центральной темой учения о ноосфере является единство биосферы и человечества. В.И. Вернадский писал о том, что человек не является самодостаточным живым существом, живущим отдельно по своим законам, он сосуществует внутри природы и является частью ее. Это единство обусловлено, прежде всего, функциональной неразрывностью окружающей среды и человека. Человечество само по себе есть природное явление. Естественно, что стараясь оторваться от природного, абстрагироваться от своей генеральной миссии развития природы (бесконечного продолжения), «вырывание» собственного «Я» из социального контекста (семьи, рода, социума), человек обречен на экзистенциальный конфликт между данностями существования". К «данностям существования» И. Ялом относил **конечные факторы, как неотъемлемые и неизбежные составляющие человеческого бытия: смерть, свободу, экзистенциальную изоляцию и бессмысленность.** Противостояние между сознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить рассматривается учеными (Э.Фромм, В. Франкл, И. Ялом) как центральный экзистенциальный конфликт.

**Смерть** является наиболее очевидной, наиболее легко осознаваемой конечной данностью. Смерть придет, и от нее никуда не деться. Это ужасающая правда, которая наполняет нас «смертельным» страхом. Смерть – основной источник тревоги и невротической, и нормальной, и экзистенциальной. Тревога, связанная со смертью, опасение перестать существовать могут быть как сознательными, так и подсознательными. С самого раннего детства люди чрезвычайно озабочены неизбежностью смерти. Сильную тревогу, связанную со смертью, вероятно, можно подавить, для этого люди воздвигают базирующуюся на отрицании смерти защиту (защиты будут описаны далее). В значительной степени развитие психической патологии обусловлено совершением неудачных попыток выйти за рамки смерти. Первый экзистенциальный конфликт – это конфликт между осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить: конфликт между боязнью несуществования и желанием быть.

**Свобода.** Обычно свобода представляется однозначно позитивным явлением. Однако свобода как первичный принцип порождает ужас. В экзистенциальном смысле «свобода» – это отсутствие внешней структуры. Повседневная жизнь питает утешительную иллюзию, что мы приходим в хорошо организованную Вселенную, устроенную по определенному плану (и такую же покидаем). На самом же деле индивид несет полную ответственность за свой мир – иначе говоря, сам является его творцом. С этой точки зрения «свобода» подразумевает ужасающий факт: мы не опираемся ни на какую почву, под нами – ничто, пустота, бездна. Открытие этой пустоты вступает в конфликт с нашей потребностью в почве и структуре. Люди «обречены на свободу».

**Экзистенциальная изоляция**. Сколь бы ни были мы близки к кому-то, между нами всегда остается последняя непреодолимая пропасть: каждый из нас в одиночестве приходит в мир и в одиночестве должен его покинуть. Порождаемый экзистенциальный конфликт является конфликтом между сознаваемой абсолютной изоляцией и потребностью в контакте, в защите, в принадлежности к большему целому.

Если характеризующиеся преданностью и аутентичностью отношения психотерапевт – пациент помогают пациентам в противостоянии экзистенциальной изоляции и в примирении с ней, можно с уверенностью сделать вывод, что пациенты испытывали недостаток в таких отношениях в своем прошлом.

**Бессмысленность** – четвертая конечная данность существования. Мы должны умереть; мы сами структурируем свою вселенную; каждый из нас фундаментально одинок в равнодушном мире. Какой же тогда смысл в нашем существовании? Почему мы живем? Как нам жить? Если ничто изначально не предначертано, значит, каждый из нас должен сам творить свой жизненный замысел. Но может ли это собственное творение быть достаточно прочным, чтобы выдержать нашу жизнь? Этот экзистенциальный динамический конфликт порожден дилеммой, стоящей перед ищущей смысла тварью, брошенной в бессмысленный мир. Люди требуют последовательности, цели значения (смысла). Они организуют случайные стимулы в образ и основание. Нейропсихологическая организация людей такова, что они склонны искать модели и смыслы.

Частой жалобой пациентов является отсутствие смысла жизни. Они охвачены переживаниями своей внутренней пустоты, вакуума внутри себя; они попадают в ситуацию, которую В. Франкл назвал «**экзистенциальным вакуумом**». Этот экзистенциальный вакуум проявляется преимущественно в состоянии скуки.

Человеческое стремление к **смыслу жизни** вполне может быть фрустрировано, и в таком случае логотерапия говорит об «**экзистенциальной фрустрации**». Такая фрустрация иногда может компенсироваться жаждой власти или удовольствия. Экзистенциальная фрустрация сама по себе не является патологической или патогенной. В. Франкл решительно отвергает предположения, что поиск смысла существования, или даже сомнение в его наличии, всегда обусловлены каким-либо заболеванием или приводят к нему.

**Логотерапия и экзистенциальный анализ** помогают человеку бороться с такими страданиями, которые вызваны философскими проблемами, поставленными самой жизнью. По мнению Франкла, традиционная психотерапия только проявляет в сознании глубинные явления душевной жизни, а логотерапия обращает внимание сознания к подлинным духовным сущностям и приводит человека к осознанию собственной ответственности. Именно **ответственность** является основой человеческого существования.