

А. В. Скутин, Т. С. Ефименко

**ХРЕСТОМАТИЯ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ
ТРЕНИНГАМ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ**

Челябинск

2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный университет
физической культуры»
Кафедра спортивной медицины и физической реабилитации

А. В. Скутин, Т. С. Ефименко

**ХРЕСТОМАТИЯ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ
ТРЕНИНГАМ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ**

Хрестоматия
для магистрантов направления подготовки 49.04.02 «Физическая
культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (Адаптивная
физическая культура)»

Рекомендовано методическим советом УралГУФК

Челябинск

2017 г.

УДК 616.89(075.8)+616.1/9(075.8)
ББК Ч51.я7

Рекомендовано к изданию
методическим советом УралГУФК
протокол № 3 от 15.11.2017

Рецензенты:

Зав. кафедрой клинической психологии и социальной работы ГБОУ
ЮУГМУ Минздрава Р.Ф., д.м.н., доцент А. А. Атаманов

Профессор, зав. кафедрой теории и методики АФК, психопрофилактики
и организации общественного здоровья ФГОУ ВО «УралГУФК», д.м.н.
И. А. Галюков

Скутин, А. В.

Хрестоматия по психотерапии и психологическим тренингам в
восстановительной медицине: для магистрантов направления подготовки
49.04.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья
(Адаптивная физическая культура)» / А. В. Скутин, Т. С. Ефименко –
Челябинск : 2017. – 213 с.

В труде подробно изложены наиболее употребляемые в литературе
термины. Кроме этого, в хрестоматии приводятся данные об
основоположниках практической психологии и психотерапии, а также
автобиографии основоположников психотерапевтических направлений,
излагаются разнообразные теории.

Работа структурирована: в ней последовательно приводятся данные о
ведущих психотерапевтических направлениях. Отсутствие подобного рода
рекомендаций усложняет практическую работу, так как в целом ряде
руководств по психотерапии и психологическим тренингам допускается ряд
разночтений.

Хрестоматия предназначена для магистрантов направления подготовки
49.04.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии
здоровья (Адаптивная физическая культура)».

ISBN 978-5-93216-507-2
УДК 616.89(075.8)+616.1/9(075.8)
ББК Ч51.я7

© УралГУФК, 2017

© Скутин А. В., Ефименко Т. С., 2017

Reviewers:

Head. Department of Clinical Psychology and Social Work of the State Medical University of the South Ural State Medical University RF Ministry of Health, Doctor of Medical Science, Associate Professor A. A. Atamanov

Professor, Head. Department of Theory and Methodology of the AFC, Psychoprophylaxis and Organization of Public Health of the Federal State Educational Institution of Higher Professional Education in UralGUFK, Doctor of Medicine I. A. Galyukov

Skutin, A.V.

Reader on psychotherapy and psychological training for undergraduates in the direction of training 49.04.02 «Physical training for people with disabilities in the state of health (adaptive physical culture)» / A. V. Skutin, T. S. Efimenko Chelyabinsk: The Ural Academy, 2017. – 258 p.

The most detailed terms used in the literature are described in detail in the work. In addition, the reader presents data on the founders of practical psychology and psychotherapy, as well as the autobiography of the founders of psychotherapeutic directions, and sets forth various theories.

The work is structured: it consistently provides data on leading psychotherapeutic directions. The absence of such recommendations complicates practical work, as a number of guidelines for psychotherapy and psychological training allow for a number of different interpretations.

The reader is intended for undergraduates in the direction of training on 49.04.02 «Physical training for people with disabilities in the state of health (adaptive physical culture)».

ISBN 978-5-93216-507-2

© UralGUFK, 2017

© Skutin A.V., Efimenko T. S., 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово.....	6
ГЛАВА 1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ.....	7
1.1 Дефиниции психотерапии.....	7
1.2 Дефиниции, принятые в практической психологии.....	9
ГЛАВА 2 ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ... 14	
2.1 Психодинамическое направление в психотерапии.....	14
2.2 Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.....	61
2.3 Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии...78	
2.4 Трансперсональное направление в психотерапии.....	181
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	183
Приложение А Некоторые популярные методы и методики, существующие в современной психотерапии.....	203

Вступительное слово.

Необходимо отметить, что психотерапия на современном этапе переживает кризис. Экстенсивное развитие психотерапии привело к формированию более 600 описанных и применяющихся форм и методов психотерапии (Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., 2006).

Данный труд весьма актуален. Ещё в средние века на Востоке предупреждали – «эпоха перемен несёт глобальный хаос, как в общественной, так и личной (эмоциональной) жизни человека». На Руси есть замечательная пословица – «словом можно исцелить, словом можно навредить (ятрогении)». Хрестоматия описывает потенциал терапии словом с множества углов и позиций, которые непременно заинтересуют как профессионала, так и рядового читателя.

Произведение раскрывает пытливому уму читателя многие психологические техники, о которых в настоящее время ряд специалистов имеют достаточно смутное представление и в этом, надо сказать, видится немаловажный положительный аспект. Труд упорядочен, структурирован, имеет значительный объём имеющихся на данный момент знаний о психотерапии и психологических тренингах.

Хрестоматия предназначена для студентов физической культуры в области спортивной медицины и физической реабилитации, специалистов в области восстановительной медицины. Данный труд будет востребован также в широких областях практической психологии и медицины.

Зав. кафедрой клинической психологии и
социальной работы ГБОУ ЮУГМУ Минздрава Р.Ф.,
д.м.н., доцент А. А. Атаманов.

ГЛАВА 1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

1.1 Дефиниции психотерапии

В настоящее время не существует единого определения психотерапии. В литературе их насчитывается несколько сотен. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

С точки зрения медицинского подхода психотерапия (от греч. *psyche* – душа и *therapia* – лечение) может быть определена как:

- «система лечебных воздействий на психику и через психику – на организм человека»;
- «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;
- «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

Обобщающее понятие звучит так: *психотерапия* – это наука о способах вербального и невербального воздействия на психику человека и через психику на весь организм с лечебной и профилактической целью.

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологические подходы, можно указать следующие.

Итак, психотерапия – это:

- «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера»;

– «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;

– «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался на коррекции человеческих взаимоотношений»;

– «персонализированная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека, и познавательным процессом, который, в отличие от любого другого, ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями».

Объединяющим эти два подхода является определение Кратохвила С.: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

К проведению психотерапии имеются следующие противопоказания:

- 1) Эпилепсия и различные судорожные синдромы;
- 2) Органическое поражение ЦНС со снижением интеллектуальных функций;
- 3) Наличие продуктивной симптоматики (наличие психоза);
- 4) Прием нейрорептиков и антидепрессантов в высоких дозах;
- 5) Абсолютным противопоказанием является низкая мотивация (или ее отсутствие) у самого пациента.

Психотерапия преследует две основные цели: 1) Избавление от болезненных симптомов, 2) Восстановление трудоспособности.

Вопросы:

- 1) Опишите всевозможные дефиниции психотерапии.
- 2) Наиболее приемлемый, с вашей точки зрения, вариант дефиниции психотерапии.

1.2 Дефиниции, принятые в практической психологии

Психологическая коррекция – направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

Психодиагностическое интервью – это метод получения информации о свойствах личности, психопатологических феноменах, внутренней картине здоровья и болезни пациента и способ психокоррекционного воздействия, проводимый непосредственно на основании личного контакта терапевта и пациента.

Психодиагностическое интервью от беседы отличается тем, что оно нацелено не только на предъявление жалобы и проблемы, но и на выявление скрытых мотивов поведения.

Психологическое консультирование – процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера.

Психопрофилактика – совокупность мероприятий, направленных на предупреждение психологической дезадаптации, психосоматических и нервно-психических заболеваний, способствует реабилитации больных.

Теория психотерапии. При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтические теории (психодинамическая, поведенческая и гуманистическая) соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. В последнее время наблюдается формирование четвертой силы в психотерапии – трансперсональной. Эта психотерапия «новой волны» обращается к положениям потрясающей психотерапии (В. А. Ананьев, 2006).

Эта универсальная модель «потрясающей психотерапии» делает попытку изучать человека в единстве с миром, то есть в конкретных психических проявлениях человека обнаруживает сущность человека как таковую в ее целостности.

Если в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз (и нарушения личности) понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на достижение осознания этого конфликта и бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно психоаналитический метод. Осознание достигается за счет анализа (включающего определенные процедуры) свободных ассоциаций, символических проявлений бессознательного, а также сопротивления и переноса. Сама психоаналитическая процедура строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность и частота сеансов и пр.

Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению. Норма – это адаптивное поведение, а невротический симптом или личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является научение, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых теорий или моделей научения, существующих в бихевиоризме (классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение).

Гуманистическое, или «опытное», направление исходит из признания уникальности человеческой личности и в качестве основной потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. В самом общем виде невроз является следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя, а также интеграции. Необходимость создания условий, в рамках которых человек получает наилучшие возможности для приобретения нового эмоционального опыта, определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и стиль.

В рамках каждого из трех основных направлений существует разнообразие школ, но основные теоретические подходы являются общими.

Четвертое направление в психотерапии – потрясающая психотерапия (В.А. Ананьев, 2006), делает акцент на феноменальной организации человека, ставит заповедные задачи в совершенствовании личности и тем самым разделяет трансперсональный подход в психотерапии. Столкнувшись с «сущностью» человека можно только в универсуме, сама «сущность» человека исходно трансперсональна. Трансперсональный опыт по своей сути означает преодоление границ Я, то есть это опыт, превосходящий личное. Таким образом, выход в метасистему может быть осуществлен через открытые двери бессознательного. Трансперсональный опыт – это «перешагивание» семантических полей сознания, за границами которых отсутствует система знаков, описывающих переживание человека. Именно в этот момент человек поднимается в своем восприятии над заложенными в него «призмами», через которые он видел иллюзорный мир.

Только четкие представления о теоретической основе, на базе которой осуществляется психотерапевтическое вмешательство, может помочь в овладении основными методами и навыками практической работы.

Методы психотерапии. Понятие метода в психотерапии крайне размыто. Прежде всего, это проявляется в их классификациях. Вот один из примеров разного рода подходов к классификации психотерапевтических методов.

Таблица 1 Классификации методов психотерапии

№ Классификации	Методы психотерапии
1	Гипнотерапия. Внушение и самовнушение. Аутогенная тренировка. Рациональная психотерапия. Коллективная и групповая психотерапия. Наркопсихотерапия.
2	Поддерживающая психотерапия. Переучивающая психотерапия. Реконструктивная психотерапия.
3	Личностно-ориентированная психотерапия. Суггестивная психотерапия. Поведенческая психотерапия.
4	Симптомо-центрированные методы. Личностно-центрированные методы. Социо-центрированные методы.
5	Методы, направленные на понимание и преодоление проблем. Методы, направленные на понимание себя, своих мотивов, ценностей, целей, стремлений и пр.

6	Методы, направленные на подавление эмоций. Методы, направленные на выражение эмоций.
7	Механистические методы. Гуманистические методы.
8	Методы, связанные с идентификацией. Методы, связанные с созданием условий. Методы, связанные с проникновением в сущность.
9	Динамическая психотерапия. Поведенческая психотерапия. Опытная психотерапия.

Вопросы:

- 1) Поясните что такое психологическая коррекция.
- 2) Поясните, что такое психодиагностическое интервью.
- 3) Психологическое консультирование, дать определение.
- 4) Дефиниция психопрофилактики.
- 5) Известные Вам теории психотерапии.
- 6) Приведите примерную классификацию методов психотерапии.

ГЛАВА 2 ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

2.1 ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Динамическое направление в психотерапии основано на глубинной психологии – психоанализе. В настоящее время в рамках динамического направления существует много различных школ, однако общим, объединяющим взгляды представителей этого подхода, являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах, используемых для их анализа и осознания.

Основоположителем психоанализа является Зигмунд Фрейд. Начало развития данной психотерапевтической системы, основанной на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами – психоанализа, было положено в 1895 г.



Зигмунд Фрейд родился в 1856 г. в Моравии. С 4-летнего возраста почти 30 лет прожил в Вене. В 1873 г. поступил на медицинский факультет Венского университета и через 8 лет получил медицинскую ученую степень. С 1885 г. преподавал в Венском университете. При поддержке своего первого научного руководителя Брюкке прошел стажировку у Шарко во Франции. В сотрудничестве с Блейером описал катарсический метод лечения истерии. В 1886 г. впервые использовал термин «психоанализ» и с этого времени посвятил всю свою жизнь развитию этого учения. Его учениками были такие известные ученые, как Адлер, Юнг, Ференци, Ранк, Абрахам, Джонс и др. Фрейд явился отцом психоанализа, основателем

психодинамической теории личности, его работы стали отправной точкой развития крупного направления – глубинной психологии.

Основные труды: «Толкование сновидений» (1900), «Психопатология обыденной жизни» (1901), «Общие вводные лекции по психоанализу» (1917), «Очерк психоанализа», издана посмертно в 1940 г.

Фрейд умер в Англии в 1939 г.

Психологическая концепция психоанализа представляет собой реализацию психодинамического подхода. Термин «психодинамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики, с точки зрения взаимодействия, борьбы и конфликтов ее составляющих (различных психических феноменов, различных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека.

Бессознательные психические процессы. Центральными в психоанализе являются представления о бессознательных психических процессах, которые рассматриваются как основные детерминанты личностного развития, как основные факторы, движущие силы, определяющие и регулирующие поведение и функционирование человеческой личности. В целом, психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного.

Концепция личности. Рассматривая проблему организации психики, проблему личности, Фрейд создал две модели: топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры). Согласно топографической (более ранней) модели, в психической жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не

осознается в данный момент, и практически не может быть осознано человеком самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное как угрожающие сознанию). Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели личность включает три структуры: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессознательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и импульсы. Эго (разум) направляет и контролирует инстинкты. Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Супер-Эго формируется в процессе воспитания и социализации индивида за счет интернализации (усвоения) социальных норм, ценностей, стереотипов поведения. Таким образом, Ид стремится к немедленной разрядке напряжения и не соотносится с реальностью. Супер-Эго препятствует реализации этих желаний и стремится подавить их. Эго, напротив, способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога.

Тревога. Тревога, с точки зрения Фрейда, является функцией Эго и предупреждает Эго о надвигающейся опасности, угрозе, помогая личности реагировать в подобных ситуациях безопасным, адаптивным способом.

Защитные механизмы. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся определенным уровнем напряжения. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы. Защитные механизмы — это определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов, иными словами, предохранить Эго от тревоги.

Фрейд полагал, что Эго реагирует на угрозу прорыва импульсов Ид двумя путями:

- 1) блокированием выражения импульсов в сознательном поведении или
- 2) искажением их до такой степени, чтобы изначальная их интенсивность заметно снизилась или отклонилась в сторону.

Все защитные механизмы обладают двумя общими характеристиками:

- 1) они действуют на неосознанном уровне и поэтому являются средствами самообмана;
- 2) они искажают, отрицают или фальсифицируют восприятие реальности, чтобы сделать тревогу менее угрожающей для индивидуума.

В настоящее время в психоанализе выделяется две группы механизмов психической защиты:

- А) защитные механизмы, направленные против внешних фрустраторов;
- Б) защитные механизмы, используемые для защиты от внутренних фрустраторов.

Следует также заметить, что люди редко используют какой-либо единственный механизм защиты – обычно они применяют различные защитные механизмы для разрешения конфликта или ослабления тревоги.

Рассматриваются следующие защитные «психодинамические» механизмы:

- 1) Вытеснение (подавление);
- 2) Проекция;
- 3) Интроекция;
- 4) Замещение;
- 5) Рационализация;
- 6) Реактивное образование;
- 7) Регрессия;
- 8) Сублимация;
- 9) Отрицание;
- 10) Идентификация;

- 11) Изоляция;
- 12) Самоограничение;
- 13) Аннулирование действия;
- 14) Воспоминание маскирующее;
- 15) Расщепление;
- 16) Интеллектуализация;
- 17) Интериоризация;
- 18) Механизмы отработки;
- 19) Отказ от реальности;
- 20) Отмена некогда бывшего;
- 21) Отреагирование;
- 22) Противонагрузка;
- 23) Смещение;
- 24) Фиксация.

1) Вытеснение.

Фрейд рассматривал вытеснение как первичную защиту Эго не только по той причине, что оно является основой для формирования более сложных защитных механизмов, но также потому, что оно обеспечивает наиболее прямой путь ухода от тревоги.

Описываемое иногда как «мотивированное забывание», вытеснение представляет собой процесс удаления из осознания мыслей и чувств, причиняющих страдания. В результате действия вытеснения индивидуумы не осознают своих вызывающих тревогу конфликтов, а также не помнят травматических прошлых событий. Например, человек, страдающий от ужасающих личных неудач, благодаря вытеснению может стать неспособным рассказать об этом своем тяжелом опыте.

Освобождение от тревоги путем вытеснения не проходит бесследно. Фрейд считал, что вытесненные мысли и импульсы не теряют своей активности в бессознательном, и для предотвращения их прорыва в сознание требуется постоянная трата психической энергии. Эта непрерывная трата

ресурсов Эго может серьезно ограничивать использование энергии для более адаптивного, направленного на собственное развитие, творческого поведения.

Постоянное стремление вытесненного материала к открытому выражению может получать кратковременное удовлетворение в сновидениях, шутках, оговорках и других проявлениях того, что Фрейд называл «психопатологией обыденной жизни».

Вытеснение играет роль во всех формах невротического поведения, в психосоматических заболеваниях (таких, например, как язвенная болезнь), психосексуальных нарушениях (таких как импотенция и фригидность).

2) Проекция.

Она представляет собой процесс, посредством которого индивидуум приписывает собственные неприемлемые мысли, чувства и поведение другим людям или окружению. Таким образом, проекция позволяет человеку возлагать вину на кого-нибудь или что-нибудь за свои недостатки или промахи.

3) Интроекция.

Интроекция представляет собой процесс отождествления с внутренним объектом (интроектом), процесс, посредством которого человек как бы вбирает в себя качества другого человека, представляет качества другого своими собственными. Нередко интроецируется тот объект, который утрачен: эта утрата заменяется интроекцией объекта в свое Я. З.Фрейд приводит интересный пример, опубликованный в психоаналитическом журнале: «ребенок, чувствовавший себя несчастным вследствие потери котенка, объяснил, недолго думая, что он теперь сам котёнок: он ползал соответственно этому на четвереньках, не хотел есть за столом и т.д.».

4) Замещение.

В защитном механизме, получившем название *замещение*, проявление инстинктивного импульса переадресовывается от более угрожающего объекта или личности к менее угрожающему.

5) *Рационализация.*

Рационализация или защитная аргументация. В психологии понятие «рационализация» ввёл известный психоаналитик Э. Джонс в 1908 г.

Человек изобретает вербализованные и на первый взгляд логичные суждения и умозаключения для ложного объяснения, оправдания своих фрустраций, выражающихся в виде неудач, беспомощности, лишения или депривации.

6) *Реактивное образование.*

Иногда Эго может защищаться от запретных импульсов, выражая в поведении и мыслях противоположные побуждения. Здесь мы имеем дело с реактивным образованием, или обратным действием.

Этот защитный процесс реализуется двухступенчато:

- во-первых, неприемлемый импульс подавляется;
- затем на уровне сознания проявляется совершенно противоположный.

7) *Регрессия.*

Еще один известный защитный механизм, используемый для защиты от тревоги, – это *регрессия*. Для регрессии характерен возврат к ребячливым, детским моделям поведения. Это способ смягчения тревоги путем возврата к раннему периоду жизни, более безопасному и приятному. Узнаваемые без труда проявления регрессии у взрослых включают несдержанность, недовольство, а также такие особенности как «надуться и не разговаривать» с другими, детский лепет, противодействие авторитетам или езда в автомобиле с безрассудно высокой скоростью.

8) *Сублимация.*

Сублимация занимает особое место среди защитных механизмов. Фрейд рассматривал сублимацию как единственный, «не невротический» механизм, единственный «здоровый» путь трансформации инстинктивных импульсов. Сублимация способствует разрядке энергии инстинктов в социально приемлемых (неинстинктивных) формах поведения и представляет собой

замену потребностей, которые не могут быть удовлетворены непосредственно, на социально приемлемые цели.

9) Отрицание.

Отрицание представляет собой защиту от реальности, которая приносит боль, это – защитный механизм, посредством которого либо отрицается (не признается) какое-либо событие или опыт, причиняющий страдания, либо какая-то сторона самого себя.

10) Идентификация – это процесс, посредством которого тревога снимается за счет отождествления (идентификации) себя со значимым, важным лицом, который представляется человеку менее уязвимым в тревожных ситуациях, она может выражаться в подражании стилю поведения, манерам, одежде другого человека.

11) Изоляция – это механизм защиты, посредством которого человек обособливает какое-либо событие, приносящее ему боль, препятствует ему стать частью своего значимого опыта.

12) Самоограничение.

Суть механизма самоограничения состоит в следующем: когда человек понимает, что его достижения менее значительны по сравнению с достижениями другого (или других людей, работающих в той же области), тогда его самоуважение страдает, снижается.

В такой фрустрирующей ситуации многие просто прекращают свою деятельность. Это своеобразный уход, отступление перед трудностями. А. Фрейд назвала данный механизм «ограничением Я» (Эго-рестрикцией).

13) Аннулирование действия.

Аннулирование действия – это такой психический механизм, который предназначен для предотвращения или ослабления какой-либо неприемлемой мысли или чувства, для магического уничтожения неприемлемых для личности последствий другого действия или мысли.

Это обычно повторяющиеся и ритуалистические действия. Данный механизм связан с магическим мышлением. Когда человек просит прощения

и принимает наказание, то тем самым его плохое деяние как бы аннулируется, и он может продолжать действовать с чистой совестью.

14) *Воспоминание маскирующее* – детское воспоминание, характеризующееся одновременно и особой ясностью, и очевидной незначительностью содержания. При его анализе обнаруживается некий яркий детский опыт и бессознательные фантазии. Подобно симптому, маскирующему содержание – это компромиссное образование между вытеснением и защитой.

15) *Расщепление.*

Эго использует процессы расщепления и подавления инстинктивных желаний как некие защиты против тревоги преследования, которая переживается Эго с самого рождения. Объектные отношения, которые формируются под влиянием либидо и агрессии, любви и ненависти, пропитанные, с одной стороны, тревогой преследования, а с другой – ее естественным следствием – вновь обретенной уверенностью во всемогуществе, происходящей от идеализации объекта.

16) *Интеллектуализация* – процесс, посредством которого субъект стремится выразить в дискурсивном виде свои конфликты и эмоции, чтобы овладеть ими. Этот термин чаще всего употребляется в отрицательном смысле; он обозначает главным образом преобладание в психоаналитическом курсе абстрактного умствования над переживанием и признанием аффектов и фантазий.

17) *Интериоризация* – термин, обычно используемый как синоним интроекции; процесс, посредством которого межличностные отношения преобразуются во внутриличностные (интериоризация конфликта, запрета и т.п.).

18) *Механизмы отработки* – понятие, введенное Э. Бибрангом (1943) и подхваченное Д. Лагашем (1956) в работе по психоаналитической теории.

Я. Д. Лагаш противопоставляет механизмы отработки механизмам защиты: цель одних – срочное ослабление внутренних напряжений,

связанных с принципом удовольствия – неудовольствия, цель других – реализация имеющихся возможностей, хотя бы и ценой большого напряжения.

Это противопоставление связано с тем, что механизмы защиты (или принуждения к защите) бессознательны и действуют автоматически, они подчинены первичному процессу и направлены к единству восприятия, тогда как механизмы отработки подчиняются принципу тождества мыслей и позволяют субъекту постепенно освобождаться от отчужденных повторений и (само)отождествления.

19) *Отказ от реальности* – термин Фрейда, обозначающий специфику такого способа защиты, при котором субъект отказывается принять реальность травмирующего восприятия.

20) *Отмена некогда бывшего* – психологический механизм такого поведения, при котором субъект делает вид, будто его прежние мысли, слова, жесты, поступки вовсе не имели места: для этого он ведет себя прямо противоположным образом.

21) *Отреагирование* – эмоциональная разрядка и освобождение от аффекта, связанного с воспоминаниями о травмирующем событии, вследствие которого это воспоминание не становится патогенным или перестает им быть.

22) *Противонагрузка* – экономический процесс, в котором Фрейд видит опору для многообразных защитных действий Я. Этот процесс предполагает осуществляемую Я нагрузку представлений, систем представлений, установок и т.д., способных препятствовать доступу бессознательных представлений и желаний в сознание и действие.

23) *Смещение* – случай, когда ощущение напряженности, значительности, важности какого-либо представления переходит на другие связанные с первым цепью ассоциаций.

24) *Фиксация* – прочная связь с определенным лицом или образами, воспроизводящая один и тот же способ удовлетворения и структурно организованная по образу одной из стадий такого удовлетворения.

Чем более эффективно действуют защитные механизмы, тем более искаженную картину наших потребностей, страхов и стремлений они создают.

Фрейд заметил, что мы все в какой-то степени используем защитные механизмы и это становится нежелательным только в том случае, если мы чрезмерно на них полагаемся.

Классический психоанализ.

Этим термином 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.

Ключевыми, определяющими понятиями психоанализа как психотерапевтической системы являются: свободные ассоциации, перенос, сопротивление, символические проявления бессознательного и интерпретация.

Свободные ассоциации. Свободные ассоциации или свободное фантазирование – это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное. Ей придается наибольшее значение по сравнению с другими способами продуцирования материала в психоаналитической ситуации. И в этом смысле свободные ассоциации выступают как фундаментальное правило психоанализа. Свободные ассоциации – это техника, при которой пациенту предлагается ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания, при которой его просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется

нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным, не имеющим отношения к делу и т. п.

Перенос (перенесение, трансфер). Перенос характеризует отношения, возникающие между психоаналитиком и пациентом в процессе психоанализа. С точки зрения психоаналитиков, эти отношения имеют существенное и даже решающее значение для психоанализа, в ходе которого внимание постоянно направлено на разнообразные изменения в особых отношениях терапевта и пациента. *Перенос* – это проекция пациентом на психоаналитика тех чувств и отношений, которые ранее были у пациента в отношении какого-либо значимого лица. При этом следует отметить, что в классическом психоанализе перенос всегда понимался как родительский, это означает, что пациент проецирует на психоаналитика те чувства, отношения, ожидания и пр., которые он испытывал в отношении родительской фигуры. Отношения переноса воссоздают некую реальность отношений со значимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии придерживается определенной стратегии поведения, он ведет себя эмоционально нейтрально, лично себя не предъявляя. Психоаналитик ведет себя отстраненно вовсе не потому, что он холодный и высокомерный человек (как это иногда изображается), а потому, что для проекции необходим «чистый, белый экран». Если бы психоаналитик проявлял себя как личность более активно, был бы аутентичным, то перенос был бы возможен только в том случае, если бы он действительно отчетливо походил по своим психологическим особенностям и проявлениям на то самое значимое лицо из прошлого пациента.

Понятие контрперенос впервые ввел К. Г. Юнг в 1910 г.

Контрперенос – чувства, возникающие у терапевта в ответ на перенос пациента.

Соппротивление. Соппротивление представляет собой тенденцию препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных

переживаний, воспоминаний, конфликтов. Иными словами, у человека есть конфликты, и они действуют, но он противится их осознанию. Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется.

Символические проявления бессознательного. Согласно концепции Фрейда, бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого находится цензура. Но вытесненные влечения и потребности не теряют своего энергетического потенциала и стремятся проникнуть в сознание. Однако они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажений. Искаженные и замаскированные влечения, «обманув» бдительность цензуры, все же проникают в сознание в виде компромиссных образований, оставаясь при этом нераспознаваемыми для самого человека. В таком виде их и может обнаружить психоаналитик и подвергнуть анализу. В каком же виде представлены в сознании замаскированные бессознательные влечения и потребности? С точки зрения Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений и фантазий и различных ошибочных действий (обыденных житейских явлений – оговорках, обмолвках, описках, забывании слов, имен, дат и пр., собственно ошибочных действиях).

Интерпретация. В своих заявлениях психоаналитик приписывает сновидениям, симптомам и цепочке свободных ассоциаций пациента некоторое дополнительное значение по сравнению с тем, как расценивает эти феномены сам пациент. Интерпретация переноса устанавливает связь между поведением и ассоциациями пациента и его отношением к психоаналитику. Интерпретация содержания относится к бессознательным импульсам и фантазиям и не касается тех защитных процессов, которые поддерживают их в качестве бессознательных. Прямые интерпретации основываются только на знании психоаналитиком символики, безотносительно к ассоциации пациента. Корректные интерпретации адекватно объясняют

интерпретируемый материал, формулируются, таким образом, и сообщаются в такое время, что обладают актуальностью для пациента.

Интерпретация является наиболее важной аналитической процедурой. Процесс анализирования включает конфронтацию, когда явление должно стать очевидным для сознательного Эго пациента. Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Следующий шаг при анализировании – интерпретация, которая в психоанализе является окончательным и решающим действием. Интерпретировать – значит делать неосознанные феномены осознанными. Функция интерпретации направлена на увеличение самосознания, способствует интеграции благодаря осознанию пациентом внутренних процессов. Последний шаг в анализировании – тщательная проработка. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые наблюдаются после инсайта.

Классический психоанализ включает теорию психологического происхождения неврозов. В классической теории различаются следующие типы неврозов.

1) Психоневроз, который обусловлен причинами, относящимися к прошлому и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует три типа психоневрозов – истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид.

2) Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд разграничил две формы: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3) Нарциссический невроз, при котором пациент не способен к образованию переноса.

4) Невроз характера — в этом случае симптомы являются чертами характера.

5) Травматический невроз, который вызывается потрясением.

6) При неврозе переноса, который развивается в ходе психоанализа, пациент проявляет навязчивый интерес к психоаналитику.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы обусловлены невротическим конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждением Ид, стремящегося к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна сторона бессознательна и/или если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Психоанализ рассматривает симптом как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптомы психоневроза. Сознательно она ощущается весьма болезненно. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома.

Этапы динамической психотерапии.

- 1) Ситуация хаоса.
- 2) Конфронтация.
- 3) Интерпретация.
- 4) Разъяснение.
- 5) Завершение.

Аналитическая психология.

Одно из направлений психоанализа, автором которого является швейцарский психолог, психиатр и культуролог, теоретик и практик глубинной психологии Карл Густав Юнг.

Юнг Карл Густав родился в 1875 г. в Швейцарии. Закончил медицинский факультет Базельского университета. В 1900 г. стал ассистентом, в дальнейшем близким сотрудником известного психиатра Е. Блейлера. Стажировался у Жана в Париже. В 1905 г. познакомился с научными трудами Фрейда и начал активное сотрудничество с ним. Фрейд считал Юнга своим научным преемником. В 1914 г. из-за теоретических разногласий прервал взаимоотношения с Фрейдом. Работал над созданием собственной теории, получившей название «аналитическая психология».

Основные труды: «Метаморфозы и символы либидо» (1913), «Психологические типы» (1921), «Воспоминания, сны, размышления» (1961).

Юнг умер в 1961 г. в Цюрихе в возрасте 85 лет.

Юнг рассматривал содержание бессознательного более широко, считая, что оно включает не только подавленные сексуальные и агрессивные побуждения, но и некий интрапсихический материал, имеющий более глубокие, исторические корни, и представляющий собой врожденный опыт прошлых поколений.

С точки зрения Юнга, психика человека включает три уровня: сознание, личное бессознательное и коллективное бессознательное.

Коллективное бессознательное есть общее для всех людей, независимо существующее от человека психическое содержание, «разум наших древних предков», которое представляет собой более глубокий и менее доступный осознанию уровень психической деятельности. Коллективное бессознательное представлено в виде архетипов.

Архетипы – психические структуры, первичные психические образы, составляющие содержание коллективного бессознательного. Архетипы рассматриваются как первообразы, доминанты, априорные формы организации нашего опыта. Архетипы определяют характер человеческой символики, сновидений, сказок, мифов. Они могут выражать религиозные

чувства и имеют значение коллективных символов. Юнг рассматривал архетипы как предрасполагающие факторы, как внутренние детерминанты психической жизни человека, которые направляют его поведение и дают возможность человеку реализовать определенные общие для большинства людей модели поведения даже в тех ситуациях, с которыми он сам ранее не сталкивался, которых нет в его личном опыте.

Личное бессознательное, напротив, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспоминаний, желаний, переживаний (связанных с личным опытом человека), которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть осознаны. Личное бессознательное содержит комплексы (или организовано в виде комплексов), которые представляют собой совокупность эмоционально заряженных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств и пр., связанных с личным опытом индивида. Вытесненные в бессознательное (в частности, под влиянием нравственного чувства, которое Юнг также считал врожденным), эти комплексы оказывают существенное воздействие на психическую деятельность человека, на его поведение. Комплексы, обладающие высокой степенью аффективной заряженности и вступающие в противоречие с сознательным Я, и являются источником невротических нарушений.

Сознание – в значительной мере продукт восприятия и ориентации во внешнем мире, однако, по словам Юнга, оно не состоит целиком из чувственных данных.

В сознании Юнг различал эктопсихические и эндопсихические функции ориентации. К *эктопсихическим функциям сознания* автор относил систему ориентации, имеющую дело с внешними факторами, получаемыми посредством органов чувств; к *эндопсихическим* – систему связей между содержанием сознания и процессами в бессознательном. В эктопсихические функции входят: 1) ощущение, 2) мышление, 3) чувство, 4) интуиция. Доминирующая функция определяет психологический тип. Юнг выводил закономерность соподчиненности эктопсихических функций: при

доминировании мыслительной функции подчиненной является функция чувства, при доминировании ощущения в подчинении оказывается интуиция, и наоборот. Доминирующие функции всегда дифференцированы, мы в них «цивилизованны» и предположительно обладаем свободой выбора. Подчиненные функции, напротив, ассоциируются с архаичностью в личности, бесконтрольностью.

Эктопсихическими функциями не исчерпывается сознательная сфера психического; ее *эндопсихическая сторона* включает: 1) память, 2) субъективные компоненты сознательных функций; 3) аффекты, 4) инвазии, или вторжения. Память позволяет репродуцировать бессознательное, осуществлять связи с тем, что стало подсознательным – подавленным или отброшенным. Субъективные компоненты, аффекты, вторжения еще в большей степени играют роль, отведенную эндопсихическим функциям, – являются тем самым средством, благодаря которому бессознательное содержание достигает поверхности сознания.

Центром сознания, по Юнгу, является *Эго-комплекс* психических факторов, сконструированный из информации о собственном теле, существовании и из определенных наборов (серий) памяти. Эго обладает огромной энергией притяжения – оно притягивает как содержание бессознательного, так и впечатления извне. Осознается только то, что входит в связь с Эго.

Значительную известность в психологии получило выделение Юнгом *экстравертированного* и *интровертированного типов личности*. Экстраверты весь свой интерес направляют на окружающий мир; объект действует на них, по выражению Юнга, как магнит, и как бы отчуждает субъекта от самого себя. У интровертов же вся жизненная энергия направлена на себя, на свое психическое бытие. В основе различий этих типов Юнг видит состояние аффективного напряжения. Высокое напряжение эмоций интроверта обуславливает длительность и яркость полученных им впечатлений; эмоциональная же насыщенность внешних впечатлений

экстраверта быстро падает, не оставляя значительного следа, и лишь новизна объекта может вызвать быстро гаснущую эмоциональную вспышку. Слабая обращенность экстравертов на свой внутренний мир обуславливает, согласно Юнгу, инфантильность и архаичность сферы их бессознательной психики, проявляющиеся в эгоцентризме, эгоизме и тщеславии. Обращенность вовне выражается и в стремлении экстравертов произвести впечатление на окружающих. Прямо противоположным является психический облик интроверта. Предложенная Юнгом типология личности и в настоящее время используется в психоаналитической практике.

Индивидуальная психология.

Индивидуальная психология, созданная Альфредом Адлером, явилась крупным шагом вперед в понимании человека, неповторимости его уникального жизненного пути. Именно индивидуальная психология предвосхитила многие положения гуманистической психологии, экзистенциализма, гештальт-терапии и др.

Адлер Альфред родился в Австрии в пригороде Вены в 1870 г. В детстве перенес несколько тяжелых заболеваний и упорно боролся со своей физической слабостью. В 18 лет поступил в Венский университет и получил медицинскую степень в 1895 г. С 1901 г. был активным участником дискуссионной группы по психоанализу, куда вошел по приглашению Фрейда. В 1911 г. из-за идейных разногласий прервал сотрудничество с Фрейдом и создал собственную теоретическую концепцию под названием «индивидуальная психология». В 1935 г. переехал в США, где преподавал психологию и продолжал работать психиатром.

Основные труды: «Практика и теория индивидуальной психологии» (1927), «Наука жизни» (1929), «Образ жизни» (1930), «Смысл жизни» (1931).

Умер в 1937 г. в Абердине (Шотландия) во время поездки с циклом лекций.

Индивидуальная психология включает в себя такие понятия, как: жизненные цели, стиль жизни, схема апперцепции, чувство общественного и

связанная с ним потребность в социальной кооперации, самость. Адлер полагал, что *жизненные цели*, мотивирующие поведение человека в настоящем, ориентирующие его на развитие и достижение исполнения желаний в будущем, коренятся в его прошлом опыте, а в настоящем поддерживаются актуализацией чувства опасности, незащищенности. Жизненная цель каждого индивидуума складывается из его личного опыта, ценностей, отношений, особенностей самой личности. Многие жизненные цели сформировались еще в раннем детстве и остаются до поры до времени неосознанными.

Жизненные цели служат индивидууму для защиты против чувства беспомощности, средством соединения совершенного и могущественного будущего с тревожным и неопределенным настоящим. При выраженности чувства неполноценности, столь характерного для больных неврозами в понимании Адлера, жизненные цели могут приобретать преувеличенный, нереалистический характер (автором открыты механизмы компенсации и гиперкомпенсации). У больного неврозом часто наблюдается весьма значительное расхождение между сознательными и неосознаваемыми целями, в результате чего он игнорирует возможность реальных достижений и предпочитает фантазии на тему личного превосходства.

Стиль жизни – это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный стиль приспособления к жизни и взаимодействия с ней. Симптом болезни или черта личности могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни, как своеобразное его выражение.

В рамках своего стиля жизни каждый человек создает субъективное представление о себе и мире, которое Адлер называл *схемой апперцепции* и которое детерминирует его поведение. Схема апперцепции, как правило, обладает способностью самоподтверждения, или самоусиления. Например, изначальное переживание человеком страха приведет его к тому, что

окружающая ситуация, с которой он вступит в контакт, будет восприниматься им как еще более угрожающая.

Под *чувством общественного* Адлер понимал «чувство человеческой солидарности, связи человека с человеком... расширение ощущения товарищества в человеческом обществе». В определенном смысле все человеческое поведение социально, поскольку, говорил он, мы развиваемся в социальном окружении и наши личности формируются социально. Чувство общественного включает ощущение родства со всем человечеством и связанность с жизненным целым.

Адлер полагал, что *способность и потребность кооперироваться* являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей, согласованность их поведения предоставляет им шанс преодоления действительной неполноценности или ощущения ее. Заблокированная потребность в социальной кооперации и сопутствующее ей чувство неадекватности лежат в основе неприспособленности к жизни и невротического поведения.

Понятие *самости*, как и многие категории психоанализа, автор не относит к операциональным. Самость в его понимании тождественна творческой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, придает им форму и значимую цель. Формирование жизненной цели, стиля жизни, схемы апперцепции – акты творчества. Самость руководит и управляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению Адлера, основным недостатком в понимании Фрейдом личности и сущности психотерапевтического процесса была недооценка уникальности человеческой судьбы. Самость – форма реализации этой уникальности, она активно формирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно принимая другие.

В концепции психотерапии Адлер выделял 3 аспекта: понимание и принятие пациентом индивидуального стиля жизни; помощь пациенту в

понимании себя; тренировка и усиление социального интереса, потребности в социальной кооперации.

Схема развития психотерапевтического процесса в индивидуальной психологии выглядит следующим образом: 1) вхождение психотерапевта в контакт с пациентом с помощью эмпатии, доброты, поддержки; 2) формирование ответственности пациента за успех лечения (сигналом о готовности его к сотрудничеству с психотерапевтом служит, в частности, желание вспомнить собственное прошлое); 3) когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости; 4) эмоциональное отреагирование и соприкосновение с ранее неосознаваемым чувственным опытом; 5) проверка в реальности нового опыта.

Дальнейшее развитие психоанализа осуществлялось в рамках неопсихоанализа. Особую роль в нем сыграло направление, придающее большее, чем классический психоанализ, значение социокультурным факторам в развитии невроза, учитывающее влияние общества на выбор и формирование невротических симптомов. Оно получило название культурного психоанализа. Наиболее видными его представителями являются Хорни, Фромм, Райх, Салливан.

Характерологический анализ Хорни.

Хорни Карен родилась в Гамбурге в 1885 г. Училась на медицинском факультете Берлинского университета, который закончила в 1932 г. С 1920 г. сотрудничала с Берлинским психоаналитическим институтом. Проходила анализ у Абрахама и Сакса, выдающихся психоаналитиков того времени. В 1932 г. по приглашению Александра переехала в США. Разочаровавшись в ортодоксальном психоанализе, основала «Ассоциацию за прогресс психоанализа» и в 1941 г. — Американский институт психоанализа, который возглавляла всю свою жизнь. Разработала собственную психоаналитическую концепцию с акцентом на социальные факторы под названием «характерологический психоанализ».

Основные труды: «Невротическая личность нашего времени» (1937), «Самоанализ» (1942), «Неврозы и развитие человека» (1950).

Хорни умерла в 1952 г. в возрасте 67 лет.

Хорни рассматривала в качестве детерминант человеческого поведения и развития две основные потребности: *потребность в безопасности* и *потребность в удовлетворении*. Центральное место в теории Хорни занимает понятие базальной тревоги, которое она описывает как «чувства ребенка, одинокого и незащищенного в потенциально враждебном ему мире». *Базальная тревога* – это глубокое чувство одиночества и беспомощности, ощущение отсутствия безопасности. В ответ на фрустрацию этой потребности ребенок вырабатывает определенные поведенческие стратегии, которые могут фиксироваться в качестве защитных механизмов в отношении тревоги. Такие фиксированные стратегии Хорни рассматривает как невротические потребности. Первоначально Хорни выделила 10 основных невротических потребностей. В дальнейшем описала три личностных типа на основании выраженности и преобладания тех или иных невротических потребностей и соответствующих им стратегий поведения. Уступчивая личность (потребности быть рядом с другими, в признании и любви доминантного партнера – ориентация на людей), отрешённая личность (потребности в одиночестве, бегстве от людей, независимости и совершенстве – ориентация от людей) и агрессивная личность (потребности в противодействии, власти, престиже, восхищении, успехе, потребность подчинить себе других – ориентация против людей). Для невротической личности характерно доминирование какой-либо одной потребности или одной группы потребностей и соответствующих им стратегий поведения. Такая негибкость, невозможность направить поведение на удовлетворение других потребностей и изменить поведение в соответствии с новыми обстоятельствами не приносит успеха, а только усиливает фрустрацию и усугубляет невротические проблемы.

Следует отметить ещё один важный аспект в понимании природы невротических нарушений. *Потребность в удовлетворении* включает не только удовлетворение физических (биологических) потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, в достижениях. Наличие этих двух потребностей (в безопасности и удовлетворении) являются источником постоянных противоречий и конфликтов. Для удовлетворения потребности в безопасности человек пользуется фиксированными стратегиями поведения, то есть формирует поведение, ограничивающее сферу его функционирования (ограничительное поведение) относительно безопасными областями, что снижает базальную тревогу, но препятствует реальным достижениям, то есть фрустрируется потребность в удовлетворении. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказываться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, наличие этих двух потребностей несет в себе противоречие, которое может привести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом является лишь количественным.

Цель психотерапии Хорни видит в необходимости помочь больному неврозом осознать свой «идеализированный образ» и его функции. В процессе аналитической работы она стремится путем раскрытия Идеализированного Я помочь пациенту в его подлинно человеческом развитии и развертывании его тенденций к самореализации, к переориентации мыслей, чувств и жизненных планов. Осознание больным различных факторов своего существования должно быть действительным знанием, что достигается посредством эмоционального переживания. Аналитическую работу Хорни дополняет психосинтезом, пробуждением у пациента конструктивных сил, стремления к саморазвитию. В целом психотерапия служит устранению разрыва между Реальным Я человека и его Идеализированным Я, образующимся в процессе невротического развития личности. Цель психотерапии по Хорни можно выразить, перефразируя

слова Фрейда: «Там, где было Идеализированное Я, должно быть Реальное Я».

Интерперсональная психотерапия Салливана.

Салливан Гарри Стек родился в 1892 г. в США, в окрестностях Норича, штат Нью-Йорк. Образование получил в Чикагском медицинском колледже, который закончил в 1917 г. С 1922 г. начал работать психиатром и к 30 годам заслужил репутацию блестящего клинициста. Начиная с 1929 г. разрабатывал основные положения своей теории межличностных отношений, которая в конечном итоге получила название интерперсональной теории. С 1936 г. занял пост директора Вашингтонской школы психиатрии.

Единственным прижизненным опубликованным трудом явилась «Концепция современной психиатрии» (1947). Лекции и рукописи Салливана были опубликованы во многих руководствах и сборниках.

Умер Салливан в 1949 г. в Париже по пути домой с собрания Исполнительного совета Всемирной федерации психического здоровья.

Психиатрический и психотерапевтический подход, разработанный Салливаном, основан на представлении о ведущем значении межличностных отношений между людьми в норме и патологии.

Согласно Салливану, человека характеризуют две ведущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (*потребность в нежности, ласке*), а вторая (*потребность в безопасности*) связана с межличностными отношениями. Психологический смысл первой потребности – ослабление силы физиологических потребностей (голод, жажда, половое влечение). Этот уровень функционирования присущ и животным. Вторая ведущая потребность имеет уже чисто человеческую природу и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение второй потребности ложными способами приводит к психическим заболеваниям, которых, по мнению Салливана, у животных нет.

Отдельно Салливан акцентирует внимание на важной роли *тревоги* в патологии (дезорганизации жизни) и вообще в жизни. Нарушения поведения являются реакцией на усиление тревоги. Большое значение имеет и конфликт тенденций: стремление удовлетворить физиологические потребности может привести к утрате чувства безопасности. Одним из путей, которым индивид может избавиться от тревоги, является механизм «избирательного внимания», отсеивающий информацию, несущую тревогу.

В процессе психотерапии регрессивный способ корригируется анализом отношений пациента в детстве, и одновременно в межличностных отношениях с психотерапевтом больной учится получать удовлетворение от общения с людьми, избавляется от тревоги, приобретает чувство безопасности, налаживает адекватные отношения с собой и окружающими людьми. При этом происходит перестройка личности, которая приводит к тому, что пациент начинает явно видеть пути выхода из ситуаций, ранее представлявшихся неразрешимыми.

По своему характеру метод Салливана приближается к современным вариантам краткосрочной психотерапии. В нем четко прослеживается, наряду с аналитической ориентацией, элемент поведенческой психотерапии.

Из отечественных концепций психотерапии к динамическому направлению можно отнести систему патогенетической психотерапии Мясищева и ее развитие в виде личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б. Д. Карвасарского, Исуриной, В. А. Ташлыкова.

Патогенетическая психотерапия Мясищева.

Мясищев Владимир Николаевич родился в 1893 г. в семье мирового судьи. В 1919 г. закончил медицинский факультет Психоневрологического института в Петрограде и до последнего дня жизни его деятельность была связана с этим учреждением. На научные взгляды Мясищева значительное влияние оказали Бехтерев и Лазурский, учеником которых он являлся. Мясищевым были разработаны психология отношений, клинко-патогенетическая концепция неврозов и патогенетическая психотерапия. С 1945 г., не покидая пост директора Института им. В. М. Бехтерева, он стал профессором Ленинградского государственного



университета, где в дальнейшем заведовал кафедрой психологии, принимал активное участие в создании Факультета психологии ЛГУ, открытого в 1966 г. Мясищев стал первым председателем Проблемной комиссии по медицинской психологии Академии медицинских наук СССР.

Основные труды: «Психические свойства человека», совместно с Ковалевым (1957, 1960), «Личность и неврозы» (1960), «Введение в медицинскую психологию», совместно с Лебединским (1966).

Умер Мясищев в 1973 г., будучи научным консультантом Института им. В. М. Бехтерева и профессором ЛГУ.

На становление психотерапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» Мясищева еще в 30–40-х годах прошлого столетия. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание *личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой*. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской

психологии Бехтерева и Лазурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и, в особенности, – к учению о неврозах и психотерапии.

Главная характеристика личности, по Мясищеву, – *система её отношений*, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Личность проявляется в разных областях, и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является *отношение человека к самому себе*. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе – один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

В соответствии с концепцией неврозов Мясищева была разработана их *патогенетическая психотерапия*. Основной задачей системы патогенетической психотерапии Мясищева является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность

способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности.

Важнейшее значение для успеха патогенетической психотерапии играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента, сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия – эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

Б. Д. Карвасарского, В. А. Ташлыкова, Исуриной.

Психотерапевтическое направление, представляющее собой дальнейшее развитие учения Мясищева о неврозах и их психотерапии. Становление личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как самостоятельного направления в психотерапии может быть отнесено к началу 70-х годов и включает в себя: 1) концепцию личности как систему *отношений* индивида с окружающей средой; 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается прежде всего как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений; 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

Целью личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является реконструкция и гармонизация нарушенной системы отношений личности, послужившей главной причиной невротической декомпенсации.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом.

1) Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

- связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;

- какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;

- как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;

- собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

- характерные защитные психологические механизмы;

- более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

- собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность – ситуация – болезнь», осознание

интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана.

2) Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;

- пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;

- научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;

- стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;

- научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;

- модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;

- произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В целом задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3) Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;

- приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
- преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с боязнью субъективно сложных ситуаций;
- развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;
- закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
- выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания – на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях – когнитивной, эмоциональной и поведенческой – и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация, понимаемая как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями

и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

Корректирующий эмоциональный опыт (или корректирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

В последние годы, основываясь на известной пластичности и открытости системы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и учитывая преимущественно психодинамическую её направленность, ее авторы стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов второго и третьего направлений современной

психотерапии – гуманистического и бихевиористского. Трехкомпонентный характер отношений, представляющий собой основной системообразующий фактор в принятой концепции личности, создает предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов.

Рациональная психотерапия.

С конца 90-х годов XIX века в Швейцарии увлеченно стал заниматься психотерапией невропатолог Дюбуа. Одно время он был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод рациональной психотерапии, который противопоставил гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение». Рациональная психотерапия, опираясь, по словам Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлогистические доказательства», рассеивает ошибки в суждениях больного о характере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, касающихся его болезни – таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии. Направление психотерапии, заложенное Дюбуа, не утратило своего значения и в настоящее время. Рациональная психотерапия входит практически во все виды психотерапии.

Арететерапия.

Оригинальный психотерапевтический метод – «арететерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Греческое слово arete включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. Психотерапевтическое воздействие опиралось на высшие проявления духовной жизни, а именно на нравственные стороны человеческой личности. В своей работе «Идеализм как физиологический фактор», вышедшей в свет в

1908г., Яроцкий обосновывал положение о важнейшей роли нравственной стороны духовной жизни человека в развитии и течении его болезни. Этические (идеалистические) стороны личности не только обуславливают поведение человека и его жизненный путь, но являются также важными факторами, влияющими на особенности протекания физиологических процессов в организме. Истинная причина заболевания, по убеждению Яроцкого, находится в глубоких пластах духовной жизни, с чем он и связывал роль предложенного им метода в сохранении и восстановлении здоровья человека.

Песочная терапия.

Песочная психотерапия (sandplay – песочная игра) представляет собой невербальный контакт психотерапевта с клиентом, в котором внутренние переживания переносятся на песочную композицию.

История песочной терапии берет начало в 1929 г., когда английский детский психотерапевт Маргарет Ловенфельд впервые применила песочницу в игровой психотерапии с детьми. Ловенфельд придавала большое значение тактильному контакту ребенка с песком и водой, дополнявшему проективную игру с различными предметами и куклами. Она заметила, что дети добавляют в песок воду и помещают затем туда миниатюрные игрушки. Так родилась «техника построения мира».

Юнгианская песочная терапия была разработана швейцарским детским психотерапевтом Дорой Кальфф после того, как в 1956 г. Юнг посоветовал ей изучить песочную терапию в Лондоне лично у Ловенфельд. Кальфф шесть лет обучалась в цюрихском Институте Юнга. Она дополнила технику Ловенфельд юнгианским подходом и своим глубоким знанием восточной философии.

Кальфф утверждала, что в процессе песочной терапии отражаются стадии психического развития человека. Она указала на возможность использования песочной терапии в работе как с детьми, так и со взрослыми.

Материалы песочной терапии.

Юнгианская песочная терапия предполагает использование двух прямоугольных подносов, выкрашенных изнутри в голубой цвет. Один поднос заполняется сухим песком, другой – мокрым. Традиционный размер подноса или ящика в см: 50x70x8.

Голубой цвет был выбран для окраски внутренней поверхности подноса основательницей юнгианской песочной терапии Дорой Кальфф. Он символизирует небо или воду. Голубой цвет способствует секреции нейромедиаторов, вызывающих состояние покоя, замедление пульса, понижение температуры тела, снижение аппетита, сокращение потоотделения.

Песок – уникальный природный материал. При смешивании с *водой* песок позволяет лепить трехмерные устойчивые формы, создавать поверхности с различной текстурой, выкапывать ямы, зарывать предметы, а также, капая влажным песком, создавать фантастические замки. Песок образует естественную границу между океаном и землей, а в песочной терапии символизирует элемент Земли, материнское начало, устойчивую, непреходящую основу бытия – то, что поддерживает, питает и включает в себя все формы жизни.

Песок и вода находятся друг с другом в определенных отношениях. Песок является плотной субстанцией и не имеет какой-либо определенной формы. Вода находится в жидком состоянии. Соединяясь, они могут образовывать устойчивые формы или превращаться в грязь в тех случаях, когда воды больше, чем песка. В союзе с водой песок в руках человека становится более податливым, легче подчиняется творческой воле человека.

Кроме того, комната для терапии должна иметь огромное количество разнообразных *миниатюрных фигур*: людей из различных исторических периодов и исполняющих различные функции, животных, деревьев, растений, цветов, зданий и орудий их создания, священных зданий (типа церквей, храмов) и религиозных символов, мостов, автомобилей, вагонов, и

еще много всего другого. Материалы, из которых они изготовлены, могут быть самыми разнообразными; но необходимо также иметь камни, древесину, кусочки металла, стекло и цветные стеклянные бусины, морские ракушки, и другие виды сырья, чтобы была возможность делать то, что трудно доступно другими средствами. Обычно всё это «богатство» располагается на открытых невысоких стеллажах, с которых легко достать необходимый материал даже ребенку. Необходимо иметь все возможные фигуры, чтобы это давало стимул создавать ребенку собственный мир. Что действительно важно – не общее количество фигур, а их символическая ценность. Важно, чтобы были представлены не только светлые, дружелюбные, красивые объекты, но также и уродливые, темные, злые, внушающие страх персонажи. Также важно – иметь символические фигуры из других культур, чтобы была возможность представить «полностью другой», необычный и «иностранный» мир в душе.

Один из важных психотерапевтических ресурсов – возможность созидательного изменения формы, сюжета, событий, взаимоотношений. Человек, играющий с миниатюрными фигурками, воплощает фигуру волшебника, который вступает во взаимодействие с природными и социальными силами. Ему предоставляется возможность творческого изменения напрягающей его в данный момент ситуации или состояния. Преобразуя ситуацию в песочнице, человек получает опыт самостоятельного разрешения трудностей как внутреннего, так и внешнего плана. В этом и проявляется его сила Волшебника. Накопленный опыт самостоятельных конструктивных изменений человек переносит в реальность.

Тактильная коммуникация. Прямой тактильный контакт с песком предполагает разнообразные движения: разглаживание, утрамбовывание, создание отпечатков, рытье ям, а также рассыпание и бросание песка. Утрамбовывание песка создает впечатление «непроницаемой» поверхности и выступает в роли защиты клиента от неприятных для него переживаний. Напротив, разрыхленный песок словно располагает к прикосновению и

проникновению вглубь. Трехмерные формы из песка отражают чувство защищенности кожных покровов и ощущение собственного владения определенным пространством или территорией, а также доверие к психотерапевту.

Иногда песок ассоциируется с непредсказуемостью и деструктивностью окружающего мира или собственных переживаний, а потому вызывают негативную реакцию. Боязнь трёхмерности и интимности влияет на процесс создания песочных композиций. Если человеку неприятен чувственный элемент взаимодействия с песком, он может оставить песок нетронутым, располагая на нем, однако, фигурки. В этом случае песок воспринимается клиентом как двухмерный материал – некое подобие бумаги.

Способы *психотерапевтической игры* с песком подразделяются на три основные группы. К первой относятся такие виды работы, при которых на поверхности песка создаются различные возвышения в виде горок, рисуются линии или делаются отпечатки. Вторая группа игр с песком включает всевозможные виды работ, предусматривающие проникновение в толщу песка – рытье ямок и тоннелей, закапывание предметов и их извлечение из песка. Третья группа игр связана с использованием воды, которую клиент льет в песочницу.

Композиция усложняется в зависимости от стадии психического развития клиента. При этом участники используют различные виды игр с песком. В психотерапевтическом процессе песочница является сценой, на которой разыгрывается драма. К концу сессии клиент создает и одиночные формы из песка, и их комбинацию, либо использует песок в качестве фундамента для расположения предметов.

Выпуклые формы. При проведении песочной терапии дети наполняют формы песком, а затем оставляют их в перевернутом виде, словно некие горки, нуждающиеся во внешней поддержке, либо делают «пирожки». Изготовление «пирожков» с помощью формочек или ведерка можно

рассматривать в качестве своеобразного «рождения». До момента рождения ребенка тело матери является первичной средой его обитания.

Другой выпуклой песочной фигурой являются горки, получаемые путем сгребания песка к центру подноса. Небольшое возвышение из песка напоминает грудь, живот или чрево – все они являются символами согревающего и питающего женского начала, атрибутами Матери-Земли. Более высокая форма может ассоциироваться с горой, символизирующей центр мира, место соединения земли и неба. В качестве наиболее высокого места земной поверхности гора обозначает постоянство, вечность, устойчивость и неподвижность. Восхождение символизирует преодоление земных страстей и стремление достичь духовного совершенства.

Линии на песке. Линии на песке обозначают границы территорий или путь, обычно их рисуют каким-либо предметом или пальцем. Прямая линия символизирует вид движения, имеющий определенную отправную точку и цель пути. Каждый сегмент спиралевидного пути обладает собственной целью, в отличие от прямого пути, имеющего цель конечную. И прямые, и спиралевидные линии, в зависимости от того, какие области песочницы они соединяют, имеют разное значение. Восходящая на гору спираль символизирует связь земли и неба, обыденного и сверхъестественного. Она обозначает распространение энергии в природе, создание паутины жизни, блуждание души и её конечное возвращение к праисточнику жизни.

Создание отпечатков рук, ног, различных предметов – один из способов украшения песочных форм, а также способ отразить стремление человека специально оставить знак своего присутствия. В работе с взрослыми отпечатки рук являются центральным элементом песочных композиций, отражающих начало процесса индивидуализации. Отпечатки рук, украшенные полудрагоценными камнями, создавались клиентами в качестве символа собственной значимости. Они служили средством защиты и помогали преодолеть ощущение собственного бессилия, растерянности и

тревоги, послужившее причиной обращения за психотерапевтической помощью.

Проникновение в толщу песка. Кожные покровы тела, поверхность земли, песка являются естественной границей, за которой находится некая внутренняя субстанция. Проникновение в толщу песка ассоциируется с проникновением в глубь земли или в человеческое тело. Создание углублений является метафорами самопознания и духовных поисков, встречи с бессознательным и развития системы представлений.

Выделяется четыре вида отверстий, связанных с проникновением в толщу песка: ямки, тоннели, специально создаваемые углубления для закапывания предметов или для извлечения их из песка.

Ямки образуются путем раскапывания песка руками или с помощью каких-либо инструментов. Если песок влажный, то, копая под углом, можно изобразить пещеру. Пещера символизирует чрево – место, где зарождается новая жизнь, либо могилу. Пещера также является символом укрытия, священного места, в котором человек может встретиться с высшими силами, либо место обитания пророка. Кроме того пещера ассоциируется с чревом Матери-Земли.

Тоннель является подземным проходом, соединяющим наземное место входа с местом выхода тоннеля. Связывая две удаленные в пространстве точки, тоннель чем-то напоминает мост. И тоннель, и мост символизируют коммуникацию, соединение и процесс перехода из одного состояния в другое, связь между тем состоянием, в котором человек находится, и тем, которого хотел бы достичь. Прохождение предмета через темный тоннель может символизировать первый в жизни каждого человека ритуал перехода, а именно движение по родовому каналу. Это может переживаться клиентом как символическое рождение или метаморфоза.

Погружение в толщу песка ассоциируется с движением вглубь как в прямом, так и в переносном смысле. Погребение символизирует возвращение в землю всего того, что земля произвела на свет. С ним ассоциируется

гниение, распад и забвение. Иногда песок воспринимается как место погребения, вызывая ассоциацию со смертью, похоронами, заточением в некое пространство, из которого нет выхода, а также с вечным покоем, приходящим на смену земной суете. Песок также может связываться с защитой, теплом, покоем, интимностью и местом зарождения новой жизни. Пряча что-то в песок, человек иногда пытается освободиться от неприятных качеств и переживаний.

Извлечение чего-то из толщи песка символизирует обнажение того, что было неприятно человеку и какое-то время им скрывалось, но, тем не менее, нуждалось в определении и осознании.

В психотерапии дети часто любят прятать в песок мелкие предметы. Затем они пытаются этот предмет найти или просят сделать это психотерапевта. Поиск предмета, спрятанного в песке, символизирует веру ребенка в то, что с помощью специалиста в процессе психотерапии ему удастся открыть в себе нечто ценное. Это также может означать готовность ребенка преодолеть в себе страх и отвращение перед чем-то непонятным и скрытым от него, либо поиск и обретение ранее потерянной ценности, например такой, как родительская любовь или любовь к самому себе. Иногда песок ассоциируется с телом матери, а закопанные предметы символизируют находящееся в её утробе.

Важно то, что песочные картины – не произведения искусства, которые должны жить постоянно, даже если мы находим их очень красивыми и внушительным. Они не должны остаться во внешнем мире. Они – образы души, ставшие на время видимыми; каждый клиент (и также аналитик) несет их в пределах часа, где их влияние оказывает свое действие на душу. Может произойти преобразование, и это проявится позже в новой картине. В лотке песка картина разваливается: позднее аналитик полностью очищает лоток. Можно также говорить, что ребёнку предоставляется на час несформированный мир, внутри которого он может формировать свой индивидуальный мир. Его душа несет этот образ, а лоток передает его.

Позднее песок станет вновь несформированным, ненамеренным миром. Внутренний мир, картину которого он несет, для него также реален как наш внешний, так называемый объективированный мир. Песок: это – лучшая среда, чтобы дать трехмерное представление, и внутреннего и внешнего, поскольку они подвергаются постоянному изменению.

Как дополнение к анализу песочная терапия представляет собой невербальный метод, используемый с разной периодичностью, который позволяет затронуть превербальный уровень психики. Песочница может применяться как регулярно, так и всего лишь несколько раз на протяжении психотерапевтического процесса. Очевидно, что частота её использования определяется желанием клиента с ней работать, в то же время отношение к ней самого психотерапевта играет не последнюю роль.

Таким образом, песочница является одним из интересных и эффективных методов в психотерапии, в котором эмоции и настроения обретают конкретное воплощение в результате использования песка и воды. Исцеление происходит благодаря возможности совершить некое действие, а также из-за высокой степени доверия ко всему, что происходит во время песочной терапии.

Символдрама (Кататимно-имагинативная психотерапия, Кататимное переживание образов).

Символдрама – это одно из направлений психотерапии, базирующееся на принципах глубинной психологии, в котором используется особый метод работы с воображением, для того чтобы сделать наглядными бессознательные желания человека, его фантазии, конфликты и механизмы защиты, а также отношения переноса и сопротивление. Символдрама способствует их переработке как на символическом уровне, так и в ходе психотерапевтической беседы. В основе метода символдрамы лежит теоретическая база психоанализа. В этом отношении метод исходит из анализа бессознательной динамики актуально действующих конфликтов. В

качестве метафоры можно охарактеризовать символдраму как «психоанализ при помощи образов».

Название метода происходит от греческих слов «ката» – «соответствующий», «зависящий» и «тимос» – одно из обозначений «души» (в данном случае имеется в виду «эмоциональность»). На русский язык название метода можно перевести как «эмоционально-обусловленное переживание образов».

Метод разработан известным немецким психотерапевтом, профессором, доктором медицины Ханскарлом Лейнером (1919-1996). Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов, «картины» на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию. Концептуальная основа метода – глубинно-психологические психоаналитически ориентированные теории, анализ бессознательных и предсознательных конфликтов, аффективно-инстинктивных импульсов, процессов и механизмов защиты как отражения актуальных эмоционально-личностных проблем, анализ онтогенетических форм конфликтов раннего детства.

В теории и технике символдрамы условно можно выделить три составляющие – три основных механизма психотерапевтического воздействия, как бы три измерения. Первой составляющей является такое направление работы, при котором происходит фокусировка на конфликте пациента и прорабатывание этого конфликта в ходе терапии. Вторая составляющая – это удовлетворение архаических потребностей пациента (нарциссических, оральных, анальных, эдипально-сексуальных) с использованием бесконфликтных мотивов. Третья составляющая – развитие творческих задатков, креативности.

Психотерапию по методу символдрамы можно представить как некую трёхмерную систему координат, где одну ось представляет работа с конфликтами (первая составляющая), другую – работа, направленная на

удовлетворение архаических потребностей (вторая составляющая) и третью – работа, нацеленная на развитие креативности пациента (третья составляющая). В каждом конкретном случае работы с пациентом психотерапевт как бы перемещается в этой системе координат, оказываясь ближе то к одной, то к другой её оси, используя различные техники символдрамы.

Рис. 1. Три измерения – три составляющих символдрамы.

Психотерапия по методу символдрамы проводится в индивидуальной и групповой форме, а также в форме психотерапии пар, когда образы одновременно представляют либо супруги/партнеры, либо ребенок с одним из родителей. Символдрама хорошо сочетается с классическим психоанализом, психодрамой, гештальт-терапией и игровой психотерапией.

Описание метода.

Лежащего с закрытыми глазами на кушетке или сидящего в удобном кресле пациента вводят в *состояние расслабления*. В работе со взрослыми пациентами и подростками для этого используется техника, близкая к двум первым ступеням аутогенного тренинга по Й. Х. Шульцу. Как правило, бывает достаточно нескольких простых внушений состояния *спокойствия, расслабленности, тепла, тяжести и приятной усталости* – последовательно в различных участках тела.

Предварительным условием проведения психотерапии является установление в ходе одной или нескольких предварительных бесед доверительных отношений между пациентом и терапевтом, а также сбор данных о пациенте (анамнез).

После достижения пациентом состояния расслабления (что можно проконтролировать по характеру дыхательных движений, дрожанию век, положению рук и ног) ему предлагается представить образы на заданную психотерапевтом тему – *стандартный мотив*.

Представляя образы, пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом психотерапевту. Психотерапевт как бы «сопровождает» пациента в его образах и, если необходимо, направляет их течение в соответствии со стратегией лечения.

Участие психотерапевта внешне выражается в том, что через определенные промежутки времени при помощи комментариев типа «да»,

«угу»), восклицаний типа «*Вот как!*»), повторения описаний пациента, а также при помощи вопросов о деталях и свойствах образа он сигнализирует о том, что внимательно следит за ходом развития образов пациента.

Чтобы обеспечить наиболее полное и глубокое самораскрытие личности пациента, необходимо свести до минимума суггестивное воздействие психотерапевта. В частности, вопросы психотерапевта должны быть *открытыми*, так как уже в самом вопросе могут быть некоторые элементы внушения. Например, вместо того, чтобы спросить: «Дерево большое?» – или – «Далеко ли это дерево?», – что уже предполагает определенное ожидание ответа, следует спрашивать: «Какого размера дерево?» или «На каком расстоянии находится это дерево?».

Длительность представления образов зависит от возраста пациента и характера представляемого мотива. Для *подростков* и *взрослых* пациентов она составляет в среднем около 20 минут, но не должна превышать 35 - 40 минут. Для *детей* длительность представления образов колеблется в зависимости от возраста ребенка от 5 до 20 минут.

Курс психотерапии состоит, как правило, из 8-15 сеансов, в особо сложных случаях достигая иногда 30-50 сеансов. Однако существенные улучшения наступают уже после нескольких первых сеансов, вплоть до того, что иногда даже один-единственный сеанс может избавить пациента от болезненного симптома или помочь разрешить проблемную ситуацию.

Частота сеансов составляет от 1 до 3 сеансов в неделю. Так как метод символдрамы оказывает глубокое эмоциональное воздействие и требует времени, чтобы пережитое в ходе сеанса прошло сложный процесс внутреннего психологического прорабатывания, проводить сеансы ежедневно и, тем более, несколько раз в день не рекомендуется. Также не рекомендуется проводить сеансы реже, чем раз в неделю.

Символдрама проводится в *индивидуальной, групповой* форме и в форме *психотерапии пар*, когда образы одновременно представляют либо

супруги/партнеры, либо ребенок с одним из родителей. Символдрама может быть также составной частью *семейной психотерапии*.

Символдрама хорошо сочетается с классическим психоанализом, психодрамой, гештальт-терапией, игровой психотерапией.

Стандартные мотивы.

Характерной особенностью символдрамы является предложение пациенту некоторой темы для кристаллизации его образной фантазии – так называемого мотива представления образа.

Мотивы, используемые в символдраме, были выработаны в ходе долгой экспериментальной работы. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациентов, были отобраны такие, которые, с диагностической точки зрения, наиболее релевантно отражают внутреннее психодинамическое состояние и, в то же время, обладают наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

В качестве *основных мотивов символдрамы* Х. Лейнер предлагает следующие:

- луг, как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса;
- подъем в гору, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта;
- следование вдоль ручья вверх или вниз по течению;
- обследование дома;
- наблюдение опушки леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса.

Все мотивы имеют, как правило, широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определённое соответствие между каждым конкретным мотивом и некоторой проблематикой. Можно говорить об отнесенности конкретных мотивов к определенной проблематике и стадии детского развития, а также об особой эффективности некоторых мотивов в случае определённых заболеваний и патологических симптомов.

Вопросы:

- 1) Перечислите известных Вам авторов дальнейшей разработки психоаналитического направления.
- 2) Автор метода песочной психотерапии, опишите процесс психотерапевтической работы.
- 3) Автор метода индивидуальной психологии, опишите процесс психотерапевтической работы.
- 4) Родоначальник психоанализа, отметьте этапы психоаналитического процесса.
- 5) Отечественные учёные, последователи психоанализа, расскажите об их методиках.

2.2 КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения (обусловливания) для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур.

Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология бихевиоризма.

Бихевиоризм. Это направление в психологии сформировалось в начале XX века. Основоположником бихевиоризма является Уотсон, который ввел этот термин и опубликовал его первую программу. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Торндайка, заложившие основу для его возникновения, а также труды Павлова и Бехтерева. Бихевиоризм во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психологии и исключил из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать и, следовательно, изучать так же, как это принято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм по сути отождествляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу «стимул – реакция». При этом поведение человека, так же как и поведение животного, описывается жесткой схемой «стимул – реакция» (S–R), что рассматривается в качестве основной единицы поведения. Все внутренние психологические звенья, все психологические

феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального бихевиоризма по сути игнорировались как непосредственно не наблюдаемые. Таким образом, радикальный бихевиоризм ограничивался схемой «стимул – реакция». Однако в дальнейшем бихевиоризм обращается и к опосредующим процессам. Появляется понятие *промежуточных переменных* – процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул – реакция» за счет введения промежуточных переменных знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена и Халла. Основная формула бихевиоризма трансформируется в формулу «стимул – промежуточные переменные – реакция» (S-r-s-R). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как независимые переменные, а реакции – как зависимые. Промежуточные переменные (медиаторы, посредники, интервенирующие переменные) – это те психологические образования, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают, прежде всего, совокупность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением. В настоящее время понятие промежуточных переменных понимается широко и включает сложный комплекс разнообразных психологических феноменов. В качестве промежуточных переменных рассматриваются внимание, представления, склонности, мотивы, установки, отношения и даже сознание.

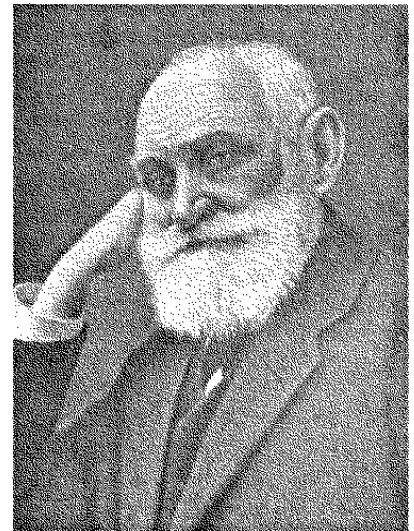
Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта или проблема научения (обучения) как приобретения различных умений и навыков. *Научение* – это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Научение рассматривается как появление 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 поведенческой психотерапии (а также важного фактора лечебного действия в других психотерапевтических системах, в частности в групповой психотерапии).

Поведенческая психотерапия, по сути, представляет собой клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма. Центральное место в этих теориях занимают процессы классического и оперантного обусловливания.

Первый опыт применения поведенческой терапии, связанный с классическим и оперантным обусловливанием, был предпринят такими учеными как И. П. Павлов и Б. Ф. Скиннер.

Павлов Иван Петрович родился в 1849 г. в селе Кривополье Рязанской губернии в семье священника. Окончив в 1864 г. духовное училище, поступил в Рязанскую духовную семинарию. Увлечшись работами Писарева, решил изучать естественные науки, оставил семинарию и в 1870 г. поступил на физико-математический факультет Петербургского университета. Под влиянием трудов Сеченова начал специализироваться по физиологии. Окончил университет в 1875 г. и сразу поступил на 3-й курс Медико-хирургической академии. Научные труды Павлова стали основополагающими в физиологии высшей нервной деятельности, явились научной базой бихевиоризма, в СССР легли в основу павловской психотерапии. В 1904 г. ему была присуждена Нобелевская премия за исследования в области физиологии.



Основные труды: «Лекции о работе главных пищеварительных желез» (1897), «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных» (1924), «Лекции о работе больших полушарий головного мозга» (1926 — 1927), «Павловские среды» (1949), изданные в 3 томах (стенограммы заседаний коллектива сотрудников физиологических лабораторий, руководимых Павловым).

Умер Павлов в 1936 г. от пневмонии в возрасте 87 лет.

Скиннер Беррес Фредерик родился в 1904 г. в Саскеханне, штат Пенсильвания в семье адвоката. Учиться начал в Колледже Гамильтона, получил степень бакалавра по английской литературе, намеревался стать писателем. Вскоре прекратил литературные изыскания и изучал в Гарварде психологию. Во время учебы ему довелось общаться с такими выдающимися учеными, как Боринг, Пратт, Меррей, Крозье. На формирование его научных взглядов оказали влияние труды Павлова, Шеррингтона, Уотсона, Бриджмена, Рассела. Степень доктора получил в 1931 г. и 5 лет проработал в Гарвардской медицинской школе в лаборатории Крозье. В 1936 г. начал преподавательскую деятельность в Миннесотском университете, где за 9 лет приобрел репутацию одного из ведущих экспериментальных психологов своего времени. Затем 3 года возглавлял кафедру психологии Университета штата Индиана, после чего возвратился в Гарвард, где с небольшими перерывами работал до самой смерти. Был удостоен многих престижных наград, таких как премия Американской психологической ассоциации «За выдающиеся научные заслуги», право чтения Джеймсовских лекций в Гарварде, президентская медаль за научные достижения.



Основные труды: «Поведение организмов» (1938), роман «Уолден 2» (1948), «Наука и человеческое поведение» (1953), «Техника обучения» (1968), «О бихевиоризме» (1974), «Размышления о бихевиоризме и обществе» (1978).

Умер Скиннер в 1990 г. в возрасте 86 лет, всего за день до смерти закончил редактировать последнюю статью.

Классическое обусловливание (S – R). Классическое обусловливание тесно связано с именем Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов, ставшую основой для развития поведенческой психотерапии.

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, безусловного или условного раздражителя. Павлов впервые ответил на вопрос, каким образом

нейтральный стимул может вызвать ту же реакцию, что и безусловный рефлекс, который протекает автоматически, на врожденной основе, и не зависит от предшествующего опыта индивида. Или, иными словами, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. Формирование условного рефлекса происходит в условиях: а) смежности, совпадения по времени индифферентного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением индифферентного раздражителя, б) повторения, многократного сочетания индифферентного и безусловного раздражителей.

Экспериментатор воздействует на организм условным раздражителем (звонок) и подкрепляет его безусловным (пища), то есть безусловный стимул используется для вызывания безусловной реакции (выделение слюны) в присутствии поначалу нейтрального стимула (звонка). После ряда повторений реакция (выделение слюны) ассоциируется с этим новым стимулом (звонком), иными словами, между ними устанавливается такая связь, что прежде нейтральный безусловный стимул (звонок) вызывает условную реакцию (выделение слюны). Результатом или продуктом научения по такой схеме является респондентное поведение – поведение, вызванное определенным стимулом (S). Подача подкрепления в данном случае связана со стимулом (S), поэтому данный тип научения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как *научение типа S*.

Теория *инструментального*, или *оперантного обусловливания* (R – S) связана с именами Торндайка и Скиннера. Скиннер – один из виднейших представителей бихевиоризма, показал, что воздействие окружающей среды определяет поведение человека, он рассматривает в качестве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов подкреплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации

поведения, которые используются не только в психотерапевтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздействий.

Термины «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по методу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, то есть поведение есть функция его последствий. Согласно принципу оперантного обусловливания поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия. 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, используется прямое подкрепление через поощрение и наказание. Результатом такого научения является оперантное научение, или оперант. В таком случае подкрепляется не стимул, а реакция организма, именно она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обозначается как научение типа R. Оперантное, или инструментальное поведение (*поведение типа R*) – это поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением. Скиннер, подчеркивая различия между респондентным и оперантным поведением, указывает, что респондентное поведение вызвано стимулом, который предшествует поведению, а оперантное поведение – стимулом, следующим за поведением. Иными словами: в классическом обусловливании стимул предшествует поведенческой реакции, а в оперантном – следует за ней.

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.

Модель обусловливания человеческого поведения уступила дорогу теории, основанной на когнитивных процессах.

Таким образом, первоначально поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), затем акцент был смещен на научение пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активацию ресурсов личности и ее окружения. Иными словами, происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

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.

Когнитивно-поведенческая психотерапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и

эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когнитивных и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется потому, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Когнитивно-поведенческая психотерапия нашла свое широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии представляются следующим образом: 1) проведение функционального поведенческого анализа; 2) изменение представлений о себе; 3) коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок; 4) развитие компетентности в социальном функционировании.

Задача когнитивно-поведенческого психотерапевта – сделать пациента активным участником процесса, установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом. Это сотрудничество происходит в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент соглашаются вместе работать над устранением симптомов или поведения последнего.

Центральная проблема «психотерапевтического обучения» – определение мотивации пациента. Для усиления мотивации к лечению руководствуются следующими принципами:

– совместное определение целей и задач психотерапии, важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу, а не хотел бы»;

– составление позитивного плана действий, его достижимость для каждого пациента, тщательное планирование этапов;

– проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его проблеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;

– усилению мотивации и ответственности за свой результат способствует «повестка дня» занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе психотерапии.

Современная поведенческая психотерапия, подчёркивая значимость принципов классического и оперантного научения, не ограничивается ими, обогащается приемами других направлений, таких как экспериментальная, социальная и возрастная психология. Важность «случайных событий», промежуточных переменных, расположенных между стимулом и реакцией, когнитивной составляющей поведения признается всеми исследователями. В последние годы это направление психотерапии абсорбирует также положения теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем, вследствие чего модифицируются и интегрируются методики и техники поведенческой психотерапии и сегодня точнее было бы говорить о когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивная психотерапия.

Основные положения когнитивной психотерапии были сформулированы Аароном Бекком. Как самостоятельный метод когнитивная психотерапия сформировалась в 60-е годы. Этот метод представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными навыками,

приобретенными в прошлом, иными словами, в которой в качестве промежуточных переменных выступает мысль (когниция).

Бек Аарон родился в 1921 г. в Провиденсе, штат Родайленд, США, в семье украинских эмигрантов. В школе проявлял незаурядные способности к академическим наукам. Окончил университет Брауна и Йельскую медицинскую школу. Изначально его привлекала неврология, но во время резидентуры он перешел в психиатрию. Исследуя психоаналитическую теорию депрессий и будучи неудовлетворенным теорией Фрейда, начал разработку собственного подхода к депрессиям и их лечению. Вместо поиска бессознательной мотивации объяснял возникновение потока мыслей и снов исходя из концепции самости. При депрессии когниции (мысли и образы) имеют склонность становиться негативными. Индивид видит себя неудачником, мир карающим, а будущее бледным и даже безнадежным. Так зародилась когнитивная модель депрессии, а терапия, сфокусированная на этих когнитивных процессах, зарекомендовала себя как высокоэффективный психотерапевтический метод.

Основные труды: «Депрессия: клинические, экспериментальные и теоретические аспекты» (1967), «Краткосрочная психотерапия» (1974), «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» (1976), «Когнитивная терапия депрессий» (с соавт.) (1981), «Когнитивная терапия и личностные расстройства» (1990).

Когнитивная психотерапия исходит из того, что восприятие объекта или события опосредуется мышлением и, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию человека, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Схема взаимодействия окружения и индивида представляется в виде S – O – R (стимул – реакция с промежуточной переменной O, включающей прежде всего когнитивную переработку воспринятого). Когнитивная психотерапия исходит из положения, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с аберрацией мышления. Под *аберрацией мышления* Бек понимал нарушения на когнитивной стадии переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпретация), которые искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когниции являются причиной

ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Таким образом, точкой приложения метода когнитивной психотерапии являются когниции – мысли и рассуждения пациента. Целью метода является исправление неадекватных когниций. Осознание правил неадекватной обработки информации и замена их правильными – таковы главные задачи.

Когнитивная психотерапия наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей. Она предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, близких к партнерским. Пациент и психотерапевт должны в самом начале достичь согласия в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительности лечения.

Когнитивная триада депрессии А. Бека включает:

- 1) Негативное самовосприятие;
- 2) Негативное восприятие мира;
- 3) Негативное восприятие будущего.

Методики когнитивной коррекции.

1) Техники опровержения:

– мягкие (оспаривание в состоянии релаксации, «антикатастрофицирующая» практика, преодолевающие утверждения, скрытое угасание, непатологическое мышление, скрытое подкрепление, использование состояний измененного сознания);

– жёсткие (контратака, контрутверждения, диспут и оспаривание, форсирование выбора, создание диссонанса, когнитивное наводнение, когнитивное обусловливание отвращения, когнитивное обусловливание отстранения, скрытое избегание);

– объективные (альтернативная интерпретация, рациональные убеждения, утилитарные доводы, общественное значение, диспут по поводу

иррациональных идей, логический анализ, логические ошибки, поиски уважительной причины).

- 2) Техника перцептивного сдвига.
- 3) Техника реструктурирования прошлого опыта.
- 4) Техника кризисных ситуаций.

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 когниций. *Дескриптивные когниции* содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире. *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* (ИВ).

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.

Цель рационально-эмоциональной психотерапии – перевод пациента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные.

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

Нейролингвистическое программирование.

Нейролингвистическое программирование – это самостоятельная область знаний, которая рассматривает структуру субъективного опыта людей, их мыслительные и поведенческие стратегии, моделирование и обучение успешным стратегиям.

НЛП, называемое «психотерапией новой волны», было создано Ричардом Бендлером (математик) и Джоном Гриндером (лингвист) в результате того, что они переформировали вопрос: не ЧТО делает эффективная психотерапия, а КАК она делает и тем самым совершили открытие. Они изучали работы выдающихся психотерапевтов разных направлений, и нашли у них некоторые общие черты, а именно – стратегию поведения.

Авторы рассматривают НЛП как модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может быть использована в рамках психотерапии, педагогики и менеджмента.

Таким образом, нейролингвистическое программирование (НЛП) базируется на ряде источников: 1) на изучении и анализе практики М. Эриксона, Сатир, Перлса и других представителей американской психотерапии; 2) на современных данных о межполушарной асимметрии – различиях в переработке информации правым и левым полушариями; работах Бейтсона, посвященных одному из вариантов эпистемологии – «экологии разума»; 3) на трансформационной грамматике Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; 4) на исследованиях кибернетики 50-60-х годов, стирающих границы между искусственным и естественным интеллектом; на теории логических типов Рассела. Таким образом, НЛП является психотерапевтической концепцией необихевиористской ориентации.

В НЛП разработаны специфические методы диагностики и коррекции. При диагностике выявляются речевые искажения *метамоделей*, ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да – нет», «конгруэнтность – инконгруэнтность», «проблема – ресурс» и поверхностных коррелятов глубинных речевых структур.

Диагностика ведущей репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму присоединения к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и калибровки поведенческих стереотипов, в том числе глазодвигательных сигналов.

Якорение – это процесс, на первый взгляд напоминающий метод выработки «условных рефлексов» Павлова, в котором ассоциация между звонком и началом слюноотделения у собак является чисто рефлекторной, и не зависит от того, получают они вслед за звонком пищу или нет. Однако, в бихевиористской формулировке с условиями стимула и реакции, стимул всегда является внешним сигналом, а реакция – всегда особый поведенческий акт. Их ассоциация рассматривается в качестве рефлексивной, и не является предметом выбора.

Стимул, который связан с физиологическим состоянием и запускает его, называется в НЛП *якорем*. Другие примеры естественно действующих положительных якорей – это любимые фотографии, запахи, вызывающие воспоминания, особенные слова любимого человека или тон голоса.

Якоря обычно являются внешними. Звенит звонок будильника, и наступает время вставать. Школьный звонок сигнализирует о конце перемены. Это *аудиальные якоря*. Красный сигнал светофора означает «стой». Кивок головы означает «да». Это *визуальные якоря*. А запах свежего гудрона может, как по мановению волшебной палочки, отбросить вас в далекое детство, когда вы в первый раз почувствовали этот запах.

Рекламодатели стараются сделать марку своей фирмы якорем для особенных товаров.

Якоря – это всё, что вызывает эмоциональное состояние, и они являются настолько очевидными и широко распространенными, что мы вряд ли замечаем их.

Как возникают якоря? Двумя способами. Во-первых, путём повторений. Если вы встречаетесь с повторяющимися случаями, когда красное ассоциируется с опасностью, эта ассоциация закрепляется. Это *простое научение*: красное означает опасность. Во-вторых (и это значительно важнее), якорь может быть установлен с первого раза, если эмоция является сильной и время выбрано правильно. Повторение требуется только тогда, когда нет эмоциональной вовлечённости.

Использование ресурсных состояний с помощью якорей – это один из наиболее эффективных способов изменять свое собственное поведение и поведение других людей. Если вы попадаете в ситуацию в более ресурсном состоянии, чем это было в прошлом, то, вероятно, ваше поведение изменится к лучшему. Ресурсные состояния – это ключи к высшему мастерству. Когда вы измените то, что вы делаете, поведение других людей тоже изменится. Ситуация в целом будет другой.

Якоря должны:

- по времени совпадать с пиком интенсивности состояния; быть уникальными и различимыми, быть легко воспроизводимыми;
- быть связанными с тем состоянием, которое отчетливо и легко переживается.

Якорение ресурсных состояний.

- 1) Идентифицируйте ситуацию, в которой вы нуждаетесь в ресурсах.
- 2) Идентифицируйте необходимый вам особенный ресурс, например, уверенность.
- 3) Убедитесь в том, что ресурс действительно является подходящим, задав себе вопрос: «Если бы у меня был этот ресурс сейчас, воспользовался

бы я им в действительности или нет?» Если да, продолжайте. Если нет, вернитесь к шагу 2.

4) Вспомните случай в своей жизни, когда у вас был этот ресурс.

5) Выберите якоря, которые вы собираетесь использовать в каждой из трех основных репрезентативных систем – то, что вы видите, слышите и ощущаете.

6) Перейдите на другое место и в своем воображении вернитесь полностью в переживание ресурсного состояния. Переживите его снова. Когда оно достигнет пика интенсивности, измените состояние и выйдите из него.

7) Переживите свое ресурсное состояние, и в тот момент, когда оно достигнет своего пика, присоедините три якоря. Продержите это состояние столько времени, сколько вы хотите, затем измените состояние.

8) Испытайте ассоциацию, включив якоря и убедившись, что вы действительно входите в это состояние. Если вы неудовлетворены, повторите шаг 7.

9) Идентифицируйте тот сигнал, который дает вам знать, что вы попали в проблемную ситуацию, в которой вы хотите воспользоваться якорем.

Под *диссоциативным «видением»* понимается видение себя или ситуации как бы «со стороны», с третьей стороны.

Коррекционные техники НЛП преимущественно базируются на следующем алгоритме:

1) Присоединение и создание особого взаимодействия между пациентом и психотерапевтом – *«раппорта»*. 2) Выявление («идентификация») проблемного состояния, то есть такого опыта, который повторяется и воспринимается пациентом как проблема. 3) Выявление («идентификация») ресурса – такого опыта самого пациента, который желателен в этой ситуации или этой группе ситуаций. 4) «Интеграция» проблема-ресурс, смысл которого не замена одного опыта другим, а создание дополнительного выбора поведения в проблемной ситуации и возможности пациента при

желании поступать, вести и проявлять себя по-иному. В терапии часто используются трансовые техники.

Вопросы:

- 1) Бихевиоризм. Основатель данного метода, центральная проблема бихевиоризма.
- 2) Отечественный учёный, внёсший непосредственный вклад в развитие поведенческой психотерапии. Его основные труды.
- 3) Когнитивная психотерапия, основатели, принцип воздействия.
- 4) Основатели НЛП. Основные психотерапевтические техники.

2.3 ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Одно из трёх основных направлений современной психотерапии, которое является весьма неоднородным, что находит выражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия: «гуманистическое направление», «экзистенциально-гуманистическое» или «опытное, экспериментальное» направление. Это связано, прежде всего, с тем, что в это направление традиционно включают самые разнообразные психотерапевтические школы и подходы, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей для ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса.

Гуманистическая психология, которую часто называют «третьей силой в психологии» (после психоанализа и бихевиоризма), сформировалась как самостоятельное направление в 50-х годах XX столетия. В основе гуманистической психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, не являющаяся чем-то заранее данным, а представляющая собой открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку. Именно целостный подход к человеку как уникальной личности является одним из фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства – стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению

определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации.

Самоактуализация является одним из важнейших понятий в гуманистической психологии и понимается как процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала. Самоактуализация способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает как высшая человеческая потребность, как главный мотивационный фактор. Однако эта потребность проявляется и определяет поведение человека лишь в том случае, если удовлетворены другие, нижележащие потребности.

Опыт – личный мир переживаний человека, совокупность внутреннего и внешнего опыта, то, что человек переживает и «проживает». Опыт включает все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент.

Организм – это сосредоточение всего опыта переживаний (локус всего опыта переживаний), это не только висцеральные и сенсорные реакции, но и весь социальный опыт человека, то, что осознается, и то, что не осознается в данный момент, но может быть осознано. В организме находит выражение целостность человека.

Конгруэнтность определяет соответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний. *Неконгруэнтность* между Я-концепцией и организмом, несоответствие или противоречие между опытом и представлением о себе вызывает ощущение угрозы и тревогу. Термин конгруэнтность относится также к соответствию между субъективной реальностью человека и внешней реальностью. Также конгруэнтность или неконгруэнтность – это степень соответствия между Я-реальным и Я-

идеальным. Определенное расхождение между реальным и идеальным образами Я играет позитивную роль, так как создает перспективу развития человеческой личности и самосовершенствования. Однако чрезмерное увеличение дистанции представляет для Я угрозу, приводит к выраженному чувству неудовлетворенности и неуверенности, обострению защитных реакций и плохой адаптации.

Таким образом, в рамках гуманистического подхода в качестве основной человеческой потребности, в качестве детерминанты поведения и развития человеческой личности рассматривается потребность в самоактуализации, стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, к осуществлению определенных жизненных целей. Важным условием для успешной реализации этой потребности выступает наличие адекватного и целостного образа Я, отражающего истинные переживания и потребности, свойства и стремления человека. Такая Я-концепция формируется в процессе принятия и осознания всего многообразия своего собственного опыта, чему способствуют определённые условия воспитания и социализации индивида.

В основе *экзистенциальной психотерапии* лежит феноменологическая и экзистенциальная философия и психология (Гуссерль, Хайдеггер, Ясперс, Сартр), центральное понятие учения – экзистенция (от позднелатинского *existentia* – существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции – забота, страх, решимость, совесть, вина, любовь. Все проявления определяются через смерть – человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Экзистенциальная психотерапия представляет собой собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, её

уникальность, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В Европе представителями экзистенциального анализа являются Бинсвангер, Босс, Франкл, в США выделилось экзистенциально-гуманистическое направление, известными представителями которого являются Мэй, Бьюдженталь, Ялом.

Дазайнанализ.

Психотерапевтический метод – экзистенциальный анализ, или дазайнанализ (Daseinsanalyse) был разработан швейцарскими психиатрами Бинсвангером, Боссом. Он основан на концепциях Хайдеггера и Гуссерля и в первую очередь на осуществленном этими философами анализе феномена существования человека в мире. В качестве важнейших черт личности рассматриваются: *способность к самосознанию*, к принятию решений, к ответственности за последствия этих решений; *понимание возможности своего несуществования* (смерти). Особенно важным положением, как указанных философских учений, так и основывающихся на них психотерапевтических направлений, является постулат о *личностной необходимости развития*. Саморазвитие личности является не только возможностью, но и необходимостью для каждого отдельного человека. Иными словами, каждый человек постоянно стоит перед необходимостью познания и реализации всех своих новых способностей. Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обуславливает различного рода личностные, в том числе и психические, нарушения. «Отказ от саморазвития», «отказ от своих возможностей» в рамках дазайнанализа – основной диагноз при самых различных нарушениях.

Цель дазайнанализа – содействовать индивиду в познании своих возможностей, выявлении их, что необходимо для решения задач, с которыми он столкнулся.

Еще один важный постулат дазайнанализа – это положение об *индивидуальной неповторимости личности*. По убеждению психотерапевтов

этого направления, для каждого человека необходимо разрабатывать отдельную, только его случаю соответствующую теорию. Психотерапевтическая практика – это, прежде всего, ряд весьма тщательно разработанных индивидуальных случаев. Отказ от научной категоризации тесно связан при этом с образно-художественным и философско-метафорическим описанием психической эволюции пациента, приведшей его к отказу от саморазвития и, как следствие, психическому заболеванию.

Экзистенциальный аналитик изучает поведение, речь, письменную продукцию, сновидения, свободные ассоциации пациента и реконструирует его биографию. Однако полученную информацию он анализирует на основе экзистенциального анализа. Психотерапевтический эффект достигается благодаря тому, что экзистенциальный аналитик ведет пациента к пониманию структуры человеческого существования и помогает ему найти свой путь из мира невротического и психотического, «ошибочного», «искаженного» способа существования в мир «свободной экзистенции», который позволяет субъекту реализовать собственные возможности для существования.

Логотерапия.

«Жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах; смысл жизни всегда может быть найден».

«Человек свободен найти и реализовать смысл жизни, даже если его свобода заметно ограничена объективными обстоятельствами».

Виктор Франкл.

Виктор Эмиль Франкл родился 26 марта 1905 года в Вене. В 1905 году уже активно функционировало Венское психоаналитическое общество, духовным представителем которого был Зигмунд Фрейд. Фрейд создал первую Венскую школу психотерапии, «индивидуальная психология» Адлера стала второй Венской школой; третьей Венской школой психотерапии впоследствии назовут школу Франкла. Путь молодого Франкла отмечен его публикациями и в «Международном журнале психоанализа», и в

«Международном журнале индивидуальной психологии». Но после критических выступлений в адрес некоторых положений «индивидуальной психологии» Франклу пришлось в 1927 году покинуть общество «индивидуальной психологии».

Получив в 1930 году степень доктора медицины, Франкл продолжает работать в клинической психиатрии, и уже к концу 30-х годов в статьях, опубликованных им в различных медицинских журналах, можно найти формулировки всех основных идей, на основе которых впоследствии выросло здание его теории – теории логотерапии и экзистенциального анализа. В биографии Франкла рядом с датами 1942 – 1945 стоит короткая строчка: пребывание в нацистских концлагерях. Опыт этих страшных лет и смысл, извлеченный из этого опыта, Франкл описал в книге, вышедшей вскоре после войны.

В 1946 году Франкл становится директором Венской неврологической поликлинической больницы, с 1947 года начинает преподавать в Венском университете, в 1949 году получает степень доктора философии, в 1950 году возглавляет австрийское общество врачей-психотерапевтов; издание его трудов на английском языке в 60-е годы приносит ему всемирную славу.

Основные труды: «...И все же сказать жизни «Да» (1946), «Экзистенциальный анализ и проблемы времени» (1947), «Время и ответственность» (1947), «Подсознательный бог» (1948), «Человек страдающий» (1950).

Созданная Франклом теория логотерапии (от древнегр. *logos* – смысл) и экзистенциального анализа представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, механизмы развития личности в норме и патологии, на пути и способы коррекции аномалий в развитии личности. В своём теоретическом здании Франкл выделяет три основные части: учение о стремлении к смыслу, учение о смысле жизни и учение о свободе воли.

Стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни Франкл рассматривает как врожденную мотивационную тенденцию, присущую всем людям и являющуюся основным двигателем поведения и развития личности.

Отсутствие смысла порождает у человека состояние, которое Франкл называет «*экзистенциальным вакуумом*». Именно экзистенциальный вакуум является причиной, порождающей специфические «*ноогенные неврозы*». Необходимым же условием психического здоровья является определенный уровень напряжения, возникающего между человеком, с одной стороны, и локализованным во внешнем мире объективным смыслом, который ему предстоит осуществить, с другой стороны.

Основной тезис учения о стремлении к смыслу: человек стремится обрести смысл и ощущает фрустрацию или вакуум, если это стремление остается нереализованным.

Основной тезис учения о смысле жизни: жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах; смысл жизни всегда может быть найден.

Основной тезис учения о свободе воли: человек свободен найти и реализовать смысл жизни, даже если его свобода заметно ограничена объективными обстоятельствами.

Логотерапия не является лечением, конкурирующим с остальными методами, но она вполне может соперничать с ними благодаря дополнительному фактору, который она включает. Она отлична от всех остальных систем психотерапии не на уровне неврозов, а при выходе за его пределы, в пространстве специфических человеческих проявлений. Конкретно речь идет о двух фундаментальных антропологических характеристиках человеческого существования: о его самотрансценденции и способности к самоотстранению. На этих двух онтологических характеристиках человека основывается механизм действия методов *парадоксальной интенции* Франкла, которая применяется при лечении фобий и obsessions и *деревфлексии*, используемой при лечении сексуальных неврозов.

Метод парадоксальной интенции состоит в вызывании у самого себя дрожания (тремора) в ситуации страха и доведение этого страха до пика

максимальности, до абсурда, и, как не парадоксально, внезапно страх заканчивается.

Метод дерефлексии основан на «разрушении» утрированного навязчивого самонаблюдения за своими ощущениями и вытекающего из них страха. Широко используется в клинике сексуальных неврозов.

Сообщества мира по-разному решали вопрос о смысле жизни. Для верующих – выход один; для атеистов другой; но согласно логотерапии В. Франкла в нахождении и отыскании смыслов человеку помогает совесть или *«Подсознательный Бог»*. Совесть Франкл определяет «как смысловой орган, как интуитивную способность отыскивать единственный смысл, кроющийся в каждой ситуации». Совесть помогает найти человеку даже такой смысл, который может противоречить сложившимся ценностям, когда эти ценности уже не отвечают быстро изменяющимся ситуациям. Именно так, по Франклу, зарождаются новые ценности. «Уникальный смысл сегодня – это универсальная ценность завтра».

В наиболее общем виде Франкл характеризует познание смысла, как нечто среднее между «ага-переживанием» Карла Бюлера и восприятием гештальта по Макс Вертгеймеру.

Из закономерностей нахождения смысла человеком вытекают и специфические задачи и ограничения логотерапии. Никто, и логотерапевт в том числе, не может дать нам тот единственный смысл, который мы можем найти в нашей жизни, в нашей ситуации. Однако логотерапия ставит целью расширение возможностей клиентов видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать в себе любая ситуация. «Всё что мы можем сделать, – это быть открытыми для смыслов, сознательно стараться увидеть все возможные смыслы, которые предоставляет нам ситуация, и затем выбрать один, который, насколько нам позволяет судить наше ограниченное знание, мы считаем истинным смыслом данной ситуации».

Однако найти смысл – это полдела; необходимо его ещё и осуществить. Человек несет ответственность за осуществление уникального смысла своей жизни.

Краткое содержание тренинга.

1 день:

- знакомство
- постановка личных целей
- психотехника «дом престарелых; я - инвалид»
- психотехника «потеря близких, смерти ребенка, одиночество»
- психотехника «концлагерь»
- психотехника «я под завалом»
- обсуждение и подведение итогов
- домашнее задание – в чём смысл жизни каждого из Вас?

2 день:

- метод парадоксальной интенции и дерефлексии
- психотехника «а закрыл ли я кран, а выключил ли я утюг»
- психотехника «куда ушел мой родственник»
- психотехника «любовный треугольник»
- психотехника «несчастливая безответная любовь»
- психотехника «альфонс и гетера»
- психотехника «вдова и вдовец»
- психотехника «смерть на глазах любимого»
- обсуждение и завершение тренинга.

Клиент-центрированная психотерапия.

Клиент-центрированная психотерапия как вариант гуманистической психотерапии разработана Роджерсом.

Роджерс Карл Рэнсом родился в 1902 г. в Оук-парке, штат Иллинойс. Учился в университете Висконсина, затем в Теологической семинарии в Нью-Йорке и далее изучал

психологию в Колумбийском университете; степень доктора ему была присвоена в 1931 г. Свою практическую деятельность Роджерс начал в Институте детского воспитания в Нью-Йорке в 1927 г. Через год поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк, где у него сформировалась собственная система психотерапии. С 1940 г. – профессор психологии в университете штата Огайо, где приобрел большую популярность среди студентов. С 1945 г. был исполнительным секретарем в консультационном центре Чикагского университета. Затем возвратился в свою alma mater – университет Висконсина. В 50-х годах он стал известен и популярен и за пределами психотерапии. Занимал пост президента Национального исследовательского совета Американской психиатрической ассоциации и президента Американской психотерапевтической академии. С 1966 г. работал в Центре по исследованию человека, в создании которого принимал участие.

Основные труды: «Клинический уход за проблемным ребенком» (1939), «Консультирование и психотерапия» (1942), «Клиент-центрированная психотерапия» (1951), «Становление человека» (1961).

Последние 10 лет жизни Роджерс распространил свои идеи на политические ситуации, проводил симпозиумы по урегулированию конфликтов и по гражданской дипломатии.

Умер Роджерс в 1987 г. в возрасте 85 лет. В день его смерти пришло письмо о том, что он выдвинут кандидатом на Нобелевскую премию.

Для Роджерса задача психотерапии заключается в создании условий, способствующих новому опыту (переживаниям), на основании которого пациент изменяет свою самооценку в положительном, внутренне приемлемом направлении, происходит сближение реального и идеального образов Я, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке других. Эти задачи могут быть осуществлены, если общение с пациентом в процессе психотерапии строится определенным образом. Роджерс считает, что это возможно в том случае, если психотерапевт последовательно реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса. Первое – это *эмпатия*. Эмпатия понимается как способность психотерапевта

встать на место пациента, «вчувствоваться» в его внутренний мир, понимать его высказывания так, как он сам это понимает. Второе – *безусловное положительное отношение к пациенту* или *безусловное положительное принятие*. Безусловное принятие предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, независимо от того, какими качествами он обладает, независимо от того, болен он или здоров. Третье – *собственная конгруэнтность*, или *аутентичность психотерапевта*. Она означает истинность поведения психотерапевта, поведение, соответствующее тому, каким он есть на самом деле. Все эти три параметра, вошедшие в литературу под названием «триада Роджерса», непосредственно вытекают из его взглядов на проблему личности и возникновение расстройств. Они, по сути дела, представляют собой «методические приёмы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений.

Гуманистический психоанализ.

Фромм Эрих родился в 1900 г. в Германии во Франкфурте-на-Майне. Изучал психологию, философию и социологию в Университете Гейдельберга. С 1925 по 1930 гг. осваивал психоанализ в Мюнхене и Берлинском институте психоанализа. В 1930 г. организовал Южно-германский институт психоанализа во Франкфурте. В 1933 г. переехал в США, где преподавал и занимался в Нью-Йорке частной практикой. Испытывал влияние трудов Маркса, Фрейда, Баховена, а также ортодоксального иудаизма. Разработал собственную теоретическую концепцию – гуманистический психоанализ.

Основные труды: «Бегство от свободы» (1941), «Человек для самого себя» (1947), «Психоанализ и религия» (1950), «Анатомия человеческой деструктивности» (1973), «Иметь или быть?» (1976).

В 1974 г. Фромм переехал в Швейцарию, где умер в 1980 г.

В основе гуманистического психоанализа лежит идея об общественной обусловленности психики, о понимании человека в контексте социальных условий его существования. Цель данного вида психоанализа – познание человеком своей внутренней природы, способствование раскрытию потребностей, смысла жизни и ценностных аспектов человеческого бытия.

С точки зрения Фромма человек характеризуется наличием двух тенденций или двух потребностей: *потребностью в свободе*, автономии, собственной идентичности, самовыражении и *потребностью в безопасности*. Фромм считал, что люди в принципе могут быть свободными и автономными и при этом не терять чувства общности с другими людьми и ощущение безопасности. Такую свободу он назвал позитивной свободой, однако в современном обществе для многих она недостижима. Поэтому эти две потребности находятся в постоянном конфликте, так как борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Человек «убегает» от свободы, чтобы избавиться от чувства одиночества. Причину невроза Фромм видел в бессознательной, компульсивной деятельности – «бегстве от свободы», которая является способом избавления от чувства одиночества, безнадежности и личной ответственности. Фромм описал три основных механизма или три стратегии бегства от свободы: 1) мазохистические и садистические тенденции, доминирование которых ведет к формированию авторитарного характера, проявляющегося в позиции: жизнь определяется силами, находящимися вне человека; 2) деструктивизм – стремление человека разрушить мир, чтобы он не разрушил его самого; 3) автоматический конформизм, который заключается в идентификации потребностей, норм индивидуума с социально одобряемыми ценностями. В результате противоречия между Я и миром исчезают, а вместе с тем и сознательный страх одиночества и бессилия. Однако цена, которую платит человек, велика – это потеря самого себя.

Конфликт между потребностью в свободе и потребностью в безопасности, так же как и механизмы бегства от свободы, представлены и у больных невротами, и у здоровых, но с разной степенью интенсивности.

Психодрама.

Родоначальник психодрамы – Якоб Леви Морено (1892-1974), родился в Бухаресте, затем переехал в Австрию, где изучал философию и медицину в Венском университете. Организовал так называемый «спонтанный театр» сразу после 1-ой Мировой Войны. В 1925 году переехал в США, где продолжал разрабатывать психодраматический подход в Плимутском институте г. Нью-Йорк.

Психодрама – одна из классических форм психотерапии XX века – возникла около 70 лет назад как психотерапевтическая техника для использования в групповой и семейной терапии.

Психодрама (сочетание двух греческих слов: психо – разум, душа и драма – действие) означает «психодействие». Действительно, именно в рамках ролевых игр и психодрамы был создан совершенно новый терапевтический контекст, отличный от традиционного. Во время сеансов пациенты могли ходить по кабинету терапевта, высказывать и демонстрировать свои чувства и мысли, практиковаться в новых навыках и исправлении своих недостатков. Благодаря психодраме терапевтическая ситуация перестала быть статичной.

Основными понятиями в классической психодраме являются: ролевая игра, спонтанность, теле, катарсис, инсайт.

А) Ролевая игра – приём в психодраме, состоящий в исполнении какой-либо роли в любительском представлении.

Психодрама признает естественную способность людей к игре и создает такие условия, при которых индивидуумы, исполняя роли, могут творчески работать над личностными проблемами и конфликтами.

Б) *Спонтанность и творчество* – ядро теории Морено, открытие внутренней свободы человека.

В) *Теле* – двусторонний процесс передачи эмоций между клиентом и психологом. Понятие «теле» включает в себя негативные и позитивные чувства, возникающие между людьми в психодраматическом действии. Другими словами, понятие «теле» можно определить как взаимосвязь всех эмоциональных проявлений переноса, контрпереноса и эмпатии.

Г) *Катарсис* – очищение как зрителя, так и самого актёра. Морено считал, что психодрама пошла в более глубоком и очищающем сознание и эмоциональную жизнь пациента направлении, нежели психоанализ у Фрейда.

Д) Инсайт (вспышка, озарение) – приводит к немедленному решению проблемы.

Групповая психодрама ставит своей целью создание такого климата в группе, в котором возможны максимальные проявления катарсиса, познания и инсайта. Психодрама дает участникам возможность заново прожить важные события своего прошлого, используя разнообразные приемы.

Руководитель группы называется *режиссёром* – определяет задания, «запускает» спектакль. Руководитель выполняет 3 роли: продюсера – управляет группой, терапевтом – помогает участникам группы изменить неудачные паттерны поведения; аналитик – интерпретирует и комментирует поведение участников.

Тот участник, который является субъектом конкретного психодраматического действия, называется *протагонистом*.

Психодрама предусматривает 3 фазы действия:

I Разминка.

Она состоит из 3 стадий:

1 – постепенное раскрепощение участников;

- 2 – стимуляция спонтанности;
- 3 – фокусировка участников тренинга на задании.

II Фаза действия.

- 1 – работа по преодолению сопротивления;
- 2 – завершение процесса;
- 3 – катарсис.

III Интеграция.

- 1 – отображение;
- 2 – обмен ролями;
- 3 – сопереживание;
- 4 – обсуждение;
- 5 – завершение.

В психодраме активно используется *монолог* – театральная реплика, в которой протагонист выражает свои скрытые чувства и мысли себя и аудитории, а также принимает самое активное участие двойник, или второе «я», двойник пытается стать протагонистом, дублируя роль и неполучившиеся жизненные эпизоды «проигрывает» на своё усмотрение, решая, таким образом, ту или иную проблему.

Практические упражнения.

1) Ролевая игра.

Цель: Это упражнение используется для отработки умений ролевой игры. Им хорошо начинать групповое изучение психодрамы.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Разделите группу пополам, образуя два круга один внутри другого. По сигналу руководителя группы участники внешнего круга движутся по часовой стрелке, а внутреннего – против часовой стрелки. По сигналу руководителя участники останавливаются и поворачиваются лицом к соответствующему партнеру в другом круге. Находящиеся во внешнем круге

играют роли полицейских, дающих указания по движению своим партнерам во внутреннем круге, которые играют роли автомобилистов. Участники спонтанно продолжают ролевую игру в течение трех минут, затем в течение двух минут делятся с партнерами мыслями и чувствами относительно своего опыта.

По сигналу руководителя группа опять начинает движение, затем по сигналу останавливается и повторяет процедуру выбора партнеров. На этот раз участники во внутреннем круге играют роли продавцов, старающихся продать что-то предполагаемым покупателям из внешнего круга. Через три минуты участники прекращают игру и делятся впечатлениями.

В этом упражнении могут быть выбраны также роли:

родственников, которые долгое время не видели друг друга;

– мужчины (женщины), рассказывающего (ей) ничего не знающему другу о недавней смерти своей (своего) супруги (супруга);

– детей, получивших новую игрушку;

– молодых людей, признающихся одному из родителей в своих гомосексуальных наклонностях.

В конце упражнения оставьте время, чтобы группа обсудила свои впечатления, поделилась чувствами и реакциями на разные роли. Некоторые роли имеют большое эмоциональное значение для участников.

2) Монолог с двойником

Цель: Это упражнение помогает членам группы развить спонтанность и предоставляет возможность попрактиковаться в умении быть двойником. Упражнение может также дать материал для психодраматического представления.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Руководитель должен обладать опытом в психодраматических методах.

Процедура: Кто-то вызывается первым встать в центр группы и произнести монолог. Начинайте говорить о своих мыслях, эмоциональных переживаниях, чувствах. Не произносите речь, а просто излагайте вслух свои мысли. Можете свободно двигаться по комнате. Представьте, что вы один в комнате.

Через несколько минут другой член группы по своей инициативе подходит и встает позади произносящего монолог, принимая его позу и повторяя его движения, не прерывая действия. Постарайтесь представить чувства и мысли произносящего монолог. Не мешайте течению его речи. Вы можете начать повторять каждую фразу непосредственно после того, как ее услышите, а затем постепенно интуитивно постигайте невысказанные мысли и чувства. Обязательно копируйте невербальное поведение произносящего монолог. Через несколько минут пусть вас заменит на сцене другой участник. (Каждый член группы должен иметь возможность хотя бы один раз поработать двойником).

3) Создание скульптуры семьи.

Цель: Упражнение используется как в семейной терапии, так и в психодраматических группах для исследования семейных взаимоотношений. Терапевтически метод может применяться для исследования сложностей в отношениях между членами семьи. Упражнение дает также полезный материал для дальнейших психодраматических занятий.

Необходимое время: от 30 минут до 3 часов.

Материал: Нет.

Подготовка: Руководитель должен иметь опыт в проведении психодрам, в семейной терапии или близких методах.

Процедура: Один из участников добровольно вызывается создать скульптуру, или живую картину своей семьи.

Если вы доброволец, выберите участников, которые имеют сходство с членами вашей семьи. Включите в свою семью всех, кто жил с вами, пока вы росли. Расположите членов семьи в характерных для них положениях.

Создайте сцену, которая изображает фрагмент взаимоотношений в вашей семье. Например, вы можете расположить свою семью вокруг обеденного стола или, вспомнив случай из жизни семьи, имеющий для вас особое значение, соответственно разместить членов семьи. Информировать участников, занятых в создании скульптуры, о каждом члене семьи. Используйте дистанцию, чтобы отразить взаимоотношения членов семьи друг с другом. Обязательно включите в сцену себя как члена семьи. Вы можете попросить кого-нибудь из членов группы изображать вас, пока вы ставите сцену.

Когда сцена поставлена, сообщите каждому участнику фразу, характеризующую данного члена семьи. Затем попросите участников поделиться с группой своими чувствами. Обязательно поделитесь чувствами, вызванными опытом, который вы приобрели в этом упражнении.

Гештальттерапия.

Основателем гештальттерапии является Фредерик (Фриц) Перлз. Окончив Берлинский университет по специальности нейропсихиатрия, Перлз вместе с Карен Хорни в 1926 г. обратился к психоанализу и открыл свою собственную практику в соответствии с принципами фрейдизма. В 1933 г., когда к власти пришел Адольф Гитлер, Перлз эмигрировал в Южную Африку. В дальнейшем на него оказали заметное влияние философия экзистенциализма, гештальтпсихология и теория Вильгельма Райха о физиологических проявлениях психологических проблем. В 1946 году переезжает в США и там доводит до логического завершения своё творение, в 1969 году переезжает в Канаду, и в 1970 году его не стало.

Основные понятия в гештальттерапии.

А) Отношение фигуры и фона.

Гештальт – есть конфигурация, специфическая организация частей, составляющих определённое целое, которое нельзя изменить без её

разрушения. Гештальтообразования возникают только на каком-то фоне или с определённым задним планом.

В группе обычно *фигурой* является то чувство, которое преобладает над остальными, те важные и значимые события, которые занимают центральное место в сознании; *фон* – менее важная информация, отступающая на задний план. Как только потребность удовлетворена, гештальт теряет свою значимость. Он отступает на задний план, уступая место новому гештальту. Этот ритм является естественным для жизнедеятельности организма.

Б) Осознание и сосредоточение на настоящем – принцип «здесь и теперь».

Для того чтобы быть способным, создавать и завершать гештальт, человек должен полностью осознавать самого себя в настоящий момент. Внутренняя зона – тело, внешняя зона – совокупность внешних событий, средняя зона фантазий (интеллектуальных и мыслительных процессов); отношений и верований. Суть невроза, по Перлзу, исключение из сознания внешней и внутренней зон. Отрешаясь от решения проблем настоящего, человек входит в невроз.

В) Противоположность – это единичная оценка или континуум этих оценок (напр., «плохо – хорошо» – два полюса такого континуума). Согласно гештальт теории мы организуем своё мировосприятие через такие противоположности. Перлз вводит термины «*top-dog*» (родитель, нападающий) и «*under-dog*» (ребёнок, защищающий). Пример о женщине, которая должна оставить свою больную мать и начать жить своей, отдельной жизнью.

Нападающий: «как ты можешь оставить свою мать в такой момент жизни!»

Защищающий: «но я хочу быть самостоятельной, я буду её навещать!»

Активно используются такие психотехники, как «горячий стул», «самобичевание».

Г) *Функции защиты* – это реакции индивидуума на угрозу или стресс (уход от проблем, формирование невосприимчивости к боли, галлюцинации, бред), они искажают или прерывают наш контакт с угрожающей ситуацией.

В гештальттерапии различают пять механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлюэнция.

Интроекция – это тенденция присваивать убеждения, установки других людей без критики, попыток их изменить и сделать своими собственными. Это, например, родительские установки, когда мужчина не может в кругу заплакать, сдерживает проявление своих эмоций.

Проекция – прямая противоположность интроекции; это тенденция перекладывать причины и ответственность за то, что происходит внутри «Я», на окружающий мир.

Ретрофлексия – «резкий поворот на себя»; у ретрофлексирующего формируется отношение к себе как к объекту постороннему, использование возвратных местоимений – «я должен заставить себя работать, мне стыдно за себя».

Дефлексия – это уклонение от реального контакта, выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения.

Конфлюэнция (слияние) – невротический механизм избегания контакта, когда индивид не может дифференцировать себя и окружающих, отдифференцировать, где кончается своё «я» и начинается чужое. При конфлюэнции наблюдается полный конформизм, используется местоимение «мы» вместо «я».

Д) *Зрелость* – это состояние оптимального здоровья. Для того, чтобы достичь зрелости, индивидуум должен преодолеть свое стремление получить поддержку из окружающего мира и найти новые источники поддержки в самом себе.

Перлз предполагал, что для достижения зрелости и принятия *ответственности* за самого себя взрослый человек должен тщательно, как бы снимая шкурку за шкуркой у луковицы, проработать все свои невротические уровни. В ходе проведения гештальттерапии выделяется несколько уровней.

1 уровень – фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Пример: психически больной говорит: «Я Авраам Линкольн», больной неврозом – «Я хочу походить на Авраама Линкольна», здоровая личность утверждает – «Я это я, ты это ты».

2 уровень – фобический, связан с осознанием фальшивых отношений, человек боится стать тем, кем является.

3 уровень – тупик; пациент переживает утрату поддержки извне, а свои ресурсы пока ещё не включил.

4 уровень – имплозия – состояние внутреннего отчаяния, смятения. Человек в эти минуты может испытать страх смерти, осознание своей ограниченности.

5 уровень – эксплозия (врыв); достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности. На этом уровне обычно проявление таких эмоций как гнев, скорбь, радость, оргазм.

Принципы и технические процедуры в гештальттерапии связаны с настоящим. Основными принципами являются следующие.

1) Принцип «сейчас». «Сейчас» – это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас».

2) Принцип «я – ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены психотерапевтической группы направляют не по адресу – конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт

побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.

3) Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заменять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи.

4) Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от вербализаций и интерпретаций, одно из центральных понятий гештальттерапии. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Технические процедуры в гештальттерапии называются *играми*. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов – достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание

(«ага-переживание») – это такой момент самопостижения, когда человек говорит: «Ага!» По Перлсу, «ага» – это то, что происходит, когда что-нибудь защёлкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальттерапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные. Наиболее известными являются следующие игры.

1) Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблюдается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности – между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой, страхом), и с отдельными частями или органами собственного тела, и с воображаемым значимым для пациента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с различными частями своей личности.

2) Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например, выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

3) Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся гештальттерапия сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приема пустого стула высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому

участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-психотерапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство – чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»

4) Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», то есть примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

5) Выявление противоположного (реверсия). Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предлагается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других женщины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

6) Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «Старый, заброшенный магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается

вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Большое внимание уделяется в гештальттерапии работе со *сновидениями* пациентов. Перефразируя Фрейда, Перлс говорит, что «сон – это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в гештальттерапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Автор считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Перлс сначала применял свой метод в виде индивидуальной психотерапии, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего Я и завершая незаконченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели гештальт-терапии с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию

гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с трансактным анализом. Гештальттерапия наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

Практические упражнения.

1) Зоны сознания.

Цель: Упражнение является базовым тренингом сознания. Оно эффективно на раннем этапе развития гештальт-группы.

Необходимое время: 45 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Не требуется никакой иной специальной подготовки, кроме чувствительности руководителя к трем зонам сознания.

Процедура: Ваш опыт сознания может быть подразделен на три зоны: внешний мир, внутренний мир вашего тела и мир ваших мыслей и фантазий. Выберите партнера, сядьте лицом друг к другу, расслабьтесь. Делитесь по очереди своим сознанием внешнего мира. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю, что...» – и заканчивайте его сообщением о своем непосредственном сознании ощущений, возникающих в результате воздействия предметов внешнего мира, например гудения кондиционера, запаха косметики и т.п. Повторяйте эти высказывания и продолжайте сознать внешний мир в течение одной или двух минут. Старайтесь избегать интерпретации, оценивания или фиксации на чем-то одном, оставайтесь в контакте исключительно со своим сознанием внешнего мира. Теперь переключитесь и слушайте, как ваш партнер рассказывает о своем сознании. Если вы чувствуете, что партнер соскальзывает в среднюю зону и начинает интерпретировать или оценивать, дайте обратную связь и помогите ему вернуться во внешнюю зону.

Теперь обратите внимание на стимулы внутри вас. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о своем сознании внутренних ощущений, таких, например, как

напряженность в животе, сухость во рту, зуд в руке и т.п. Повторяйте эти высказывания и продолжайте сознание внутренней зоны около минуты. Затем переключитесь и слушайте, как партнер делится своим сознанием внутренней зоны.

Средняя зона сознания включает психическую активность, отличную от текущего опыта, такую, как воспоминания, планы, подозрения, фантазии. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о своем сознании интереса к тому, сколько времени, о сознании тревоги по поводу только что выполненной письменной работы или о сознании предположения о содержании мыслей партнера. Затем переключитесь и слушайте, как партнер делится своим сознанием средней зоны.

После того как вы выявили три зоны сознания, понаблюдайте, куда поведет вас сознание, если не сосредоточиваться на какой-либо конкретной зоне. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о том, что вы узнаете в данный момент, к какой бы зоне – внешней, внутренней или средней – это ни относилось. Вы можете обнаружить, что большая часть создаваемого вами относится к средней зоне. Вы можете также обнаружить связи между тремя зонами: например, начать сознать шум в комнате (внешняя зона), вообразить, что кто-то наблюдает за вами (средняя зона) и испытать одышку и сухость во рту (внутренняя зона).

Как только вы полностью выявили каждую зону и понаблюдали, куда поведет вас сознание, вы готовы совершенствовать свою способность к концентрации. Вы можете расширить сферу сознания каждой зоны и возможность их различения, переходя из одной зоны в другую. Сначала двигайтесь туда-обратно из внутренней во внешнюю зону. Заканчивайте предложение «Сейчас я сознаю...» сообщением из внешней зоны, затем сообщением из внутренней зоны. Продолжайте переходить из одной зоны в

другую в течение одной минуты. Затем послушайте, как ваш партнер выполняет это упражнение на чередование.

Часто возникает путаница между процессами сознания внешней и средней зон. Эта путаница происходит в том случае, если вы принимаете свои сенсорные впечатления за интуитивное убеждение, мнение относительно них. Ваш партнер может помочь вам научиться различать эти две зоны.

Смотрите на партнера. Начинайте предложение словами: «Сейчас я сознаю...» – и заканчивайте его сообщением о своем непосредственном сознании партнера. Затем начинайте предложение словами: «И я представляю, что...» – и заканчивайте его сообщением о ваших фантазиях или убеждениях относительно партнера. Например, вы можете сознавать, что ваш партнер сидит скрестив руки, и представить, что ему холодно. Продолжайте описывать ваше сознание ощущений и фантазии в течение примерно двух минут, затем выслушайте обратную связь от своего партнера относительно точности своих оценок.

Затем послушайте, как партнер выполнит это упражнение, и дайте ему обратную связь. Обсудите свои переживания с остальной группой.

1) Противоположности: конфликт «нападающего» и «защищающегося».

Цель: Это упражнение служит введением в понятие «противоположности». Оно помогает сознавать конфликтные стороны личности и получить опыт активной борьбы с кем-либо.

Необходимое время: 45 минут.

Материал: Нет.

Подготовка: Знакомство с понятием «противоположности». Руководитель должен иметь опыт в гештальттерапии.

Процедура: Сядьте лицом к лицу с партнером и решите, кто из вас будет играть роль «нападающего», а кто – «защищающегося». Затем ведите диалог. Твердо стойте на своей позиции, старайтесь не сдаваться. Если вы «нападающий», говорите своему партнеру, как он должен вести себя и что

должен делать. Ругайте и критикуйте с позиции явного превосходства и уверенности в себе. Если вы «защищающийся», постоянно извиняйтесь и оправдывайтесь. Говорите своему партнеру, как вы стараетесь, как хотите угодить и как что-то мешает вам выполнить его требования. Через пять-десять минут завершите эту часть опыта.

Поменяйтесь ролями. Постарайтесь полностью испытать власть, авторитет «нападающего» или манипулирующую пассивность «защищающегося». Через пять или десять минут остановитесь. Поделитесь своими переживаниями.

2) Сила языка.

Цель: Язык – важнейшее средство коммуникации, форма существования и выражения мышления. Это упражнение помогает членам группы изменить структуру своего языка.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Сядьте лицом к лицу с партнером и, глядя ему в глаза, скажите три фразы, начиная каждую словами «я должен». Не предоставляя вам обратной связи, партнер в свою очередь выскажет три фразы, начиная каждую словами «я должен». Теперь вернитесь к своим фразам и замените в них слова «я должен» словами «я предпочитаю», сохранив неизменными остальные части. Затем выслушайте измененные фразы в утверждениях партнера. Поделитесь своими переживаниями.

По очереди с партнером скажите три фразы, начинающиеся словами «я не могу». И затем замените в них «я не могу» на «я не хочу», сохраняя остальные части неизменными. Поделитесь с партнерами своим опытом и посмотрите, можете ли вы почувствовать свою способность отказаться, а не свою некомпетентность или беспомощность.

По очереди произнесите три фразы, начинающиеся со слов «мне надо», и затем замените «мне надо» на «я хочу». Поделитесь своими

переживаниями и посмотрите, ведет ли замена необходимости желанием к ощущению свободы или к облегчению. Является ли то, о чем вы говорили, чем-нибудь действительно жизненно необходимым для вас или чем-то тем, что вам хотелось бы, но без чего можете прожить.

Наконец, по очереди с партнером скажите три фразы, начинающиеся словами «я боюсь, что», и затем поменяйте «я боюсь, что» на «я хотел бы», оставляя остальные части фраз без изменений. Поделитесь своими переживаниями с партнером и посмотрите, мешает ли страх достижению важных целей и приобретению интересующего опыта.

Слова «я должен», «я не могу», «мне надо» и «я боюсь, что» отрицают вашу способность быть ответственным. Изменяя свой язык, вы можете сделать шаг к повышению ответственности за собственные мысли, чувства и действия.

Арттерапия.

Художественное творчество душевнобольных с давних времен привлекало внимание психиатров. Первые публикации, посвященные изобразительному творчеству больных, имеют более чем вековую давность (например, Симон). Однако серьезное изучение этого вопроса началось лишь в 20-е годы прошлого столетия с фундаментальных работ Принцхорна, основанных на анализе нескольких тысяч произведений душевнобольных из лечебниц Германии, Швейцарии, Австрии, Японии. Со временем многие известные психиатры, такие как Крепелин, Блейлер, Бумке, Кречмер стали коллекционировать и изучать художественные работы психически больных. В России в 1926 г. вышла первая монография, посвященная этой теме, – книга Карпова «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники», где проблема творческих проявлений при психических заболеваниях рассматривалась не только в медицинском, но и в историческом, и биологическом аспектах. Карпов один из первых увидел возможности рисования как средства лечения. В США изобразительные

средства в психотерапевтическом процессе впервые применил Левис в 1925 г. при анализе сновидений своих пациентов.

Термин «арттерапия» («art» – искусство, «arttherapy» – терапия искусством) означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью выражения своего психоэмоционального состояния. Впервые этот термин был употреблен Хиллом в 1938 г. при описании своих занятий с туберкулезными больными в санаториях. Затем этот термин стал применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством (музыкотерапия, драматерапия, терапия танцем и т. д.), хотя многие специалисты считают такое определение слишком широким и неточным. В отечественной психотерапевтической литературе зачастую используются термины «изотерапия» или «художественная терапия».

Арттерапия может служить способом освобождения от конфликтов и сильных переживаний; ускорителем терапевтического процесса; вспомогательным средством для интерпретаций и диагностической работы; дисциплинирующей и контролирующей «силой» средством развития внимания к чувствам, усиления ощущения собственной личностной ценности и повышения художественной компетентности. В арттерапии спонтанное рисование и лепка являются разновидностью деятельности воображения, а не проявлением художественного таланта.

Одним из центральных понятий терапии искусством является понятие «сублимация», поскольку искусство может одновременно «направить в другое русло» и выразить чувства злости, боли, тревоги, страха.

В арттерапии пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а

также творческого самовыражения – с другой. В настоящее время в арттерапию включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

Руководители групп в области арттерапии, как правило, поощряют свободные ассоциации членов групп и их попытки самостоятельно обнаружить значение собственных работ. Некоторые упражнения заключаются в совместной групповой работе, например *создание групповых фресок* и *создание всеобщего группового образа*. Руководители групп гуманистической ориентации подчеркивают значимость процесса творческой работы и не придают большого значения конечному результату. Они стимулируют членов группы доверять своему собственному восприятию и исследовать свои творения как самостоятельно, так и с помощью остальных членов группы.

Первоначально арттерапия применялась в больницах и психиатрических клиниках в работе с тяжелобольными пациентами. В настоящее время арттерапия используется для оказания психологической помощи более широкому контингенту клиентов и постепенно отдаляется от своей психоаналитической первоосновы.

Практические упражнения.

А) Индивидуальное рисование.

Цель: Этим упражнением превосходно начинать занятия в группах арттерапии. Оно стимулирует творчество и осознание чувств, помогает членам группы лучше познакомиться друг с другом.

Необходимое время: 1 час.

Материалы: Бумага, цветные карандаши, мел, краски или глина.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Каждый член группы имеет в своем распоряжении много бумаги и цветных карандашей. Используйте одну-две минуты, чтоб осознать ощущения и чувства, которые возникают в этот момент. Забудьте об

искусстве и не старайтесь быть художником. Возьмите карандаш и начните наносить какие-нибудь штрихи на бумагу. Рисуйте цветные линии и формы, говорящие о том, как вы себя чувствуете. Попробуйте символически выразить свое состояние в данный момент. Не заставляйте себя рисовать что-то определенное и высокохудожественное. Рисуйте то, что приходит в голову. Когда все члены группы закончат задание, группа может поделиться впечатлениями о каждом рисунке, никак его не оценивая.

В качестве варианта попробуйте другие материалы, например краски, мел, глину. В любом случае доверяйте своим внутренним ощущениям и старайтесь в своей работе обнаружить информацию для себя. Используйте это упражнение, чтобы стимулировать воображение.

Б) Рисование с партнером.

Цель: Это упражнение превосходно для исследования межличностных взаимоотношений и конфликтов.

Необходимое время: 30 минут – 1 час.

Материалы: Бумага, цветные мелки или карандаши.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется, но полезно, чтобы руководитель имел опыт в арттерапии.

Процедура: Выберите партнера. Положите между собой и партнером большой лист бумаги, возьмите каждый по несколько цветных мелков. Внимательно посмотрите друг другу в глаза и затем спонтанно начинайте рисовать. Старайтесь выразить свои чувства. Если вы хотите общаться с партнером, делайте это с помощью линий, форм и цветов.

Когда закончите рисовать, обменяйтесь с партнером впечатлениями о том, что происходило во время упражнения. Говорите о любых эмоциях, которые у вас вызывает рисунок партнера. Посмотрите, не можете ли вы провести параллели между тем, как вы рисуете, и тем, как функционируете в группе. Постарайтесь узнать что-то о своем партнере.

В) Пластилиновый мир

Цель. Это упражнение, как и все, используемые в арттерапии, стимулирует творчество. Кроме того, оно позволяет исследовать ценностные ориентации участников психокоррекционной группы и вызывает у них как чувство сотрудничества, так и чувство соперничества.

Необходимое время. 1-2 часа.

Материалы. Глина или пластилин.

Подготовка. Руководитель группы должен иметь опыт анализа групповой динамики.

Процедура. Каждый участник получает большой кусок пластилина или глины (Rhyme, 1973). Группа разбивается на подгруппы по 5-8 человек. Чтобы обстановка способствовала расслаблению, работа может идти под приятный музыкальный аккомпанемент (флейта, клавесин и т.п.).

Допустим, вы – один из пяти или восьми участников группы, создающей свой мир. Закройте глаза и представьте себе, что можете сделать из пластилина все, что захотите видеть в этом мире. Работайте с пластилином, закрыв глаза, чтобы чувства и мысли выражались вашими пальцами. Когда фигура будет готова, поместите ее на подставку рядом с теми, что были вылеплены другими участниками группы. Вместе с ними, и уже открыв глаза, организуйте целостный мир из отдельных частей. Если по ходу работы у вас возникнут какие-либо чувства к партнеру, выскажите их или выразите в лепке. Когда ваш мир будет готов, сравните его с тем, что было создано в других подгруппах и обсудите результаты такого творчества.

Телесно-ориентированная психотерапия.

Телотерапия (телесно-ориентированная терапия) – это метод психотерапии, направленный на изучение тела, осознание человеком телесных ощущений, изучение потребностей, желаний и чувств, проявляющихся в различных телесных состояниях

К телесной терапии относятся биоэнергетический анализ Лоуэна, концепция телесного осознания Фельденкрайза, метод интеграции

движений Александера, метод чувственного сознавания (Селвер и Брукс), структурная интеграция (Рольф) и другие подходы, подчеркивающие значение физических характеристик. Все виды телесной терапии восходят к Вильгельму Райху, который описал, как защитное поведение выражается в напряжении мышц (телесной броне) и стеснённом дыхании.

Основные понятия телесной терапии введены учеником В. Райха Александром Лоуэном, основателем биоэнергетики, и включают *энергию, мышечную броню и почву под ногами*. Хронические блокировки спонтанного течения энергии отражаются в телесной позе, движении и физическом строении. Между этими физическими переменными, структурой характера и типами личности существуют тесные взаимосвязи.

Райх подчеркивал важность обращения внимания на физические аспекты характера, в особенности, на «хронические мышечные зажимы», названные им «*мышечным панцирем*». Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта. По его мнению, хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. «Мышечный панцирь» не дает человеку возможности переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Основное препятствие для личностного роста Райх видел в «защитном мышечном панцире», который мешает человеку жить полноценной жизнью в гармонии с окружающими людьми и природой. Он выделял семь сегментов «мышечного панциря», охватывающего тело: 1) область глаз, 2) рот и челюсть, 3) шея, 4) грудь, 5) диафрагма, 6) живот, 7) таз.

Таким образом, *основная цель телотерапии* – раскрепощение мышечных зажимов и блоков, снятие за счёт этого психологических комплексов и проблем.

Группы телесной терапии используют *дыхательные упражнения* для поощрения течения энергии и высвобождения чувств. Проблемы

подвижности могут быть диагностированы с помощью применения напряженных поз, таких, как арка Лоуэна. *Двигательные упражнения*, например, брыкание, поощряют высвобождение примитивных чувств. Многие телесные терапевты используют физический контакт, такой, как массаж, для снятия напряжения.

Метод Фельденкрайза сосредоточивается на позе тела и имеет целью формирование лучших телесных привычек, рост самосознания и утверждение образа «Я». Метод Александера направлен на исследование привычных телесных поз и осанки и их изменение путем поощрения адекватных психических установок. Структурная интеграция, называемая также рольфинг, использует прямое манипулирование для изменения мышечных фасций и перестройки телесных функций. Первичная терапия, созданная Артуром Яновым, направляет усилия участников на «разрядку» примитивных чувств, которые были заблокированы в раннем детстве. Янов пользовался большим влиянием, но подвергался критике за неумеренные претензии и теорию развития.

Практические упражнения.

1) Разминка.

Цель: Дыхательные упражнения являются замечательной разминкой для занятий биоэнергетической группы. Они полезны на ранней стадии развития группы для увеличения энергии участников и расширения сферы сознавания тела.

Необходимое время: 15 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Групповые дыхательные упражнения выполняются членами группы в унисон, энергично и с энтузиазмом.

Встаньте и образуйте круг. Поставьте ноги на расстоянии около 90 см, перенесите вес на пальцы ног. Колени держите слегка согнутыми, дайте телу расслабиться, а тазу – свободно провиснуть. Положите руку себе на живот и

смотрите в глаза участнику, стоящему напротив вас. Сделайте глубокий вдох через рот, пропуская воздух по всему пути до живота. Сделайте глубокий выдох, давая вырваться звуку. Поддерживайте звучание столько, сколько сможете без напряжения. Повторите 16 циклов глубокого дыхания, вдыхая и выдыхая медленно и глубоко. Не торопитесь, иначе почувствуете головокружение. Не сдерживайте никакие звуки, которые вам захочется произнести, все время смотрите друг другу в глаза. Сознавайте любые помехи в процессе дыхания. Отмечайте все возникающие чувства во время полного дыхания и сохраняйте тело мягким и расслабленным.

Закончив упражнение на совместное дыхание, встряхните все тело, свесив руки по сторонам, сгибая и выпрямляя колени. Затем несколько раз подпрыгните для энергетизации частей тела. Прыгайте медленно, едва отрывая ноги от пола. Продолжайте ходить, пока не устанете. Затем отдохните, слегка согнув колени, сместив вес вперед и выпрямив спину.

2) Напряженные позы

Цель: Напряженные позы составляют фундамент биоэнергетической терапии. Они могут помочь расширить сферу сознания тела и высвободить напряжение через дрожь и произвольные движения.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Удобное место для работы.

Подготовка: Руководитель должен иметь опыт в биоэнергетике.

Процедура: Умелый биоэнергетический терапевт может рекомендовать членам группы данные позы, основываясь на конкретных стереотипах напряжения, демонстрируемых человеком. Ниже представлены некоторые напряженные позы Лоуэна для выполнения в группе.

3) Арка Лоуэна. Встаньте, расставьте ноги на расстояние примерно 45 см, носки слегка поверните вовнутрь, колени согните, насколько это возможно сделать, не отрывая пятки от пола, кулаки поставьте на поясницу и прогнитесь назад. Дышите животом, удерживайте позу в течение примерно минуты. Отметьте области напряжения в своем теле. Напряжение может

быть в пояснице или в передней части бедер. Руководитель группы или кто-нибудь еще может помочь вам определить, какие сложности возникают при выполнении прогиба (возможно, это чрезмерная ригидность или излишняя рыхлость). Если вы удерживаете правильный прогиб, продолжаете дышать и стоите расслабленно, ваши ноги должны начать дрожать.

4) Кольцо Лоуэна. Расставьте ноги примерно на 25 см, слегка поверните носки внутрь и согнитесь в талии вперед. Держите колени согнутыми и коснитесь пальцами пола. Перенесите вес на пальцы ног. Не забывайте глубоко дышать через рот. Медленно выпрямите колени. Удерживайте позу примерно минуту. Ваши ноги начнут дрожать. Дрожь – естественная реакция тела на напряжение – показатель энергетизации мышц, сжимаемых «панцирем». Поза кольца превосходна для усиления ощущения «почвы под ногами», то есть контакта между ногами и землей. Заканчивая упражнение, выпрямляйтесь *очень* медленно.

Эти и другие биоэнергетические напряженные позы не должны выполняться механически. Используйте их для диагностики областей напряжения и генерирования ощущений в теле через непроизвольные движения и дрожь. Вам надо сосредоточиться на испытываемых ощущениях, а не на том, как долго вы можете удерживать позу. Боль наступает от напряжения; удовольствие наступает от высвобождения напряжения. Когда поза становится слишком неудобной или болезненной, прекращайте удерживать ее.

Активные упражнения

Цель: Активные биоэнергетические упражнения применяются для того, чтобы стимулировать или выражать чувства, а также открыто исследовать чувства в контролируемых условиях. Они превосходны для эмоциональной разрядки, усиления циркуляции крови и кислорода.

Необходимое время: 45 минут.

Материалы: Пластиковая выбивалка, матрас или пенопластовый мат.

Подготовка: Выполнению различных видов активных упражнений должна предшествовать групповая зрелость, то есть участники должны научиться доверять друг другу. Также необходимо, чтобы руководитель обладал опытом в биоэнергетике и клиническими умениями. Никого нельзя принуждать к участию в активных биоэнергетических упражнениях.

Процедура: Следующие упражнения могут выполняться одновременно группой или каждым членом группы по очереди.

1. Высвобождение гнева. Встаньте лицом к объекту (кровати, мягкому стулу или куче подушек), расставьте ноги примерно на 45 см, слегка согните колени и наносите удары (пластиковой выбивалкой, теннисной ракеткой или собственными кулаками) по объекту сильно, но расслабленно. «Включите» в действие все тело. Рот держите открытым, дышите глубоко, не сдерживайте крика. Используйте любые слова, выражающие чувство гнева, например «нет!» или «пошел к черту!». Можете представить человека, с которым у вас связаны незавершенные эмоции, и направить на него свой гнев.

Иногда члены группы сопротивляются этому упражнению, утверждая, что они в данный момент не испытывают чувства злости. Причиной сопротивления часто является нежелание раскрывать свои чувства, страх перед выражением сильных отрицательных эмоций. Большинство участников может временно отождествиться с "врагом", а потом возобновить контроль над собой.

Брыкание. Лягте на спину на кровать, матрас или пенопластовый мат. Свободно раскиньте ноги и медленно начинайте брыкаться, касаясь кровати всей ногой. Чередуйте ноги и высоко поднимайте их. Постепенно увеличивайте силу и скорость брыкания. Громко говорите «нет!» на каждый удар ногой, увеличивая интенсивность удара.

В качестве варианта можно выполнить это упражнение следующим образом. Лягте на матрас, согните колени, имитируя протестующие действия маленького ребенка, сучите ногами, колотите матрас кулаками, вертите головой из стороны в сторону. Увеличивая интенсивность припадка гнева,

физические движения сопровождайте громкими выкриками «нет!» или «я не буду!».

Брыкание помогает улучшить циркуляцию крови, ослабить «мышечный панцирь» на уровне таза. Согласно Лоуэну, это помогает нам стать менее заторможенными и более спонтанными в сексуальных отношениях.

Трансактный анализ.

Создателем этого метода психотерапии является американский психиатр Эрик Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса – реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Трансактный анализ включает в себя: 1) структурный анализ – анализ структуры личности; 2) анализ трансакций – вербальных и невербальных взаимодействий между людьми; 3) анализ психологических игр – скрытых трансакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу); 4) анализ сценария (скрипт-анализ) – индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний Я: Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчеркивается, что Я-состояния – это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией.

Родитель – это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации.

Ребенок – это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придаёт человеку обаяние и теплоту.

Взрослый – это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения.

При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрёстные и скрытые транзакции. *Дополнительными* называются *транзакции*, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие взаимодействия не конфликтогенны и могут продолжаться неограниченное время. Конфликтогенной способностью обладают *перекрёстные транзакции*. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее Я-состояние.

Скрытые транзакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух Я-состояний, так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с чётко определенным и предсказуемым исходом. Это набор транзакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает

какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится.

Понятие *психологической позиции* является одним из основных. Известным пропагандистом его стал психиатр Харрис благодаря своей книге «Я о'кей – ты о'кей». Название книги выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе транзактной терапии.

Сценарий – это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через транзакции, происходящие между родителями и ребенком.

Транзактный анализ – это интеракционная психотерапия, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям, пониманию механизмов поведения и их расстройств.

Практические упражнения.

А) Сознание состояний Я.

Цель. Это упражнение позволяет получить практику в диагностике состояний Я и является введением к транзакциям между различными состояниями Я.

Необходимое время. 45 мин.

Материалы. Не требуются.

Подготовка. Руководитель должен уметь распознавать состояния Я и быть знакомым с тем, как они функционируют.

Процедура. Упражнение начинается с того, что три добровольца рассаживаются перед группой на стульях. Каждый из них выбирает для себя роль Родителя, Взрослого или Ребенка.

Каждое из состояний Я представляет часть одной и той же личности. Если вызвались вы, то, пока упражнение выполняется, оставайтесь в своей роли.

Представьте, что вы гуляете в лесу. Каковы ваши ощущения? Если вы Родитель, вас могут беспокоить возможные опасности или дело, которое

надо сделать по ходу прогулки. Помните, что Родитель часто дает оценки и пользуется словами типа «противно» или «смешно». Если вы Взрослый, то можете обращать внимание на то, какие виды птиц живут в лесу или какие вокруг вас деревья. Словарь Взрослого включает такие слова, как «полезно», «практично», «желательно». Если вы Ребенок, вы, возможно, ощущаете прилив бодрости или скуку, обращаете внимание на то, тепло вам или холодно, пересыпаете свою речь мусорными словами. Почувствуйте себя в выбранной роли и поделитесь вашими впечатлениями со всей группой.

Теперь руководитель может пригласить еще трех добровольцев присоединиться к первым. Они будут другими Родителем, Взрослым и Ребенком, представляющими лицо противоположного пола.

Чтобы расшевелить новых добровольцев к разыгрыванию их состояний Я, придумайте воображаемую ситуацию, например поход в кино. Что вы там увидели? Как вам это понравилось? Можно, чтобы о ваших впечатлениях спрашивали другие участники.

Теперь расставьте стулья так, чтобы две группы добровольцев оказались друг против друга: Родитель напротив Родителя, Взрослый напротив Взрослого и Ребенок напротив Ребенка.

Представьте, что вы супружеская пара, у которой возникли проблемы. Заведите разговор. Разговаривать можно с другим человеком или со своим собственным другим состоянием Я. При этом каждый раз убеждайтесь, что ваши слова обращены к определенному состоянию Я. Скоро вы увидите, что даже самые простые вещи могут иметь разное значение в зависимости от того, кто о них говорит и к кому обращается. Через пять минут закончите разговор и обсудите его между собой и с другими участниками группы. После этого переключитесь на другие состояния Я или пригласите кого-нибудь еще из группы себе на замену. Надо следить за порядком этих взаимодействий, чтобы у каждого была возможность сыграть какое-нибудь состояние Я.

Если группа особенно активна, можно сыграть все пять состояний Я человека: Критикующего Родителя, Заботливого Родителя, Взрослого, Приспосабливающегося Ребенка и Свободного Ребенка.

Б) Сообщения.

Цель. Это упражнение знакомит участников группы с теми социально приемлемыми внушениями родителей, которыми можно пользоваться, чтобы получать поглаживания от окружающих.

Необходимое время. 30 минут.

Материалы. Бумага и карандаш.

Подготовка. Специальной подготовки не требуется.

Процедура. На одном листке бумаги выписаны пять сценарных сообщений или директив: Будь сильным, Будь совершенным, Упорно пытайся, Торопись, Радуй других. Подумайте над этими фразами и посмотрите, соответствуют ли какие-то из них тому, что вы в раннем детстве слышали от своих родителей. Если да, определите, насколько они к вам подходят. То, что им отвечает, и было исходно тем, что вы делали, чтобы родители были вами довольны или горды. Вы и теперь можете считать, что с вами все хорошо, только пока вы действуете в соответствии с родительскими директивами. Расставьте директивы по порядку – от оказавших самое сильное влияние на вашу жизнь до наименее влиятельных.

В) Определение сценариев.

Цель. Это упражнение является вводным в задачу понимания жизненных сценариев и помогает участникам определить, какие формы поведения они хотели бы у себя изменить.

Необходимое время. 1 час.

Материалы. Не требуются.

Подготовка. Руководитель должен быть опытным, потому что это упражнение может вызвать сильные эмоции.

Процедура. Разбейтесь на подгруппы по четыре-пять человек. В каждой такой подгруппе подумайте над ответами на такие вопросы (James, 1977):

– Что случается с людьми вроде меня?

– Если я и дальше буду таким, как есть, чем это по логике должно кончиться?

– Что при этом скажут обо мне другие?

В пределах подгруппы поделитесь ответами на вопросы, насколько сочтете нужным. Эти ответы могут иметь происхождением те решения, которые вы приняли когда-то в детстве. Теперь у вас может появиться желание пересмотреть эти решения, перерешить их.

Следующие вопросы также могут быть полезны для определения жизненных сценариев и добавлены к упражнению.

– Какая у вас в детстве была любимая история или волшебная сказка?

– Что рассказывали в семье о вашем рождении?

– Как было выбрано ваше имя?

– Какая надпись на вашем надгробии подвела бы итог вашей жизни?

Позитивная психотерапия.

«Болезнь подобна облаку, закрывшему солнце... но вот подул ветер, и солнце вновь дарит нам свет и тепло».

Восточная мудрость.

С позитивной психотерапией тесно связано имя перса по национальности – Носсрата Пезешкиана, который впервые опубликовал (конец 70-х годов XX века) свои труды. В России огромную работу провел, ныне живущий в Москве с 1990 года, сын Носсрата – Хамит Пезешкиан, который апробировал и адаптировал к условиям России позитивную психотерапию.

Н. Пезешкиан обращает внимание на происхождение термина *positive psychotherapy* от лат. *positum* – «имеющее место, реально существующее», а не от *positivum* – «положительное», подчеркивая тем самым необходимость

проработки и позитивных, и негативных аспектов проблемы и жизни пациента, диалектического расширения его мировоззрения. Это терминологическое уточнение позволяет использовать в качестве синонимов данного вида позитивной психотерапии название «психотерапия реальностью» или «психотерапия здравым смыслом».

Основная цель позитивной психотерапии – научиться говорить «как нужно», дать выход нереализованным творческим энергиям, научиться позитивно реагировать на болезнь.

Согласно религии Бахаи, проходящей красной нитью через всё учение о позитивной психотерапии, каждый человек хорош от природы; каждый представляет собой колодец и шахту, наполненную алмазами, рубинами и прочими драгоценностями, вне зависимости от того – шизофреник ли он, или у него депрессия.

Дать выход нереализованным творческим энергиям человека – одна из задач позитивной психотерапии.

Традиционная медицина ставит между врачом и пациентом болезнь. В позитивной психотерапии между врачом и пациентом стоят ещё и способности. Одни из многих, это, например, способность выздороветь и способность по-новому взглянуть на свою болезнь.

Позитивная психотерапия по авторам основывается на 3 принципах – надежд, баланса (гармонизации) и консультирования, которые соответствуют 3 этапам работы с пациентом как в процессе отдельного занятия, так и на протяжении всего психотерапевтического курса (в среднем 10 занятий по 1-2 часа).

На этапе работы с учетом принципа надежды используются: 1) позитивная интерпретация проблемы пациента (например, нервная анорексия – проявление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.); 2) транскультурный подход – расширение представлений пациента о проблеме посредством знакомства с иным (часто – прямо противоположным) реагированием и отношением к сути его проблемы в

других культурах (например, различия в отношении к еде и голоданию в восточных и западных культурах); 3) притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом.

Позитивная психотерапия рассматривает четыре сферы проявления индивида из создавшегося конфликта – это: тело, фантазии, достижения и контакты.

1 сфера – тело: это отношение к спорту, боли или болезни; значение питания; аспект сексуальности; аспект эстетики, косметики; отношение ко сну, бодрствованию; отношение к телесным контактам.

2 сфера – достижения: это работа, повышение или понижение по служебной лестнице, улучшение финансового состояния; дома – рождение детей, свадьба; покупки – например, автомобиля, мебели, дома, дачи и прочее.

3 сфера – контакты: это взаимоотношения с друзьями, коллегами, клубами, организациями.

4 сфера – фантазии: это вопрос о смысле жизни, вопрос о смерти; о жизни после смерти; вопрос о близком и далеком будущем.

Индивид реагирует на конфликт по первой сфере либо бегством в болезнь, либо в спорт; по второй сфере – бегство либо в работу дома (приносят гору бумаг и занимаются работой), либо бегство в лень; по третьей сфере – либо бегство от конфликта в общество, либо – обратная реакция – бегство в одиночество (в этом состоит транскультуральный подход позитивной психотерапии); по четвертой сфере – индивид убегает в мир фантазий, рисует, слушает музыку и прочее.

В идеальной, гармоничной модели на каждую сферу выделяется 25 % жизненной энергии.

Позитивная психотерапия прорешивает все микро- и макротравмы.

К *макротравмам* относятся мощные стрессовые ситуации, которые произошли с человеком за последние пять лет.

К *микротравмам* относится все то, что сопутствует нам каждый день (подняться утром, пойти на работу).

В процессе позитивной психотерапии выявляются и прорабатываются актуальный и базальный конфликты пациента. *Актуальный конфликт* складывается под воздействием внешних событий и представляет собой важные события, произошедшие в жизни человека (например, смена места работы, смерть близких и т. д.).

Авторы выделяют *первичные* и *вторичные актуальные способности*. Первичные связаны с эмоциональностью людей (любовь, надежда, доверие), вторичные связаны с рациональной жизнью человека (вежливость, честность, послушание, бережливость, пунктуальность, совестливость).

Базальным конфликтом является то, как человек в тех или иных ситуациях вырабатывает копинг-стратегии; это конфликт между «честностью и вежливостью».

Реализация принципа консультирования означает передачу пациенту функций психотерапевта (аутопсихотерапия). Такой подход соответствует принципам психологического консультирования. Широко практикуются «домашние задания», о выполнении которых пациент отчитывается на последующем занятии.

Существенная роль в психотерапии принадлежит *религиозно-мировоззренческому аспекту*. Авторы отмечают, что ни в какой другой области не вытесняются так отчётливо религия и смысл, как в психологии, медицине и психотерапии. Между тем веру, религию и мировоззрение можно считать общей системой отношений (базовой концепцией), формирующей установки и способы поведения.

Позитивная психотерапия дает возможность помощи пациенту самому себе.

1 день:

– постановка целей на будущее,

– позитивная интерпретация заболеваний с помощью притч, мудростей, пословиц и поговорок,

– понятие о макротравме и микротравме,

– понятие об актуальном и базисном конфликте.

2 день:

– пять ступеней лечения,

– использование психодрамы на четвертой и пятой ступени,

– использование логотерапии на четвертой ступени.

В позитивной психотерапии выделяется *пять ступеней лечения*:

- 1) наблюдение/дистанцирование;
- 2) инвентаризация;
- 3) ситуативное ободрение;
- 4) вербализация;
- 5) расширение системы целей.

Авторы не противопоставляют свою психотерапевтическую систему другим концепциям, используют при необходимости психодинамические и поведенческие приемы, подчеркивая значимость собственной концепции в формировании контакта с пациентом и доступных его пониманию психотерапевтических целей (баланса). В отличие от других позитивно-ориентированных современных методов, позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану не фиксируется только на позитивных аспектах, а последовательно прорабатывает и позитивные, и негативные (от позитивных аспектов проблемы – к негативно окрашенным конфликтам и далее – к реалистичной проработке перспектив).

Гелототерапия/ смехотерапия

«Один день счастья позволяет забыть обо всех его несчастьях...»

Восточная мудрость.

«Познав самого себя никто не останется тем, кто он есть».

Основоположниками гелототерапии в сер. 60-х гг. прошлого века были два американца: Ли Бёрк и Уильям Фрай. Основоположником явился также Норманн Казинс, страдавший коллагенозом, он излечил себя с помощью многомесячного комедийного телесериала. Позже Казинс основал кафедру по изучению свойств смеха. Американские гелотологи установили, что многие люди дышат неправильно: открытым ртом и без пауз, их дыхание поверхностно, всё это, в целом, ведет к перевозбуждению нервной системы, постоянному напряжению мышц. Такое состояние характерно для нерешительных, робких людей, которых мучают различные страхи. Дыхание во время смеха – «правильное» дыхание, оно позволяет преодолевать чувство страха.

Официальным популяризатором гелототерапии в отечественном варианте явился к.м.н., доцент кафедры спортивная медицина и физическая реабилитация Уральского госуниверситета физической культуры Скутин А.В.

В настоящее время методика гелототерапия/смехотерапия является запатентованной (№2367764 от 10.06.2009) – для взрослой популяции и №2579611 от 10.03.2016 – для детской популяции и разрешённой к применению на территории Российской Федерации. Таким образом, она приобрела статус новой медицинской технологии. Разрешение ФС №2010/303 на применение новой медицинской технологии выдано Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (РОСЗДРАВНАДЗОР) от 20.08.2010.

Гелототерапия/смехотерапия представляет собой также физическую реабилитационную технику (новую велнес-технологию), включающую в себя активную дыхательную гимнастику (так как смех уже само по себе разумеющееся дыхательное упражнение, это I и IV этап), смехомедитацию (II этап) и на третьем этапе – кинезитерапию (активные двигательные

упражнения с креативным подтекстом, повышающие чувство радости в организме)

В отношении смеха действует правило: «всё хорошо в меру». Психосоматические болезни (язва, астма, колит и др.) вызваны и тем, что человек не дает выхода эмоциям, смех исцеляет, здесь смехотерапия как нельзя более кстати.

К проведению методики имеются показания и противопоказания. Гелототерапия показала свою эффективность при коррекции разнообразных пограничных (в том числе и невротических) непсихотических психических расстройств, а именно: различные расстройства адаптации (шифры с F43.20 по F43.23), в том числе в виде кратковременной (F43.20) и пролонгированной депрессивных реакций (F43.21), ипохондрический невроз (F45.2), конверсионное расстройство (F44.8, F44.9), невротическое состояние (F48.0), ипохондрическое и истеро-ипохондрическое развитие личности (F60.8), соматоформные расстройства (F45.8), диссоциативная фуга (F44.1), диссоциативный ступор (F44.2), диссоциативные припадки (F44.5), смешанные диссоциативные расстройства (F44.7), дистимия (F34.1), рекуррентное депрессивное расстройство в стадии ремиссии (F33.40) и прочее. Отечественная методика гелототерапии с успехом используется в клинике психосоматических расстройств, такими как: язвенная болезнь желудка, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма. Проводятся заслуживающие определенный научный интерес исследования в области онкологии. Смехотерапия используется при лечении даже таких сильных травм, как детский сексуальный абьюз. Психолог Аннет Гудхард (Германия), предлагает формулу: боль + игра = смех. Если человек, испытавший сексуальный абьюз, в условиях психотерапии сможет играть с болью, то результатом этого будет – смех.

Способ не имеет возрастных ограничений, может быть использован не только пациентами, страдающими пограничными (в том числе невротическими) расстройствами, для лечения, но и практически здоровыми

людьми с целью профилактики возникновения разнообразных психических, психосоматических расстройств предневротического, невротического и пограничного уровня.

Противопоказания к использованию гелототерапии

В ходе проведённых клинических испытаний (2001-2012) выявлены абсолютные противопоказания к проведению гелототерапии (смехотерапии):

1) Все психические расстройства в остром и подостром периоде (М.Д.П., шизофрения, эпилептический психоз, органический психоз, интоксикационный психоз, соматогенный психоз, индуцированный психоз, инфекционный психоз, алкогольный делирий, суицидальное поведение и пр.).

2) Острый и подострый период черепно-мозговой травмы.

3) Эпилепсия, эпилептиформный синдром и различные судорожные состояния.

4) Органическое поражение головного мозга с резким снижением интеллектуальных функций.

5) Психосоматические расстройства в состоянии обострения, или нестабильной компенсации (например, прогрессирующая стенокардия, инфаркт миокарда в острой и подострой стадии, нейродермит в острой стадии, обострение язвенной болезни, псориаз в стадии обострения, гипертонический криз и пр.).

6) Прием нейролептиков и антидепрессантов в высоких дозах.

7) Неотложные состояния, требующие срочной хирургической и терапевтической интервенции: (о. холецистит, о. панкреатит, о. аппендицит, перитонит, о. менингит и пр.).

8) Низкая мотивация (или ее отсутствие) у самого пациента.

Однако, как следует из отечественных и зарубежных исследований, имеются также относительные противопоказания, это:

1) Состояние беременности. Беременным женщинам смеяться можно и нужно, поскольку это полезно не только им, но и ещё не родившимся детям,

иммунитет которых значительно укрепится. Тем не менее, беременные женщины не должны подвергать себя приступам затяжного смеха, так как это может спровоцировать преждевременные роды.

2) Все послеоперационные состояния в первые 2-3 месяца после хирургического вмешательства.

3) Заболевания глаз, и, прежде всего, те заболевания, где нарушено слёзоотделение (дакриoadенит, болезнь Микулича, синдром сухого кератоконъюнктивита, каналикулит), так как очень часто смех бывает «со слезами». Смех здесь должен быть весьма умеренным.

4) Паховые и пупочные грыжи.

5) Если человек болен туберкулезом, хроническим бронхитом и другими заболеваниями, которые связаны с выделением мокроты, он должен позаботиться о том, чтобы, смеясь, не заразить окружающих.

Гелототерапия является недирективным методом.

Как установлено научными отечественными исследованиями, гелототерапия даёт экономический эффект – 2,5 койко-дня. Её эффективность проявляется на астенический, конверсионный (диссоциативный) и депрессивный синдромы, в меньшей степени выражено влияние на обсессивно-компульсивную симптоматику и органические расстройства.

I Дыхательные смехотехники. А) Освоение рефлекторного смеха. Время проведения – 1-2 минуты. И.п.: стоя, ноги на ширине плеч. Техника проведения. Глубокий, интенсивный вдох. Короткий, одним толчком выдох со звуковым сопровождением: «ха!». Причём, упражнение может проводиться как индивидуально, так и совместно с группой. Модификация I. Участники тренинга разного пола и возраста ходят по кругу, и, глядя в лица друг друга, выкрикивают: «Хо, хо, ха, ха!». Экспериментальным путём доказано, что настроение в ходе проведения этого упражнения резко улучшится. Используются и другие варианты рефлекторного смеха. Каждое упражнение сопровождается глубоким дыханием. После окончания

упражнения необходимо замерить пульс, он должен вернуться к исходному. По мере тренированности – время восстановления должно сокращаться. Б) Альтернативой рефлекторного дыхания может явиться контрарное дыхание. Техника проведения. И.п.: стоя, ноги на ширине плеч. Поднимаем руки вверх – выдох, опускаем – вдох. Сгибаемся в поясе – выдох, разгибаемся, возвращаясь в исходное положение – вдох. Время проведения 5-7 минут. Повторить «обратное», правильное контрарное дыхание 10-12 раз. В результате проведения этой техники дыхания улучшается настроение, возникает ощущение бодрости, у членов группы появляются улыбки. Существуют и иные дыхательные смехотехники.

II Смехомедитация. Техника проведения. Участники группы садятся в круг. Время проведения упражнения 10-12 минут. Инструкция: «Сядьте, пожалуйста, поудобнее и закройте глаза. Обратите внимание на ваше дыхание, ощутите его: воздух проходит через нос, горло, попадает в грудь, наполняет ваши лёгкие. Ощутите, как с каждым вдохом в Ваше тело попадает энергия и с каждым выдохом уходят ненужные заботы, переживания, напряжение... А теперь - ВСЕ улыбаются! Даже те, кому пока не весело. Надеваем улыбку на лицо! Дружнее, без отстающих! Разве бывает улыбка в линейку? Улыбка должна быть полукругом, уголки губ упрямо тянутся к ушам! Замечательно, все молодцы! Сейчас усложним задание. Пожалуйста, вспомните одну из юмористических ситуаций в вашей жизни. Вам весело, всем хорошо. У некоторых из вас появился смех или даже хохот. Пожалуйста, не сдерживайте свои положительные эмоции. Вы не видите окружающих, они не видят вас. Улыбаются все, исключения не принимаются! Дружнее! Замечательно, все просто молодцы! Улыбка становится шире и достаёт мочек ушей! Не верите? Правой рукой медленно ощупайте уголки губ. Дружно держим улыбку ещё в течение одной минуты. Время пошло... Молодцы, все справились с заданием!!! Представим теперь, как свежий, ласковый ветер ласкает лицо, шею, плечи. Он уносит остатки переживаний, забот и печалей... Вы чувствуете необычайную свежесть и

бодрость. Обратите внимание на своё тело, почувствуйте его – от ступней ног до макушки головы. Чувствуете, как ваше тело налилось силой и энергией, не правда ли? А теперь пора вернуться в эту комнату, в наш круг. Сделайте это в удобном для вас темпе: можете сразу открыть глаза или посидеть некоторое время с закрытыми. Разработана и другая смехомедитация, отличная от вышеприведенной.

III Психодинамические смехоупражнения и упражнения направленные на развитие креативности. Великий Павлов говорил о состоянии определенной «мышечной радости», поэтому в методику отечественной гелототерапии атрибутивным компонентом введена своеобразная гимнастика. Примеры. 1) Участники сидят по кругу. Инструкция: «Начнём сегодняшний день так: встанем, (тренер встаёт, побуждая к тому же всех участников группы) и поздороваемся. Здраваться будем за руку с каждым, никого не пропуская. Постарайтесь улыбнуться друг другу. Не страшно, если Вы с кем-то поздороваетесь дважды. Главное – никого не пропустить. 2) Участники садятся по кругу, тренер стоит в центре круга. Инструкция: «Сейчас у нас будет возможность продолжить знакомство. Сделаем это так: стоящий в центре круга (для начала им буду я) предлагает поменяться местами (пересесть) всем тем, кто обладает каким-то общим признаком. Этот признак он называет. Например, я скажу, чтобы пересели те, у кого есть сёстры, и все, у кого есть сёстры, должны поменяться местами. Тот, кто при этом стоит в центре круга, постарается занять одно из мест, а тот, кто останется в центре круга без места, продолжит игру». Когда упражнение завершено, тренер может обратиться к группе с вопросом: «Как ваше настроение сейчас?». Как правило, упражнение проходит динамично и весело. 3) Участники садятся по кругу. Инструкция: «Сейчас мы будем с Вами считать, просто считать: один, два, три и т.д. Кто-то из нас начнёт счёт, а рядом сидящий (по часовой стрелке) продолжит и так далее. Постараемся считать как можно быстрее. В процессе счёта есть одно условие: если Вам предстоит назвать число, в которое входит, например, цифра №6, затем 16, 26

и т.д., по продолжению счёта, то Вы не называете этих чисел, а хлопаете в ладоши. Если кто-то из Вас ошибётся, то он выбывает из игры». Упражнение проходит динамично, весело. 4) Все участники садятся по кругу. Инструкция: «Сейчас нужно будет решить следующую задачу – Вы должны изменить эмоциональное состояние, например, Сергея, которому грустно, он расстроен и не расположен разговаривать с нами. (Тренер заранее договаривается об участии его в упражнении). Мы можем рассказывать Сергею смешные истории, говорить что-то приятное и т.д.». В этом случае усилия всей группы концентрируются на одном участнике, поэтому его состояние меняется очень быстро. 5) Домашнее задание к упражнению «Улыбка волка». Инструкция: «Утром в ванной улыбнитесь собственному отражению в зеркале. Представьте, что вы волк. Откройте пасть, оскальте зубы, высуньте язык, широко раскройте глаза и растопырьте пальцы с «выпущенными когтями». Издайте звериный рык, а затем рассмейтесь. Закройте плотно рот и похихикайте с закрытым ртом. Завершите упражнение раскатистым смехом во весь голос». Гелототерапия относится к гуманистическому направлению в психотерапии, является краткосрочной, а потому весь комплекс рассчитан на 10 дней.

IV Смешные истории, афоризмы, анекдоты, веселые загадки, частушки и случаи из жизни. В данном разделе тренинговой программы происходит обмен знаниями в области смеха, важен опыт выхода из неординарных ситуаций посредством юмора. Описываются также курьёзные случаи из жизни, допускаются в тренинге и анекдоты. Смешные афоризмы хорошо использовать в напечатанном виде и прикрепить внутри вашей квартиры, комнаты. Всё это, безусловно, повышает настроение, как в индивидуальном плане, так и группы в целом. Например, следующие рассказы.

День не задался

Эта невероятная история произошла на военном аэродроме в Челябинской области. Капитану Б. перед заступлением в наряд нужно было получить табельное оружие. Путь лежал на другой конец аэродрома, и наш,

пока ещё вполне благополучный капитан сел на велосипед, чтобы побыстрее добраться. Уже на обратной дороге, пересекая взлётно-посадочную полосу, он в метрах ста от себя увидел заходящий на посадку Су-21. Из всех сил стал нажимать на педали, но в это время штанина попадает в велосипедную цепь, и капитан падает на взлётную полосу. Волоча за собой велосипед, он пытается добраться до края взлётно-посадочной полосы. И в этот момент каким-то непонятным образом из кобуры вываливается пистолет, цепляется за принадлежности велосипеда, и... раздаётся выстрел. Пуля попадает в колесо приблизившегося самолёта. Всё это произошло в какие-то доли секунды. Су-21, коснувшись полосы, начало сносить в сторону. Молодой и неопытный лётчик в панике решает катапультироваться. Дрожащими руками нажимает на рычажок, но катапультирования не последовало. Самолёт в это время уже снесло на газон. Лётчик всё же справился с управлением и благополучно посадил самолёт. Придя в себя, выскочил из кабины и побежал в сторону капитана – что там с ним? В это время за спиной лётчика раздаётся взрыв – это сработала «заевшая» катапульта. Сиденье пилота отлетает на полкилометра, падает во двор частного дома и... убивает корову. Для неудачливого капитана всё закончилось более-менее благополучно – выплатой определённой суммы за погибшую корову, небольшими ушибами и выговором по службе. А могло быть всё гораздо хуже.

История любви.

Впервые я увидел её на чемпионате Европы и сразу решил, что она должна быть моей. Будучи человеком скромным и довольно робким, в тот раз я так и не решился подойти к ней и только посмотрел на неё издалека. Один Бог знает, какой пожар разгорелся в моём сердце. Следующая встреча произошла лишь через два года на чемпионате мира. Она ничуть не изменилась, может быть, даже чуть-чуть похорошела. На этот раз я вёл себя раскованнее. Я подошёл к ней и взял её за талию. Она никак не отреагировала на мои знаки внимания и осталась холодна. Тогда я грубо рванул её и прижал к своей груди. В обнимку с ней я стоял на виду у

беснующейся, улюлюкающей толпы. Время будто бы замерло, не знаю, сколько длилось моё счастье, но я мог бы простоять так, наверное, целую вечность. Мне было легко и радостно. К сожалению, всё хорошее когда-нибудь кончается. От волнения я немного ослабил хватку, она вырвалась из моих объятий и упала на правую ногу. С тех пор я езжу в инвалидной коляске, а штанга в 200 кг так и осталась не покорённой.

Купчиха Семижопова написала на высочайшее имя прошение об изменении фамилии. Николай II, видимо не разобравшись, наложил резолюцию: «Хватит и пяти»!

Таможенник спросил Виктора Гюго о его профессии. Гюго ответил: «Я пишу». «Нет, я спрашиваю, чем вы добываете средства к существованию?». «Пером». «Тогда так и запишем – торговец пером».

На экзаменах в Петербургской военно-медицинской академии перед Боткиным третий раз предстал один и тот же студент. Он снова не смог ответить ни на один вопрос экзаменатора и, естественно, Боткин вновь указал ему на дверь. Студент решил прибегнуть к шантажу, угрожая вонзить себе в сердце нож из-за неудачи на экзаменах. Запахло скандалом, сообщили об этом профессору... – Не волнуйтесь, – успокоил всех Боткин, – он не знает строения человеческого тела, а потому не найдёт сердца.

– Больной! У Вас больное сердце. Вы должны прекратить пить, курить и развлекаться с женщинами. – И как долго, доктор? – Если повезёт, то недолго.

Смешные афоризмы. Например. «Одиночество – это когда ты всегда знаешь, кто насвинячил на кухне». «В каждом из нас спит гений, но с каждым днём всё крепче». «Каков стол, таков и стул». «Лучший выход из положения – родить». «Изменение должности без повышения зарплаты является понижением». «Чем дальше хочешь прыгнуть, тем ниже нужно согнуться». «Инициатива скандала принадлежала мужу, а звуковое оформление – жене». «Ему пришла в голову мысль, но, не застав никого, ушла». «Ссорясь, они швыряли друг в друга стульями, но ни семейной

жизни, ни мебели это не вредило: семья была крепкая, мебель – тоже». «Когда она заговаривала о черно-бурой лисе, муж смотрел на неё волком». «Бараны умеют жить: у них и самая паршивая овца в каракуле ходит». «Если жена не следит за модой, за ней можно не следить».

В групповых сессиях возможно использование игровых психотехник в виде смешных загадок и вопросов. Наиболее точные ответы поощряются, допустим, карточками. В конце упражнения происходит подсчёт карточек и победитель получает приз. Например. – Из грядки торчат красные пятки. Кто такой? Ответ: краснопяточный грядкокопатель. – Чем отличается лошадь от иголки? Ответ: на иголку вначале садятся, а потом подпрыгивают, а на лошади – подпрыгивают, а потом садятся. – Маленькая, жёлтенькая на «з» называется? Ответ: 10-копеечная монета. – А почему на «з»? Ответ: – а потому что закатилась. – Один рог, один глаз – глядит на вас. Кто это? Ответ: корова из-за угла выглянула. В работе всячески поощряется креативность участников тренинга. Они могут экспромтом сочинить забавные *частушки*, или рассказать частушки, о которых другие слышали мало, всё это приводит к повышению настроения, «здоровому» смеху в группе. Занятие может проводиться под музыкальное сопровождение (караоке, баян, аккордеон, гитара и прочее).

Для всех участников группы вменяется исключение нецензурных, пошлых изречений.

Примеры частушек.

«Мой милёнок задаётся,
что красивее людей
привели его в конюшню,
напугали лошадей»

«Петербург – хороший город
и Москва – красавица,
а Челябинск, хоть и молод,
людям больше нравится»

«Перестройка, перестройка
я и перестроилась,
у меня сосед богатый
я к нему пристроилась...»

«Мы пешком под стол ходили,
когда нам метро сулили.
Подождём до седины,
Лишь бы не было войны»

«Полюбила я его

«Девоч много, а младенцев –

чёрненького, кажется,
а он, рыжая собака,
гуталином мажется»

меньше ожидаемого.
Вот и прут к нам иноземцы –
Повышать рождаемость»

«У милого часов нет,
он повесил репину
и за хвост её потряс,
говорит: – девятый час»

«Пусть Одесса с шиком светским
сильно не заносится!
И Задорнов и Жванецкий
Скоро к нам запросятся»

«Собирайтесь, друзья,
шире круг, подружки!
Про Челябинск пропою
Вам свои частушки»

В зависимости от модификации целей и задач тренинга упражнения могут изменяться.

Семейная психотерапия.

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Мягер, Мишина). Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему.

В настоящее время границы между различными методами семейной психотерапии стираются. Оставаясь в своей основе системной, за годы своего развития семейная психотерапия вобрала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной терапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью

поведенческого подхода. В основе нарративного (повествовательного) подхода в семейной психотерапии лежит работа с жизненными историями пациентов (анализ проблемных историй) и создание альтернативных повествований, открывающих новые перспективы для людей. Нарративный подход может служить стратегической линией для системных и психодинамических гипотез.

Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу; модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

Основные положения системного подхода.

Семья – открытая, развивающаяся система, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям.

Эта система имеет следующие характеристики: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо затрагивающее систему в целом влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или

изменение в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

Отдельные признаки гармоничной семьи. 1) Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Здоровая семья – это место проявления близости, любви, так же как и отрицательных эмоций. 2) Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами. 3) Ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь). 4) Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим. 5) Учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка. 6) Ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права. 7) Существуют семейные традиции, дети знают своих предков, свои корни. 8) Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы. Допускается смена одних внутрисемейных треугольников другими без возникновения при этом у членов семьи чувства ревности или ненадежности, что жизненно необходимо для установления лично-социальных границ. 9) Ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни. 10) Уделяется внимание духовной жизни. 11) Уделяется время развлечениям. 12) Поощряется совместный прием пищи. 13) Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы). 14) Ее члены создают условия для своего личностного роста. 15) Ее члены не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

Дисфункциональная семья – семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи – ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого

блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще – ребёнка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдёт, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

Системные нарушения могут проявляться в нескольких формах. «Нормативные временные сдвиги» или «горизонтальные (нормативные) стрессоры» отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включают начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации при прохождении какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

«Системные сдвиги» включают менее выраженные изменения во внутреннем балансе взаимоотношений внутри системы. Они могут провоцироваться транзиторными стадиями или возникать независимо. Транзиторную стадию иллюстрирует факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли. Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приводя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен и в случае смерти матери мужа, контролировавшей его, тогда супруг начнет эмоционально «выпадать» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«Системная травма» – непредсказуемые жизненные события, такие как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Накопление генетических и дисфункциональных стереотипов взаимодействия из поколения в поколение (патологизирующее семейное наследование) относится к вертикальным стрессорам.

В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер, Юстицкис):

- 1) диагностический (семейный диагноз),
- 2) ликвидация семейного конфликта,
- 3) реконструктивный,
- 4) поддерживающий.

Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.

Семейный диагноз, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от клинициста знания системного подхода и умения собрать анамнестические сведения.

Реконструкция семейных отношений. Хотя трудно отделить диагностическую и терапевтическую части при проведении семейной психотерапии, в системной семейной психотерапии условно выделяют следующие ее этапы: объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой ею структуре ролей; формулирование терапевтического запроса; реконструкция семейных отношений.

Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Существует 3 типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с

менее вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция психотерапевта нейтральна на первом этапе и заключается в минимизации комментариев на прямые и не прямые сообщения и невербальное поведение. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа Вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили следующие варианты...».

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляет правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля, эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести психотерапевт. Последний может присоединиться к изолированному отцу через сигарету или снимая галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

Эйдемиллер разработал технологию формулирования терапевтического запроса в следующей последовательности: XR – UR – ZR , где X – уровень манипулятивного запроса, U – уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z – уровень осознания своей некомпетентности как супругов, R – ресурсные состояния отдельных ее членов и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника – это приём, посредством которого решается

та или иная задача. Минухин применение техник семейной психотерапии сводит к осуществлению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семейной структуре и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т. д.). Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов. Остановимся на некоторых из них.

Вызов семейной структуре. Эта техника направлена на изменение иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы.

Психотерапевтический контракт. Целью этого приема является установление и закрепление обычно в письменной форме взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи.

Выявление семейных транзактных картин взаимодействия. Пациенты часто демонстрируют картины взаимодействия между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотерапевтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля.

Социометрические приёмы и техники. Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив двух членов семьи, которые не общаются друг с другом, сесть рядом или друг напротив друга, используя приемы «семейная скульптура», «семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Преимущества социометрических техник и приемов заключаются в следующем:

1) Они дают возможность уменьшить монотонность семейной дискуссии, наглядно изображая семейные конфликты через «терапию действием».

2) Они помещают прошлое, настоящее и будущее в ситуацию «здесь и сейчас».

3) Они усиливают и кристаллизуют ролевое поведение членов семьи.

4) Они представляют собой своеобразную форму метакоммуникации. Пациенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нём. Когда треугольники, альянсы и конфликты наглядно и символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия на основе чувств в их тончайших оттенках.

5) Они дают возможность психотерапевту прямого вмешательства в семейную систему.

Определение границ. Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для проработки с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникает ситуация, когда ребенок уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытается контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии члены семьи должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность.

Предоставление заданий. Задания могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий. Если обсудить какую-либо проблему в присутствии психотерапевта или попросить главу семьи помолчать 5 минут, а малоразговорчивого члена семьи рассказать о той или иной проблеме, то это может быстро привести к позитивным сдвигам за счет создания равенства позиций. Отцу, отказывающемуся от поездки, можно рекомендовать осуществить ее. Сыну, который чаще общается с

матерью, предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр или на концерт.

Семейная психотерапия представляет собой наиболее сложный вид профессиональной деятельности, требующей от специалиста знаний и умений в области индивидуальной и групповой психотерапии, холистического мировосприятия. Усилия классиков семейной терапии были направлены на развитие личности в семейном окружении. Семейная психотерапия изменила область практической психологической помощи, противопоставляя образ психотерапевта образу гуру. Психотерапевт не может дать семье больше, чем члены семьи могут сделать друг для друга, он лишь открывает ресурсы семьи для помощи ее членам. Семейная психотерапия есть искусство и наука по реализации этого потенциала.

Сам же семейный психотерапевт избежит «сгорания», если будет всерьез принимать во внимание свои собственные потребности, обладать высоким самоуважением. Техники и приемы, используемые психотерапевтом – это психотерапевтическое вмешательство (интервенция). Поэтому нельзя забывать старую истину, что действие рождает противодействие, то есть всегда существует реальность разрушительного влияния семейной системы на психотерапевта.

В психотерапии как ни в одной другой области медицины велика роль профессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на балинтовских группах, супервизия сеансов семейной психотерапии, поддержка коллег позволяет психотерапевту сохранять здоровье и профессиональное долголетие.

Суггестивная психотерапия.

Внушение (от лат. suggestio) определяется как подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение

нервно-психических и соматических процессов. Путем внушения вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и действия, а также оказывается влияние на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого.

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Предлагаются различные классификации внушения: внушение и самовнушение, внушение прямое или открытое, косвенное или закрытое; внушение контактное и дистантное. В медицинской практике используются соответствующие приемы внушения в бодрствующем состоянии и состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна. Внушение в состоянии бодрствования присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания.

Внушение в состоянии естественного сна путем нашептывания фраз спящему ребенку применяли Вяземский и др. Оно проводится тихим голосом, но внушающим тоном. Фразы, направленные на углубление сна, чередуются с лечебными внушениями, повторяемыми с паузами. За сеанс проводится до 6 серий таких внушений. Наиболее широкое применение внушения во время естественного сна нашло при лечении фобий и истерических симптомов у детей.

Внушение в состоянии гипнотического сна в лечебных целях широко распространено. При использовании методики наркопсихотерапии лечебное действие внушения реализуется в условиях искусственно вызванного наркотического сна. К методам, близким к наркопсихотерапевтическим, относится применение с психотерапевтической целью газовой смеси кислорода и закиси азота.

Косвенное внушение – разновидность внушения, при котором его содержание подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых оно будет реализовываться. В случае косвенного внушения используется дополнительный раздражитель, приобретающий новое информационное значение из-за произведенного прямого внушения. Эта форма внушения является основой опосредующей и потенцирующей психотерапии.

Уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие.

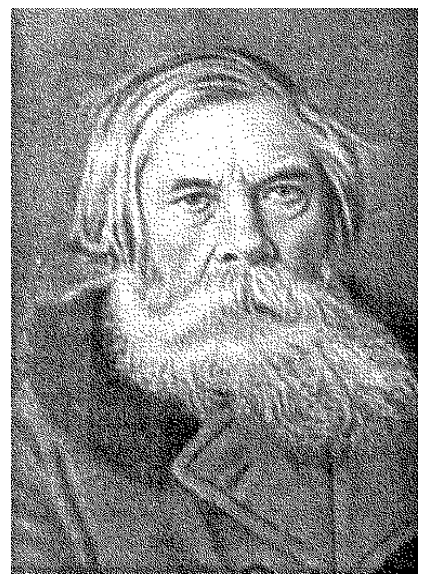
Плацебо-терапия (от лат. placebo – понравлюсь, удовлетворю) – один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или процесса научения. Развитие психофармакологии и внедрение в медицинскую практику все новых психотропных средств способствовали увеличению числа случаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положительным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию (Лапин). Поэтому при испытании новых медикаментозных препаратов стали широко использоваться лекарственные формы, получившие название «плацебо». При приеме «пустышки» (плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующих компонентов индифферентные) одна треть как больных, так и здоровых испытуемых сообщают о результативности медикамента.

Самовнушение, или аутоусуггестия, – это процесс внушения, адресованный самому себе. Самовнушение позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями.

В разработку метода лечебного самовнушения внесли вклад отечественные исследователи. В 1881 г. Тарханов опубликовал результаты одного из первых научно достоверных наблюдений о влиянии самовнушения на произвольные функции организма. Боткин в 1897 г. предложил обучать больных сознательному использованию самовнушения для предупреждения и преодоления невротической фиксации симптомов соматических заболеваний.

Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) различных методов психотерапии: аутогенной тренировки, биологически обратной связи, медитации, йоги, релаксации.

Самовнушение по Бехтереву – методика, описанная Бехтеревым в 1890-1892 гг., представляет собой оригинальный прием самовнушения, производимого в состоянии легкого гипнотического сна (в начальных стадиях гипноза). Лечение проводится амбулаторно. Больной, погруженный в состояние легкого гипнотического сна, трижды произносит слова самовнушения, направленного на устранение основного симптома болезни. При последующих сеансах добавляются самовнушения, направленные на устранение других болезненных нарушений. В дни между сеансами больной должен систематически повторять формулу внушения, по возможности «воспроизведя в памяти ту обстановку, в которой производилось внушение». Позднее, в 1911 г., Бехтеревым была описана методика самовнушения, осуществляемого перед естественным сном или сразу после пробуждения. Для этой методики формула самовнушения вырабатывается соответственно конкретному случаю, произносится от первого лица, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени. Этот прием автор рассматривал скорее как вспомогательный при



лечении методом внушения, но в ряде случаев считал его эффективным и при самостоятельном применении. Метод самовнушения на начальных стадиях гипноза оказался эффективным при неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.

Бехтерев Владимир Михайлович родился в 1857 г. в Вятской губернии в семье деревенского полицейского. В 16 лет поступил в Медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге. После третьего курса в составе санитарного отряда отбыл на войну в Болгарию. Вернувшись, успешно закончил два последних курса и остался на кафедре психиатрии для подготовки к профессуре под руководством Мержеевского. В 1881 г. защитил диссертацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней». В 1884 г. в Лейпцигской психиатрической клинике в Германии изучал анатомию нервной системы. В том же году проходил стажировку в парижском госпитале Сальпетриер у Шарко. В 26-летнем возрасте по рекомендации Мержеевского и Балинского возглавил кафедру психиатрии Казанского университета, где открыл психологическую лабораторию, основал психиатрическую клинику, учредил Общество невропатологов и психиатров, начал издавать журнал «Неврологический вестник». В 1893 г. Бехтерев возглавил кафедру нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. В 1905 г. Советом профессоров был избран на непродолжительное время ее начальником. За книгу «Проводящие пути головного и спинного мозга» (1896 – 1898) был удостоен Золотой медали Российской Академии Наук. В 1908 г. им основан Психоневрологический институт, ныне носящий его имя.

Основные труды: «Объективная психология» (1907-1911), «Внушение и его роль в общественной жизни» (1908), «Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение» (1911), «Общие основы рефлексологии человека» (1918), «Коллективная рефлексология» (1921), «Мозг и его деятельность» (1928).

Умер Бехтерев в 1927 г. Его внезапная кончина окружена тайнами и предположениями вплоть до сегодняшнего дня.

Лечение самовнушением почти не имеет противопоказаний. Даже в тяжелых случаях истерии, когда разъяснение не помогает, а гипноз не дает

достаточного эффекта и может сопровождаться осложнениями, больной в предчувствии надвигающегося припадка с помощью самовнушения («Не должно случиться припадка!») может «отодвинуть» или не допустить его.

Аутогенная тренировка (от греч. autos – сам, genos – происхождение) – активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика). Активность аутогенной тренировки противостоит некоторым отрицательным сторонам гипнотерапии в ее классической модели – пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Как лечебный метод аутогенная тренировка была предложена для лечения неврозов Иоганном Шульцем в 1932 г. В нашей стране её стали применять в конце 50-х годов. Лечебное действие аутогенной тренировки, наряду с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся.

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (по И. Шульцу):

1) низшая ступень – обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания;

2) высшая ступень – аутогенная медитация – создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень аутогенной тренировки составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) положение сидя, «поза кучера» – тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа – тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа – тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трёх положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5-6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечно-полосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», затем «Левая рука совершенно тяжелая» и «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервацией конечностей. Формулы: «Правая (левая) рука совершенно теплая», затем «Руки совершенно теплые», те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной полости. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: «Мой лоб приятно прохладен».

На проработку каждого упражнения уходит 2 недели. Весь курс аутогенной тренировки длится около трех месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1-2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15-20 мин. Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневники, где описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

Наилучшие результаты применения аутогенной тренировки наблюдаются при неврозах, а также при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический.

Аутогенная тренировка включается в комплексное лечение алкоголизма и наркомании, в частности для устранения абстинентного синдрома и формирования антитоксикоманической установки. В неврологической клинике аутогенная тренировка применяется при лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического поражения нервной системы, а также коррекции реакции личности на болезнь при сосудистых поражениях мозга, лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, нейроинфекций и др.

Успешное снятие эмоционального напряжения и тревоги с помощью аутогенной тренировки оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Противопоказаниями для применения аутогенной тренировки являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется аутогенная тренировка во время острых соматических приступов и вегетативных кризов. При выраженной артериальной гипотонии используются некоторые специальные приемы для преодоления нежелательного преобладания вагусной системы.

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. С целью оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (аутогенная тренировка-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения аутогенной тренировки-1 автор считал лишь подготовкой к основному лечению, второй ступени – аутогенной медитации, с помощью которой и достигается аутогенная нейтрализация. Он полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь нейтрализовав отрицательные переживания. Приемы такого самоочищения Шульц заимствовал из древнеиндусской системы йоги.

Гипноз (от греч. *hypnos* – Бог сна) – временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование гипноза имеет многовековую историю. Термин гипноз впервые был применен английским хирургом Брэдом, книга которого, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. С конца 70-х годов XIX в. французский невропатолог Шарко начинает изучать гипноз на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа Шарко занималась

клиническим применением гипноза, а также изучением его стадий. В этом с ней соперничала Нансийская школа, главой которой был Бернгейм. Он считал, что стадии гипноза, которые наблюдал Шарко, обусловлены внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого гипноза. Существенный вклад в науку о гипнозе внесли и многие другие зарубежные ученые: Веттерстранд, Краффт-Эбинг, Форель и др. В нашей стране теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучали Данилевский, Токарский, Бехтерев, Павлов, их многочисленные ученики и последователи.

Теоретическая разработка механизмов гипноза связана, прежде всего, с именами Павлова и Фрейда. Павлов и его ученики считали, что физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. Изменение экстенсивности и интенсивности тормозного процесса выражается в различных стадиях гипноза, клинически хорошо описанных. По Павлову, гипноз – это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым.

При проведении гипноза важен учет внушаемости пациента (Мягков, Варшавский). Используется ряд приемов, с помощью которых удается ее определить. К ним относятся приемы с падением назад или вперед, внушение сцепленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. Существует и ряд других способов гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов.

Воздействие на анализаторы, как правило, сопровождается внушением, в словесных формулировках которого описываются ощущения, которые испытывает засыпающий человек: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я

вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать всё больше и больше, всё сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять – вы заснёте». Примерно такие фразы врач повторяет по несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спать!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время уверенно, короткими, понятными фразами. Состояние гипноза может достигаться и одним словесным воздействием (вербальный метод). Длительность сеанса гипноза определяется задачами гипнотизации (лечебной, исследовательской, учебной, реже – другими). Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом: «Через полминуты я выведу вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру три вы проснетесь. Раз – освобождаются от сковывающего действия руки, два – освобождаются ноги и все тело. Три – вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие очень хорошее, ничто не мешает, не беспокоит. Вы очень хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Гипноз является основой *гипнотерапии*. В настоящее время, наряду с классической моделью гипноза, широко используется эриксоновский гипноз. При этом гипнотическое состояние используется в лечебных целях. Широкое распространение гипнотерапии отражает ее лечебную эффективность при различных заболеваниях. История развития научных представлений о природе гипноза и методах его применения в медицине достаточно полно представлена в работах Платонова, Буля, Рожнова, Шертока и многих других

авторов. Ввиду того что явления внушения и гипноза тесно переплетаются, Буль (вслед за Платоновым) считает целесообразным пользоваться термином «гипносуггестивная психотерапия».

Гипнотерапия в руках опытных специалистов находит применение при различных заболеваниях нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах и кожных заболеваниях. Абсолютными противопоказаниями к гипнотерапии являются бредовые формы психозов (особенно когда больной считает, что его «загипнотизировали», и просит врача «разгипнотизировать» его) и гипноманические установки истерических личностей. При использовании гипнотерапии приходится учитывать степень гипнабельности пациента, при отсутствии которой или низкой ее выраженности применение гипнотерапии проблематично (некоторые авторы считают возможным развитие гипнабельности).

Основные осложнения при гипнотерапии – это потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и др. Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач гипнотерапии могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, рациональной психотерапии, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

Эриксоновский гипноз.

Новый подход в гипнотерапии, создателем которого явился американский психотерапевт М. Эриксон, получил в 80-е годы в мировой психотерапевтической практике широкое признание и известен как

Эриксоновский гипноз. Его принципы и технические приемы, дополняя традиционный гипноз, расширили возможности лечебной тактики психотерапевта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам. Приемлемым и полезным оказалось включение этого метода, прежде всего его принципов, в разрабатываемые в последние годы эклектические и интегративные модели краткосрочной психотерапии. Такие крупные исследователи и практики в гипнологии и психотерапии, как Вайценхоффер, Хейли, Росси и др. считают Эриксона отцом современного клинического гипноза и краткосрочной стратегической психотерапии.

Подход Эриксона принципиально антитеоретичен и прагматичен. Его знание идет из практического опыта, а не из теоретических размышлений. Он никогда не формулировал единой теории гипноза и только в ответ на упорные расспросы его учеников и последователей выражал свое мнение о теоретических его аспектах. Его ученики Росси, Хейли, Зейг и многие другие провели большую работу по анализу, классификации и каталогизации эриксоновского подхода (статей и лекций, стенограмм и аудиозаписей, наблюдений за его работой и обсуждений ее с ним). Они выпустили в свет несколько книг, написанных совместно с Эриксоном или отдельно, где отражены и их собственные позиции в направлении дальнейшего углубления и развития этого перспективного подхода в гипнотерапии и психотерапии в целом.

Эриксоновскому подходу свойственно расширенное понимание гипнотического состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, согласно Эриксону, это последовательность взаимодействий гипнотерапевт – пациент, приводящая к поглощенности внутренними восприятиями и вызывающая такое измененное состояние сознания, когда Я пациента начинает проявляться автоматически, то есть без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соответствии с принципом

утилизации, согласно которому стереотипы самопроявления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтического трансa. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководства им. Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда гипнотерапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Микродинамика наведения гипнотического трансa и внушения состоит из следующих стадий: 1) фиксация внимания; 2) депотенциализация установок сознания; 3) бессознательный поиск; 4) гипнотический отклик.

В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать его сосредоточение с помощью: 1) рассказов, которые интересуют, мотивируют, увлекают пациента; 2) стандартной фиксации взгляда; 3) пантомимы и невербального общения в целом; 4) воображения или визуализации; 5) левитации руки; 6) релаксации и др. способов.

Вторая стадия – депотенциализация установок сознания – осуществляется, когда удастся зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимыми для депотенциализации. Для того, чтобы обойти и депотенциализировать сознательные процессы, используются: 1) шок, удивление; 2) отвлечение внимания; 3) диссоциация; 4) когнитивная перегрузка; 5) замешательство и др. способы.

Эффективное использование гипноза, как и психотерапии в целом, в эриксоновском подходе не ограничивается какими-то особыми техниками. Более важным является осознание и принятие реальности вместе с готовностью и способностью использовать все, что она предлагает для достижения желаемых результатов. При использовании эриксоновского гипноза происходят такие изменения, которые воспроизводят и поддерживают сами себя и приводят к дальнейшим изменениям. Это

происходит прежде всего потому, что изменения были направлены на внутренний рост и самораскрытие пациента.

Т-группы.

Первые Т-группы (группы тренинга) были основаны в 1946 г. Куртом Левином и его коллегами, заметившими, что участники групп получают пользу от анализа собственных групповых переживаний. Лабораторный тренинг предлагает широкий спектр методов обучения, направленных на развитие межличностных умений и исследование процессов, происходящих в малых группах. Некоторые Т-группы, получившие название *групп сензитивности*, могут иметь целью всестороннее развитие личности отдельных участников.

Ценности, лежащие в основе движения Т-групп, включают: *ориентацию на поведенческие и общественные науки, демократичные процессы в противовес авторитарным, способность устанавливать отношения взаимопомощи*. Основные понятия, связанные с Т-группами: *обучающая лаборатория, обучение тому, как учиться, принцип "здесь и сейчас"*. Обучающая лаборатория фокусирует внимание на опробование новых видов поведения в безопасном окружении. Обучение тому, как учиться, включает цикл: *самопредъявление – обратная связь – экспериментирование*. Обратная связь, раскрывается на примере «*Окна Джогари*», – наиболее важном понятии в методологии Т-групп.

Руководитель Т-группы (тренер) доверяет участникам группы совместную работу по исследованию их поведения и взаимоотношений. Имеющая сходство с Т-группой тэвистокская малая учебная группа исходит из того, что индивидуальное поведение отражает процессы, которые происходят в группе. Тэвистокскому руководителю принадлежит более пассивная роль, чем руководителю Т-группы. Т-группа помогает также участникам развивать специфические коммуникативные умения, такие, как *описание поведения, сообщение о чувствах, активное слушание,*

конфронтация. Некоторые Т-группы используют структурированный подход для достижения специфических целей членов группы.

В исследованиях Т-групп могут быть выделены две области: исследования группового процесса и оценка конечной эффективности. Существует необходимость в более долговременных исследованиях, в частности, для изучения переноса результатов группового опыта в реальность, например в семейную группу. Т-группы способствовали росту популярности групп в целом и расширили знакомство с психологическими понятиями. Они явились частью растущего интереса членов общества к развитию личности, а также подлинности в межличностных отношениях. Последнее время Т-группы направили свое внимание на развитие специфических умений и стали включать техники других направлений.

Практические упражнения.

1) Кто я?

Цель: Упражнение особенно подходит для первого занятия и является хорошим способом «сломать лед» и быстро познакомить участников друг с другом.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Бумага, карандаши, ручки.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Каждому члену группы даются карандаш и бумага. Участники получают следующую инструкцию: «Напишите в столбик цифры от 1 до 10 и десять раз ответьте письменно на вопрос: «Кто я?» Используйте характеристики, черты, интересы и чувства для описания себя, начиная каждое предложение с местоимения («Я – ...»).

После того как закончите составлять этот перечень, приколите листок бумаги на видном месте на груди. Затем начинайте медленно ходить по комнате, подходите к другим членам группы и внимательно читайте то, что написано на листке у каждого. Не стесняйтесь комментировать перечни

других участников. В качестве варианта каждый член группы может громко прочесть свой перечень остальной группе».

2) Потерпевшие кораблекрушение

Цель: Упражнение используется для исследования процесса принятия решения группой; учит эффективному поведению для достижения согласия при решении групповой задачи; предоставляет информацию относительно стереотипов коммуникации, руководства и доминирования в группе и может внести вклад в сплоченность членов группы.

Необходимое время: 1,5 часа.

Материалы: Копии инструкций, большие бумажные листы и карандаши.

Подготовка: Руководитель должен иметь навыки исследования группового процесса.

Процедура: Каждому члену группы дают следующую инструкцию и просят выполнить задание в течение 15 минут: «Вы дрейфуете на яхте в южной части Тихого океана. В результате пожара большая часть яхты и ее груза уничтожена. Яхта медленно тонет. Ваше местонахождение неясно из-за поломки основных навигационных приборов, но примерно вы находитесь на расстоянии тысячи миль к юго-западу от ближайшей земли.

Ниже дан список 15 предметов, которые остались целыми и не поврежденными после пожара. В дополнение к этим предметам вы располагаете прочным надувным спасательным плотом с веслами, достаточно большим, чтобы выдержать вас, экипаж и все перечисленные ниже предметы. Имущество оставшихся в живых людей составляют пачка сигарет, несколько коробков спичек и пять однодолларовых банкнот...

Ваша задача – классифицировать 15 нижеперечисленных предметов в соответствии с их значением для выживания. Поставьте цифру 1 у самого важного предмета, цифру 2 – у второго по значению и так далее до пятнадцатого, наименее важного для вас».

Секстант.

Зеркало для бритья.

Пятигаллоновая канистра с водой.

Противомоскитная сетка.

Одна коробка с армейским рационом США.

Карты Тихого океана.

Подушка (плавательное средство, санкционированное береговой охраной).

Двухгаллоновая канистра нефтегазовой смеси.

Маленький транзисторный радиоприемник.

Репеллент, отпугивающий акул.

Двадцать квадратных футов непрозрачного пластика.

Одна кварта пуэрто-риканского рома крепостью 80°.

Пятнадцать футов нейлонового каната.

Две коробки шоколада.

Рыболовная снасть.

После того как завершена индивидуальная классификация, группе дается 45 минут для выполнения общего задания. Это упражнение на групповое принятие решений. Ваша группа, руководствуясь принципом достижения согласия при принятии совместного решения, должна прийти к единому мнению относительно места в классификации каждого из пятнадцати предметов, прежде чем оно станет частью группового решения. Достичь согласия трудно, поэтому не каждая оценка будет получать полное одобрение всех участников. Группа старается каждую оценку дать так, чтобы все члены группы могли с ней согласиться хотя бы отчасти. Используйте следующие рекомендации для достижения согласия:

1) Избегайте защищать свои индивидуальные суждения. Подходите к задаче логически.

2) Избегайте менять свое мнение только ради достижения согласия, не старайтесь уклониться от конфликта. Поддерживайте только те решения, с которыми вы можете согласиться хотя бы отчасти.

3) Избегайте таких методов «уменьшения конфликта», как голосование, компромиссные решения с целью достижения согласия при решении групповой задачи.

4) Рассматривайте различие мнений как помощь, а не как помеху при принятии решений.

После того как группа проранжировала 15 предметов в зависимости от их важности, посмотрите правильный порядок классификации.

Здесь вы можете сравнить данные индивидуального ранжирования с данными, к которым пришла группа в результате согласия. Затратьте дополнительно какое-то время для обсуждения процесса принятия решений. Какие виды поведения помогли или мешали процессу достижения согласия? Какие появились стереотипы лидерства? Кто участвовал, а кто нет? Кто оказывал влияние? Почему? Какова была атмосфера в группе во время дискуссии? Оптимально ли использовались возможности группы? Какие действия предпринимали участники группы для «протаскивания» своих мнений? Как улучшить принятие решения группой?

В качестве варианта один или несколько наблюдателей, не принимающих участия в групповом процессе, могут предоставить после выполнения задачи обратную связь о групповом или индивидуальном поведении.

Правильный порядок классификации предметов.

1) Зеркальце для бритвы. Чрезвычайно важное средство привлечения внимания воздушной службы спасения.

2) Двухгаллоновый баллон дизельного топлива. Важное средство сигнализации: пятно горючей смеси будет держаться на поверхности воды, где его можно поджечь с помощью спичек и долларовых банкнот.

3) Пятигаллоновый бочонок воды. Необходим для восполнения потери жидкости в организме в результате потоотделения и т.п.

4) Одна коробка с армейским рационом питания. Основной запас питания.

5) Двадцать квадратных футов светонепроницаемого пластика. Можно использовать для сбора дождевой воды и для защиты от непогоды.

6) Две коробки шоколада. Резервный запас питания.

7) Набор рыболовных принадлежностей. Поставлен ниже шоколада, потому что «синица в руках лучше журавля в небе». Рыбу еще поймать надо.

8) Пятнадцать футов нейлоновой веревки. Веревкой можно привязать нужные вещи, чтобы они не свалились за борт.

9) Подушка сиденья (одобрена как плавсредство службой спасения на водах). Если кто-то окажется за бортом, ее можно использовать как спасательное средство.

10) Репеллент для отпугивания акул. Можно использовать в качестве репеллента, чтобы отпугивать акул.

11) Одна кварта пуэрто-риканского рома. 80% крепость достаточна, чтобы использовать ром как антисептик в случае травмы. Во всех остальных отношениях он бесполезен. Прием рома внутрь вызовет ненужную жажду.

12) Транзисторный приемник. Бесполезен, потому что не укомплектован передатчиком и находится вне зоны приема коротковолновых радиостанций.

13) Карты Тихого океана. Бесполезны в отсутствие другого навигационного оборудования. И вообще не важно, где вы находитесь. Важно, где находятся спасатели.

14) Противомоскитная сетка. Посреди Тихого океана москитов не бывает.

15) Секстант. Без навигационных таблиц и хронометра бесполезен.

Основное соображение, на основании которого средства сигнализации помещены выше средств поддержания жизни (пища и вода), состоит в том, что без средств сигнализации практически нет шансов быть замеченными и спасенными. Более того, практика показывает, что в большинстве случаев спасение происходит в пределах первых полутора суток после катастрофы, а в течение этого времени можно продержаться без воды и питья.

Инкаунтер-группы (группы встреч).

Эксперимент в Национальной лаборатории тренинга привел к появлению огромного числа групповых форм психологического воздействия, многие из которых получили название *инкаунтер-групп*. Можно выделить группы, *ориентированные на определенную задачу* (группы Восточного побережья), и группы, *ориентированные на чувство общности* (группы Западного побережья). Наиболее существенным вкладом в движение инкаунтер-групп явились концепция *сущностной встречи* Карла Роджерса и концепция *открытой встречи* Уильяма Шютца. Роджерсовский подход основывается на его теории центрированного на клиенте консультирования и ставит целью достижение личностью неподдельности в отношениях с другими людьми. Подход Шютца основывается на его опыте работы в Институте Эсалена и направлен на интеграцию сознания и тела.

Основными признаками понятия инкаунтер-группы являются: *самораскрытие, внимание к чувствам, сознавание себя и своего физического «Я», ответственность и принцип «здесь и сейчас»*. Сознание себя включает изучение своих слабых и сильных сторон, а также сознавание своего физического "Я". Инкаунтер-группы, как правило, в значительной степени подчеркивают ответственность членов группы за свое поведение. Сведения об ответственности руководителя групп более противоречивы. Упор на принцип «здесь и сейчас» выражается в том, что члены группы фокусируют внимание на сиюминутные переживания и не апеллируют к прошлому опыту.

Последний признак понятия инкаунтер-группы затрагивает различие между психотерапией и группами роста личности. Инкаунтер-группы ориентированы на ускорение психологического развития нормально функционирующего индивидуума, на немедленный, но кратковременный эффект и поощряют самораскрытие руководителя группы. Хотя это сильно отличается от целей и методов традиционной психотерапии, различие между

психотерапией и группами роста личности остается неясным. Самоосознание, развитие аффективной сферы рассматриваются в качестве целей, приемлемых как для невротических личностей, так и для относительно здоровых людей.

Активирующие процедуры, которые поощряют участников к межличностной коммуникации, построению доверительных отношений, изучению конфликтов и сопротивления, проявлению сочувствия и поддержки, в сильной степени привлекают руководителей инкаунтер-групп. Используются несколько альтернативных способов проведения инкаунтер-групп, например группы «марафона» и группы «обнажения». Возможно, наиболее спорным аспектом инкаунтер-групп является ценность такой их цели, как самовыражение. Движение инкаунтер-групп чрезвычайно популярно, но его критики указывают на отсутствие стройной психологической теории, предварительного отбора участников и адекватных сведений об отдаленных последствиях группового опыта. Очевидно, что личностные особенности участников и подходы руководителя к проведению группы являются критическими факторами успешности группы. Для членов группы, неуверенных в себе, неадекватных в межличностных отношениях, но стремящихся к изменению и личностному росту, эффект участия в группе с наибольшей вероятностью может оказаться отрицательным.

Практические упражнения.

1) Микролаборатория

Цель: Микролабораторный подход (Schutz, 1971) дает возможность познакомиться с большим разнообразием понятий и методов инкаунтер-групп на практическом уровне. Упражнения достаточно всесторонни и могут служить адекватным введением в инкаунтер-группы.

Необходимое время: 2-2,5 часа.

Материалы: Нет.

Подготовка: Руководитель должен обладать опытом, так как некоторые упражнения могут вызывать у участников сильные чувства.

Процедура: Группа удобно садится на полу в круг, руководитель в краткой форме определяет суть открытой встречи: открытая и честная коммуникация, внимание к чувствам, сознание себя и своего физического «Я», принцип «здесь и сейчас», ответственность за свое поведение. Подчеркивает, что в течение всего времени микролаборатории участники должны воздерживаться от кофе, еды, курения.

Затем группа выполняет упражнения для разминки, которые возбуждают энергию, снижают напряженность, переключают внимание с внешних забот на настоящее.

Сядьте на пол, закройте глаза, дышите глубоко одну-две минуты. Сконцентрируйтесь на своем дыхании и ощутите течение энергии через тело. Теперь расслабьте мышцы горла и начинайте кричать. Медленно поднимайтесь на ноги. Делайте звук громче, громче, громче, одновременно машите руками вверх и вниз, как будто колотите по столу. Некоторое время удерживайте звук на самом высоком уровне, а затем постепенно делайте его тише и тише. Продолжайте дышать в полном молчании. Сосредоточась на своем дыхании, медленно опускайтесь на пол и ложитесь на спину. Тихо произносите слог «ом» и жужжите при каждом выдохе. Глубоко дыша, ощутите наэлектризованность в комнате и своем теле. Через 5-10 минут упражнение можно закончить.

Если группа большая, разделитесь на маленькие группы, старайтесь примкнуть к людям, которых плохо знаете. Группа из пяти или шести человек обеспечивает каждому участнику более интенсивное ощущение «встречи», чем большая группа. Обычно хорошо использовать вербальные и невербальные упражнения, индивидуальный и межличностный опыт (Schutz, 1971). После каждого из следующих упражнений проведите обсуждение, во время которого участники могут обмениваться ощущениями и чувствами.

Встреча. Организуйте встречу-инкаунтер в течение пяти минут. Помните основные правила: быть открытым и честным в общении, уделять особое внимание телесным ощущениям, больше обращать внимание на

чувство и оставаться, насколько это возможно, верным принципу «здесь и сейчас».

Через пять минут руководитель должен прервать встречу и выяснить, как она проходила. Члены некоторых групп могут переключаться на рассказывание анекдотов, вместо того чтобы обмениваться своими первыми чувствами и ощущениями. Поэтому руководитель напоминает участникам основные правила и предлагает им еще одну пятиминутную встречу при более твердом соблюдении правил.

Прорвись в круг. Решите, кто из членов вашей группы чувствует себя меньше всего включенным в группу. Затем члены группы берутся за руки и образуют замкнутый круг. Участник, испытывающий чувство отторжения от группы, должен прорвать круг и проникнуть в него. Это физическое действие поможет вам соприкоснуться с чувствами «выключенности – включенности» и стимулировать возникновение групповой сплоченности.

Одиночество. Подумайте о времени, когда вы были более всего в своей жизни одиноки. Постарайтесь на одну-две минуты воскресить это чувство. Потом поделитесь этими переживаниями друг с другом. Это упражнение поможет углубить межличностные взаимоотношения между членами группы.

Мудрец. Закройте глаза, представьте зеленый луг и старый дуб на краю луга. Под деревом сидит мудрец, который ответит на любой вопрос, который вы ему зададите. Подойдите к нему, задайте любой, какой захотите, вопрос и выслушайте ответ. Позади мудреца к дубу прибит календарь. Прочитайте на нем число. Затем откройте глаза и поделитесь своей фантазией с группой.

Последняя встреча. Закройте глаза и представьте, что занятия в группе закончились. Вы идете домой. Подумайте о том, что вы не сказали группе, но хотели бы сказать. Через несколько минут откройте глаза и скажите это. Этим упражнением хорошо заканчивать микролабораторию.

2) Доверие.

Цель: Упражнение используется для расширения сенсорного сознания и развития межличностного доверия.

Необходимое время: 1 час.

Материалы: Повязки на глаза; достаточное пространство для работы; предпочтительно выполнять упражнение на открытом месте.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Группе дается следующая инструкция: «Разделитесь на пары, выбрав себе в качестве партнера наименее знакомого человека. Один человек в каждой паре становится ведущим, другой – ведомым, ему одевается повязка на глаза. Через полчаса поменяйтесь ролями. Упражнение выполняется *невербально*.

Если вы в роли ведущего, возьмите вашего партнера за кисть, руку или талию и водите его для сенсорного исследования пространства. Молча руководите им. Приводите вашего партнера в контакт с интересующей его фактурой, например с листьями и цветами, занавесками и коврами. Постарайтесь заставить партнера ощутить солнечное тепло или холод кондиционера, услышать птиц или отдаленные разговоры, ходить и бегать. Через 20-30 минут остановитесь и снимите повязку с глаз партнера. Затем поделитесь своими чувствами, касающимися руководства и ответственности за благополучие другого.

В качестве ведомого обратите внимание на то, как вы себя чувствуете, когда вынуждены полностью доверять другому человеку, берущему на себя ответственность за ваш опыт и благополучие. Прочувствуйте каждое новое ощущение. Приобретя опыт пребывания ведомым, поделитесь своими чувствами с партнером».

3) Живые руки.

Цель: Это невербальное упражнение исследует чувства, возникающие в результате прикосновений.

Необходимое время: 1-1,5 часа.

Материалы: Повязки на глаза и стулья.

Подготовка: Руководитель должен иметь опыт, так как упражнение может вызывать сильные чувства.

Процедура: Расставьте стулья в комнате в два ряда так, чтобы расстояние между ними было около 60 см: Снимите с рук кольца и часы и завяжите себе глаза. Руководитель группы подведет вас к стулу так, чтобы вы не знали, кто сидит напротив.

Сидя лицом к партнеру, вложите всю свою энергию в руки. Ничего не говорите. *Познакомьтесь* с ним, касаясь своими руками его рук (3 минуты). Познакомившись, *боритесь* руками. Боритесь руками! (3 минуты.) Хорошо. Борьба окончена. Теперь *миритесь* с партнером с помощью рук (3 минуты.) Затем *попрощайтесь* с партнером руками и снимите свою повязку с глаз (3 минуты.)

Обменяйтесь друг с другом в течение нескольких минут своими впечатлениями. Затем снова завяжите глаза и приготовьтесь сесть на другой стул.

Важно, чтобы руководитель давал участникам возможность взаимодействовать с людьми обоего пола. Кроме того, группе необходимо совместно анализировать впечатления, возникающие в каждой конкретной ситуации, обмениваться мыслями и чувствами. Дискуссия может касаться неправильного восприятия других участников, тревоги по поводу прикосновений, страха борьбы, чувств теплоты и близости. Руководитель, наблюдая за деятельностью участников, также может поделиться своими впечатлениями.

Танцевальная терапия.

Танцевальная терапия ведет начало от творческого танца. Танец в терапии – в отличие от танца-представления – использует относительно неструктурированные двигательные формы и спонтанно освобождающиеся чувства. Танцевальная терапия стала популярна после второй мировой войны, чему способствовали такие её первые практики, как Мэриан Чейс.

Целями танцевальной терапии являются: *расширение сферы сознания собственного тела; развитие положительного образа тела, социальных умений; исследование чувств и создание глубокого группового опыта.* Фундаментальными для танцевальной терапии являются взаимоотношения между телом и разумом, спонтанными движениями и сознанием, а также убежденность в том, что движение отражает личность.

Руководитель группы танцевальной терапии выступает как *партнер по танцу, режиссер событий, катализатор*, облегчающий развитие через движение. Терапевт создает безопасную окружающую среду для исследования себя и других и работает над отражением спонтанных движений членов группы и расширением репертуара движений. Танцевальный терапевт применяет структурированные упражнения на расслабление, дыхание, размещение, управление и движение в пространстве. *Система форм усилий* Лабана часто применяется для диагностики движений и помощи участникам в расширении репертуара движений.

На большинство подходов танцевальной терапии повлияла психоаналитическая теория. Техника *«тело-Я»* Сэлкина использует целенаправленное физическое движение для усиления ощущения самотождественности. *Танцевально-двигательная терапия* П. Бернштейна использует ритуал (символическую ролевую игру) и воображение для исследования скрытых чувств и преодоления кризиса развития. *Психомоторный тренинг* Пессо не придает значения дисциплине танца, а делает акцент на выражении эмоций через движение.

Тогда как прежде танцевальная терапия применялась почти исключительно к людям с тяжелыми нарушениями, сегодня танец все больше ориентируется на работу со здоровыми людьми, имеющими психологические затруднения, с целью развития у них приспособляемости, чувства удовольствия и группового взаимодействия, а также для выражения и направления сильных эмоций.

Практические упражнения.

1) Отображение.

Цель: Упражнение поощряет осознавание тела, творческое движение и межличностную эмпатию. Оно дает опыт и руководства, и следования за кем-то.

Необходимое время: 15 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Все члены группы делятся на пары. В каждой паре один участник становится ведущим, а другой – ведомым.

Встаньте лицом к лицу и смотрите друг другу в глаза. Если вы лидер, начинайте делать какие-нибудь медленные, изящные движения руками, ногами, головой и торсом. Во время движения осознавайте свое тело и чувства. В течение всего упражнения смотрите партнеру в глаза и старайтесь осознавать его.

В качестве ведомого отражайте движения своего партнера – как будто вы его зеркальный образ. Например, если партнер вытягивает правую руку, вытягивайте левую. Пусть партнер руководит тем, куда и как вы двигаетесь. Старайтесь ни о чем не думать. Пусть вас "ведет" ваше тело. Примерно через пять минут поменяйтесь ролями. По окончании задания поделитесь своими чувствами с партнером.

2) Животные.

Цель: Упражнение предусматривает символическую ролевую игру и творческое взаимодействие с другими членами группы.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Выберите любое млекопитающее, рептилию или птицу. В течение 20 минут вы должны быть этим животным, «переняв» его форму, движения и звуки. Вероятнее всего, одно и то же животное выберет не один участник. Не объявляйте о своем выборе. Ползайте, прыгайте, скачите и

«летайте», изображая это животное. Спонтанно взаимодействуйте с другими. Подходите к заданию творчески и старайтесь выразить такие стороны своей личности, которые, может быть, нелегко выразить в вашей обычной жизни. Шумите, признавайте чувства, возникающие у вас, будь то страх, гнев или любовь. В заключение поделитесь своими впечатлениями от опыта с остальной группой.

3) Следование за ведущим.

Цель: Это упражнение дает возможность быть и ведущим, и ведомым в маленькой группе.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Нет.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Поделите большую группу на более маленькие – по четыре-пять человек. Каждая группа выстраивается в ряд. Участник, стоящий впереди, является ведущим.

В качестве ведущего спонтанно и творчески двигайтесь по комнате. Экспериментируйте с различными импровизированными движениями тела. Остальные члены группы должны следовать за вами, сохраняя ряд. Через несколько минут перейдите в конец своей маленькой группы, чтобы стоящий за вами в ряду участник стал ведущим. Выполняйте упражнение до тех пор, пока каждый участник не получит возможность хотя бы раз стать ведущим группы, внося в нее свой особый стиль, свои движения.

4) Свободный танец

Цель: Упражнение дает каждому участнику возможность экспериментировать с танцевальными движениями перед другими. Этим упражнением хорошо заканчивать занятия в группах танцевальной терапии.

Необходимое время: 30 минут.

Материалы: Это упражнение лучше проводить под музыкальный аккомпанемент.

Подготовка: Никого нельзя принуждать к участию.

Процедура: Группа садится в круг. Один участник выходит в центр круга и танцует. Не заботьтесь о том, чтобы быть "хорошим" танцором. Не соревнуйтесь с другими. Двигайтесь свободно и спонтанно, следуя за своим телом. Через несколько минут закончите упражнение, сядьте и пригласите кого-нибудь заменить вас. Продолжайте так до тех пор, пока каждый желающий не использует возможность исполнить свой свободный танец. Упражнение может быть завершено участием всей группы в свободном танце.

Группы тренинга умений.

Группы тренинга умений основаны на бихевиористском подходе, который предусматривает, в частности, сосредоточенность на наблюдаемом поведении, дидактический стиль обучения и освоение важных для развития личности жизненных умений. Примерами тому могут быть группы структурированного обучения и группы совершенствования межличностных отношений, где усилия участников, как и в других группах такого рода, направляются на достижение конкретных целей. Кроме того, во всех поведенческих группах значительное внимание уделяется измерению и оценке результатов их работы.

Обычные для тренинга умений процедуры можно рассмотреть на примере групп *тренинга уверенности в себе*, которые возникли на основе условно-рефлекторной терапии Солтера. Оценка психологических проблем, имеющих у членов группы, производится с помощью специальных опросников, например шкалы Рейтаса, на основе соотнесения их с перечнем основных прав человека Келли и с шестью способами выражения уверенности. Главным способом работы в группах тренинга уверенности в себе является репетиция поведения в ролевых играх, воспроизводящих трудные жизненные ситуации. Этот способ включает моделирование, инструктаж и подкрепление. Для снижения тревоги часто применяется релаксационный тренинг и систематическая десенсибилизация. Когнитивное

реструктурирование предусматривает исследование иррациональных убеждений, лежащих в основе поведения. Также для групп тренинга умений характерны домашние задания, предусматривающие ведение участниками дневников и следование определенным правилам поведения вне группы. Примерами упражнений, выполняемых в группах тренинга уверенности в себе, могут быть «заезженная пластинка» или «наведение тумана».

Группы тренинга умений сейчас находятся на подъеме и используются для развития таких жизненно важных умений, как родительские навыки, способность контролировать свой вес, навыки семейной жизни, способность сдерживать гнев. Одним из достоинств поведенческих групп является то, что работа в них строится с учетом результатов эмпирических исследований. Существует много доказательств тому, что, например, занятия в группах тренинга уверенности в себе способствуют раскрепощению участников и повышению их самооценки. Как и во всех психокоррекционных группах, повышение самооценки неразрывно связано с расширением диапазона поведенческих возможностей участников.

Практические упражнения.

1) Уверенное, неуверенное и агрессивное поведение.

Цель. Прежде чем изучать и отрабатывать навыки уверенного поведения, необходимо понять суть уверенности в себе. Данное упражнение поможет участникам психокоррекционной группы отличать уверенность от неуверенности и агрессивности.

Необходимое время. 1 час.

Материалы. Не требуются.

Подготовка. Не требуется.

Процедура. Каждому участнику группы предлагается продемонстрировать неуверенную поведенческую реакцию, агрессивную реакцию и уверенную реакцию в некой гипотетической ситуации. Например, можно представить, что ваш друг «забыл» вернуть взятые в долг деньги. Агрессивная реакция в этом случае может быть такой: «Черт! Я так и знал,

что тебе нельзя доверять. Сейчас же верни мои деньги!» Неуверенная реакция может быть выражена такими словами: «Прости, я не хочу быть назойливым, но, может быть, ты не будешь слишком задерживаться с возвратом этих денег?» Наконец, уверенное поведение может включать такую фразу: «Я полагал, что мы договорились: ты должен был вернуть мне деньги сегодня. Буду очень признателен, если ты сможешь сделать это не позднее пятницы».

Надо, чтобы свои способы поведения продемонстрировали все участники группы, даже если времени каждому хватит только на один из трех вариантов. Для этого каждому из участников должна быть предложена ситуация, отличная от тех, что были ранее предложены другим. Если при работе над этими ситуациями прибегать к ролевым играм, участники группы могут отождествлять себя с самыми уверенными, неуверенными или агрессивными людьми из числа их знакомых. При этом они должны помнить, что невербальное поведение говорит о человеке не меньше, чем произносимые им слова, поэтому интонации, жесты и позы должны соответствовать изображаемой реакции. Если для этого упражнения используют ситуации, которые приведены ниже, можно либо вызывать добровольцев из числа участников группы, либо обходить всех по очереди. При этом надо, чтобы каждый получил обратную связь от участников группы, которая будет оценивать степень уверенности или агрессивности его реакций. Абсолютно правильных реакций в таких случаях не бывает, и их обсуждение может быть очень информативным.

2) Тренинг умения вести разговор.

Цель. Неуверенным в себе людям часто не хватает элементарных коммуникативных навыков. Это упражнение, взятое из работы Келли (Kelley, 1978), снимает напряжение, возникающее при необходимости вступить в разговор, и позволяет попрактиковаться в коммуникативных умениях.

Необходимое время. 30 минут.

Материалы. Не требуются

Подготовка. Специальной подготовки не требуется.

Процедура. Группа разбивается на пары. На первом этапе работы один из партнеров задает другому открытые вопросы, требующие развернутого ответа. (Вопрос «Ты живешь в общежитии?» является закрытым, а вопрос «Где ты живешь?» – открытым.) Тот, кто отвечает, включает в свой ответ любую информацию о себе – не обязательно имеющую прямое отношение к заданному вопросу. Например, если на вопрос «Где ты живешь?» ответить «В общежитии», это будет не очень информативно. Гораздо больше информации содержит ответ вроде такого: «Я живу в студенческом городке в одном из этих новых общежитии, и со мной в комнате живут еще трое». Каждый из партнеров остается в своей роли в течение пяти минут. Затем они меняются ролями, чтобы каждый получил возможность поупражняться в постановке открытых вопросов и в умении отвечать на такие вопросы, сообщая при этом произвольно выбираемую информацию.

На втором этапе упражнения один из участников каждой пары начинает с того, что рассказывает что-нибудь о себе или описывает какой-то свой личный опыт. Второй старается поддержать разговор либо прося пояснить, либо перефразируя. Например, если первый говорит: «Вчера вечером я специально прошелся по студенческому городку, чтобы посмотреть места, где я еще не был», второй может продолжить: «Ты имеешь в виду, что был удивлен тем, как велик студенческий городок». Через пять минут участники диалога меняются ролями.

Между двумя этапами работы надо предусмотреть время на то, чтобы ее участники могли обменяться впечатлениями и рассказать друг другу о возникших у них трудностях. Умение вести разговор можно приобрести, осваивая технику активного слушания.

3) Релаксационный тренинг.

Цель. Релаксация (расслабление) – это, наверное, один из наиболее часто используемых технических приемов. Релаксационный тренинг может быть

частью программы тренинга уверенности в себе и применяться для снижения торможения и борьбы со специфическими страхами и тревогой.

Необходимое время. Полчаса или больше.

Материалы. Специальные магнитофонные записи.

Подготовка. Если магнитофонные записи не используют, опытом проведения релаксационного тренинга должен обладать руководитель группы.

Процедура. Магнитофонные записи для релаксационного тренинга можно найти в продаже. Если их нет, руководитель в своей работе может пользоваться приведенными ниже инструкциям, которые надо произносить спокойным тоном, постоянно и настоятельно напоминая участникам о том, что напряжение их покидает.

Сядьте в удобное кресло. Руки свободно опущены. Кисти рук положены на бедра. Стопы стоят на полу. (Или можно лечь на спину на пол.) Закройте глаза. Сделайте два-три глубоких вдоха, обращая внимание на то, как воздух наполняет легкие до самой диафрагмы. Вытяните правую руку и сожмите кисть в кулак. Прочувствуйте напряжение в кулаке. Через 5-10 секунд концентрации на этом напряжении расслабьте руку. Разожмите кулак и прочувствуйте, как напряжение проходит, уступая место чувству расслабленности и комфорта. Сосредоточьтесь на различиях между напряжением и релаксацией. Через 15-20 секунд снова сожмите правую руку в кулак, испытывайте чувство напряжения в руке в течение 5-10 секунд и опять разожмите кулак. Прочувствуйте тепло и расслабленность в руке. Через 15-20 секунд повторите всю процедуру левой рукой. Старайтесь сосредоточиться только на тех группах мышц, которые вы напрягаете и расслабляете, и не напрягайте при этом остальные мышцы.

Добиваясь расслабления определённой группы мышц, каждый раз убеждайтесь в том, что оно полное. Заканчивая упражнение, сделайте два-три глубоких вдоха и прочувствуйте, как расслабленность расходится по всему телу – от рук до плеч и далее – к груди, туловищу, ногам. Когда будете

готовы открыть глаза, медленно сосчитайте в обратном порядке от 10 до 1, на каждом счете чувствуя себя все более бодрим и свежим.

В циклах напряжения/расслабления можно упражняться дома. Освоив эти навыки, вы научитесь быстро расслаблять любые отдельные группы мышц без их предварительного напряжения.

Вопросы:

- 1) Основатели экзистенциальной психотерапии, принципы терапии.
- 2) Дазайнализ, основатели, суть метода.
- 3) Логотерапия, методы парадоксальной интенции и дерефлексии, их суть.
- 4) Клиент-центрированная психотерапия, основатель, принципы работы.
- 5) Психодрама, основатель, этапы психотерапевтического процесса.
- 6) Гештальттерапия, основатель, этапы психотерапевтического процесса.
- 7) Арттерапия. Основатели, суть метода.
- 8) Телесно-ориентированная психотерапия, основатель. Последователи В. Райха, перечислите их. Перечислите известные Вам практические упражнения, направленные на снятие зажимов и «брони».
- 9) Трансактный анализ, основатель, три состояния Я. Перечислите практические упражнения.
- 10) Позитивная психотерапия, четыре сферы деятельности индивида, понятие о макро- и микротравме, базисный и актуальный конфликты, пять ступеней терапии.
- 11) Гелототерапия/смехотерапия. Зарубежные основатели метода, назовите отечественного популяризатора метода. Этапы отечественной гелототерапии/смехотерапии, показания, противопоказания, опишите несколько упражнений.

12) Семейная психотерапия. Основатели семейной психотерапии. Ведущие приёмы и техники.

13) Суггестивная психотерапия. Зарубежные и отечественные корифеи данного метода.

14) Аутогенная тренировка, основатель, этапы лечебного процесса.

15) Т-группы, инкаунтер-группы. Основатели, принципы работы.

16) Танцевальная терапия. Авторы. Принципы работы.

17) Группы тренинга умений. Авторы. Принципы работы.

2.4 ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

«Если баран пропал оттого, что на дороге много развилок, то философы теряют жизнь оттого, что наука многогранна. Чтобы не погибнуть и обрести утраченное, необходимо возвращение к общему корню, необходимо возвращение к единству».

Буддийская притча.

Опыт показывает, что сложным самоорганизующимся системам, а к таковым непременно относится человек, неэкологично навязывать пути развития. Потрясающая психотерапия уважительно способствует тенденциям уникального развития индивидуума, создает условия для продвижения, задействуя и используя его собственные ресурсы. Ресурс – это адаптационная способность психики человека во много раз усиливать интенсивность своей деятельности по сравнению с состояниями относительного покоя.

В прошлом (в некоторых случаях и в настоящем) психотерапевтический процесс базировался на управлении, ведении клиента к «светлому будущему»; полагалось, что психотерапевту всегда доподлинно известно, что именно клиенту нужно и что для него лучше. В потрясающей психотерапии указанный процесс трансформируется и приобретает форму самоуправляемого развития личности клиента. Клиент приходит с проблемой и приносит с собой знание о том, как её решить. На самом деле он всегда знает всё, что ему нужно знать, и имеет всё, что ему нужно иметь. Его в данном случае необходимо лишь подтолкнуть к осознанию этого факта, помочь актуализировать это знание, сформулировать и оформить его в решение. Человек, в конечном счете, является центром собственной вселенной, творцом собственных событий.

Клиент сам делает выборы и несёт ответственность за них. При полном доверии к себе он делает наилучший для себя выбор. Каждая проблема указывает на способ её решения, в каждой проблеме заложены некоторые векторные характеристики ее преодоления. Создать доступ к внутренним «скрижалям» и есть основная задача потрясающей психотерапии. Сам человек – исключительная причина своего совершенствования. Платон считал, что знания – это процесс припоминания или извлечения из глубин подсознания того, что там уже заложено.

Таким образом, главная цель, по-видимому, любой психотерапии – саморазвитие. Индивидуум должен развить себя в то, чем он является на самом деле, то есть стать адекватным своей внутренней сущности (по В. А. Ананьеву, 2006).

Вопросы:

- 1) В чём суть трансперсонального направления психотерапии, опишите.
- 2) Потрясающая психотерапия, изложите своё понимание данной технологии.
- 3) Кем выделено трансперсональное направление психотерапии, назвать автора.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абабков, В. А. Методология современной оценки эффективности психотерапии / В. А. Абабков // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15– 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 5–6.
2. Абабков, В. А. ПСИХОТЕРАПИЯ : учебник / В. А. Абабков. – 3-е изд. – СПб. : Питер Пресс, 2007. – 672 с.
3. Агарков, А. А. Функциональная модель организации медико-социальной помощи подросткам допризывного возраста с нервно-психическими расстройствами / А. А. Агарков, Т. Ф. Скороходова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №3. – С. 28–31.
4. Алан, Дж. Ландшафт детской души. Психоаналитическое консультирование в школах и клиниках / Дж. Алан. – СПб., 1997. – 256 с.
5. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
6. Александрова, Н. В. Модель аналитико-системной психотерапии: критерии эффективности / Н. В. Александрова // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 114-115.
7. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – 4-е изд., перераб. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 292 с.
8. Ананьев, В. А. Основы психологии здоровья. Кн. 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
9. Ананьев, В. А. Здоровье, образ жизни и наркотики / В. А. Ананьев. – СПб. : БПА, 2003. – 119 с.

10. Андреас, К. Измените свое мышление – и воспользуйтесь результатами: новейшие субмодальные вмешательства НЛП / К. Андреас, С. Андреас. – СПб., 1994. – 238 с.

11. Аракчеева, Е. П. Принципы этапности и преемственности в психотерапевтической практике / Е. П. Аракчеева, И. Н. Шанина, Е. Ю. Тимофеев // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 8–9.

12. Арина, Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры / Г. А. Арина // Телесность человека. Междисциплинарные исследования. – М., 2001. – С. 21–35.

13. Балинт, М. Базисный дефект и терапевтические аспекты регрессии / М. Балинт. – М. : Когито-Центр, 2002. – 256 с.

14. Бебчук, М. А. Системный подход к проблемам обучения: от диагностики к психотерапии / М. А. Бебчук // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №3. – С. 38–42.

15. Беломестнова, Н. В. О критериях эффективности в психотерапии / Н. В. Беломестнова // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 10–11.

16. Берн, Э. Групповая психотерапия / Э. Берн ; пер. с англ. А. Калмыкова, Е. Калмыковой, В. Калининко. – М. : Академический Проект, 2000. – 464 с.

17. Берн, Э. Игры, в которые играют люди: психология человеческих отношений. Люди, которые играют в игры: Что вы говорите после того, как сказали «Здравствуйте»? / Э. Берн ; пер. с англ. Н. Бурыгиной, Р. Кучкаровой. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 640 с.

18. Берн, Э. Секс в человеческой любви / Э. Берн ; пер. с англ. М. П. Папуша. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001г. – 384с.

19. Берн, Э. Трансактный анализ в психотерапии: Системная, индивидуальная и социальная психиатрия / Э. Берн ; пер. с англ. А. Калмыкова, В. Калининко. – М. : Академический Проект, 2001. – 320 с.
20. Бурлачук, Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер, 2000. – 200 с.
21. Бэндлер, Р. Семейная терапия / Р. Бэндлер, Дж. Гриндер, В. Сатир. – Воронеж : МОДЭК, 1993. – 160 с.
22. Бьюдженталь, Дж. Наука быть живым: диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии / Дж. Бьюдженталь. – М. : Класс, 2005. – 336 с.
23. Бюрне, П. Психология любви и сексуальности: гетеросексуальность, инцест, гомосексуальность / П. Бюрне, Ж. Корразе. – М. : Искусство XXI век, 2006. – 319 с.
24. Выготский, Л. С. Психология развития как феномен культуры: избранные психологические труды / Л. С. Выготский ; ред., вступ. ст. М. Г. Ярошевского. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 2004. – 512 с.
25. Гафаров, В. В. Психология здоровья населения в России = Psychology of health of the Russian population / В. В. Гафаров, В. А. Пак, И. В. Гагулин. – Новосибирск : СО РАМН, 2002. – 359 с.
26. Григорьевских, В. С. Психотерапия семейных конфликтов у больных психическими нарушениями при церебральном атеросклерозе : метод. рек. / В. С. Григорьевских. – Оренбург, 1981. – 16 с.
27. Гройсман, А. С. Медицинская психология : лекции для врачей-слушателей курсов последипломного образования / А. С. Гройсман. – М. : Магистр, 1998. – 360 с.
28. Гулина, М. А. Терапевтическая и консультативная психология / М. А. Гулина. – СПб. : Речь, 2001. – 348 с.

29. Гурьева, В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1994. – 310 с.
30. Деркс, Л. Сущность НЛП / Л. Деркс, Я. Холландер. – М., 2000. – 260 с.
31. Дерябин, В. С. Чувства, влечения, эмоции / В. С. Дерябин. – Л. : Наука, 1974. – 554 с.
32. Дроздовский, Ю. В. Клиническая динамика, принципы ранней диагностики, реабилитации и психопрофилактики патохарактерологических отклонений у подростков с девиантным и делинквентным поведением : автореф. дис. ...д-ра мед. наук / Ю. В. Дроздовский. – Томск, 2003. – 32 с.
33. Дружинин, В. Н. Психология семьи / В. Н. Дружинин. – М. : КСП, 1996. – 160 с.
34. Дружинин, В. Н. Психология общих способностей / В. Н. Дружинин. – 2-е изд., расш., доп. – СПб. : Питер, 2000. – 359 с.
35. Евтушенко, И. В. Роль архетипической символики в выражении интимных чувств субъекта к близким ему людям (на основании исследования мифов, сказок, психорисунков) / И. В. Евтушенко // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 80–81.
36. Жан-Поль (Иоганн Пауль Фридрих Рихтер) Приготовительная школа эстетики, 1804 год / Жан-Поль. – М. : Искусство, 1981. – 217 с.
37. Зайченко, А. А. Психотерапия в ситуации постмодерна: психотерапевтическая ризома / А. А. Зайченко // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 25–26.
38. Зинкевич-Евстигнева, Т. Д. Практикум по песочной терапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнева, Т. М. Грабенко. – СПб. : Речь, 2002. – 224 с.

39. Знаков, В. В. Психология понимания: Проблемы и перспективы / В. В. Знаков. – М. : Ин-т психологии РАН, 2005. – 447 с.
40. Иванников, В. А. Психологические механизмы волевой регуляции / В. А. Иванников. – М., 1989. – 222 с.
41. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – СПб., 2001. – 752 с.
42. Исаев, В. П. Популярная смехотерапия – лекарство от всех болезней : книга – розыгрыш / В. П. Исаев, М. Ю. Краснощёков, А. Ю. Краснощёков. – М., 2007. – 240 с.
43. Исханов, Р. Ф. Неспецифические основания архитектоники психотерапии / Р. Ф. Исханов // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 29–30.
44. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 304 с.
45. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 1999. – 752 с.
46. Кзсендзюк, О. Трансформация личности: нейролингвистическое программирование. Анализ и комментарий / О. Кзсендзюк. – Одесса, 1995. – 186 с.
47. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 368 с.
48. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1995. – 560 с.
49. Ковалев, С. В. Введение в современное НЛП. Психотехнологии личностной эффективности : учеб. пособие / С. В. Ковалев. – М., 2002. – 512 с.
50. Ковалев, С. В. НЛП-консалтинг / С. В. Ковалев. – М., 2006. – 240 с.
51. Кожевникова Т. А. Динамика иммунологической реактивности под влиянием психотерапии при неврозах / Т. А. Кожевникова, В. Н. Кожевников // Психотерапия в системе медицинских наук в период

становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 199.

52. Козырев, В. Искусство общения / В. Козырев. – Харьков : Гармония, 2004. – 132 с.

53. Колесов, Д. В. Поведение: физиология, психология, этика: учебное пособие / Д. В. Колесов. – М. : МПСИ ; Воронеж : Модэк, 2006. – 692 с.

54. Копина, О. С. Популяционное исследование психосоциального стресса как фактора риска сердечно – сосудистых заболеваний / О. С. Копина, Е. А. Сулова, Е. В. Заикин // Кардиология. – 1996. – Т. 36. №3. – С. 53–56.

55. Кочюнас, Р. Контуры экзистенциальной психотерапии. Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия / Р. Кочюнас. – Ростов н/Д., 2007. – 167 с.

56. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг ; под общ. ред. А. А. Алексеева ; пер. с англ. Н. Мальгиной. – 7-е междунар. изд. – СПб. : Питер, 2000. – 988 с.

57. Кроник, А. А. Психология человеческих отношений / А. А. Кроник, Е. А. Кроник. – М. : Когито-Центр ; Дубна : Феникс, 2003. – 224 с.

58. Крылов, Д. Н. Психогигиена и ее роль в охране здоровья детей и подростков / Д. Н. Крылов // Вестник РАМН. – 1993. – №5. – С. 28–33.

59. Кулаков, С. А. Психотерапевтический диагноз / С. А. Кулаков // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 34–35.

60. Курлов, Г. Обалденика. Книга-состояние. Фаза первая / Г. Курлов. – СПб. : Весь, 2007. – 288 с.

61. Курлов, Г. Обалденика. Книга-состояние. Фаза вторая / Г. Курлов. – СПб. : Весь, 2007. – 256 с.

62. Курлов, Г. Обалденика. Книга-состояние. Фаза третья. / Г. Курлов. – СПб. : ИГ «Весь», 2007, – 280с.

63. Курлов, Г. Обалденика. Книга-состояние. Фаза четвертая / Г. Курлов. – СПб. : Весь, 2007. – 256 с.
64. Курлов, Г. Проктология счастья. Как бы книга. Путеводитель Дурака по внутреннему пространству Счастья / Г. Курлов. – СПб. : Весь, 2007. – 256 с.
65. Курпатов, В. И. Методы исследования и оценка эффективности психотерапии / В. И. Курпатов, А. П. Фёдоров // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 35–36.
66. Лазарус, Р. Эмоциональный стресс / Р. Лазарус. – М., 1970. – 235 с.
67. Леви, В. Л. Комическая атака / В. Л. Леви. – М. : Торобоан, 2009. – 352 с.
68. Лейнер, Х. Кататимное переживание образов / Х. Лейнер ; пер. с нем. Я. Л. Обухова. – М. : Эйдос, 1996. – 196 с.
69. Лейнер, Х. Основы глубинно – психологической символики / Х. Лейнер // Журнал практического психолога. – 1996. – №4. – С.35–42.
70. Литвинов, А. В. Идеи У.Р. Биона в современной психоаналитической практике / А. В. Литвинов, А. Н. Харитонов. – М. : Русское психоаналитическое общество, 2008. – 420 с.
71. Литвинов, А. В. Психоаналитические концепции нарциссизма / А. В. Литвинов, А. Н. Харитонов. – М. : Русское психоаналитическое общество, 2008. – 420 с.
72. Лук, А. Н. О чувстве юмора и остроумии / А. Н. Лук. – М. : Искусство, 1968. – 224 с.
73. Мак-Маллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. Мак-Маллин ; пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб. : Речь, 2001. – 560 с.
74. Макаров, В. В. Прогулки с Фрейдом / В. В. Макаров, Г. А. Макарова. – М. : ПЕР СЭ, 2007. – 462 с.

75. Макаров, В. В. Психотерапия нового века / В. В. Макаров. – М. : Академический проект, 2001. – 496 с.
76. Малкина-Пых, И. Г. Психология поведения жертвы : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2006. – 1007 с.
77. Марсон, П. 25 книг по психоанализу / П. Марсон. – Челябинск : Урал-LTD, 1999. – 348 с.
78. Меерсон, Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф. З. Меерсон. – М., 1981. – 125 с..
79. Менделевич, В. Д. Психотравма, личность и неврогенез (антиципационный подход) / В. Д. Менделевич // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 3. – С. 12-16.
80. Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
81. Менделевич, В. Д. Психиатрическая пропедевтика / В. Д. Менделевич. – М. : Медицина, 1997. – 484 с.
82. Мерлин, В. Психология индивидуальности: Избранные психологические труды / В. С. Мерлин ; под ред. Е. А. Климова. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 2004. – 448 с.
83. Минухин, С. Техники семейной терапии / С. Минухин, Ч. Фишман. – М. : Класс, 1998. – 294 с.
84. Михайлов, Б. В. Понятие диагноза в современной психотерапии как условия её развития на принципах доказательной медицины / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 40-41.
85. Могендович, М. Р. Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной системы / М. Р. Могендович. – Л., 1957. – 429 с.
86. Мэй, Р. Экзистенциальная психология. Экзистенция / Р. Мэй ; пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. – М. : Апрель Пресс : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

87. Мягков, И. Ф. Медицинская психология: Основы патопсихологии и психологии : учебник для вузов / И. Ф. Мягков. – М. : Логос, 1999. – 232 с.
88. Мясищев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев ; под ред. А. А. Бодалева. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЕК, 1995. – 356 с.
89. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 247 с.
90. Назыров, Р. К. О клинической психотерапии / Р. К. Назыров, В. В. Холявко // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 41–42.
91. Некрасов, М. А. К вопросу о подготовке кадров для региональной психотерапевтической службы / М. А. Некрасов // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 43–44.
92. Немых, Л. С. Соционика в психотерапии / Л. С. Немых // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 45–46.
93. Носачёв, Г. Н. К созданию интегративной психотерапии в медицине / Г. Н. Носачёв, В. С. Баранов // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 48–49.
94. Павлов, И. П. Полное собрание сочинений / И. П. Павлов // Статьи по физиологии нервной системы. – М. ; Л., 1951. – Т. 1. – 423 с.
95. Пезешкиан, Х. Основы позитивной психотерапии / Х. Пезешкиан. – Архангельск : Изд-во АМИ, 1993. – 116 с.
96. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М. : Ин-т позитивной психотерапии, 2006. – 464 с.

97. Петров, Н. Н. Аутогенная тренировка для вас / Н. Н. Петров. – М., 1990. – 32 с.
98. Прохазка, Дж. Системы психотерапии / Дж. Прохазка. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2007. – 383 с.
99. Прохоров, А. О. Психология неравновесных состояний / А. О. Прохоров. – М. : РАН, 1998. – 149 с.
100. Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста : учеб. пособие / Ф. Райс ; пер. с англ. Н. Мальгиной ; под общ. ред. А. А. Реана. – 8-е междунар. изд. – СПб. : Питер, 2005. – 624 с.
101. Рахальский, Ю. А. Семейные конфликты при психозах позднего возраста / Ю. А. Рахальский // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях, А. – Л., 1978. – С. 58-64.
102. Реан, А. А. Психология адаптации личности: анализ, теория, практика / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2006. – 479 с.
103. Решетова, Т. В. Очень кушать хочется? / Т. В. Решетова. – СПб. : СПбМАПО, 2006. – 192 с.
104. Род, Мартин. Психология юмора : пер. с англ. / Мартин Род ; под ред. Л. В. Куликова. – СПб. : Питер, 2009. – 480 с.
105. Романова, И. Ю. Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований / И. Ю. Романова. – М. : Академический проект, 2005. – 576 с.
106. Ромм, М. В. Философия и психология адаптивных процессов : учеб. пособие / М. В. Ромм. – М. : МПСИ ; Воронеж : Модэк, 2006. – 295 с.
107. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. – М. : Прогресс, 1993. – 368 с.
108. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1982. – 124 с.
109. Семке, В. Я. Транскультуральная психотерапия: пути сближения / В. Я. Семке, Л. Д. Рахмазова // Психотерапия в системе медицинских наук в

период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 59–60.

110. Сидоров, П. И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.

111. Силяева, Е. Г. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Е. Г. Силяева. – М. : Academia, 2002. – 200 с.

112. Симонов, П. В. Темперамент. Характер. Личность / П. В. Симонов, П. М. Ершов. – М. : Наука, 1984. – 161 с.

113. Скутин, А. В. Экспериментальные исследования новой психотерапевтической методики – гелототерапии / А. В. Скутин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2010. – №3. – 49–53.

114. Скутин, А. В. Влияние философских концепций смеха на построение метамоделей новой психотехники – гелототерапии / А. В. Скутин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2010. – №4. – с.68–72.

115. Скутин, А. В. Гелототерапия/смехотерапия – новая медицинская технология (статья) / А. В. Скутин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2011. – №3. – С. 89–93.

116. Скутин, А. В. Современные зарубежные исследования влияния юмора и смеха на здоровье человека / А. В. Скутин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2011. – №4. – С. 114–119.

117. Скутин, А. В. Примерный комплекс упражнений, используемых в отечественной методике гелототерапии / А. В. Скутин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2011. – №5. – С. 81–85.

118. Скутин, А. В. Применение гелототерапии в комплексном лечении женщин с гипертонической болезнью / А. В. Скутин, М. В. Липовая // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2011. – №6. – С. 49–53.

119. Скутин, А. В. Коррекция аффективных расстройств первокурсников вуза посредством гелототерапии / А. В. Скутин, В. А. Валов, Т. С. Ефименко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2012. – №1. – С. 60–65.

120. Скутин, А. В. Включение гелототерапии в комплексную реабилитацию пациентов с депрессивными расстройствами / А. В. Скутин, Ю. А. Левитина, И. Н. Мороз // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2012. – №2 – С. 70–75.

121. Скутин, А. В. Становление новой здоровьесберегающей технологии – гелототерапии/смехотерапии в России. / А. В. Скутин // Вестник Черниговского национального педагогического университета, реком. ВАК Украины. – Чернигов, 2013. – Вып. 107, Т. 2. – С. 382–387.

122. Скутин, А. В. Примерный комплекс гелототерапии/смехотерапии используемый в реабилитации физической и пограничной психической патологии : учеб.-метод. изд. / А. В. Скутин. – Челябинск : Уральская академия, 2011. – 65 с.

123. Скутин, А. В. Гелототерапия/смехотерапия в практике пограничных психических расстройств (эффективность, динамика и прогноз) : монография / А. В. Скутин; УралГУФК. – Челябинск : Уральская академия, 2012. – 191 с.

124. Скутин, А. В. Гелототерапия в практике пограничных психических расстройств: эффективность, динамика и прогноз : монография / А. В. Скутин. – Саарбрюкен : LAP LAMBERT, 2013. – 244 с.

125. Скутин, А. В. Примерный комплекс упражнений гелототерапии: учеб.-метод. изд. / А. В. Скутин. – Саарбрюкен : LAP LAMBERT, 2014. – 77 с.

126. Сמיד, Р. Групповая работа с детьми и подростками / Р. Сמיד. – М. : Генезис, 1999. – 272 с.

127. Старицын, А. С. Медицинская психология / А. С. Старицын. – Омск, 1973. – 152 с.

128. Старшенбаум, Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии : метод. рек. / Г. В. Старшенбаум, А. Г. Амбрумова. – М., 1987. – 20 с.

129. Стояк, В. А. Нейромедиаторные системы в регуляции агрессивного поведения / В. А. Стояк, С. А. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №3. – С. 70–76.

130. Тайсон, Р. Психоаналитические теории развития / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. – Екатеринбург : Деловая книга, 1998. – 528 с.

131. Тхостов, А. Ш. Психология телесности : учеб. пособие по специальностям «Психология», «Клиническая психология» / А. Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.

132. Торндайк, Э. Бихевиоризм / Э. Торндайк, Д. Б. Уотсон. – М. : АСТ-ЛТД, 2004. – 704 с.

133. Урунтаева, Г. В. Дошкольная психология : учеб. пособие для учащихся сред. пед. учеб. заведений / Г. В. Урунтаева. – 2-е изд. – М. : Академия, 1997. – 336 с.

134. Урываев, Ю. В. Проникая в тайны мозга / Ю. В. Урываев, А. Л. Рылов. – М., 1986. – 95 с.

135. Ухтомский, А. А. Избранные труды / А. А. Ухтомский. – Л., 1978. – 358 с.

136. Филиппов, В. Л. Психопрофилактика и психотерапия нервно-психических и психосоматических расстройств у населения в условиях социально-психологического и социально-экономического напряжения – неотложная медико-социальная проблема / В. Л. Филиппов, Ю. В. Филиппова // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 64–65.

137. Фландерс, С. Современная теория сновидений : избранные работы / С. Фландерс ; пер. с англ. А. П. Хомик. – М. : Рефл-бук : АСТ, 1999. – 336 с.

138. Федоров, Б. М. Стресс и система кровообращения / Б. М. Федоров. – М. : Медицина, 1991. – 320 с.

139. Фельдштейн, Д. И. Психология развития личности в онтогенезе / Д. И. Фельдштейн. – М. : Педагогика, 1989. – 208 с.

140. Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.

141. Фрейд, З. Психология бессознательного : сб. произведений / З. Фрейд. – М. : Просвещение, 1990. – 448 с.
142. Фрейд, З. Художник и фантазирование : пер. с нем. / З. Фрейд ; под ред. Р. Ф. Додельцева, К. М. Долгова. – Минск, 1995. – 400 с.
143. Фрейд, З. Остроумие и его отношение к бессознательному / З. Фрейд. – Харьков : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 1040 с.
144. Хейли, Дж. Необычная психотерапия / Дж. Хейли. – СПб., 1995. – 384 с.
145. Холмогорова, А. Б. Проблема эффективности в современной психотерапии / А. Б. Холмогорова // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 65–66.
146. Хорни, К. Психология женщины / К. Хорни. – М. : Академический проект, 2009. – 240 с.
147. Хорни, К. Собрание сочинений : пер. с англ. / К. Хорни. – М. : Смысл, 1997. – В 3 т. Т. 1. Психология женщины. Невротическая личность нашего времени. – 496 с.
148. Хорни, К. Психология женщины / К. Хорни ; пер. с фр. А. Боковинова. – М. : Академический Проект, 2006. – 239 с.
149. Черников, А. В. Системная семейная психотерапия: интегративная модель диагностики / А. В. Черников. – М. : Класс, 2008. – 208 с.
150. Черноушек, М. Психология жизненной среды / М. Черноушек ; пер. с чеш. И. И. Попа. – М. : Мысль, 1989. – 176 с.
151. Чуркин, А. А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – №1. – С. 12–17.
152. Цыцарев, С. В. Культура и психотерапия в изменяющихся сообществах / С. В. Цыцарев // Психотерапия в системе медицинских наук в

период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 67– 69.

153. Штейнхардт, Л. Юнгианская песочная психотерапия / Л. Штейнхардт. – СПб. : Питер, 2001. – 320 с.

154. Эльконин, Б. Д. Психология развития : учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / Б. Д. Эльконин. – М. : Академия, 2001. – 144 с.

155. Эльманович, В. И. Нейролингвистическое программирование : метод. пособие для начинающих / В. И. Эльманович. – СПб. : Питер, 1994. – 210 с.

156. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкий. – СПб. : Питер, 2000. – 652 с.

157. Эйдемиллер, Э. Г. Роль и место современной психотерапии в системе доказательной медицины / Э. Г. Эйдемиллер // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : материалы конф. с междунар. участием, г. С.-Петербург, 15 – 17 февр. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 71–72.

158. Эриксон, М. Человек из Февраля / М. Эриксон, Э. Росси. – М., 1995. – 256 с.

159. Юнг, К. Г. Психология бессознательного / К. Г. Юнг ; науч. ред. М. С. Ковалева ; пер. с нем. В. М. Бакусева, А. В. Кричевского. – М. : Канон, 2005. – 320 с.

160. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом ; пер. с англ. Т. С. Драбкиной. – М. : Класс, 1999. – 576 с.

161. EBSCO – универсальная база данных зарубежных полнотекстовых научных журналов по всем областям знаний [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://search.epnet.com>

162. Электронные медицинские книги [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.sportmedicine.ru/books.php>

163. Оказание медицинской помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.kchs.tomsk.gov.ru/med_pom.htm

164. Первая медицинская помощь. Школа выживания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://mosvoku.narod.ru/army/m_01.htm
165. Berk, L. S. Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter / L. S. Berk, S. A. Tan, W. E. Fry // *American Journal of the Medical Sciences*. – 1989. – P. 390–396.
166. Cousins, N. Anatomy of an illness as perceived by the patient: Reflections on healing and regeneration / N. Cousins. – New York : W.W. Norton, 1979. – 219 p.
167. Cousins, N. Therapeutic value of laughter / N. Cousins // *Integrative Psychiatry*. – 1985. – № 3(2). – P. 112.
168. Cacioppo, J. T. The psychophysiology of emotion. In M. Lewis, R. J. M. Haviland-Jones (Eds.) / J. T. Cacioppo, G.G. Berntson, J.T. Larsen // *The handbook of emotions*. – New York : Guilford Press, 2nd Ed., 2000. – P. 173–191.
169. Darwin, C. The expression of the emotions in man and animals / C. Darwin. – London : Murray, 1872. – P. 340–341.
170. Foley, E. Effect of forced laughter on mood / E. Foley, R. Matheis, & C. Schaefer // *Psychological Reports*. – 2001. – № 90(1). – P. 184.
171. Fredrickson, B. L. Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions / B. L. Fredrickson & R. W. Levenson // *Cognition & Emotion*. – 1998. – 12(2). – P. 191–220.
172. Fry, W. F. The biology of humor. / W. F. Fry // *Humor: International Journal of Humor Research*. – 1994. – № 7(2). – P. 111–126.
173. Goodheart, A. Laughter Therapy / A. Goodheart. – Santa Barbara : Less Stress Press, 1994. – 129 p.
174. Harrison, L. K. Cardiovascular and secretory immunoglobulin a reactions to humorous, exciting, and didactic film presentations / L. K. Harrison, D. Carroll, V.E. Burns // *Biol. Psychol.* – 2007. – 52(2). – P. 113–126.
175. Hell, D. Welchen Sinn macht Depression / D. Hell. – Rowohlt, Reinbeck, 1994 – 258 p.

176. Hubert, W. Psychophysiological response patterns to positive and negative film stimuli / W. Hubert & R. de Jong-Meyer // *Biological Psychology*. – 1990. – № 31. – P. 73–93.

177. Hubert, W. Autonomic, neuroendocrine, and subjective responses to emotion-inducing film stimuli. / W. Hubert & R. de Jong-Meyer // *International Journal of Psychophysiology*. – 1991. – № 11. – P. 131–140.

178. Hubert, W. Film-induced amusement changes saliva cortisol levels / W. Hubert, M. Moeller, & de R. Jong-Meyer // *Psychoneuroendocrinology*. – 1993. – 18 (4). – P. 265–272.

179. Hokanson, J. E. Interpersonal behavior of depressive individuals in a mixed-motive game / J. E. Hokanson, W. P. Sacco, S. L. Blumberg // *Abnorm. Psychol.* – 1980. – Vol. 89. – P. 320–332.

180. Kataria, M. Laugh for no reason (2 nd ed.). / M. Kataria. – Mumbai, India : Madhuri International, 2002. – 26 p.

181. Kleinberg, O. Social Psychology / O. Kleinberg. – New York, Holt, 1948. – 186 p.

182. Koestler, A. The act of creation / A. Koestler. – London : Hutchinson, 1964. – 87 p.

183. Knoblochova, J. Семейная форма психотерапии / J. Knoblochova, F. Knobloch // Семейная психиатрия и проблемы психогигиены в Европе. – Женева, 1966. – С. 76–106.

184. Levi, L. The urinary output of adrenaline and noradrenaline during pleasant and unpleasant emotional states / L. Levi // *Psychosomatic Medicine*. – 1965. – № 27. – P.80–85.

185. Lefcourt, H. M. Humor: The psychology of living buoyantly / H. M. Lefcourt. – New York : Kluwer Academic, 2001. – 210 p.

186. Martin, R. A. The psychology of humor: An integrative approach / R. A. Martin. - Burlington. MA : Elsevier Academic Press, 2007. – 110 p.

187. Maxson, S. N. Potential genetic models of aggression and violence in males / S. N. Maxson // *Genetically Defined Animal Models of Neurobehavioral Dysfunctions* / Driscoll P. (ed.). – Boston : Birkhauser, 1992. – P. 174–178.
188. Mayne, T. J. Emotions and health / T. J. Mayne // In T. J. Mayne & G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions: current issues and future directions*. – New York, 2000. – P. 361–397.
189. McGhee, P. E. The role of arousal and hemispheric lateralization in humor / P. E. McGhee & H. Goldstein // *Handbook of humor research*. – New York, 1983. – Vol.1: Basic issues. – P. 13–37.
190. Mindess, H. *Laughter and Liberation* / H. Mindess. – Los Angeles : Nash Publishing, 1971. – 129 p.
191. Neuhoff, C. & Schaefer C. Effect of laughing, smiling, and howling on mood / C. Psychological & C. Schaefer // *Reports*. – 2002. – 91 (1, Pt 2). – P. 1079–1080.
192. Niethammer, T. Does man possess a laughter center? / T. Niethammer // *Laughing gas used in a new approach. New Ideas in Psychology*. – 1983. – 1(1). – P. 67–69.
193. Overeem, S. Weak with laughter / S. Overeem, G. J. Lammers, J. G. Van Dijk. – *Lancet*, 1999. – 838 p.
194. Overeem, S. Is motor inhibition during laughter due to emotional or respiratory influences? / S. Overeem, W. Taal, E. Gezici // *Psychophysiology*. – 2004. – 41(2). – P. 254–258.
195. Panksepp, J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions* / J. Panksepp. – New York : Oxford University Press, 1998. – 334 p.
196. Panksepp, J. «Laughing» rats and the evolutionary antecedents of human joy? / J. Panksepp & J. Burgdorf // *Physiology and Behavior*. – 2003. – Vol.79. – P. 533–547.
197. Pollio, H. R. Humor, laughter, and smiling: Some preliminary observations of funny behaviors / H. R. Pollio, R. W. Mers, W. Lucchesi // In

J.H. Goldstein & P.E. McGhee (Eds.) *The psychology of humor: Theoretical perspectives and empirical issues*. – New York, 1972. – P. 211–239.

198. Provine, R. R. Contagious laughter: Laughter is a sufficient stimulus for laughs and smiles / R. R. Provine // *Bulletin of the Psychonomic Society*. – 1992. – 30(1). – P. 1–4.

199. Provine, R. R. Laughter: A stereotyped human vocalization / R. R. Provine, Y. L. Yong // *Ethology*. – 1991. – 89(2). – P. 115–124.

200. Provine, R. R. Laughing, smiling and talking: Relation to sleeping and social context in humans / R. R. Provine, K. R. Fischer // *Ethology*. – 1989. – 83(4). – P. 295–305.

201. Reykowski, J. *Experimental Psychologies Emocji*. Książka i Wiedza / J. Jreykowski. – Warszawa Poland, 1968. – P. 143–146.

202. Ruch, W. Exhilaration and humor. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.) / W. Ruch // *Handbook of emotions*. – New York, 1993. – P. 605–616.

203. Spencer, H. H. *The Physiology of Laughter* / H. H. Spencer // *Essays on Education*. – London, 1911. – P. 19–23.

204. Stierlin, H. Eltern und Kinder. Das Drama von Versöhnung und Trennung im Jugendalter / H. Stierlin // Frankfurt a.M. - Suhrkamp, 1980. – 216 p.

205. Strack, E. Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: a nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis / E. Strack, L. L. Martin, & S. Stepper // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1998. – 54(5). – P. 768–777.

206. Stone, A. A. Evidence that secretori IgA antibody is associated with daily mood / A. A. Stone, D. S. Cox, H. Valdimarsdottir // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 1987. – 52(5). – P. 988–993.

207. Yarrow, M. R. The psychological meaning of mental illness in the family / M. R. Yarrow, C. G. Schwartz, H. S. Murphy // *J. Soc. Iss.* – 1955. – Vol. 11. – P. 12–24.

208. Vaughn, C. E. The measurement of EE in the families of psychiatric patients / C. E. Vaughn, J. P. Leff // *Brit. J. Soc. Psychol.* – 1976. – Vol. 15. – P. 157–165.

209. Van Hooff, J. A. Laughter and smiling: The intertwining of nature and culture / J. A. Van Hooff, S. Preuschoft // In F.M. de Waal & P.L. Tyack (Eds.) *Animal social complexity: Intelligence, culture, and individualized societies.* – Cambridge, 2003. – P. 260–287.

209. Weisenberg, M. Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance / M. Weisenberg, L. Tepper, J. Schwarzwald // *Pain.* – 1995. – 63(2). – P. 207–212.

210. White, S. Laughter as a stress reducer in small groups / S. White, P. Camarena // *Humor: International Journal of Humor Research.* – 1989. – 2(1). – P. 73–79.

211. Zweyer, K. Do cheerfulness, exhilaration, and humor production moderate pain tolerance? A FACS study / K. Zweyer, B. Velker, W. Ruch // *Humor: International Journal of Humor Research.* – 2004. – 17(1-2). – P. 85–119.

НЕКОТОРЫЕ ПОПУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ, СУЩЕСТВУЮЩИЕ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

1) **АВЕРСИВНЫЕ ТЕХНИКИ** (аверсия – создание отвращения) – работа происходит с помощью аверсивных раздражителей (например, апоморфин, вызывающий рвоту), а также с негативными последствиями типа «наказания». В настоящее время аверсивные техники в психотерапии используются не часто. Однако при фармакологических аддикциях они показаны в первую очередь.

2) **АРЕТТЕРАПИЯ** – оригинальный психотерапевтический метод – «арететерапия» был предложен в 1908г., русским врачом-терапевтом Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Греческое слово arete включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. Психотерапевтическое воздействие опиралось на высшие проявления духовной жизни, а именно на нравственные стороны человеческой личности. В своей работе «Идеализм как физиологический фактор», вышедшей в свет в 1908г., Яроцкий обосновывал положение о важнейшей роли нравственной стороны духовной жизни человека в развитии и течении его болезни. Этические (идеалистические) стороны личности не только обуславливают поведение человека и его жизненный путь, но и являются также важными факторами, влияющими на особенности протекания физиологических процессов в организме. Истинная причина заболевания, по убеждению Яроцкого, находится в глубоких пластах духовной жизни, с чем он и связывал роль предложенного им метода в сохранении и восстановлении здоровья человека.

3) **АРТТЕРАПИЯ** – («art» – искусство, «arttherapy» – терапия искусством) означает чаще всего лечение пластическим изобразительным

творчеством с целью выражения своего психоэмоционального состояния. Впервые этот термин был употреблен Хиллом в 1938г., при описании своих занятий с туберкулезными больными в санаториях. Затем этот термин стал применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством (музыкотерапия, драматерапия, терапия танцем и т. д.), хотя многие специалисты считают такое определение слишком широким и неточным. В отечественной психотерапевтической литературе зачастую используются термины «изотерапия» или «художественная терапия». Арттерапия может служить способом освобождения от конфликтов и сильных переживаний; ускорителем терапевтического процесса; вспомогательным средством для интерпретаций и диагностической работы; дисциплинирующей и контролирующей «силой» средством развития внимания к чувствам, усиления ощущения собственной личностной ценности и повышения художественной компетентности. В арттерапии спонтанное рисование и лепка являются разновидностью деятельности воображения, а не проявлением художественного таланта. Одним из центральных понятий терапии искусством является понятие «сублимация», поскольку искусство может одновременно «направить в другое русло» и выразить чувства злости, боли, тревоги, страха. В арттерапии пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а так же творческого самовыражения – с другой. В настоящее время в арттерапию включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль. Руководители групп в области арттерапии, как правило, поощряют свободные ассоциации членов групп и

их попытки самостоятельно обнаружить значение собственных работ. Некоторые упражнения заключаются в совместной групповой работе, например создание групповых фресок и создание всеобщего группового образа. Руководители групп гуманистической ориентации подчёркивают значимость процесса творческой работы и не придают большого значения конечному результату. Они стимулируют членов группы доверять своему собственному восприятию и исследовать свои творения как самостоятельно, так и с помощью остальных членов группы. Первоначально арттерапия применялась в больницах и психиатрических клиниках в работе с тяжело больными пациентами. В настоящее время арттерапия используется для оказания психологической помощи более широкому контингенту клиентов и постепенно отдаляется от своей психоаналитической первоосновы.

4) АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА – метод, разработанный немецким врачом Иоганном Генрихом Шульцем (1932), это обучение приёмам саморасслабления. Способ, посредством которого можно научиться добиваться ощущения тяжести и тепла в теле и, среди прочего, контролировать частоту сердечных сокращений и дыхания. Способ лечения, используемый при стрессе, напряжении и психосоматических расстройствах. Показаниями для проведения метода являются также: астма, энурез, психомоторное беспокойство, заикание, нарушение концентрации внимания, лечение задержек развития, синдром страхов, расстройства сна. Противопоказаниями для данного метода являются психические расстройства, истерические и ипохондрические неврозы. В настоящее время имеется множество модификаций метода. В России получил популярность модифицированный метод аутогенной тренировки по Мажбицу-Беляеву (1968). Модификация метода заключается в следующем: дыхательные упражнения проводится в позе «кучера» с меньшей продолжительностью вдоха и выдоха. Освоение первой ступени начинается с вызывания ощущения тяжести в правой руке, а при успешности выполнения – сразу в обеих руках; с 3 – 4 сеанса – в руках и ногах; на 6 – 7 занятия – тепла в руках

и ногах; на 8 и 9 сеансе – помимо общей расслабленности, тяжести и тепла в мышцах предлагалось заострить внимание на чувстве тепла в левой руке и распространить его на левую половину грудной клетки и область сердца; далее добиваются чувства прохлады в области лба и висков. Каждое задание завершается формулой самовнушения: «Я спокоен, я совершенно спокоен. Моё спокойствие производит впечатление на окружающих. Моё сдержанное корректное поведение и самообладание вызывают у других удовлетворение, подражание. Легко достигается управление собою. Я способен регулировать любые конфликты». При освоении общих упражнений, содержание внушения меняется в зависимости от структуры ведущего синдрома: обучение формуле нормализации сна, преодоление тревожности, навязчивых страхов и др. Окончанию каждого занятия предшествовала активация организма путём вызывания ощущений, обеспечивавших повышение эмоционального тонуса: «Лёгкий ветерок пробегает по позвоночнику. Тело становится упругим и лёгким. Кожа словно «гусиная» после купания. Включение ободряющих, тонизирующих фраз, направленных на стремление к реализации позитивных планов и замыслов, к преодолению эгоцентризма, пренебрежительного отношения к окружающим, облегчает концентрацию внутренних психических ресурсов на смягчение и устранение тягостных ипохондрических, вазовегетативных и депрессивных нарушений. Сочетание гипносуггестии и аутотренинга существенно усиливает психотерапевтический потенциал за счёт стимулирования больного, формирования уверенности в собственных силах, осознанного участия в мероприятиях по ресоциализации.

5) БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ. Как эффективная форма подготовки психотерапевтов получают значительное распространение группы Балинта. Занятия проводятся в малых группах (до 12 человек). В балинтовских группах психотерапевты обмениваются опытом лечения и встречающимися при этом трудностями, чтобы сообща их изучить. Балинт, который считал обучающий анализ дорогостоящим и не в каждом случае нужным методом,

писал: «Каждый представленный случай может стать источником новых открытий. Этим самым известные феномены можно видеть в новом свете. Психотерапевт должен изучить, почему он в одних случаях восприимчив, а в других – невосприимчив, почему он в эмоциональном отношении к одному пациенту близок, а к другому остается равнодушным, так как эти трудности связаны с его собственной персоной. Вначале психотерапевт находит это у своего коллеги, вскоре обнаруживает, что это касается не меньше и его самого. Тогда он начинает ограниченное, но, тем не менее, примечательное изменение своей личности, и он способен проявить волю и в состоянии сделать этот сдвиг». Психотерапевт должен научиться внимательнее воспринимать проявления психики пациента, понимать его конфликты и во время лечения распознавать и использовать феномены переноса и сопротивления. Каждый участник балинтовской группы должен принять участие не менее чем в 30 занятиях, во время которых обсуждаются проблемы, реально возникающие у психотерапевтов в процессе проводимой ими индивидуальной и групповой психотерапии. Каждый участник на занятиях представляет несколько ситуаций из своей практики. Возникающие проблемы обсуждаются группой, а именно – различные способы понимания ситуации, анализ поведения психотерапевта в его взаимоотношениях с больным и другое.

6) БИБЛИОТЕРАПИЯ. Вид эстетотерапии, лечебное действие которого осуществляется при помощи чтения книг. Применяется в индивидуальной и коллективной форме. В ходе библиотерапии больной ведёт читательский дневник, анализ которого играет роль объективного критерия оценки его состояния в процессе терапии и при подведении итогов.

7) БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ – психологическая техника, направленная на сознательную регулировку функций, которые в иных условиях находятся за пределами контроля сознания, таких, например, как частота сердечных сокращений или состояние напряжённости мышц.

8) БИХЕВИОРИЗМ – Это направление в психотерапии сформировалось в начале XX века. Основоположником бихевиоризма является Уотсон, который ввел этот термин и опубликовал его первую программу. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Торндайка, заложившие основу для его возникновения, а также труды Павлова и Бехтерева. Бихевиоризм во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психологии и исключил из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать и, следовательно, изучать так же, как это принято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм по сути отождествляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу «стимул – реакция». При этом поведение человека, так же как и поведение животного, описывается жесткой схемой «стимул – реакция» (S–R), что рассматривается в качестве основной единицы поведения. Все внутренние психологические звенья, все психологические феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального бихевиоризма по сути игнорировались как непосредственно не наблюдаемые. Таким образом, радикальный бихевиоризм ограничивался схемой «стимул – реакция». Однако в дальнейшем бихевиоризм обращается и к опосредующим процессам. Появляется понятие промежуточных переменных – процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул – реакция» за

счет введения промежуточных переменных знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена и Халла. Основная формула бихевиоризма трансформируется в формулу «стимул – промежуточные переменные – реакция» (S–r–s–R). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как независимые переменные, а реакции – как зависимые. Промежуточные переменные (медиаторы, посредники, интервенирующие переменные) – это те психологические образования, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают, прежде всего, совокупность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением. В настоящее время понятие промежуточных переменных понимается широко и включает сложный комплекс разнообразных психологических феноменов. В качестве промежуточных переменных рассматриваются внимание, представления, склонности, мотивы, установки, отношения и даже сознание. Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта или проблема научения (обучения) как приобретения различных умений и навыков. В основу положен принцип реципрокного торможения. Методика лечения включает 2 элемента: формирование новой реакции, не имеющей ничего общего со страхом, и единовременно-условное торможение страха. Практический приём заключается в постепенной демонстрации больному, находящемуся в состоянии релаксации, иерархии обстоятельств, вызывающих страх (систематическая десенсибилизация).

9) ГИПНОЗ – (от греч. *hypnos* – Бог сна) – временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения. Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование гипноза имеет многовековую историю. Термин

гипноз впервые был применен английским хирургом Брэдом, книга которого, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843г. С конца 70-х годов XIX в. французский невропатолог Шарко начинает изучать гипноз на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа Шарко занималась клиническим применением гипноза, а также изучением его стадий. В этом с ней соперничала Нансийская школа, главой которой был Бернгейм. Он считал, что стадии гипноза, которые наблюдал Шарко, обусловлены внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого гипноза. Существенный вклад в науку о гипнозе внесли и многие другие зарубежные ученые: Веттерстранд, Краффт-Эбинг, Форель и др. В нашей стране теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучали Данилевский, Токарский, Бехтерев, Павлов, их многочисленные ученики и последователи. Теоретическая разработка механизмов гипноза связана, прежде всего, с именами Павлова и Фрейда. Павлов и его ученики считали, что физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. Изменение экстенсивности и интенсивности тормозного процесса выражается в различных стадиях гипноза, клинически хорошо описанных. По Павлову, гипноз – это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи гипнотизера и пациента. При проведении гипноза важен учет внушаемости пациента (Мягков, Варшавский). Используется ряд приемов, с помощью которых удается ее определить. К ним относятся приемы с падением назад или вперед, внушение сцепленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. Существует и ряд других способов гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов. Во времена СССР интересные исследования по гипнозу провел Кандыба. В настоящее время, наряду с

классической моделью гипноза, широко используется эриксоновский гипноз. Различают «материнскую» и «отцовскую» форму гипноза. Первая более мягкая, вторая форма – проводится более уверенно, последовательно, жестче. Основным методом – словесное внушение. Используются также монотонные однообразные раздражители (маятник), фиксация взора пациента на блестящем предмете, подбирается адекватное характеру терапии музыкальное сопровождение. Гипнотерапия проводится в тёплом помещении, с оптимальной температурой для расслабления (22°-24°). Важным условием в проведении лечебных сеансов является звуко- и светоизоляция. Пациенты находятся в положении «лёжа», на кушетках, с закрытыми глазами, укрытые одеялами. Условия проведения: 1) выяснение отношения больного к данному методу лечения; 2) оценка гипнабельности больного; 3) погружение в состояние гипнотического сна; 4) собственно внушение в состоянии гипнотического сна; 5) выведение из состояния гипнотического сна. В лечении обычно используется лёгкая и средняя форма гипноза (оценка осуществляется по силе воздействия), во время гипноза сохраняется частичный контакт с врачом – раппорт.

10) ГИПНОЗ ЭРИКСОНОВСКИЙ. Основатель метода – Милтон Эриксон. Микродинамика наведения гипнотического транса и внушения состоит из следующих стадий: 1) фиксация внимания; 2) депотенциализация установок сознания; 3) бессознательный поиск; 4) гипнотический отклик. В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать его сосредоточение с помощью: 1) рассказов, которые интересуют, мотивируют, увлекают пациента; 2) стандартной фиксации взгляда; 3) пантомимы и невербального общения в целом; 4) воображения или визуализации; 5) левитации руки; 6) релаксации и др. способов. Вторая стадия – депотенциализация установок сознания – осуществляется, когда удается зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимыми для депотенциализации. Для того, чтобы обойти и

депотенциализировать сознательные процессы, используются: 1) шок, удивление; 2) отвлечение внимания; 3) диссоциация; 4) когнитивная перегрузка; 5) замешательство и др. способы. При использовании эриксоновского гипноза происходят такие изменения, которые воспроизводят и поддерживают сами себя и приводят к дальнейшим изменениям. Это происходит, прежде всего, потому, что изменения были направлены на внутренний рост и самораскрытие пациента.

11) ГЕШТАЛЬТТЕРАПИЯ (от нем. Gestalt – форма, структура) – методика гуманистического направления. Основоположник Фриц Перлз (в другой транскрипции – Фредерик Перлз). Основные понятия в гештальттерапии. 1) отношение фигуры и фона. Гештальт – есть конфигурация, специфическая организация частей, составляющих определённое целое, которое нельзя изменить без её разрушения. Гештальтообразования возникают только на каком-то фоне или с определённым задним планом. В группе обычно фигурой является то чувство, которое преобладает над остальными. Как только потребность удовлетворена, гештальт теряет свою значимость. Он отступает на задний план, уступая место новому Гештальт. Этот ритм является естественным для жизнедеятельности организма. 2) осознание и сосредоточение на настоящем – «здесь и теперь». Для того, чтобы быть способным, создавать и завершать гештальт, человек должен полностью осознавать самого себя в настоящий момент. Внутренняя зона – тело, внешняя зона – совокупность внешних событий, средняя зона фантазий (интеллектуальных и мыслительных процессов); отношений и верований. Суть невроза, по Пёрлзу, исключение из сознания внешней и внутренней зон. Отрешаясь от решения проблем настоящего, человек входит в невроз. 3) противоположность – единичная оценка или континуум оценок. Н: «плохо» и «хорошо». Согласно гештальт теории мы организуем своё мировосприятие через такие противоположности. Перлз вводит термины «top-dog» (родитель, нападающий) и «under-dog» (ребёнок, защищающий). Пример о женщине, которая должна оставить свою

больную мать и начать жить своей, отдельной жизнью. Нападающий: «как ты можешь оставить свою мать в такой момент жизни!» Защищающий: «но я хочу быть самостоятельной, я буду её навещать!». Активно используются такие психотехники, как «горячий стул», «самобичевание».

4) функция защиты. По гештальттерапии человеком используется 5 защит. А. слияние или конfluenceция. Б. ретрофлексия В. Интроекция Г. Проекция Д. дефлексия

5) зрелость – состояние оптимального здоровья. В ходе проведения гештальттерапии выделяется несколько уровней. 1 уровень – фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Пример. Психически больной говорит – «я Авраам Линкольн», больной неврозом – «я хочу походить на Авраама Линкольна», здоровая личность утверждает – «я это я, ты это ты». 2 уровень – фобический, связан с осознанием фальшивых отношений, человек боится стать тем, кем является. 3 уровень – тупик – переживает утрату поддержки извне, а свои ресурсы пока ещё не включил. 4 уровень – имплозия – состояние внутреннего отчаяния, смятения. Человек в эти минуты может испытать страх смерти, осознание своей ограниченности. 5 уровень – эксплозия (врыв) – достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности. На этом уровне обычно проявление таких эмоций как гнев, скорбь, радость, оргазм.

Гештальтпсихология. Ядро образовал триумvirат, в который входили Макс Вертгеймер, Вольфганг Келер и Курт Коффка. М. Вертгеймер: статья «Экспериментальные исследования видимого движения» (1912). От этой статьи принято вести родословную гештальтизма. Его главный постулат гласил, что первичными данными психологии являются целостные структуры (гештальты), в принципе невыводимые из образующих их компонентов. Гештальтам присущи собственные характеристики и законы. Гештальтисты приняли вариант интроспективного метода, который получил название феноменологического. Заслуживает внимания факт одновременного возникновения гештальтизма и бихевиоризма: Вертгеймер и Уотсон выступили с идеей реформы психологии почти одновременно в условиях нарастающей неудовлетворенности

господствовавшими воззрениями на предмет, проблемы и объяснительные принципы психологии. Их разделяло отношение к проблеме сознания. Бихевиористы считали ее псевдопроблемой – сознание устранялось из психологии. Гештальтисты, напротив, усматривали главную задачу в том, чтобы дать новую интерпретацию фактам сознания как единственной психической реальности.

12) **ГРУППОВАЯ КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** – метод когнитивной психотерапии. В группе клиенты практикуются в освоении более рациональных способов интерпретации групповых ситуаций и реакций на критику, отвержение и т. п. Фокус групповой работы лежит не на отношениях между членами группы, а на рациональности/иррациональности их мышления и поведения. Клиент должен стать «ученым», исследующим свое мышление, искажения в умозаключениях (только наука может отвечать на все философские вопросы жизни), и «учеником», готовым учиться логике и позитивной жизненной философии.

13) **ГРУППЫ ТРЕНИНГА УМЕНИЙ**. Группы тренинга умений основаны на бихевиористском подходе, который предусматривает, в частности, сосредоточенность на наблюдаемом поведении, дидактический стиль обучения и освоение важных для развития личности жизненных умений. Примерами тому могут быть группы структурированного обучения и группы совершенствования межличностных отношений, где усилия участников, как и в других группах такого рода, направляются на достижение конкретных целей. Кроме того, во всех поведенческих группах значительное внимание уделяется измерению и оценке результатов их работы. Обычные для тренинга умений процедуры можно рассмотреть на примере групп тренинга уверенности в себе, которые возникли на основе условно-рефлекторной терапии Солтера. Оценка психологических проблем, имеющих у членов группы, производится с помощью специальных опросников, например шкалы Рейтаса, на основе соотнесения их с перечнем основных прав человека Келли и с шестью способами выражения

уверенности. Главным способом работы в группах тренинга уверенности в себе является репетиция поведения в ролевых играх, воспроизводящих трудные жизненные ситуации. Этот способ включает моделирование, инструктаж и подкрепление. Для снижения тревоги часто применяется релаксационный тренинг и систематическая десенсибилизация. Когнитивное реструктурирование предусматривает исследование иррациональных убеждений, лежащих в основе поведения. Также для групп тренинга умений характерны домашние задания, предусматривающие ведение участниками дневников и следование определенным правилам поведения вне группы. Примерами упражнений, выполняемых в группах тренинга уверенности в себе, могут быть «заезженная пластинка» или «наведение тумана». Группы тренинга умений сейчас находятся на подъеме и используются для развития таких жизненно важных умений, как родительские навыки, способность контролировать свой вес, навыки семейной жизни, способность сдерживать гнев. Одним из достоинств поведенческих групп является то, что работа в них строится с учетом результатов эмпирических исследований. Существует много доказательств тому, что, например, занятия в группах тренинга уверенности в себе способствуют раскрепощению участников и повышению их самооценки. Как и во всех психокоррекционных группах, повышение самооценки неразрывно связано с расширением диапазона поведенческих возможностей участников.

14) **ДАЗАЙНАНАЛИЗ** – психотерапевтический метод – экзистенциальный анализ, или дазайнализ (Daseinsanalyse) был разработан швейцарскими психиатрами Бинсвангером, Боссом. Он основан на концепциях Хайдеггера и Гуссерля и в первую очередь на осуществленном этими философами анализе феномена существования человека в мире. В качестве важнейших черт личности рассматриваются: способность к самосознанию, к принятию решений, к ответственности за последствия этих решений; понимание возможности своего несуществования (смерти). Особенно важным положением, как указанных философских учений, так и

основывающихся на них психотерапевтических направлений, является постулат о личностной необходимости развития. Саморазвитие личности является не только возможностью, но и необходимостью для каждого отдельного человека. Иными словами, каждый человек постоянно стоит перед необходимостью познания и реализации всех своих новых способностей. Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обуславливает различного рода личностные, в том числе и психические, нарушения. «Отказ от саморазвития», «отказ от своих возможностей» в рамках дазайнанализа – основной диагноз при самых различных нарушениях. Цель дазайнанализа – содействовать индивиду в познании своих возможностей, выявлении их, что необходимо для решения задач, с которыми он столкнулся. Еще один важный постулат дазайнанализа – это положение об индивидуальной неповторимости личности. По убеждению психотерапевтов этого направления, для каждого человека необходимо разрабатывать отдельную, только его случаю соответствующую теорию. Психотерапевтическая практика – это, прежде всего, ряд весьма тщательно разработанных индивидуальных случаев. Отказ от научной категоризации тесно связан при этом с образно-художественным и философско-метафорическим описанием психической эволюции пациента, приведшей его к отказу от саморазвития и, как следствие, психическому заболеванию. Экзистенциальный аналитик изучает поведение, речь, письменную продукцию, сновидения, свободные ассоциации пациента и реконструирует его биографию. Однако полученную информацию он анализирует на основе экзистенциального анализа. Психотерапевтический эффект достигается благодаря тому, что экзистенциальный аналитик ведет пациента к пониманию структуры человеческого существования и помогает ему найти свой путь из мира невротического и психотического, «ошибочного», «искаженного» способа существования в мир «свободной экзистенции», который позволяет субъекту реализовать собственные возможности для существования.

15) **ИММЕРСИОННЫЕ МЕТОДЫ** – методы коррекции страхов, основанные на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. Методы неприменимы к клиентам, имеющим разнообразные органические нарушения (например, с ишемической болезнью сердца и т.д.). Отнесение процедуры к иммерсионной или десенсибилизирующей во многих случаях является условным. Параметры различения: 1) быстрая или медленная конфронтация (столкновение) со стимулом, вызывающим страх; 2) возникновение интенсивного или слабого страха; 3) длительность или кратковременность столкновения со стимулом, вызывающим страх. К иммерсионным методам относят: метод наводнения (пребывание в ситуации, вызывающей страх должно быть длительным, не менее 45 минут и ежедневным, ведение дневника обязательно), метод имплозии (методика наводнения в воображении, без последующей релаксации), метод парадоксальной интенции (предложен В. Франклом в 1966 г.), предполагает кардинально изменить установки по отношению к своему страху, доведя его до абсурда).

16) **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ** (Альфред Адлер) – относится к психодинамическому направлению. Одно из центральных понятий – самость. Самость в его понимании тождественна творческой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, придает им форму и значимую цель. Формирование жизненной цели, стиля жизни, схемы апперцепции – акты творчества. Самость руководит и управляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению Адлера, основным недостатком в понимании Фрейдом личности и сущности психотерапевтического процесса была недооценка уникальности человеческой судьбы. Самость – форма реализации этой уникальности, она активно формирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно принимая другие. Схема развития психотерапевтического процесса в индивидуальной психологии выглядит следующим образом: 1) вхождение психотерапевта в контакт с пациентом с помощью эмпатии, доброты,

поддержки; 2) формирование ответственности пациента за успех лечения (сигналом о готовности его к сотрудничеству с психотерапевтом служит, в частности, желание вспомнить собственное прошлое); 3) когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости; 4) эмоциональное отреагирование и соприкосновение с ранее неосознаваемым чувственным опытом; 5) проверка в реальности нового опыта.

17) ИНКАУНТЕР-ГРУППЫ (группы встреч). Эксперимент в Национальной лаборатории тренинга (США) привёл к появлению огромного числа групповых форм психологического воздействия, многие из которых получили название инкаунтер-групп. Можно выделить группы, ориентированные на определенную задачу (группы Восточного побережья), и группы, ориентированные на чувство общности (группы Западного побережья). Наиболее существенным вкладом в движение инкаунтер-групп явились концепция сущностной встречи Карла Роджерса и концепция открытой встречи Уильяма Шютца. Роджерсовский подход основывается на его теории центрированного на клиенте консультирования и ставит целью достижение личностью неподдельности в отношениях с другими людьми. Подход Шютца основывается на его опыте работы в Институте Эсалена и направлен на интеграцию сознания и тела. Основными признаками понятия инкаунтер-группы являются: самораскрытие, внимание к чувствам, сознавание себя и своего физического «Я», ответственность и принцип «здесь и сейчас». Сознание себя включает изучение своих слабых и сильных сторон, а также сознавание своего физического «Я». Инкаунтер-группы, как правило, в значительной степени подчеркивают ответственность членов группы за свое поведение. Сведения об ответственности руководителя групп более противоречивы. Упор на принцип «здесь и сейчас» выражается в том, что члены группы фокусируют внимание на сиюминутные переживания и не апеллируют к прошлому опыту.

18) ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ САЛЛИВАНА – относится к психоаналитическому направлению (неофрейдизм). Согласно

Салливану, человека характеризуют две ведущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (потребность в нежности, ласке), а вторая (потребность в безопасности) связана с межличностными отношениями. Психологический смысл первой потребности – ослабление силы физиологических потребностей (голод, жажда, половое влечение). Этот уровень функционирования присущ и животным. Вторая ведущая потребность имеет уже чисто человеческую природу и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение второй потребности ложными способами приводит к психическим заболеваниям, которых, по мнению Салливана, у животных нет. Отдельно Салливан акцентирует внимание на важной роли тревоги в патологии (дезорганизации жизни) и вообще в жизни. Нарушения поведения являются реакцией на усиление тревоги. Большое значение имеет и конфликт тенденций: стремление удовлетворить физиологические потребности может привести к утрате чувства безопасности. Одним из путей, которым индивид может избавиться от тревоги, является механизм «избирательного внимания», отсеивающий информацию, несущую тревогу. В процессе психотерапии регрессивный способ корригируется анализом отношений пациента в детстве, и одновременно в межличностных отношениях с психотерапевтом больной учится получать удовлетворение от общения с людьми, избавляется от тревоги, приобретает чувство безопасности, налаживает адекватные отношения с собой и окружающими людьми. При этом происходит перестройка личности, которая приводит к тому, что пациент начинает явно видеть пути выхода из ситуаций, ранее представлявшихся неразрешимыми. По своему характеру метод Салливана приближается к современным вариантам краткосрочной психотерапии. В нем четко прослеживается, наряду с аналитической ориентацией, элемент поведенческой психотерапии.

19) КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ – терапевтический подход, созданный известным американским психотерапевтом К. Роджерсом (см. Роджерс, К.Р.) в 1951 году. Данный терапевтический метод позволял

психотерапевту быть недирективным и сосредотачивал внимание на терапевтических отношениях между клиентом и терапевтом. Роджерс рассматривал взаимоотношения между клиентом и терапевтом как единственный, наиважнейший фактор, способствующий личностным изменениям. В клиент-центрированном подходе Роджерса ведущим является постулат о необходимости и достаточности шести терапевтических условий.

1) два человека находятся в психологическом контакте; 2) первый человек находится в состоянии несоответствия, он раним и встревожен; 3) второй человек является гармоничным или интегрированным; 4) психотерапевт испытывает безусловное позитивное внимание к клиенту; 5) психотерапевт испытывает эмпатическое понимание внутренней системы координат клиента и стремится передать это клиенту; 6) как минимум, должна произойти передача клиенту эмпатийного понимания и безусловного позитивного внимания психотерапевта. Роджерс полагал, что именно клиент ответственен за личностный рост во время психотерапии, психотерапевт лишь создает для этого роста условия. По мнению многих психотерапевтов, никто, кроме Фрейда, не оказал такого влияния на практику психотерапии, как Карл Роджерс. Его подход, центрированный на личности, успешно применяется при консультировании и терапии в таких разных областях, как образование, семейные отношения, политика и менеджмент. Утверждение целостности и уникальности человека, связанное с акцентом на Я-концепции, до сих пор имеет огромное влияние на теорию и практику современной психологии.

20) **КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** этот метод представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными навыками, приобретенными в прошлом, иными словами, в которой в качестве промежуточных переменных выступает мысль (когниция). Целью метода является исправление неадекватных когниций. Осознание правил

неадекватной обработки информации и замена их правильными – таковы главные задачи. Когнитивная психотерапия наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей. Она предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, близких к партнерским. Пациент и психотерапевт должны в самом начале достичь согласия в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительности лечения. Методики когнитивной коррекции. Различают следующие техники опровержения: – мягкие (оспаривание в состоянии релаксации, «антикатастрофицирующая» практика, преодолевающие утверждения, скрытое угасание, непатологическое мышление, скрытое подкрепление, использование состояний измененного сознания); – жесткие (контратака, контрутверждения, диспут и оспаривание, форсирование выбора, создание диссонанса, когнитивное наводнение, когнитивное обусловливание отвращения, когнитивное обусловливание отстранения, скрытое избегание); – объективные (альтернативная интерпретация, рациональные убеждения, утилитарные доводы, общественное значение, диспут по поводу иррациональных идей, логический анализ, логические ошибки, поиски уважительной причины). Техника перцептивного сдвига. Техника реструктурирования прошлого опыта. Техника кризисных ситуаций. Когнитивная психотерапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется мыслями о самом себе и его роли в обществе. Деадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, которые могут привести к когнитивным ошибкам или искажениям в мышлении. Задача когнитивной терапии – выявить негативные мысли, исправить логические ошибки и, таким образом, изменить поведение в позитивную сторону. Когнитивная психотерапия включает в себя функциональный анализ и тренинг навыков. Это краткосрочная терапия, которая состоит из 10-15 сеансов, длится 2 недели. В этот период пациентов просят написать, что они чувствуют в определённых

стрессовых ситуациях (таких, как «я не совершенен» или «до меня никому нет дела») и определить предположения, которые провоцируют появление негативных установок. Такой способ называется «распознаванием и коррекцией произвольных мыслей». В частности, когнитивная триада депрессии включает отрицательное отношение к самому себе, негативную интерпретацию настоящего и прошлого жизненного опыта и пессимистический взгляд на будущее. Именно эта триада и требовала коррекции.

21) КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ. Важным компонентом личностной реадaptации пострадавших является овладение комплексом упражнений психической саморегуляции (Нягу А.И., Логановский К.Н., 1998). В этот комплекс включаются достижения как западной, так и восточной психотерапии, физической культуры (аутогенная тренировка, медитация, дыхательная гимнастика и др.). Занятия комплексом психической саморегуляции, наряду с собственно терапевтическим эффектом самих физических упражнений, имеет целью самокоррекцию личностных нарушений путём самопознания, саморазвития и самосовершенствования.

22) КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. Кризисная психотерапия согласно Г.В. Старшенбаму, А.Г. Амбрумовой (1984), включает в себя 3 этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации. Причиной суицидального поведения, согласно концепции Амбрумовой (1974), служат конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере, приводящие к социально-психологической дезадаптации (кризису по терминологии зарубежных авторов). Как показывает практический опыт, основной контингент обращающихся за помощью людей представлен практически здоровыми людьми (в том числе с акцентуацией характера) и больными с пограничными психическими расстройствами. Кризисная поддержка включает в себя: 1) установление терапевтического контакта. 2) раскрытие суицидоопасных переживаний. 3) мобилизация

личностной защиты. 4) Заключение терапевтического контракта. Кризисное вмешательство включает в себя: 1) рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы. 2) выявление неадаптивных установок, блокирующие оптимальные способы разрешения кризиса. 3) коррекция неадаптивных установок. 4) Активация терапевтической установки. Повышение уровня адаптации включает в себя: 1) тренинг неопробованных способов адаптации. 2) выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок. 3) введение новых значимых других для поддержки и помощи в продолжении тренинга навыков адаптации после окончания лечения. Кризисная психотерапия осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах (не более 10 человек).

23) ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – вид психодинамического направления, разработанный в России Б.Д. Карвасарским (1985), В.А. Ташлыковым, Исуриной. Целью личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является реконструкция и гармонизация нарушенной системы отношений личности, послужившей главной причиной невротической декомпенсации. Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания – на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы. Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях – когнитивной, эмоциональной и поведенческой – и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение. Ведущим лечебным механизмом реконструктивной психотерапии является конфронтация (см. подробнее).

24) ЛОГОТЕРАПИЯ (СМЫСЛОТЕРАПИЯ) – основателем данного вида психотерапии явился австрийский психиатр-психотерапевт В. Франкл (1947). Данная методика относится к краткосрочным видам психотерапии

гуманистической направленности. Широко используется в клинике суицидов, фобий и сексуальных неврозов, применяется также при всех кризисных состояниях. Основные рабочие техники логотерапии – метод парадоксальной интенции и дерефлексии. В. Франкл говорил о том, что «смысл жизни у каждого человека уникален и неповторим... смысл жизни можно найти везде, будь то концлагерь, тюрьма, потеря особо значимого лица». Сообщества мира по-разному решали вопрос о смысле жизни. Для верующих – выход один; для атеистов другой; но согласно логотерапии В. Франкла в нахождении и отыскании смыслов человеку помогает совесть или «Подсознательный Бог». Совесть Франкл определяет «как смысловой орган, как интуитивную способность отыскивать единственный смысл, кроющийся в каждой ситуации». Совесть помогает найти человеку даже такой смысл, который может противоречить сложившимся ценностям, когда эти ценности уже не отвечают быстро изменяющимся ситуациям. Именно так, по Франклу, зарождаются новые ценности. «Уникальный смысл сегодня – это универсальная ценность завтра». В наиболее общем виде Франкл характеризует познание смысла, как нечто среднее между «ага-переживанием» Карла Бюлера и восприятием гештальта по Макс Вертгеймеру. Из закономерностей нахождения смысла человеком вытекают и специфические задачи и ограничения логотерапии. Никто, и логотерапевт в том числе, не может дать нам тот единственный смысл, который мы можем найти в нашей жизни, в нашей ситуации. Однако логотерапия ставит целью расширение возможностей клиентов видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать в себе любая ситуация. «Всё что мы можем сделать, – это быть открытыми для смыслов, сознательно стараться увидеть все возможные смыслы, которые предоставляет нам ситуация, и затем выбрать один, который, насколько нам позволяет судить наше ограниченное знание, мы считаем истинным смыслом данной ситуации». Однако найти смысл – это полдела; необходимо его ещё и осуществить. Человек несет ответственность за осуществление уникального смысла своей

жизни. Метод парадоксальной интенции и дерефлексии – лечение фобий и навязчивых состояний с одной стороны и сексуальных неврозов с другой. Это краткосрочный вид психотерапии, который проводится в тех случаях, когда пациент не видит перспективы в жизни, разочаровывается в ней и, порой, совершает незавершённые суицидальные попытки (по катамнезу). С пациентами, проводится двухдневный семинар, где предлагается подумать о смысле жизни, изложить основные идеи на бумаге. Активно используется метод дерефлексии и парадоксальной интенции, помогающие разорвать патологическую цепь формирования фобий, навязчивых состояний.

25) МЕДИТАЦИЯ – особый, сложный процесс вхождения в состояние сосредоточенности, ухода от реальной действительности. Различают разнообразные медитации, используемые в йоге. Как вариант целесообразно рассмотреть смехомедитацию, это процесс вхождения в состояние сосредоточенности с последующим искусственным растягиванием губ в улыбку. Различные состояния мозга, вызывают различные уровни электрической активности ([http://www. sunhome.ru/religion/11274](http://www.sunhome.ru/religion/11274)). Во время медитации наш мозг вырабатывает (согласно данным ЭЭГ) успокаивающие альфа и тета- волны, а состояние характеризуется колебаниями с частотой 7,8 -14 Гц. Это состояние незадолго перед сном или при пробуждении. В таком состоянии нас посещают идеи. Тета-состояние – это когда активность мозга на уровне 3,2 – 7,8 Гц. Есть состояние – 20 Гц в секунду, беспокойное. В таком состоянии мысли заглушают интуиции. И дельта-состояние – это самый низкий уровень активности мозга, он пульсирует с частотой 0,1 – 3,2 Гц, что характерно для очень глубокой медитации и сна. Состояние медитации, кроме прочего, выравнивает сердечный ритм, нормализует кровяное давление и расслабляет мышцы тела. С другой стороны, медитация помогает почувствовать себя более энергичным и «живым», справляться с трудностями, не теряя спокойствия, понять и принять себя таким, каков ты есть на самом деле. Смех обладает медитативными и целебными силами. Он меняет всю нашу химическую длину волн мозга. Спящие части ума внезапно

просыпаются. Смеющийся человек входит в молчание, потому что когда смех стихает – наступает тишина. Смех делает нас более живыми, сияющими, более творческими. Смех выносит наружу определённую долю энергии, она начинает течь. Невозможно смеяться и думать одновременно. Когда смеёшься – неожиданно «ум исчезает».

26) МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ – воссоздание зрительных образов и управление ими (метод широко используется в поведенческой психотерапии, кататимно-имагинативной психотерапии). Как частные случаи сюда относятся «прием взмаха», который очень хорошо помогает при соматоформных расстройствах, а также «якорение» – активно используемое при НЛП. Сюда же относится приём «линии времени».

27) МЕТОД КАРСИНИ («метод за спиной») – одна из методик, используемых в групповой психотерапии. Состоит в преодолении специфически возникающих трудностей человека при нелицеприятных высказываниях в его адрес. С помощью этого приема человек научается слышать неприятное в свой адрес. Занятие продолжается не менее 1 часа, в течение 7 – 10 сеансов, группа должна состоять не более чем из 7 человек.

28) МЕТОД «КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ПРОБЛЕМ» ПО В. В. МАКАРОВУ предпосылкой создания методики явилось наблюдение, что в ходе процесса психотерапии одна вторая пациентов психологически трансформируется, это объясняется тем, что человек не может объяснить для себя причину возникшей у него проблематики. В ходе исследований выяснилось, что проблема для человека более значимая, когда она не переведена на вербальный уровень. Процесс включает в себя: 1) внимательное слушание, 2) молчание, 3) постановку вопросов, 4) отражение чувств, 5) присоединение, 6) интерпретацию, 7) структурирование проблем. В.В. Макаров предложил специфику работы с такими пациентами в следующем порядке. 1) приём упрощения проблемы (необходимо сделать попытку выделить ядро проблемы, сформулировать ее, лучше всего через письмо), 2) приём отделения проблемы (кристаллизация от личности). Если проблема заявлена

– «Сын выпивает?», «Муж изменяет?», она может быть случайной. Необходимо дать пациенту понять, что избавление от проблемы не будет для него утратой. 3) приём доведения проблемы до абсурдности. На данном этапе задача психотерапевта показать, что проблема нелепа. Например, женщина боится поскользнуться и упасть в лужу. В данном случае доводим ситуацию до абсурда и совместно с пациенткой представляем, что она падает в лужу, это будет весьма смешно выглядеть. 4) доведение проблемы до завершения. Если нет возможности завершить процесс наяву, то обязательно проделать его мысленно. Например, «боишься смерти, а дальше?», «боишься выходить из дома, а дальше?». 5) необходимо свести проблему к проблемам с самой личности. На этом уровне, когда пациент начинает отвергать проблему – это уже успех. 6) приём разрушения апперцепции – в повседневной жизни люди пользуются шаблонным поведением. Например, страх перед пьяным отцом у детей. Необходимо научить делать по-другому (включение элементов научающей психотерапии). 7) приём работы с амбивалентностью. Например, в любви может быть ненависть, если женщина находится в состоянии развода, или смена работы (можно увидеть элементы негативизма). Метод кристаллизации проблем предполагает под собой элементы выбора. Методика показана при возникновении проблем с ответственностью, проблемах вины, отсутствием жизненной перспективы и цели. Например, в период развода, при потере доверия к другим. В.В. Макаров выделяет 3 уровня проблем. 1 – поверхностный, 2 – глубокий, он лично важен, 3 – экзистенциальный. При этом выделяются следующие уровни кристаллизации проблем: «нулевой уровень» – проблема остается без изменения, например – «уродующая травма лица», «лишился большой суммы денег». «Первый уровень» – проблема вербализуется с помощью психотерапевта, становится более ясной. «Второй уровень» – проблема вербализуется, превращается в задачу. «Третий уровень» – проблема вербализуется и пациент приступает к разрешению этой проблемы. «Четвертый уровень» – когда пациент осознал,

обнаружил, в чем смысл проблемы, либо пациент понял, что все бессмысленно.

29) МЕТОД СИСТЕМНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ – больной в своем воображении представляет для себя неприятную фобическую ситуацию. Когда клиент на пике фобической ситуации он подает знак и врач релаксирует его. Показания: лечение фобий в детском и взрослом возрасте, сексуальные функциональные расстройства, навязчивости, депрессии, заикание.

30) МЕТОДИКА ВЫЗВАННОГО ГНЕВА – частный случай метода десенсибилизации. Человека, который боится, научаем заменять страх гневом и агрессией. Например, если женщина боится, что за ней идёт кто-то следом, резко развернуться и спросить резким тоном – «чего тебе надо?!», либо – бежать. Необходимо чтобы ситуация перешла в разрешимую.

31) МЕТОД «НАВОДНЕНИЯ» (flooding) – методика экспозиции и торможения реакций, состоит из следующих этапов: а) тщательный анализ объектов или ситуаций, провоцирующих страх, время выдержки страха составляет около 60 минут, б) тщательное и детальное объяснение процесса лечения, проводится внушение, что если пациент выдержит устрашающую ситуацию, то это приведет к уменьшению страха, в) конфронтация и торможение реакции в реальной ситуации (психотерапевт в это время находится рядом, поддерживая пациента). Этот пункт противопоказан при сердечных заболеваниях, провоцирующим фактором может послужить гипервентиляция, г) копинг-стратегии.

32) МЕТОДИКА МИЛТОНА – разрушение психологического напряжения, частный случай метода десенсибилизации. Примеры.

1) Страх воровства. а) установить замки; установить сигнализацию, б) ложась вечером спать, через час пусть сработает будильник – проверить замки, через 6 дней пациент обязан прийти к психотерапевту, в) Если работает – через каждый час бегать проверять квартиру,

г) дома необходимо проводить ежедневную генеральную уборку, ежедневный мелкотекущий ремонт, в крайнем случае, дать совет пациенту сменить жилье. 2) Разорение. Как показывает практика, деловые люди по 5–6 лет не бывают в отпусках, как только произошло разорение, возникает астенический синдром. Перед психотерапевтом стоит определенная задача – скорректировать астенический синдром. Он дает совет пациенту – «напишите об этом книгу». Есть немало случаев из практики, где пациенты, таким образом, переживали свое горе, подходили к новым трудностям с пережитым и переоцененным и вновь «оказывались на коне». 3) Разрушение дома. Нужно объяснить пациенту, что сразу дома у него не будет, этого ему никто не даст. Здесь действует один из принципов гештальттерапии – «надейся на самого себя, ты сам должен обрести новый дом, строй его постепенно». 4) Разрушение семьи – если уходит мужчина, он обязан оставить все (в нашей стране). На предразводном этапе психотерапевты должны помнить – развод должен произойти очень быстро, иначе это приводит к пролонгированным психотравмам. За рубежом составляется брачный контракт и с разводом, как правило, нет проблем. В нашей стране можно рекомендовать при разводе «временный брачный контракт», чтобы не пострадали интересы супругов.

33) МЕТОДИКА НАСЫЩЕНИЯ. Эффекта насыщения можно добиться путем многократного повторения навязчивых действий. По механизму действия метод близок к парадоксальной интенции. Показанием служат навязчивости моторного типа.

34) МЕТОД «ОБЛЕГЧЕННЫХ КОММУНИКАЦИЙ» (facilitated communication). Метод разработан Розмари Кроссли (1980), с целью помощи инвалидам. Пациент старается выразить свои чувства через компьютер, помощник (fasilitator) облегчает задачу, держа его за плечо.

35) МЕТОДИКА ОСТАНОВКИ МЫСЛИ. Пациент сидит в расслабленной позе и без остановки говорит, когда достигает пика страха, доктор кричит – «Стоп!», либо обрывает страх посредством свистка. Как

только у пациента появляется страх, он должен мысленно сказать себе – «Стоп!». Желательно довести это действие до автоматизма. Сеанс продолжается 20–45 минут. Показанием для этой методики являются разнообразные обсессивно-фобические состояния.

36) МЕТОДИКА «СЛАЙДА» ИЛИ «ФОТОГРАФИИ» - методика, широко используемая в НЛП. Пациент должен представить себе ситуацию в виде фотографий или слайдов, н., ситуация с экзаменом. Необходимо поработать с тренером, научиться ярко представлять заданные образы, представить себя успешно сдающим экзамен в виде последовательных фотографий, или идущих друг за другом слайдов.

37) МЕТОДЫ КОНФРОНТАЦИИ. Специфика этих методов состоит в столкновении с реальными устрашающими ситуациями при одновременной невозможности избегающего поведения. Например, при агорафобии пациент должен совершить поездку в метро, или поход в супермаркет. Решающее значение имеет то, что пациент остается в этой ситуации до тех пор, пока не будет достигнуто существенное уменьшение страха, при этом не следует допускать избегания данной ситуации. В большинстве случаев уже через несколько минут, реже через полчаса – страх незаметно ослабевает. В процессе лечения пациенты берут на себя все большую ответственность и все чаще завершают упражнения в отсутствии психотерапевта. Показания: фобии, навязчивые мысли, навязчивые действия.

38) МИЛЬЕ-ТЕРАПИЯ. Современный подход в диагностике и терапии рассматривает психическое заболевание с точки зрения биопсихосоциальной модели. Исходя из этой модели, в лечении пациента ведущую роль играет бригадное взаимодействие специалистов (психиатр, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе), которое позволяет проводить диагностический и коррекционный этапы с различных точек зрения специальными методами в комплексе. Милье-терапия состоит из поэтапных компонентов, соответствующих различным стадиям заболевания. Выделяют следующие этапы (Аракчеева Е.П., Шанина И.Н., Тимофеева Е.Ю., 2006). 1)

Защита. На этом этапе важно дать понять пациенту, что ему здесь ничего не угрожает, что именно специалисты способны защитить и помочь ему в этот трудный период. 2) Поддержка. Этот этап необходим на всех стадиях заболевания. Важно содействие пациенту в повседневной жизни. Такую поддержку следует оказывать тактично с проявлением должного уважения к пациенту. 3) Структурирование или распорядок. Он обязателен для самоорганизации и самоконтроля. Должен быть чёткий, фиксированный и предсказуемый распорядок дня с установленным временем еды, сна, общения и т.д. 4) Занятость. Пациентов привлекают к участию в творческих мероприятиях отделения и больницы в целом (оформление поздравительных стендов, участие в праздничных концертах, проведение утренней зарядки, назначение ответственного за уборку в отделении и т.д.). При этом очень важно стимулировать поощрениями проявления инициативы и энтузиазма. 5) Закрепление. Это понятие относится к чувству собственного достоинства, индивидуальности, ощущению своей значимости.

39) МУЗЫКОТЕРАПИЯ. Вид эстетотерапии, основанный на использовании музыки в лечебных целях. Методика применяется в групповой и индивидуальной форме; возможно сочетание с другими психотерапевтическими методами.

40) НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ (НЛП) – одна из современных методик психотерапии, называемой «психотерапией новой волны». Относится к методам глубинной/психоаналитической психотерапии (наряду с ребефингом, интерактивной психотерапией, недирективным гипнозом М. Эриксона). Создано Ричардом Бендлером (математик) и Джоном Гриндером (лингвист) в результате того, что они переформировали вопрос: не ЧТО делает эффективная психотерапия, а КАК она делает, и тем самым совершили открытие. Они изучали работы выдающихся психотерапевтов разных направлений (М. Эриксон, В. Сатир, Перлс) и нашли у них некоторые общие черты, а именно – стратегию поведения. Авторы рассматривают НЛП как модель человеческих

коммуникаций и поведения, которая может быть использована в рамках психотерапии, педагогики и менеджмента. В НЛП разработаны специфические методы диагностики и коррекции. При диагностике выявляются речевые искажения метамоделей, ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да – нет», «конгруэнтность – инконгруэнтность», «проблема – ресурс» и поверхностных коррелятов глубинных речевых структур. Диагностика ведущей репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму присоединения к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и калибровки поведенческих стереотипов, в том числе глазодвигательных сигналов. Активно используется техника якорения. Коррекционные техники НЛП преимущественно базируются на следующем алгоритме: 1) Присоединение и создание особого взаимодействия между пациентом и психотерапевтом – «раппорта». 2) Выявление («идентификация») проблемного состояния, то есть такого опыта, который повторяется и воспринимается пациентом как проблема. 3) Выявление («идентификация») ресурса – такого опыта самого пациента, который желателен в этой ситуации или этой группе ситуаций. 4) «Интеграция» проблема-ресурс, смысл которого не замена одного опыта другим, а создание дополнительного выбора поведения в проблемной ситуации и возможности пациента при желании поступать, вести и проявлять себя по-иному. В терапии часто используются трансовые техники. 5) Обязательно заканчивается проверкой на «экологию», то есть проверкой на чистоту и совместимость новой модели поведения с личностью клиента.

41) **ОБЪЕКТИВНОЕ ОПРОВЕРЖЕНИЕ** (оспаривание) – методы и техники рационально-эмоциональной терапии, основанные на использовании для трансформации мыслей хладнокровного, бесстрастного стиля. Объективное, внеличностное обсуждение идей клиента может развеять его пристрастные эмоции, в то время как жесткие и мягкие техники опровержения могут их усилить. Техники объективного оспаривания

предполагают предоставление терапевтом логичных, неэмоциональных аргументов и склонение клиента к моделированию того же стиля. Как клиент, так и терапевт анализируют идеи клиента бесстрастно и отчужденно, как математические формулы. Объективное опровержение предполагает изменение предубеждений в случае, если терапевт поможет клиенту собрать логических доказательств против этих идей больше имеющихся у него аргументов «за». Подходит для сопротивляющихся и защищающихся клиентов, поскольку этот подход не задевает их эмоциональные струны. Объективный анализ идей клиента – ясный и элегантный терапевтический подход. Методы: 1) альтернативная интерпретация, 2) рациональные убеждения, 3) утилитарные доводы, 4) деперсонализация, 5) общественное значение, 6) диспут по поводу иррациональных идей, 7) логический анализ, 8) логические ошибки, 9) поиски уважительной причины. Общие методические принципы: а) Идентификация основных центральных убеждений, вызывающих негативные эмоции. б) Разбивание каждого утверждения на основные логические компоненты. в) Исследование каждого убеждения с позиций индуктивной и дедуктивной логики. г) Выявление ложных суждений и запись всех логических доводов, опровергающих эти суждения. д) Закрепление результатов вне сессии (домашняя работа). Этапы 1-4 выполняются клиентом с помощью терапевта.

42) ОКНО ДЖОГАРРИ (Джозеф Лафт-Инфт Гарри). Оригинальная концепция познания, согласно которой выделяется 4 зоны индивидуального сознания. 1 зона (А) – общедоступная зона, которая известна себе и известна другим, 2 зона (В) – Я не знаю, но другие знают, это для индивидуума своеобразное «слепое пятно», 3 зона (С) – тайная – «мне известно, но никому не скажу», зона, когда информация неизвестна окружающим, но известна индивиду, 4 зона (Д) – не известна ни индивидууму, ни обществу – это бессознательное человека. Путем обратной связи можно узнать о себе больше, и, таким образом, открыть слепое пятно (зона В). С зоной «С» связано самораскрытие. Увеличение зоны «А», за счет зон «В» и «С», несет

за собой положительное действие – уменьшение зоны «Д» (бессознательного).

43) ОПЕРАНТНЫЕ МЕТОДЫ. А. Token–программы («жетонная программа»). Например, пластиковые чипсы пациент может обменивать на первичные подкрепления (телевизор, сладости). Token–программы особенно востребованы в домах интернатах для детей и подростков с нарушенным поведением. Б. Шейпинг – пациент шаг за шагом приближается к желаемому поведению. При этом все оперантные методы должны постепенно меняться на самоконтроль. В поведенческой психотерапии желательно заключение контрактов и договоров между пациентом и психотерапевтом.

44) ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИНТЕНЦИЯ (методика логотерапии, В. Франкл) – суть метода состоит в вызывании у самого себя дрожания (тремора) в ситуации страха и доведения этого страха до пика максимальности, до абсурда, и, как не парадоксально, внезапно страх заканчивается.

45) ПАРАДОКСАЛЬНЫЕ ПРЕДПИСАНИЯ (семейная психотерапия) Психотерапевт дает такие инструкции, чтобы члены семьи воспротивились их выполнению и тем самым изменили свое поведение в нужном направлении. Применение этих техник оправдано в случаях выраженного сопротивления членов семьи терапевтическим изменениям. Задания даются всей семье как целому или же ее подсистемам. Инструкции всей семье требуют тщательной подготовки и контроля над их исполнением. В качестве парадоксального задания супружеской подсистеме семьи можно рассмотреть следующий пример. Супружеской паре, которая часто ссорится и неконструктивно решает конфликты, может быть дано задание: вернувшись домой в определенные дни, ссорится не менее двух часов. Рациональное объяснение, которое дает психотерапевт такому заданию, – это необходимость наблюдать и изучать друг друга во время ссоры. Цель задания – уменьшить количество ссор, так как люди не любят делать себя несчастными, когда им это кто-то приказывает.

46) ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ МЯСИЩЕВА – Основной задачей системы патогенетической психотерапии Мясищева является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности. Важнейшее значение для успеха патогенетической психотерапии играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента, сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия – эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения.

47) ПЕСОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (метод «сэндплэй») – относится к психодинамическому направлению. Основателями метода сэндплэй явились М. Ловенфельд, Д. Кальфф. Материалом песочной психотерапии являются два голубых разноса, песок, камни, фигурки, вода, ракушки, скорлупки и т.д. В данном методе используются различные психоаналитические техники. В частности, извлечение предмета из песка символизирует обнажение того, что было неприятно человеку и какое-то время им скрывалось, но, тем не менее, нуждалось в определении и осознании.

48) ПОГРУЖЕНИЕ, флудинг (от англ. flooding) – термин в англоязычной литературе обозначающий «затопление». Это метод психотерапии, при котором страдающего фобией пациента намеренно подвергают в максимально возможной степени стимулам, вызывающим фобическую реакцию.

49) ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (от слова «pozitum» – действенное, действительное) – одна из современных психотерапевтических

методик гуманистической направленности, относящаяся к краткосрочной психотерапии (40–50 сеансов) и состоящая из 5 ступеней: наблюдение/дистанцирование, инвентаризация, ситуативное ободрение, вербализация, расширение системы целей. Основателями позитивной психотерапии явились Х. Пезешкиан, Н. Пезешкиан. Основная цель позитивной психотерапии научиться говорить «как нужно», дать выход нереализованным творческим энергиям, научиться позитивно реагировать на болезнь. Оригинальная методика лечения посредством притч, пословиц, поговорок, собранных с более чем 40 стран мира. Данный вид психотерапии предусматривает поочередное включение на разных этапах гештальттерапии, психодрамы, психоаналитических методик. В позитивной психотерапии в ходе работы с пациентом выделяются первичные и вторичные способности, актуальный и базовый конфликт. Позитивная психотерапия рассматривает четыре сферы проявления индивида из создавшегося конфликта – это: тело, фантазии, достижения и контакты. 1 сфера – тело: это отношение к спорту, боли или болезни; значение питания; аспект сексуальности; аспект эстетики, косметики; отношение ко сну, бодрствованию; отношение к телесным контактам. 2 сфера – достижения – это: работа, повышение или понижение по служебной лестнице, улучшение финансового состояния; дома – рождение детей, свадьба; покупки – например, автомобиля, мебели, дома, дачи и прочее. 3 сфера – контакты – взаимоотношения с друзьями, коллегами, клубами, организациями. 4 сфера – фантазии – это вопрос о смысле жизни, вопрос о смерти; о жизни после смерти; вопрос о близком и далеком будущем. Индивид реагирует на конфликт по первой сфере либо бегством в болезнь, либо в спорт; по второй сфере – бегство либо в работу дома (приносят гору бумаг и занимаются работой), либо бегство в лень; по третьей сфере – либо бегство от конфликта в общество, либо – обратная реакция – бегство в одиночество (в этом состоит транскультуральный подход позитивной психотерапии); по четвертой сфере – индивид «убегает» в мир

фантазий, рисует, слушает музыку и прочее. Широко используется в лечении разнообразных психосоматических расстройств.

50) ПРЯМЫЕ ПРЕДПИСАНИЯ (сем. психотерапия). Под прямыми предписаниями понимаются объяснения, предложения, интерпретации и задания, предназначенные для того, чтобы их поняли буквально и следовали им так, как предписывает терапевт. Они имеют целью непосредственно изменить правила или роли в семье. В их числе – обучение родителей управлению детьми, перераспределение обязанностей между членами семьи, установление возрастной иерархии и сообщение информации, которой семья не располагает. К ним относятся также содействие открытому общению, выявление скрытых чувств, установление в семье личностной обратной связи и интерпретация внутрисемейных взаимодействий. Предпринимая прямые предписания, терапевт рассчитывает на то, что его указаниям будут следовать, и поэтому прибегает к ним в тех случаях, когда считает, что они окажут воздействие на семью.

51) ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ САМБО. Задача техник психологического самбо (по В. Козыреву, 2004) – предохранить себя от разрушительных последствий варварского нападения и манипуляции, помочь себе справиться с ошеломленностью, смятением, эмоциональной бурей в душе. Техники самбо позволяют выиграть время, нужное для того, чтобы вновь обрести самоконтроль и восстановить свои способности к функционированию в интеллектуальном пласте взаимодействия с партнером. Психологическое самбо требует: а) использование четких речевых формул; б) правильно подобранной интонации (например, холодной, спокойной, задумчивой, веселой или грустной);

в) основательности в ответе, которая достигается: выдерживанием паузы перед ответом, неторопливостью ответа, обращенностью ответа в пространство более глубокое и обширное, нежели то, которое представляет собой непосредственная зона столкновения. Пауза большинством нападающих воспринимается как признак силы, если, конечно, адресат

молчит не потому, что потерял «дар речи». Пауза должна сопровождаться задумчивым выражением лица и внимательным (даже несколько пристальным) взглядом в лицо собеседнику. Слишком поспешный ответ означает, что адресат не в состоянии справиться интервенцией и торопится «отбросить» выброшенное в него ядро, как пытаются отбросить горячую картофелину. Самооборона требует спокойствия и задумчивости, возможно, даже грусти. Использование других интонаций, например, напористой или язвительной, будет означать ответное нападение, опять-таки перебрасывание картофелиной. Техники психологического самбо: техника бесконечного уточнения, техника внешнего согласия, или «наведения тумана», техника испорченной пластинки, техника английского профессора (о техниках см. подробнее).

52) ПСИХОДРАМА – психотерапевтический метод, основанный на ролевых играх, разработан Я. Л. Морено. Основные понятия психодрамы. 1) ролевая игра – приём, который состоит в исполнении какой-либо роли в любительском представлении, психодрама, как полагал Морено, позволяет преодолеть устойчивые модели по сценарию. 2) спонтанность и творчество – ядро теории Морено, открытие внутренней свободы человека. 3) теле – двусторонняя передача эмоций между клиентом и психологом, в отличие от переноса и контрперенос. 4) катарсис – очищение как зрителя, так и самого актёра. Морено считал, что психодрама пошла в более глубоком и очищающем сознание и эмоциональную жизнь пациента направлении, нежели психоанализ у Фрейда. 5) инсайт (вспышка, озарение) – приводит к немедленному решению проблемы. Руководитель группы называется режиссёром – определяет задания, «запускает» спектакль. Руководитель выполняет 3 роли: продюсера – управляет группой, терапевтом – помогает участникам группы изменить неудачные паттерны поведения; аналитик – интерпретирует и комментирует поведение участников. Тот участник, который является субъектом конкретного психодраматического действия называется протагонистом. I фаза классической психодрамы называется

разминкой. Она состоит из 3 стадий. 1 стадия – постепенное раскрепощение участников, 2 стадия – стимуляция спонтанности, 3 стадия – фокусировка участников тренинга на задании. II фаза действия – работа по преодолению сопротивления, завершение процесса, катарсис. III фаза – интеграция, куда входит отображение, обмен ролями, сопереживание, обсуждение, и, наконец – завершение. В психодраме активно используется монолог – театральная реплика, в которой протагонист выражает свои скрытые чувства и мысли себя и аудитории, а также принимает самое активное участие двойник, или второе «я», двойник пытается стать протагонистом, дублируя роль и неполучившиеся жизненные эпизоды «проигрывает» на своё усмотрение, решая, таким образом, ту или иную проблему.

53) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДЕВИЗ – «Вот есть множество путей и дверей, однако пойти по тому или иному пути и открыть ту или иную дверь Вы должны сами».

54) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТРАКТ – официальный документ, заполняемый психотерапевтом и пациентом. Он включает в себя оговоренную с психотерапевтом и пациентом лечебную программу, пункты которой следует безукоризненно выполнять обеими заинтересованными сторонами. В контракте оговаривается чёткая стоимость лечения, чёткий график лечебных сессий, право пациента прервать лечение (например, из-за отсутствия денег). Права пациента должны возобладать над правами психотерапевта.

55) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ – вид психотерапевтического вмешательства, который характеризуется определёнными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия.

56) РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – С конца 90-х годов XIX века в Швейцарии увлеченно стал заниматься психотерапией невропатолог Дюбуа. Одно время он был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод

рациональной психотерапии, который противопоставил гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение». Рациональная психотерапия, опираясь, по словам Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлогистические доказательства», рассеивает ошибки в суждениях больного о характере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, касающихся его болезни – таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии. Основа метода заключается в логическом переубеждении больного, обучении его правильному мышлению, исходя из того, что болезненные проявления являются следствием ошибочных умозаключений, заблуждений больного, обычно связанных с недостатком правильной информации. Техника проведения предусматривает директивный подход с использованием авторитета, престижа и знаний врача, а также приёмов убеждения, разъяснения, ободрения и отвлечения. Рациональная терапия широко используется и для убеждения пациентов – мужчин в активном отказе от употребления спиртных напитков, больным объясняются их ошибочные суждения и умозаключения в отношении пользы алкоголя. Положительный эффект даёт, в ходе рациональной психотерапии, развенчание в глазах пациента патологического характера стереотипа его поведения (излишнее самолюбование, претенциозность, легкомысленно-пренебрежительное отношение к партнёру). Направление психотерапии, заложенное Дюбуа, не утратило своего значения и в настоящее время. Рациональная психотерапия входит практически во все виды психотерапии.

57) РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – относится к бихевиористическому направлению в психотерапии. 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. Deskриптивные когниции содержат информацию о реальности, о

том, что человек воспринял в мире. 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 (ИВ). 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. Цель рационально-эмоциональной психотерапии – перевод пациента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные. Важным элементом данного варианта психотерапии являются домашние задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

58) РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАРВАСАРСКОГО, ТАШЛЫКОВА, ИСУРИНОЙ (1985) – относится к психодинамическому направлению. Задачи личносно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания – на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы. Механизмы лечебного действия личносно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях – когнитивной, эмоциональной и поведенческой – и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

59) РОДИТЕЛЬСКИЙ ТРЕНИНГ. 1 этап посвящен обучению процессу видения. Происходит процесс взаимодействия, который лучше всего

фиксировать при помощи видеокамеры. При этом обращается внимание на то, как родители говорят и что они говорят (вербальный аспект), уделяется должное влияние проявлениям грубой и тонкой моторики. Обращается также внимание на то, куда устремлен взгляд (визуальный контакт), каковы мимика, жестикуляция и голос (способы самовыражения), как разворачивается действие во времени (временные соотношения). На 2-ом этапе происходит интерпретация и оценка, на 3-м вырабатываются стратегии преодоления психологических разногласий.

60) СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. Время возникновения – конец XX века. Основатели: В. Сатир, Боуэн, Минухин, Мягер, Мишина, Эйдемиллер, Юстицкис, Ю. А. Рахальский, А. У. Тибилова, Ю. М. Данилов, В. С. Григорьевских, В. Г. Будза, А. Н. Минеев, О. В. Кудряшова, А. И. Задыханова, Е. Г. Силяева, А. В. Черников, Р. Бэндлер, J. Knoblochova, F. Knobloch, D. Hell, J. E. Hokanson, W. P. Sacco., S. L. Blumberg., G. C. Landsum, C. C. Tolsdorf, M. R. Yarrow., C. G. Schwartz., H. S. Murphy, L. C. Deasy, C. E. Vaughn и др. Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Мягер, Мишина). Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему. В настоящее время границы между различными методами семейной психотерапии стираются. Оставаясь в своей основе системной, за годы своего развития семейная психотерапия вобрала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной терапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого

подхода. В основе нарративного (повествовательного) подхода в семейной психотерапии лежит работа с жизненными историями пациентов (анализ проблемных историй) и создание альтернативных повествований, открывающих новые перспективы для людей. Нарративный подход может служить стратегической линией для системных и психодинамических гипотез. Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем. Общие цели разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу; модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи. В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер, Юстицкис): 1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидация семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии. В рамках психотерапии проводится совместное обсуждение действия в микрогруппе, корректируется отношение окружающих к больному, исправляются дефекты воспитания, также, по возможности, оказывается помощь в рациональном трудоустройстве. Важными являются попытки

благоприятного разрешения конфликтных ситуаций, или, хотя бы уменьшение их значимости; оздоровление эмоционального микроклимата в семье. Осуществляется работа с группой из нескольких семейных пар. Целью семейной психотерапии является также изменение дезадаптивных правил, которые действовали в семье, установления равновесия между личными и семейными факторами, искоренение взаимных обвинений. Модифицированная семейная психотерапия разработана и апробирована Н. В. Александровой и Э. Г. Эйдемиллер (2006). Данная модель предусматривает использование при проведении семейной психотерапии три подхода – психоаналитический (исследование исторического прошлого семьи и её предшественниц – родительских семей), системный (исследование семьи в ситуации «здесь и сейчас» как открытой системы, подчиняющейся действию законов, регулирующих деятельность всех систем) и нарративный (исследование различных сторон жизни семьи и взаимодействий её членов на языке семьи с целью достижения взаимопонимания между членами семьи). Методологические принципы системной семейной психотерапии.

1) Циркулярность – всё, что происходит в семье, подчиняется не линейной, а циркулярной логике. Линейная система – это там где есть причина и следствие: сын плохо учится – нужно усилить обучающий процесс. Циркулярная система: сын плохо учится – мама больше уделяет времени сыну, а почему? – а потому что между ней и отцом вакуум в отношениях, и эту пустоту она пытается заполнить отношениями с сыном. 2) Нейтральность – эффективная психотерапия требует сохранения психотерапевтом нейтральной позиции. Психотерапевт сочувствует всем членам семьи, не присоединяясь ни к кому. 3) Гипотетичность – проверка гипотезы о цели и смысле семейной дисфункции, при этом психотерапевт задает 2 основных вопроса: – зачем в семье что-либо происходит(?) и каким образом наблюдаемая дисфункция используется системой(?). Показания к проведению семейной психотерапии: 1) семья сама оценивает свои трудности как проблему семейных взаимоотношений, 2) все лица семьи

готовы к сотрудничеству, имеют мотивацию к изменению, 3) общие сеансы показаны сразу после суицидальных попыток, 4) эффективность и тогда, когда первично обратившийся пациент находится в сильной зависимости от других членов семьи; 5) психосоматические расстройства; 6) интровертивные расстройства; 7) школьные фобии; 8) подростковые реакции эмансипации. Противопоказания к проведению семейной психотерапии: 1) острые психозы; 2) тогда, когда между родителями протекают тяжелые конфликты; 3) тяжелые неврозы страха, навязчивостей; 4) серьезные сексуальные проблемы.

61) СИМВОЛДРАМА (КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ) – лечение образами – вид психотерапии, относящийся к неонализу, психодинамическому направлению. Это метод глубинно-психологически ориентированной психотерапии, в котором используется особая форма представления образов (имагинации), чтобы наглядно показать бессознательные фантазии, мотивацию, конфликты и механизмы защиты, а также отношения переноса и сопротивление и способствовать их переработке, как на символическом уровне, так и в ходе психотерапевтической беседы. Оказался клинически высокоэффективным при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности. Основателем символдрамы явился немецкий психотерапевт Х. Лейнер, популяризатором данного метода в России явился к.п.н. Я. Л. Обухов. Символдрама является наиболее глубоко и системно проработанным, технически организованным методом, имеющим фундаментальную теоретическую базу. В основе метода лежат концепции классического психоанализа, а также его современного развития. Понимание символики образов и процессов, происходящих в символдраме, значительно обогащается обращением к теории архетипов и коллективного бессознательного К. Г. Юнга, а также к разработанному им методу активного воображения. В символдраме успешно соединились преимущества богатого

спектра психотерапевтических техник, занимающих полярное положение: классического и юнгианского анализа, поведенческой психотерапии, гуманистической психологии, Эриксоновского гипноза и аутотренинга. С феноменологической точки зрения, можно проследить параллели с детской игровой психотерапией и гештальттерапией. В техническом плане символдраме близки элементы ведения психотерапевтической беседы по К. Роджерсу и некоторые стратегии поведенческой терапии по Й. Вольпе. Тем не менее, символдрама – это не комбинация из смежных методов, а самостоятельная, оригинальная дисциплина, многие элементы которой возникли задолго до того, как они появились в других направлениях психотерапии. Классическим, является предложение пациенту некоторой темы для кристаллизации его образной фантазии – так называемого мотива представления образа. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациентов, в ходе долгой и кропотливой экспериментальной работы были отобраны такие, которые обладают наибольшим психотерапевтическим эффектом. Основные лечебные мотивы символдрамы: а) луг, б) подъём в гору, в) следование вдоль ручья, г) обследование дома, е) наблюдение опушки леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса. Все мотивы имеют, как правило, широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определенное соответствие между каждым конкретным мотивом и некоторой проблематикой. Символдрама становится важным звеном в отечественной психотерапии. Этот метод хорошо соответствует ожиданиям, традициям, установкам и ментальности в целом, характерным для пациентов в нашей стране, ориентированных скорее на эмоционально-образное, чем на чисто рациональное переживание и решение психологических конфликтов. Психотерапия по методу символдрамы проводится в индивидуальной и групповой форме, а также в форме психотерапии пар, когда образы одновременно представляют либо супруги/партнеры, либо ребёнок с одним из родителей. Символдрама хорошо сочетается с классическим

психоанализом, психодрамой, гештальттерапией и игровой психотерапией. Её распространение имеет большое значение для становления и развития системы психотерапевтической помощи и подготовки новых высококвалифицированных специалистов, существенно обогащая теорию и практику психотерапии.

62) СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ – метод поведенческой психотерапии, применяемый при фобиях, при сексуальных функциональных нарушениях, навязчивостях, депрессиях, заикании. Метод систематического постепенного уменьшения сензитивности (т.е. чувствительности) человека к предметам, событиям или людям, вызывающим тревожность. У человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызывается представление о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем посредством углубления релаксации клиент снимает тревогу. В воображении представляются различные ситуации: от самых легких – к трудным, вызывающим наибольший страх. На 1 этапе происходит научение пациента мышечному прогрессивному расслаблению по Джекобсону, на 2 этапе, с помощью психотерапевта выбирается около 10 ситуаций, которые вызывают у него страх различной интенсивности, и выстраивает их в ряд по силе этой реакции («термометр страха»). На 3 этапе – фазе собственно десенсибилизации – пациент представляет себе ситуации, вызывающие страх «in sensu» (в представлениях), причем начинает с воображения наименее угрожающих картин и в процессе обучения доходит до самых страшных. Пациент переходит к следующей, более устрашающей ситуации, если он полностью преодолел страх при воображении предыдущей ситуации.

63) СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ПО ВОЛЬПЕ. Пациент сначала мысленно, а затем реально вступает в контакт с фобическим объектом или соответствующей ситуацией. На 2-ом этапе, с помощью аутогенной тренировки, пациент приобретает способность переживать провоцирующий страх ситуацию.

64) СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ – метод поведенческой психотерапии, противоположный по механизму воздействия методике десенсибилизации. Подразумевает создание у человека очень высоких уровней тревожностей в интенсивной стрессогенной ситуации. Состоит из двух этапов: на первом устанавливаются взаимоотношения между клиентом и психотерапевтом и обсуждаются детали взаимодействия; на втором этапе создается наиболее стрессогенная ситуация (обычно в воображении), а затем в реальной жизни. В каком-то смысле, этот приём аналогичен обучению ребёнка плавать, когда его бросают в воду в самом глубоком месте. Благодаря прямому столкновению с пугающим объектом клиент обнаруживает, что на самом деле объект не является таким уж страшным.

65) СКАЗКОТЕРАПИЯ. В настоящее время принято подразделять сказки по сюжету и содержанию на: художественные; дидактические; психокоррекционные; медитативные; психотерапевтические. Основные идеи сказкотерапии состоят в следующем. Окружающий мир живой, в любой момент он может заговорить с нами (от людей до растений). Оживление объекта окружающего мира (имеют право на собственную жизнь). Разделение добра/зла, формирование чувства бодрости духа. Самое ценное достается через испытания. Вокруг нас много помощников, но они приходят для чувства самостоятельности, доверия к окружающему миру. Выделяют также сказки-страшилки: проживая тревожную ситуацию в сказке, дети освобождаются от напряжения и приобретают новые способности реагирования. Основные этапы сказкотерапии: Вход (настроить на вход, в круге). Повторение (вспомнить то, что делали в прошлый раз, сделать выводы). Расширение (расширить представление ребенка о чем-либо). Закрепление (проявление новых качеств личности ребенка). Интеграция (связать опыт с реальным днем). Резюмирование (отметить отличившихся). Выход. Способы применения сказкотерапии. 1. Прямая агрессия. Характеристика. Герой достает меч и рубит дракону голову. Использование.

Решение проблемы с позиции силы; показать свою физическую и ментальную силу. 2. Хитрость. Герой притворяется слабым. Посмотреть на ситуацию с другой стороны и обернуть ее в шутку. 3. Использование волшебных предметов. Меч-кладенец, шапка-невидимка. Передача клиенту оберегающих его предметов, внушение чувства защищенности. 4. Групповое решение проблемы. Герои распределяют обязанности между собой. Каждый берет на себя то, что ему удастся лучше. Адекватное распределение ролей в коллективе. 5. Передача ответственности другому. Иван Царевич передает свое право решать Серому Волку. В ситуации, которую сложно решить, важно подумать, кто бы мог помочь. Основоположники сказкотерапии: К.Г. Юнг, Пропп, Андерсен.

66) СОЦИОГРАММА МАРИНО. Согласно оригинальной концепции Марино, человеческое «Я», будучи ребенком, на 1-ом месте, по значимости, выделяет родителей: мать, отца. На 2-ом месте, по значимости стоят братья, сестры (сисбы), бабушки, дедушки. На 3-м месте – дальние родственники и социум. Будучи взрослым «Я», на первое место выходят отношения с супругом/супругой и детьми, на втором месте по значимости родители, родственники, друзья, на третьем – социум.

67) СУПЕРВИЗИЯ. Важнейшим, быстрым и надежным способом вхождения в профессию психотерапевта является супервизия. (Супервизором, согласно действующего законодательства, может стать специалист выше рангом. Например, у обучающегося по профессии психотерапии супервизором может стать действующий психотерапевт, у кандидата наук супервизором может стать только доктор наук). При супервизии могут быть использованы различные технические подходы между преподавателем и обучающимся. А. Дидактический подход, позволяет заполнить пробел в знаниях и опыте психотерапевта с помощью активного совместного обсуждения. Главный объект анализа – пациент. Подвергаемый супервизии получает рекомендации и методические указания по проведению клинической работы, определению и выбору психотерапевтических

«мишеней» и методов. Б. Поведенческий подход – позволяет обучающемуся перенимать конструктивные способы мышления и поведения преподавателя, который на основе моделирования и положительного подкрепления ускоряет освоение психотерапевтом нового опыта. Однако и в этом случае супервизор занимает директивную, не терпящую возражений позицию, что ведет к ограничению развития индивидуального стиля психотерапевта. В. Личностный, или динамический подход – наполнен обсуждением с супервизором незамеченных окружающими и самим психотерапевтом мешающих психотерапии установок, эмоциональных реакций, стереотипов поведения как пациента, так и самого психотерапевта. Следует подчеркнуть, что речь идет лишь о выявлении у обучающегося «слепых пятен», а не об анализе и интерпретации его неосознаваемых эмоциональных и защитных реакций. Г. Гуманистический подход – позволяет супервизору создать доверительную атмосферу отношений с обучающимся, учебный союз по типу сотрудничества, совместного исследования психотерапевтического процесса с использованием эмоциональной поддержки и эмпатической проработки переживаний психотерапевта. В ряде случаев полезным оказывается анализ аудиовидеозаписи. Основные аспекты содержания консультаций с супервизором являются: 1) систематизация знаний применительно к конкретному клиническому материалу, формирование клинического мышления; 2) когнитивный стиль работы, способы мышления, особенно творческого и независимого, поиск нового взгляда при подходе к решению проблем терапии; 3) взаимоотношения психотерапии – пациент, способы установления и использования психотерапевтического контакта, освобождение от мешающих стереотипов, обнаруживаемых у психотерапевта с разными типами больных; 4) навыки владения методиками психотерапии, периодическое сосредоточение внимания на теоретических и практических сторонах той или иной методики, н., гипнотерапии; 5) осознание проблем личности психотерапевта, создающих трудности в процессе супервизии. Супервизия осуществляется в 3 этапа (ей отводится не менее 50 часов). 1. На

первом «вводном» этапе (не менее 12 часов) супервизия проводится в рамках балинтовских групп. 2. На втором, «базисном» этапе (не менее 12 часов) проводится индивидуальная форма супервизорских консультаций, в ходе которых супервизор активен, прибегает к встречам с пациентом для уточнения и прояснения клинической ситуации, осуществляет корректирующий консультативный диалог с врачом. 3. На третьем, «продвинутом» этапе (не менее 26 часов) супервизор предоставляет инициативу обсуждения процесса психотерапии психотерапевту, способствует развитию у него творческого подхода к терапии, поддерживает более свободное поведение в диалоге с супервизором, материалом для обсуждения и анализа являются записи врача о своих встречах с пациентами, обычно в письменном виде.

68) ТАНАТОТЕРАПИЯ (букв. – «леч. смертью») – психотерапевтический процесс (один из подразделов телесно-ориентированной психотерапии, психоаналитическое направление), используемый в России, в частности, московскими психотерапевтами, состоящий в закапывании пациента, страдающего различными фобиями, а также невротическими и навязчивыми расстройствами в импровизированную могилу (с воздухоотводом, в летнее время) на ночь. В результате терапии (сенсорной депривации) вышеперечисленные расстройства нивелируются.

69) ТАНЦЕВАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ. Танцевальная терапия ведет начало от творческого танца. Танец в терапии – в отличие от танца-представления – использует относительно неструктурированные двигательные формы и спонтанно освобождающиеся чувства. Танцевальная терапия стала популярна после второй мировой войны, чему способствовали такие ее первые практики, как Мэриан Чейс. Целями танцевальной терапии являются: расширение сферы осознания собственного тела; развитие положительного образа тела, социальных умений; исследование чувств и создание глубокого группового опыта. Фундаментальными для танцевальной терапии являются взаимоотношения между телом и разумом, спонтанными движениями и

сознанием, а также убежденность в том, что движение отражает личность. Руководитель группы танцевальной терапии выступает как партнер по танцу, режиссер событий, катализатор, облегчающий развитие через движение. Терапевт создает безопасную окружающую среду для исследования себя и других и работает над отражением спонтанных движений членов группы и расширением репертуара движений. Танцевальный терапевт применяет структурированные упражнения на расслабление, дыхание, размещение, управление и движение в пространстве. Система форм усилий Лабана часто применяется для диагностики движений и помощи участникам в расширении репертуара движений. На большинство подходов танцевальной терапии повлияла психоаналитическая теория. Техника «тело-Я» Сэлкина использует целенаправленное физическое движение для усиления ощущения самотождественности. Танцевально-двигательная терапия П. Бернштейна использует ритуал (символическую ролевую игру) и воображение для исследования скрытых чувств и преодоления кризиса развития. Психомоторный тренинг Пессо не придает значения дисциплине танца, а делает акцент на выражении эмоций через движение. Тогда как прежде танцевальная терапия применялась почти исключительно к людям с тяжелыми нарушениями, сегодня танец все больше ориентируется на работу со здоровыми людьми, имеющими психологические затруднения, с целью развития у них приспособляемости, чувства удовольствия и группового взаимодействия, а также для выражения и направления сильных эмоций.

70) Т-ГРУППЫ – Первые Т-группы (группы тренинга) были основаны в 1946 г. Куртом Левином и его коллегами, заметившими, что участники групп получают пользу от анализа собственных групповых переживаний. Лабораторный тренинг предлагает широкий спектр методов обучения, направленных на развитие межличностных умений и исследование процессов, происходящих в малых группах. Некоторые Т-группы, получившие название групп сензитивности, могут иметь целью всестороннее развитие личности отдельных участников. Ценности, лежащие в основе

движения Т-групп, включают: ориентацию на поведенческие и общественные науки, демократичные процессы в противовес авторитарным, способность устанавливать отношения взаимопомощи. Основные понятия, связанные с Т-группами: обучающая лаборатория, обучение тому, как учиться, принцип «здесь и сейчас». Обучающая лаборатория фокусирует внимание на опробование новых видов поведения в безопасном окружении. Обучение тому, как учиться, включает цикл: самопредъявление – обратная связь – экспериментирование. Обратная связь, раскрывается на примере «Окна Джогари», – наиболее важном понятии в методологии Т-групп.

71) ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (телотерапия) – метод психотерапии, направленный на изучение тела, осознание человеком телесных ощущений, изучение потребностей, желаний и чувств, проявляющихся в различных телесных состояниях. Основатель метода – В. Райх. К телесной терапии относятся также концепция телесного осознания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александера, метод чувственного сознания (Селвер и Брукс), структурная интеграция (Рольф) и другие подходы, подчеркивающие значение физических характеристик. Основные понятия телесной терапии введены учеником В. Райха – Александром Лоуэном, основателем биоэнергетики, и включают энергию, мышечную броню и почву под ногами. Хронические блокировки спонтанного течения энергии отражаются в телесной позе, движении и физическом строении. Между этими физическими переменными, структурой характера и типами личности существуют тесные взаимосвязи. Основное препятствие для личностного роста Райх видел в «защитном мышечном панцире», который мешает человеку жить полноценной жизнью в гармонии с окружающими людьми и природой. Он выделял семь сегментов «мышечного панциря», охватывающего тело: 1) область глаз, 2) рот и челюсть, 3) шея, 4) грудь, 5) диафрагма, 6) живот, 7) таз. Основная цель телотерапии – раскрепощение мышечных зажимов и блоков, снятие за счёт этого психологических комплексов и проблем. Метод Фельденкрайза

сосредоточивается на позе тела и имеет целью формирование лучших телесных привычек, рост самосознания и утверждение образа «Я». Метод Александера направлен на исследование привычных телесных поз и осанки и их изменение путем поощрения адекватных психических установок. Структурная интеграция, называемая также рольфинг, использует прямое манипулирование для изменения мышечных фасций и перестройки телесных функций. Первичная терапия, созданная Артуром Яновым, направляет усилия участников на «разрядку» примитивных чувств, которые были заблокированы в раннем детстве. Янов пользовался большим влиянием, но подвергался критике за неумеренные претензии и теорию развития.

72) ТЕРАПИЯ СРЕДОЙ. Система терапевтических мероприятий, направленных на максимальное раскрытие имеющихся у больных адаптивных возможностей с помощью организации позитивного взаимодействия с окружающей средой. Социотерапия включает как демократическую систему взаимодействия персонала и больных с участием последних в терапевтическом процессе, так и организацию приближенных к «обычной» жизни стилей существования. В работе с пациентами применяются приёмы совместного времяпрепровождения и развлечений, занятость больных по интересам с активной инициативой самих пациентов, комфортные и эстетически-позитивные условия быта. Подбираются индивидуальные типы среды. Терапия проводится последовательно: уравнивающая – в остром периоде болезни, воодушевляющее-поддерживающая – в периоде реабилитации, тренинговая – во время интенсивной психотерапии по обучению новым навыкам адаптации, заботящаяся – в лечении хронически больных.

73) ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ. Создателем этого метода психотерапии является американский психиатр Эрик Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения

в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса – реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей. Трансактный анализ включает в себя: 1) структурный анализ – анализ структуры личности; 2) анализ транзакций – вербальных и невербальных взаимодействий между людьми; 3) анализ психологических игр – скрытых транзакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу); 4) анализ сценария (скрипт-анализ) – индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует. Структура личности характеризуется наличием трех состояний Я: Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчеркивается, что Я-состояния – это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией. Родитель – это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации. Ребёнок – это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придает человеку обаяние и теплоту. Взрослый – это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения. При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться различные Я-

состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые трансакции. Дополнительными называются трансакции, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие взаимодействия не конфликтогенны и могут продолжаться неограниченное время. Конфликтогенной способностью обладают перекрестные трансакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее Я-состояние. Скрытые трансакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух Я-состояний, так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых трансакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор трансакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Понятие психологической позиции является одним из основных. Известным пропагандистом его стал психиатр Харрис благодаря своей книге «Я о'кей – ты о'кей». Название книги выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе трансактной терапии. Сценарий – это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через трансакции, происходящие между родителями и ребенком. Трансактный анализ – это интеракционная психотерапия, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям, пониманию механизмов поведения и их расстройств.

74) ТРЕНИНГ УВЕРЕННОСТИ В СЕБЕ (автор – амер. психотерапевт Келли). На каждое право отводится 1 сеанс занятий. Первое право – быть одному. Женщинам после 25 лет, мужчинам после 30. Быть одному созвучно позиции – «здесь и теперь», эта позиция пролонгируется во времени, человек

может не заводить детей, семью. Второе право – относительная свобода от социальных ограничений. Это право быть независимым. Третье право – право на успех (в карьере, в личной жизни), реализация позитивного «я», например – «я успешный, я хочу быть успешным». Четвертое право – право быть выслушанным и принятым всерьез (право реализовать важнейшие социальные потребности). Пятое право – получать то, за что платишь. Шестое право – иметь права. (Это право действовать в манере уверенного в себе человека). Седьмое право – отвечать отказом на просьбу не чувствуя себя виноватым. Восьмое право – право просить то, что ты хочешь. Девятое право – право делать ошибки и быть ответственным (ограниченно) за них. Десятое право – право не быть напористым (быть просто уверенным в себе).

75) «ХОЛДИНГ-ТЕРАПИЯ» – терапия удержанием. Сопротивление аутичных детей близости и физическому контакту следует преодолевать до тех пор, пока ребенок не откажется от противодействия. После этого страх перед близостью уменьшается. Этапы проведения. 1) матери или близкому лицу дается совет крепко обнимать и прижимать к себе ребенка; 2) аутичные дети демонстрируют нарастающее сопротивление удержанию. Не следует уступать этому сопротивлению, нужно теснее прижимать к себе ребенка и пытаться установить при этом зрительный контакт. 3) сопротивление усиливается; ребенок может прийти в состояние резко выраженного возбуждения (может царапаться, кричать и прочее); 4) ребенка удерживают вплоть до фазы истощения и отпускают лишь тогда, когда возможен контакт другого рода; 5) сеансы холдинг-терапии должны проводиться ежедневно, и, как правило, продолжаться в течение часа. Не следует отказываться от этой процедуры, даже если кажется, что ребёнок чувствует себя несчастным.

76) ХОЛОТРОПИЧЕСКАЯ/ХОЛОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ – теория и практика психотерапии и самоисследования, разработанная Станиславом и Кристиной Гроф. Центральным звеном в холотропной терапии являются определенные дыхательные техники.

77) ТЕХНИКА ЦВЕТОВОГО ДЫХАНИЯ. Сбросив всё неприятное, последние минуты перед неприятной ситуацией лучше провести в одиночестве. Здесь уместна техника цветового дыхания. Это упражнение, основанное на представлении, что вдыхаемый воздух – чист, свеж и окрашен в жёлто-оранжевые цвета (по Т. В. Решетовой, 2006).

78) ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ – психология, появившаяся в 30-40 е годы XX века сразу в нескольких странах – Франции, Голландии и Германии, и др. Экзистенциальная психология имеет два направления - феноменологическое (описывающее внутренние переживания человека) и собственно экзистенциальное. Последнее направление создается параллельно такими ученым, как Л. Бинсвангер, М.Босс, Р. Лэнг, Р. Мэй, Дж. Бьюдженталь, И. Ялом и др. Экзистенциальная психология постулирует принцип «существование прежде сущности», то есть истина или реальность открываются человеку только через его непосредственное участие, через проживание этой истины. Экзистенциальная психология направлена на весь процесс жизни человека, а не на личность или ее поведенческие аспекты. Объект экзистенциальной психологии – человек и его мир. Экзистенциальная психология помогает человеку понять его жизнь через онтологические характеристики, такие как смерть, свобода, тревога, вина, смысл, воля, ответственность, время. В своей основе экзистенциальная психология связана с онтологией, наукой о бытии.