

Е.В. Мельник

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Челябинск

2016

УДК 615.851 (021)

ББК 53.57я73

М 48

Рецензенты:

кандидат психологических наук, доцент Н.И. Аркаева, Челябинск

кандидат психологических наук, доцент В.К. Шаяхметова,
Челябинск

Мельник Е.В. Основы психотерапии [Текст]: учебное пособие / Е.В. Мельник. – Челябинск : Активист, 2016. – 181 с.

В пособии показана роль изучения психотерапии в подготовке бакалавров психолого-педагогического направления, предложены темы для лекционных, семинарских и лабораторно-практических занятий, список основной и дополнительной литературы, тематика рефератов, курсовых и квалификационных работ, терминологический минимум, вопросы к экзамену, тестовые задания, а также модульная программа дисциплины. Далее представлен краткий курс лекций.

Адресуется всем субъектам психолого-педагогического образования, а также специалистам, занимающимся практической психологией и психотерапией.

© Мельник Е.В., 2016

СОДЕРЖАНИЕ

РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ» В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ.....	3
СОДЕРЖАНИЕ КУРСА (ВКЛЮЧАЯ ТЕМЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ).....	4
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	14
СОДЕРЖАНИЕ МОДУЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.....	17
ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ.....	35
ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ.....	37
КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ.....	39
ТЕМАТИКА КУРСОВЫХ РАБОТ.....	46
ТЕМАТИКА КВАЛИФИКАЦИОННЫХ РАБОТ.....	47
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ МИНИМУМ.....	49
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	50
КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ.....	68

РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ» В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ

Дисциплина «Основы психотерапии» направлена на изучение теоретических и практических основ психотерапии, особенностей психотерапевтической работы с детьми и подростками.

Целью курса является формирование понятия о психотерапии как медико-психологической дисциплине, развитие навыков по применению психотерапевтических методов и техник для профилактики и коррекции отклонений в психологическом развитии детей и подростков, профилактики и коррекции личностных, межличностных, семейных и других проблем.

В ходе изучения курса «Основы психотерапии» решаются следующие задачи:

- формирование понятия о психотерапии, главных подходах в психотерапии, их сходстве и различиях;
- формирование навыков в первичной психотерапевтической диагностике;
- изучение психотерапевтических методов и техник;
- формирование первичных навыков в индивидуальной и групповой психотерапевтической работе;
- формирование понятия о синдроме профессионального выгорания у людей, работающих в профессиях типа «человек-человек», способах и методах его профилактики и коррекции.
- приобретение навыков по применению различных психотерапевтических методов и техник.

Лекционный курс предполагает ознакомить студентов с историческими основами психотерапии, ее главными теоретическими направлениями, с работами наиболее известных представителей данных направлений. В лекционном курсе также представлены структура психотерапевтической работы, основные понятия психотерапии, требования к личным и

профессиональным качествам психотерапевта, особенности организации психотерапевтического приема, групповых и индивидуальных методов работы.

Практические занятия позволяют более глубоко рассмотреть основные подходы в психотерапии, изучить различные психотерапевтические методики и техники и сформировать у студентов навыки по их применению; более подробно разобрать структуру и организацию индивидуальной и групповой психотерапевтической работы, особенности формирования личного стиля психотерапевта и эффективного использования в психотерапевтической практике личностных и профессиональных качеств; рассмотреть развитие синдрома профессионального выгорания у людей, занятых в профессии типа «человек – человек» и методы его профилактики; разобрать особенности индивидуальной и групповой психотерапевтической работы с детьми и подростками, а также особенности работы с различными жизненными проблемами (кризисная психотерапия, терминальная психотерапия, семейная психотерапия).

СОДЕРЖАНИЕ КУРСА (ВКЛЮЧАЯ ТЕМЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ)

Тема 1. Психотерапия как самостоятельная область научных знаний и система практических подходов. История развития психотерапии.

Определение предмета психотерапии. Исторические аспекты развития психотерапии (далее ПТ) как науки. Социальные, научные и исторические предпосылки возникновения ведущих направлений в психотерапии: психодинамического, поведенческого и феноменологического. Современный этап развития психотерапии, в том числе и в России. Современные интегративные тенденции в ПТ. Интердисциплинарный характер психотерапии.

Тема 2. Теоретические основы психотерапии.

Теоретические основы психотерапии. Психология личности как теоретическая основа психотерапии. Основные направления в психотерапии (психодинамическое, поведенческое и феноменологическое). Содержание процесса психотерапии. Цели терапии.

Тема 3. Сущность психотерапевтического процесса.

Сущность психотерапевтического процесса. Общие факторы психотерапии. Последовательность этапов психотерапевтического процесса: установление оптимального контакта, прояснение, определение «психотерапевтических мишеней», применение конкретных психотерапевтических техник, закрепление достигнутых результатов, окончание курса терапии.

Физиологические основы ПТ. Связь психических процессов и физиологических изменений в организме. Физиологический субстрат эмоциональных изменений в процессе терапии.

Тема 4. Медицинская и психологическая модели психотерапии.

Особенности психотерапевтической цели в медицинской модели психотерапии. Показания к применению ПТ в медицинской практике.

Особенности психотерапевтической цели в психологической модели психотерапии. Возможности применения психологической модели ПТ.

Тема 5. Психологические механизмы психотерапевтического эффекта.

Направленность изменений в познавательной сфере (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Направленность изменений в эмоциональной сфере (точное распознавание, вербализация и принятие собственных эмоций, осознание прошлого и текущего эмоционального опыта, формирование эмоционально-благоприятного отношения к себе и

окружающим). Изменения в поведенческой сфере (формирование эффективных навыков поведения).

Возможности изменения личности в процессе психотерапевтического воздействия. Осознание - один из ведущих механизмов психотерапевтического эффекта. Инсайт как психологический феномен. Психофизиологическая основа катарсиса.

Тема 6. Техника и средства психотерапевтического воздействия.

Техники работы с проблемой. Типы невербального взаимодействия психотерапевта с клиентом (время прихода клиента на сеанс, контакт глаз, позы, мимика, жесты, кожная реакция). Типы вербального взаимодействия психотерапевта с клиентом. Специфика психотерапевтического интервью (присоединение к клиенту, отражение чувств, активное слушание, предпочитаемые и нежелательные вопросы).

Тема 7. Позиции терапевта и клиента в процессе психотерапии.

Различие позиций психотерапевта и клиента ведущих психотерапевтических школ. Психоанализ. Понятие о переносе и контрпереносе. Поведенческая терапия. Важнейшее свойство психотерапевта - манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, положительное подкрепление позитивных изменений. Гуманистическое направление. Триада К. Роджерса в клиент - центрированной психотерапии: конгруэнтность во взаимоотношениях с клиентом, безусловно положительная оценка по отношению к клиенту, высокий уровень эмпатии по отношению к клиенту.

Схемы взаимодействия терапевта и клиента.

Основные требования к личности терапевта, этические принципы специалиста, занимающегося психотерапией.

Психотерапевтический контракт. Целевые стратегии психотерапии.

Синдром эмоционального сгорания психотерапевта. Личностный, ролевой и организационный факторы синдрома эмоционального сгорания.

Тема 8. Групповые и индивидуальные формы психотерапии.

Сравнительная характеристика групповой и индивидуальной форм ПТ.
Показания к применению индивидуальной и групповой психотерапии.

Психотерапевтическая группа как инструмент терапевтического воздействия. Понятие о групповой динамике. Фазы развития психотерапевтической группы. Особенности поведения группового психотерапевта и психотерапевтическая тактика в зависимости от фазы развития группы.

Психологические эффекты воздействия групповой психотерапии на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровне.

Тема 9. Психодинамическое направление в психотерапии.

Классический психоанализ.

Психоанализ. Условие возникновения личностных нарушений - вытеснение переживаний в бессознательную сферу. Лечение - перевод их в сознательную сферу. Инстинкты либидо и танатос - главные источники энергии.

Структура личности (Ид - Оно, Эго - Я и Супер-Эго - Сверх-Я). Происхождение, способ образования и функции отдельных структур личности. Линии динамики формирования ЭГО. Принцип удовольствия и принцип реальности, ЭГО - идентичность.

Механизмы психологической защиты: агрессия, репрессия (вытеснение), регрессия, отрицание, проекция, рационализация, сублимация, аутизм.

Классический психоанализ З.Фрейда. Основные приемы и техники психоанализа.

Тема 10. Психодинамическое направление в психотерапии.

Аналитическая психология К.Г. Юнга.

Аналитическая психология К.Г. Юнга. Различные уровни протекания бессознательных процессов. Индивидуальное и коллективное бессознательное. Теория К.Г. Юнга об архетипах, виды архетипов. Норма и патология развития человека. Процесс психотерапии по К.Г. Юнгу: аналитическая и синтетическая стадии.

**Тема 11. Психодинамическое направление в психотерапии.
Индивидуальная психология А. Адлера.**

Индивидуальная психология А. Адлера. Основные идеи и принципы А.Адлера, применяемые в процессе психотерапии: принцип целостности (холизм), единство индивидуального стиля жизни, социальный интерес (социальное чувство), направленность поведения человека на достижение цели. Понятие о комплексе неполноценности. Стадии психотерапии по А. Адлеру.

**Тема 12. Психодинамическое направление в психотерапии.
Характерологический анализ К. Хорни.**

Характерологический анализ К. Хорни в сравнении с ортодоксальным психоанализом: уменьшение значимости либидо, отрицание преимущественной мотивации врожденными инстинктами. Условия конструктивной реализации личностного потенциала развития. Стремление к самоактуализации. Концепция базовой тревоги. Типы защитных реакций: беспомощность, агрессивность, отгороженность. Типы внутриличностных конфликтов. Цель психотерапии - осознание «идеализированного образа» Я и замена его реальным Я.

**Тема 13. Психодинамическое направление в психотерапии.
Гуманистический психоанализ Э. Фромма.**

Гуманистический психоанализ Э. Фромма. Идея общественной обусловленности психики. Цель данного вида психоанализа - познание человеком собственной природы, раскрытие ценностных аспектов

человеческого бытия. Историческая обусловленность формирования двух тенденций современного человека: стремления к свободе и отчуждению. Философия любви.

Тема 14. Психодинамическое направление в психотерапии. Телесно- ориентированная терапия. Характерологический анализ В. Райха.

Характерологический анализ В. Райха. В. Райх: вегетативная аналитика характера. Характер как телесный мышечный панцирь. Телесность либидо. ЭГО как феномен самосознания, возникающий в пограничных напряжениях. Соответствие ЭГО-структур структурам характера и мышечного панциря. Представление о самости. «Оргонная энергия».

Тема 15. Психодинамическое направление в психотерапии. Телесно- ориентированная терапия. Биоэнергетическая терапия А. Лоуэна.

Биоэнергетическая терапия А. Лоуэна. А. Лоуэн: аналитическая биоэнергетическая концепция. Слои блокировок (слой эмоций, мышечный слой, слой Эго). Основные типы характеров. Оральный, мазохистский, нарциссический, ригидный, шизоидный. Иерархия личности. Особенности мышечных блоков на различных уровнях. Техника биоэнергетического анализа. Техника работы с телом. Биоэнергетический тренинг.

Тема 16. Поведенческое направление в психотерапии.

Теория классического обусловливания (И.П. Павлов, Д. Уотсон).

Развитие классических взглядов в необихевиоризме (Торндайк Е., Толмен Э. и др.). Независимые и зависимые переменные. Промежуточные факторы.

Центральная проблема - проблема научения. Особенности терапевтических схем в зависимости от вида обусловливания: классического или оперантного.

Тема 17. Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Плацебо-терапия.

Плацебо-терапия как метод косвенного внушения на пациента. Факторы, влияющие на плацебо-эффект: индивидуальные особенности пациента, личность психотерапевта, реклама, новизна и упаковка препарата, уровень доверия к психотерапевту и др. Показания к плацебо-терапии.

Тема 18. Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Аутогенная тренировка.

Понятие о суггестии. Виды суггестии. Физиологическая основа суггестии. Определение внушаемости пациента. Техники гипнотерапии.

Аутогенная тренировка. Возможности ее применения как активного метода психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. Ступени аутогенной тренировки (по 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. Показания к применению аутогенной тренировки.

Тема 19. Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Эриксоновский гипноз.

Эриксоновский гипноз как современный метод психотерапии. Принципы гипноза. Отличия эриксоновского гипноза от классического. Приемы наведения транса: вербальные и невербальные (вербальная и невербальная подстройка к клиенту, методика «якоря», рычажное наведение, методика перегрузки, каузальная пресубпозиция, пресубпозиция псевдовыбора, пресубпозиция пропущенного условия, разговорные постулаты).

Тема 20. Поведенческое направление в психотерапии. Нейро-лингвистическое программирование.

Нейро-лингвистическое программирование (нейро-лингвистическая терапия). Источники НЛП. Базисные постулаты НЛП. Биаст - тест для определения репрезентативных систем. Калибровка. Переформирование. «Шестишаговый рефрейминг». Нарушение метамоделей.

Тема 21. Поведенческое направление в психотерапии. Методы и приемы поведенческой психотерапии.

Поведенческий тренинг. Постановка целей. Оценка проблем.

Развитие поведенческой психотерапии: когнитивная психотерапия А. Бека, рационально - эмоциональная психотерапия А. Эллиса.

Техники когнитивной терапии: техники выявления автоматических мыслей, проверки обоснованности автоматических мыслей.

Тема 22. Гуманистическое направление в психотерапии.

Гуманистическое (экзистенциальное, опытное, феноменологическое) направление в психотерапии. Три основных подхода гуманистического направления: философский (клиент-центрированная терапия К. Роджерса, логотерапия В. Франкла, Сартр, Камю), соматический подход (гештальт - терапия), духовный подход (трансцендентальная медитация, психосинтез). Ведущие черты каждого подхода.

Тема 23. Гуманистическое направление в психотерапии. Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса.

Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса. Понятие ресурса. Необходимые и достаточные (идущие от терапевта) условия изменения клиента: эмпатическое понимание клиента, безусловно - позитивное отношение (уважение) к клиенту, конгруэнтность психотерапевта.

Генезис невроза. Формирование Я - концепции личности. Причины блокирования тенденции самоактуализации. Механизмы психологической защиты, поддерживающие неконгруэнтность: отрицание и искажение.

Тема 24. Интегративное направление в психотерапии. Гештальт-терапия.

Ф. Перлз - основатель гештальт-терапии. Теория гештальт-терапии. Гомеостатическая модель как отражение функционирования человека. Понятие фигуры и фона в гештальт-терапии. Понятие незавершенного гештальта.

Зоны осознания: внешний мир, внутренний мир тела, мир мыслей и фантазий. Основа возникновения невротического конфликта - столкновение потребностей организма со средой. Слияние, интроекция, проекция, ретрофлексия. Механизмы психотерапии. Три принципа гештальт-терапии: «Я и Ты», «что и как», «здесь и теперь».

Тема 25. Трансактный анализ Э. Берна

Составные части трансактного анализа: структурный анализ, анализ трансакций, анализ психологических игр, анализ жизненного сценария. Структура личности: три Я-состояния: Родитель, Ребенок, Взрослый. Виды трансакций: дополнительные, перекрестные и скрытые. Психологическая игра. Понятие психологической позиции (по Harris T.A.). Особенности групповой работы в трансактной терапии.

Тема 26. Основные психотерапевтические методы и технологии. Арттерапия.

Арттерапия как лечение пластическим изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Активная и пассивная формы арттерапии. Механизмы лечебного действия арттерапии: креативный, сублимативный, проективный, арттерапия как занятость.

Тема 27. Основные психотерапевтические методы и технологии.

Психодрама.

Морено Я.Л. - основатель психодрамы. Причина невротического развития - нарушение ролевого развития. Влияние фактора межличностных отношений на психическое развитие личности. Четыре категории ролей: соматические, психологические, социальные и трансцендентальные роли.

Ролевой конфликт: интра- и интерролевой, интра- и интерперсональные конфликты.

Теория психотерапии. Травматические события как преграда развития спонтанности и креативности. Цель психотерапии - создание новых межличностных связей.

Участники психодрамы. Протагонист - главный герой психодрамы. Вспомогательное Я. Ведущий психодрамы - психотерапевт.

Фазы психодраматического процесса: разминка, фаза психодраматического действия, фаза обсуждения.

Тема 28. Основные психотерапевтические методы и технологии.

Кризисная психотерапия.

Кризисная психотерапия как психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии. Классификация кризисных состояний: кризисные состояния в структуре стрессовых и постстрессовых расстройств, кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, невротической реакцией, невротической депрессией, психопатической или патохарактерологической реакцией, кризисные состояния, вызванные кризисом семьи,

Кризисные состояния, вызванные кризисом идентичности. Патологические кризисные состояния и их последствия: суицидальные мысли и суицидальное поведение пациента.

Принципы и задачи кризисной психотерапии. Этапы кризисной психотерапии: этап кризисной поддержки, этап кризисного вмешательства, этап повышения уровня адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Александров А.А. Современная психотерапия. – СПб.: Академический Проект, 2007 – 333с.
2. Арндт П., Клинген Н. Психосоматика и психотерапия. Справочник. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 368с.
3. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия. Учебник для вузов. - СПб.: Питер, 2012. - 496с.
4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический Проект, 2000 – 719с.
5. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический Проект, 2000 – 240с.
6. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. – М.: Академический Проект, 2000. – 240с.
7. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – М.: Академический Проект, 2000 – 432с.
8. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: «Питер», 2007 – 752с.
9. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000 – 656с.
10. Психотерапия. Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб: Питер, 2000. – 544с.
11. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. – СПб.: Питер, 2000 – 352с.
12. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001 – 576с.

Дополнительная литература

13. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – Мн.: «Попурри», 2001 – 512с.
14. Гиппиус С.В. Тренинг развития креативности. Гимнастика чувств. – СПб.: «Речь», 2001 – 346с.
15. Горин С. НЛП: Техники россыпью. – М.: «КСП+», 2001 – 576с.
16. Долгова В.И., Мельник Е.В. Эмпатия и коммуникативная компетентность. – Челябинск: Изд-во «АТОКСО», 2007. – 254с.
17. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – СПб.: «Союз», 2000. – 336с.
18. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в развитии ребёнка. – СПб.: «Союз», 2000 – 224с.
19. Котлячков А., Горин С. Оружие – слово. – М.: «КСП+», 2001 – 352с.
20. Литвак М.Е., Золотухина-Аболина Е.В., Мирович М.О. Бинтование душевных ран или психотерапия. – Ростов н/Д.: «Феникс», 2001 – 320с.
21. Лукас К., Сейден Г.М. Молчаливое горе: Жизнь в тени самоубийства. – М.: «Смысл», 2000 – 181с.
22. Перлз Ф., Гудмен П. Теория гештальттерапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001 – 384с.
23. Перлз Ф. Практика гештальттерапии. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2001 – 480с.
24. Фильденкрайз М. Осознание через движение: 12 практических уроков. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2000 – 160с.
25. Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ: сборник произведений. – М.: «Апрель-Пресс», 2001 – 528с.
26. Эриксон М. Стратегия психотерапии. – М.: «КСП+», 2000– 512с.

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети Интернет

27. Библиотека учебной и научной литературы [Электронный ресурс]: http://sbiblio.com/biblio/archive/muhina_vostrastnaja/04.aspx.
28. Международный научный конгресс МАНВО [Электронный ресурс]: http://gisap.eu/ru/active-congresses?quicktabs_2=0.
29. Мир научной и популярной психологии [Электронный ресурс]: <http://psycholog.dp.ua/dlya-psixologa/psixodiagnostika/samodiagnostika-dlya-roditelej-po-metodike-dzh-chejpi.html>.
30. Научно-методический журнал «Концепт» [Электронный ресурс]: <http://e-koncept.ru/>.
31. ЭБС «Айбукс» новые облачные сервисы для чтения электронных книг – <http://ibooks.ru/>.
32. Электронная библиотечная система ЧГПУ (ЭБС ЧГПУ) – полнотекстовая база на платформе DSpace <http://ebs.cspu.ru/xmlui>.
33. Электронный архив УРФУ – полнотекстовая база включает в числе прочих документов диссертации и авторефераты <http://elar.urfu.ru>.
34. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» – http://e.lanbook.com/enter.php?su_lm=-1.

СОДЕРЖАНИЕ МОДУЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Модуль 1. «Теоретические основы психотерапии. Сущность психотерапевтического процесса»		
<p>Цель: изучить понятие психотерапии, ее теоретические основы; познакомиться с историей развития психотерапии; выявить сущность психотерапевтического процесса; выявить различия медицинской и психологической моделей психотерапии.</p>		
Аудиторная работа		
Лекции	Семинары	Лабор.-практич. занятия
<p>Психотерапия как самостоятельная область научных знаний и система практических подходов (2 часа)</p> <p>1.Определение понятия, предмета и задач психотерапии.</p> <p>2. Интердисциплинарный характер психотерапии.</p> <p>3.Современный этап развития психотерапии.</p> <p>4.Личные и профессиональные качества психотерапевта.</p> <p>5.Этические принципы в психотерапии.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>	<p>Психотерапия как самостоятельная область научных знаний и система практических подходов. История развития психотерапии (4 часа)</p> <p><i>Контрольные вопросы:</i></p> <p>1.Религиозные и мистические корни ПТ.</p> <p>2.Учение о «животном магнетизме» Ф. Месмера.</p> <p>3.«Золотой век гипноза» (работы Д. Брэнда; два взгляда на теорию гипноза; Сальпетриерская (Шарко) и Нансийская (Бернгейм) школы.</p> <p>4.Рациональная терапия П. Дюбуа как антитеза суггестии.</p> <p>5.Начало современного этапа психотерапии. Психоанализ З. Фрейда.</p> <p>6.Значение исследования детства для понимания природы психики человека («Три очерка по теории сексуальности», 1905).</p> <p>7.Внутренняя логика развития отечественной ПТ (работы В.М. Бехтерева и И.П. Павлова).</p> <p>8.Патогенетическая терапия Мясищева.</p> <p>9.Социальные, научные и технические предпосылки возникновения поведенческой психотерапии в 30-40 гг. XX века.</p> <p>10.«Гуманистический этап» развития ПТ. 60-е годы XX века. Труды А.Маслоу и К.Роджерса.</p> <p>11.Современный этап развития психотерапии, в том числе в России.</p> <p>12.Современные интегративные тенденции в ПТ.</p>	<p>Психотерапия как самостоятельная область научных знаний и система практических подходов (2 часа)</p> <p>1.Определение психотерапии. Предмет и задачи психотерапии.</p> <p>2.Социальные предпосылки возникновения основных направлений психотерапии.</p> <p>3.Исторические предпосылки возникновения основных направлений психотерапии.</p> <p>4.Научные предпосылки возникновения основных направлений психотерапии.</p> <p>5.Особенности этапа развития психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>

	<p>13.Интердисциплинарный характер психотерапии.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>	
<p>Теоретические основы психотерапии (4 часа)</p> <p>1. Теоретические основы психотерапии.</p> <p>2.Психология личности как теоретическая основа психотерапии.</p> <p>3.Основные направления в психотерапии (психодинамическое, поведенческое и гуманистическое).</p> <p>4.Содержание процесса психотерапии.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>		<p>Теоретические основы психотерапии (2 часа)</p> <p>1. Характеристика психодинамического направления ПТ.</p> <p>2. Характеристика поведенческого направления ПТ.</p> <p>3. Характеристика гуманистического направления ПТ.</p> <p>4. Особенности представления о структуре личности и генезе личностных расстройств в зависимости от направления ПТ.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>
<p>Сущность психотерапевтического процесса (2 часа)</p> <p>1.Сущность психотерапевтического процесса.</p> <p>2.Общие факторы психотерапии. 3.Последовательность этапов психотерапевтического процесса.</p> <p>4.Физиологические основы ПТ.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>		<p>Сущность психотерапевтического процесса (2 часа)</p> <p>1.Этапы психотерапевтического процесса.</p> <p>2.Связь психических процессов и физиологических изменений в организме.</p> <p>3.Физиологический субстрат эмоциональных изменений в процессе терапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>
<p>Медицинская и психологическая модели психотерапии (2 часа)</p> <p>1.Особенности психотерапевтической цели в</p>		<p>Медицинская и психологическая модели психотерапии (2 часа)</p> <p>1.Область</p>

<p>медицинской модели психотерапии. 2. Показания к применению ПТ в медицинской практике. 3. Особенности психотерапевтической цели в психологической модели психотерапии. 4. Возможности применения психологической модели ПТ. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 18, 23, 24, 29, 37</p>		<p>профессиональной деятельности психотерапевта в медицинской практике. 2. Область профессиональной деятельности психотерапевта в психологической практике. <u>Литература:</u> 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 18, 23, 24, 29, 37</p>
Внеаудиторная работа		
Инвариантная часть		Вариативная часть
<p>Практические задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составить библиографический каталог литературы, рекомендуемой для дополнительного прочтения по дисциплине «Психотерапия». 2. Составить схему «Связь психотерапии с другими науками и отраслями практической деятельности». 3. Написать микролекцию по теме «Психодинамическое направление в психотерапии». 4. Написать конспект по теме «Отличия психотерапии от психиатрии». <p>Форма самостоятельной работы – составление конспектов. Форма отчетности – сдача тетради для самостоятельной работы. Литература: 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 18, 23, 24, 29, 37</p>		<p>Написание рефератов по темам 1-7, 9-21, 30-37 (см. п. 4.1) Форма самостоятельной работы – написание реферата. Форма отчетности – реферативные сообщения. Литература: 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 18, 23, 24, 29, 37</p>
Контроль		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Текущий контроль усвоения теоретического материала, проверка отчетов по внеаудиторным работам. 2. Итоговый контроль (тест по модулю 1). 		
<p style="text-align: center;">Модуль 2. «Психологические механизмы психотерапевтического эффекта. Позиции терапевта и клиента в процессе психотерапии»</p> <p><u>Цель:</u> изучить психологические механизмы психотерапевтического эффекта, технику и средства психотерапевтического воздействия, позиции терапевта и клиента в процессе психотерапии, групповые и индивидуальные формы психотерапии.</p>		
Аудиторная работа		
Лекции	Семинары	Лаб.-практ. занятия
<p>Психологические механизмы психотерапевтического эффекта (2 часа) 1. Понятие механизма</p>		<p>Психологические механизмы психотерапевтического эффекта (2 часа) 1. Возможности изменения</p>

<p>психотерапевтического эффекта. 2.Осознание - один из ведущих механизмов психотерапевтического эффекта. 3.Инсайт как психологический феномен. 4.Психофизиологическая основа катарсиса. 5.Механизмы психотерапевтического эффекта, действующие в процессе групповой ПТ. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>		<p>личности в процессе психотерапевтического воздействия. 2.Изменения в познавательной сфере. 3.Изменения в эмоциональной сфере 4.Изменения в поведенческой сфере. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>
<p>Техника и средства психотерапевтического воздействия (4 часа) 1.Техники работы с проблемой. 2.Типы невербального взаимодействия психотерапевта с клиентом 3.Типы вербального взаимодействия психотерапевта с клиентом. 4.Специфика психотерапевтического интервью. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29 <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p>		<p>Техника и средства психотерапевтического воздействия (2 часа) 1.Техники работы с проблемой. 2.Типы невербального взаимодействия психотерапевта с клиентом. 3.Типы вербального взаимодействия психотерапевта с клиентом. 4.Специфика психотерапевтического интервью. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>
<p>Позиции терапевта и клиента в процессе психотерапии (2 часа) 1.Позиция терапевта и клиента в психодинамическом подходе. 2.Позиция терапевта и клиента в поведенческом подходе. 3.Позиция терапевта и клиента в гуманистическом подходе. 4.Основные требования к личности терапевта. 5.Психотерапевтический</p>		<p>Позиции терапевта и клиента в процессе психотерапии (2 часа) 1.Различие позиций психотерапевта и клиента ведущих психотерапевтических школ. 2. Понятие о переносе и контрпереносе в психоанализе. 3.Положительное подкреп-</p>

<p>контракт. 6.Синдром эмоционального выгорания психотерапевта. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>		<p>ление позитивных изменений клиента в поведенческой терапии. 4. Триада Роджерса в клиент-центрированной психотерапии. 5.Схемы взаимодействия терапевта и клиента. 6.Границы и целесообразность раскрытия психотерапевтом своей личности перед клиентом. 7.Психотерапевтический контракт. Целевые стратегии психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29</p>
<p>Групповая и индивидуальная формы психотерапии (2 часа) 1.Сравнительная характеристика групповой и индивидуальной форм ПТ. 2.Показания к применению индивидуальной ПТ, достоинства и недостатки данной формы ПТ. 3.Показания к применению семейной ПТ, достоинства и недостатки данной формы ПТ. 4.Показания к применению групповой ПТ, достоинства и недостатки данной формы ПТ. 5.Понятие о групповой динамике. Фазы развития психотерапевтической группы. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 29</p>		<p>Групповая и индивидуальная формы психотерапии (2 часа) 1.Психотерапевтическая группа как инструмент терапевтического воздействия. 2.Отличие психотерапевтической группы от группы социально-психологического тренинга. 3. Групповые цели, задачи, нормы. 4.Структура лидерства. Групповые роли. Групповое напряжение. 5.Актуализация прошлого эмоционального опыта. 6.Групповая сплоченность. Формирование подгрупп. 7.Особенности поведения группового психотерапевта и психотерапевтическая тактика в зависимости от фазы развития группы. <u>Литература:</u> 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 29</p>
Внеаудиторная работа		
Инвариантная часть	Вариативная часть	

<p>Практические задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составить модель программы, направленной на профилактику эмоционального выгорания психотерапевта. 2. Подготовить доклад по теме «Анонимная телефонная помощь» на основании изученной литературы. Количество страниц 3-5. Количество источников литературы не менее 3-х. 3. Составить модель психотерапевтического контракта. 4. Составить схемы взаимодействия терапевта и клиента: <ol style="list-style-type: none"> а) в выборе целей и задач: авторитарность - партнерство; б) в технической реализации задач психотерапии директивность - недирективность. <p>Форма самостоятельной работы – составление конспектов. Форма отчетности – сдача тетради для самостоятельной работы. Литература: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 29</p>		<p>Написание рефератов по темам 1-7, 9-21, 30-37 (см. п. 4.1) Форма самостоятельной работы – написание реферата. Форма отчетности – реферативные сообщения. Литература: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 29</p>
Контроль		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Текущий контроль усвоения теоретического материала, проверка отчетов по внеаудиторным работам. 2. Итоговый контроль (тест по модулю 2). 		
Модуль 3. «Психодинамическое направление в психотерапии»		
<p><u>Цель:</u> изучить особенности психодинамического направления в психотерапии, наиболее известные методы данного направления.</p>		
Аудиторная работа		
Лекции	Семинары	Лаб.-практ. занятия
<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Классический психоанализ (2 часа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Теоретические основы психоанализа З.Фрейда. 2. Механизмы психологической защиты. 3. Основные приемы и техники психоанализа. 4. Позиция психотерапевта в психоанализе. <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>	<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Классический психоанализ (2 часа)</p> <p><i>Контрольные вопросы</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Понятие и сущность психоанализа. 2. Структура личности по З.Фрейду. Происхождение и функции отдельных структур личности. 3. Природа и проявления бессознательного. 4. Перенос и контрперенос в психотерапии. 5. Основные приемы и техники психоанализа. 6. Позиция психотерапевта в психоанализе. <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>	<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Классический психоанализ (2 часа)</p> <p>Отработка практических умений и навыков по вопросам:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ сновидений. 2. Анализ переноса. 3. Анализ свободных ассоциаций. <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>

<p>Аналитическая психология К.Г. Юнга (2 часа) 1.Индивидуальное и коллективное бессознательное. 2.Теория К.Г. Юнга об архетипах, виды архетипов. 3.Норма и патология развития человека. 4.Процесс психотерапии по К.Г. Юнгу: аналитическая и синтетическая стадии. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>	<p>Аналитическая психология К.Г. Юнга (2 часа) <i>Контрольные вопросы</i> 1.Различные уровни протекания бессознательных процессов. 2.Индивидуальное и коллективное бессознательное. 3.Проективная функция сознания. Символы, сновидения. 4.Архетипы коллективного бессознательного. 5.Принцип подобия, принцип равновесия во взаимоотношениях сознательного и бессознательного. 6.Норма и патология развития человека. 7. Процесс психотерапии по К.Г. Юнгу: аналитическая и синтетическая стадии. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>	<p>Аналитическая психология К.Г. Юнга (2 часа) Отработка практических умений и навыков по вопросам: 1.Аналитическая стадия психотерапии. 2.Синтетическая стадия психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>
<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Индивидуальная психология А. Адлера (2 часа) 1.Основные идеи и принципы А.Адлера, применяемые в процессе психотерапии. 2. Понятие о комплексе неполноценности. 3.Стадии психотерапии по А. Адлеру. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>		<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Индивидуальная психология А. Адлера (2 часа) Отработка практических умений и навыков по вопросам: 1.Основные идеи и принципы А.Адлера, применяемые в процессе психотерапии. 2.Стадии психотерапии по А. Адлеру. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>
<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Характерологический анализ К. Хорни (2 часа) 1.Характерологический анализ К. Хорни в сравнении с</p>		<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Характерологический анализ К. Хорни (2 часа) Отработка практических умений и навыков по</p>

<p>ортодоксальным психоанализом.</p> <p>2.Цель психотерапии - осознание «идеализированного образа» Я и замена его реальным Я.</p> <p>3.Условия конструктивной реализации личностного потенциала развития.</p> <p>4.Концепция базовой тревоги.</p> <p>5.Типы защитных реакций: беспомощность, агрессивность, отгороженность.</p> <p>6.Типы внутриличностных конфликтов.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>		<p>вопросам:</p> <p>1.Цель психотерапии - осознание «идеализированного образа» Я и замена его реальным Я.</p> <p>2.Условия конструктивной реализации личностного потенциала развития.</p> <p>3. Типы защитных реакций: беспомощность, агрессивность, отгороженность.</p> <p>4.Типы внутриличностных конфликтов.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>
<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Гуманистический психоанализ Э. Фромма (2 часа)</p> <p>1.Сущность гуманистического психоанализа Э. Фромма.</p> <p>2.Идея общественной обусловленности психики.</p> <p>3.Цель гуманистического психоанализа. 4.Историческая обусловленность формирования двух тенденций современного человека: стремления к свободе и отчуждению. 5.Философия любви Э. Фромма.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>		
<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Телесно-ориентированная терапия. Характерологический анализ В. Райха (2 часа)</p>		<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Телесно-ориентированная терапия. Характерологический анализ В. Райха (2 часа)</p>

<p>1.Сущность характераологического анализа В. Райха, цель терапии.</p> <p>2. Характер как телесный мышечный панцирь. Телесность либидо.</p> <p>3.ЭГО как феномен самосознания, возникающий в пограничных напряжениях.</p> <p>4.Соответствие ЭГО-структур структурам характера и мышечного панциря.</p> <p>5.Представление о самости. «Органная энергия».</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>		<p>Отработка психотерапевтических упражнений телесно-ориентированной психотерапии:</p> <p>1.накопление в теле энергии посредством глубокого дыхания;</p> <p>2.воздействие на мышечные зажимы;</p> <p>3.изображение чувств с помощью поведения тела;</p> <p>4.рольфинг – массаж для расслабления мышечных оболочек;</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>
<p>Психодинамическое направление в психотерапии. Телесно-ориентированная терапия. Биоэнергетическая терапия А. Лоуэна (2 часа)</p> <p>1.Сущность биоэнергетической терапии А. Лоуэна, цель терапии.</p> <p>2.Аналитическая биоэнергетическая концепция А.Лоуэна. 3.Основные типы характеров по А.Лоуэну.</p> <p>4.Техника биоэнергетического анализа. Техника работы с телом. 5.Биоэнергетический тренинг.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 29, 39, 42, 43</p>		
Внеаудиторная работа		
Инвариантная часть		Вариативная часть
<p>Практические задания:</p> <p>1. Законспектировать научную статью (из первоисточника) одного из представителей психодинамического направления (не менее 5 страниц).</p> <p>2. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Телесная</p>		<p>Написание рефератов по темам 8, 26-29, 38, 39 (см. п. 4.1)</p> <p>Форма самостоятельной работы – написание реферата.</p>

<p>психотерапия».</p> <p>3. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Психоанализ З.Фрейда».</p> <p>4. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Гуманистический психоанализ Э.Фромма».</p> <p>5. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Характерологический анализ К. Хорни».</p> <p>Форма самостоятельной работы – составление конспектов. Форма отчетности – сдача тетради для самостоятельной работы. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 28, 29, 39, 42, 43</p>	<p>Форма отчетности – реферативные сообщения. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 28, 29, 39, 42, 43</p>	
Контроль		
<p>1. Текущий контроль усвоения теоретического материала, выполнения лабораторно-практических работ, проверка отчетов по внеаудиторным работам.</p> <p>2. Итоговый контроль (тест по модулю 3).</p>		
Модуль 4. «Поведенческое направление в психотерапии. Основные психотерапевтические методы и технологии»		
<p><u>Цель:</u> изучить особенности поведенческого направления в психотерапии, наиболее известные методы данного направления.</p>		
Аудиторная работа		
Лекции	Семинары	Лаб.-практ. занятия
<p>Поведенческое направление в психотерапии (2 часа)</p> <p>1. Теория классического обусловливания (И.П. Павлов, Д. Уотсон).</p> <p>2. Развитие классических взглядов в необихевиоризме (Е. Торндайк, Э.Толмен и др.).</p> <p>3. Независимые и зависимые переменные. Промежуточные факторы.</p> <p>4. Центральная проблема поведенческой терапии - проблема научения.</p> <p>5. Особенности терапевтических схем в зависимости от вида обусловливания: классического или оперантного.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 27, 29, 44</p>		
Поведенческое направление		

<p>в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Плацебо-терапия (2 часа) 1.Плацебо-терапия как метод косвенного внушения на пациента. 2.Факторы, влияющие на плацебо-эффект. 3.Показания к плацебо-терапии. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 27, 29, 44</p>		
<p>Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Аутогенная тренировка (2 часа) 1.Понятие о суггестии. 2.Виды суггестии. 3.Физиологическая основа суггестии. 4.Сущность аутогенной тренировки, цель терапии. 5.Возможности ее применения как активного метода психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. 6.Показания к применению аутогенной тренировки. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 27, 29, 44</p>	<p>Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Аутогенная тренировка (2 часа) <i>Контрольные вопросы</i> 1.Сущность аутогенной тренировки, цель терапии. 2.Возможности ее применения как активного метода психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. 3.Ступени аутогенной тренировки (по Шульцу). 4.Показания к применению аутогенной тренировки. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 27, 29, 44</p>	<p>Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Аутогенная тренировка (2 часа) Отработка практических умений и навыков по вопросам: 1.Определение внушаемости пациента. 2. Ступени аутогенной тренировки (по 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. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 27, 29, 44</p>
<p>Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Эриксоновский гипноз (2 часа) 1.Эриксоновский гипноз как современный метод психотерапии. 2.Принципы гипноза.</p>		<p>Поведенческое направление в психотерапии. Суггестивная психотерапия. Эриксоновский гипноз (2 часа) Отработка практических умений и навыков по</p>

<p>3.Отличия эриксоновского гипноза от классического. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 25, 27, 29, 35, 37, 44</p>		<p>вопросам: 1.Приемы наведения транса: вербальные и невербальные (вербальная и невербальная подстройка к клиенту, методика «якоря», рычажное наведение, методика перегрузки, каузальная пресубпозиция, пресубпозиция псевдовыбора, пресубпозиция пропущенного условия, разговорные постулаты). <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 25, 27, 29, 35, 37, 44</p>
<p>Поведенческое направление в психотерапии. Нейро-лингвистическое программирование (2 часа) 1.Нейро-лингвистическое программирование (НЛП) как современный метод психотерапии. 2.Источники НЛП. 3.Базисные постулаты НЛП. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 25, 26, 27, 29, 32, 35, 37, 44</p>		<p>Поведенческое направление в психотерапии. Нейро-лингвистическое программирование (2 часа) Отработка практических умений и навыков по вопросам: 1.Биаст - тест для определения репрезентативных систем. 2.Калибровка. 3.Переформирование. 4.«Шестишаговый рефрейминг». 5.Нарушение метамоделей. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 25, 26, 27, 29, 32, 35, 37, 44</p>
<p>Поведенческое направление в психотерапии. Методы и приемы поведенческой психотерапии (2 часа) 1.Поведенческий тренинг. Постановка целей. Оценка проблем. 2.Когнитивная психотерапия А. Бека. 3.Рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса. <u>Методическое обеспечение:</u></p>	<p>Поведенческое направление в психотерапии. Методы и приемы поведенческой психотерапии (2 часа) <i>Контрольные вопросы</i> 1.Показания к методам поведенческой психотерапии. 2.Техники когнитивной терапии: техники выявления автоматических мыслей, проверки обоснованности автоматических мыслей.</p>	

схемы, таблицы, словарь по истории психологии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 25, 26, 27, 29, 32, 35, 36, 37	3. Поведенческий тренинг. Постановка целей. Оценка проблем. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по истории психологии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 25, 26, 27, 29, 32, 35, 36, 37	
Внеаудиторная работа		
Инвариантная часть		Вариативная часть
<p>Практические задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Игровая терапия». 2. Законспектировать научную статью (из первоисточника) одного из представителей поведенческого направления (не менее 5 страниц). 3. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Рациональная психотерапия». 4. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Нейролингвистическое программирование». 5. Написать микролекцию по теме «Поведенческое направление в психотерапии». <p>Форма самостоятельной работы – составление конспектов. Форма отчетности – сдача тетради для самостоятельной работы. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 25, 26, 27, 29, 32, 35, 36, 37, 44</p>		<p>Написание рефератов по темам 24, 25, 40 (см. п. 4.1) Форма самостоятельной работы – написание реферата. Форма отчетности – реферативные сообщения. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 25, 26, 27, 29, 32, 35, 37, 44</p>
Контроль		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Текущий контроль усвоения теоретического материала, выполнения лабораторно-практических работ, проверка отчетов по внеаудиторным работам. 2. Итоговый контроль (тест по модулю 4). 		
Модуль 5. «Гуманистическое направление в психотерапии. Основные психотерапевтические методы и технологии»		
<u>Цель:</u> изучить особенности гуманистического направления в психотерапии, наиболее известные методы данного направления.		
Аудиторная работа		
Лекции	Семинары	Лаб.-практ. занятия
<p>Гуманистическое направление в психотерапии (2 часа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общая характеристика гуманистического направления в психотерапии. 2. Основоположники гуманистического направления в психотерапии. 3. Отличия данного 	<p>Гуманистическое направление в психотерапии (2 часа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общая характеристика гуманистического (экзистенциального, опытного, феноменологического) направления в психотерапии. 2. Характеристика основных подходов гуманистического направления: философского, 	

<p>направления от психодинамического и поведенческого.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 22, 29, 41</p>	<p>соматического, духовного.</p> <p>3. Философский подход (клиент-центрированная терапия К. Роджерса, логотерапия В. Франкла, Сартр, Камю).</p> <p>4. Соматический подход (гештальт-терапия).</p> <p>5. Духовный подход (трансцендентальная медитация, психосинтез).</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 22, 29, 41</p>	
		<p>Гуманистическое направление в психотерапии. Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса (2 часа)</p> <p>Отработка практических умений и навыков по вопросам:</p> <p>1. Необходимые и достаточные (идущие от терапевта) условия изменения клиента: эмпатическое понимание клиента, безусловно - позитивное отношение (уважение) к клиенту, конгруэнтность психотерапевта.</p> <p>2. Формирование Я - концепции личности.</p> <p>3. Причины блокирования тенденции самоактуализации.</p> <p>4. Механизмы психологической защиты, поддерживающие неконгруэнтность: отрицание и искажение.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 22, 29</p>
<p>Гуманистическое направление в психотерапии. Гештальт-терапия (2 часа)</p> <p>1. Ф. Перлз - основатель гештальт-терапии. Теория</p>		<p>Гуманистическое направление в психотерапии. Гештальт-терапия (2 часа)</p> <p>Отработка практических умений и навыков по</p>

<p>гештальт-терапии. 2.Гомеостатическая модель как отражение функционирования человека. 3.Понятие фигуры и фона в гештальт-терапии. 4.Понятие незавершенного гештальта. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 22, 29, 33, 34</p>		<p>вопросам: 1.Зоны осознания: внешний мир, внутренний мир тела, мир мыслей и фантазий. 2.Основа возникновения невротического конфликта - столкновение потребностей организма со средой. 3.Слияние, интроекция, проекция, ретрофлексия как механизмы психологической защиты. 4.Принципы гештальт-терапии: «Я и Ты», «что и как», «здесь и теперь», принцип субъективизации высказываний. 5. Основные упражнения гештальт-терапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 22, 29, 33, 34</p>
<p>Гуманистическое направление в психотерапии. Трансактный анализ (2 часа) 1.Сущность трансактного анализа Э. Берна. 2.Составные части трансактного анализа: структурный анализ, анализ транзакций, анализ психологических игр, анализ жизненного сценария. 3.Структура личности: три Я-состояния: Родитель, Ребенок, Взрослый. 4.Виды транзакций: дополнительные, перекрестные и скрытые. 5.Психологическая игра. 6.Понятие психологической позиции. 7.Особенности групповой работы в транзактной терапии. <u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. <u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 16, 18, 22, 29, 33, 34, 38, 41</p>		
Внеаудиторная работа		

Инвариантная часть		Вариативная часть
<p>Практические задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Экзистенциальная психотерапия». 2. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для групповой психотерапевтической работы по методу «Гештальттерапия». 3. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для психотерапевтической работы по методу «Семейная терапия». 4. Законспектировать научную статью (из первоисточника) одного из представителей гуманистического направления (не менее 5 страниц). 5. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для групповой психотерапевтической работы по методу «Трансактный анализ». <p>Форма самостоятельной работы – составление конспектов. Форма отчетности – сдача тетради для самостоятельной работы. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 16, 18, 22, 29, 33, 34, 38, 41</p>		<p>Написание рефератов по темам 23, 53-55 (см. п. 4.1) Форма самостоятельной работы – написание реферата. Форма отчетности – реферативные сообщения. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 16, 18, 22, 29, 33, 34, 38, 41</p>
Контроль		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Текущий контроль усвоения теоретического материала, выполнения лабораторно-практических работ, проверка отчетов по внеаудиторным работам. 2. Итоговый контроль (тест по модулю 5). 		
Модуль 6. «Основные психотерапевтические методы и технологии. Психодрама. Арттерапия. Кризисная психотерапия»		
<p><u>Цель:</u> изучить основные психотерапевтические методы (психодраму, арттерапию, кризисную психотерапию) и технологии их проведения.</p>		
Аудиторная работа		
Лекции	Семинары	Лаб.-практ. занятия
<p>Основные психотерапевтические методы и технологии. Арттерапия (2 часа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Арттерапия как лечение пластическим изобразительным творчеством. 2. Активная и пассивная формы арттерапии. 3. Механизмы лечебного действия арттерапии. <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 19, 20, 29, 31</p>		<p>Основные психотерапевтические методы и технологии. Арттерапия (2 часа)</p> <p>Отработка психотерапевтических упражнений арттерапии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «танец чувств»; 2. «живые скульптуры»; 3. «галерея образов»; 4. «метафорическое послание»; 5. «коллективный рисунок». <p>Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 18, 19, 20, 29, 31</p>

<p>Основные психотерапевтические методы и технологии. Психодрама (2 часа).</p> <p>1. Сущность и цель психодрамы.</p> <p>2. Причина невротического развития - нарушение ролевого развития. 3. Влияние фактора межличностных отношений на психическое развитие личности.</p> <p>4. Роли в психодраме.</p> <p>5. Основные понятия психодрамы.</p> <p>6. Фазы психодраматического процесса: разминка, фаза психодраматического действия, фаза обсуждения.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, словарь по психотерапии.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 29</p>		<p>Основные психотерапевтические методы и технологии. Психодрама (2 часа).</p> <p>Отработка психотерапевтических упражнений по методу «Психодрама»:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «монолог»; 2. «двойник»; 3. «представление самого себя»; 4. «дублирование»; 5. «обмен ролями»; 6. «зеркало»; 7. «пустой стул и высокий стул»; 8. «за спиной»; 9. «волшебный магазин»; 10. «идеальный друг». <p><u>Литература:</u> 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 29</p>
<p>Основные психотерапевтические методы и технологии. Кризисная психотерапия (4 часа)</p> <p>1. Понятие и цель кризисной психотерапии.</p> <p>2. Классификация кризисных состояний.</p> <p>3. Патологические кризисные состояния и их последствия.</p> <p>4. Принципы и задачи кризисной психотерапии.</p> <p>5. Этапы кризисной психотерапии.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, психологический словарь.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 21, 29, 30</p>	<p>Основные психотерапевтические методы и технологии. Кризисная психотерапия (2 часа)</p> <p>1. Кризисная психотерапия как психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии.</p> <p>2. Классификация кризисных состояний.</p> <p>3. Патологические кризисные состояния и их последствия: суицидальные мысли и суицидальное поведение пациента.</p> <p>4. Принципы и задачи кризисной психотерапии.</p> <p>5. Этапы кризисной психотерапии.</p> <p><u>Методическое обеспечение:</u> схемы, таблицы, психологический словарь.</p> <p><u>Литература:</u> 1, 3, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 21, 29, 30</p>	
Внеаудиторная работа		
Инвариантная часть		Вариативная часть
<p>Практические задания:</p> <p>1. Подготовить доклад по теме «Особенности психотерапевтической работы с кризисным пациентом» на</p>		<p>Написание рефератов по темам 22, 41-52 (см. п. 4.1)</p>

<p>основании изученной литературы. Количество страниц 3-5. Количество источников литературы не менее 3-х.</p> <p>2. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для групповой психотерапевтической работы по методу «Арттерапия».</p> <p>3. Собрать копилку техник (приемов, упражнений) для групповой психотерапевтической работы по методу «Психодрама».</p> <p>4. Подготовить доклад по теме «Особенности психотерапевтической работы с акцентуированным пациентом» на основании изученной литературы. Количество страниц 3-5. Количество источников литературы не менее 3-х.</p> <p>5. Подготовить доклад по теме «Анонимная телефонная помощь» на основании изученной литературы. Количество страниц 3-5. Количество источников литературы не менее 3-х.</p> <p>Форма самостоятельной работы – составление конспектов. Форма отчетности – сдача тетради для самостоятельной работы. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 21, 29, 30</p>	<p>Форма самостоятельной работы – написание реферата.</p> <p>Форма отчетности – реферативные сообщения. Литература: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 21, 29, 30</p>
Контроль	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Текущий контроль усвоения теоретического материала, выполнения лабораторно-практических работ, проверка отчетов по внеаудиторным работам. 2. Итоговый контроль (тест по модулю б). 	

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Место психотерапии в системе психологических и медицинских областей знаний.
 1. Механизмы лечебного действия психотерапии.
2. Ведущие направления в психотерапии: динамическое, поведенческое, гуманистическое, их сходство и различия.
3. Личность психотерапевта и её влияние на психотерапевтический процесс.
4. Требования к личным и профессиональным качествам психотерапевта.
5. Влияние используемого направления на профессиональную роль психотерапевта.
6. Основные ролевые стратегии в психотерапии. Позиции терапевта и клиента.
7. Перенос и контрперенос, их воздействие на психотерапевтический процесс.
8. Синдром эмоционального выгорания психотерапевта.
9. Основные формы психотерапии: индивидуальная, групповая, семейная.
10. Методы, используемые в разных формах психотерапии.
11. Принципы взаимодействия ведущих направлений и основных форм психотерапии.
12. Семейная психотерапия и семейное психологическое консультирование.
13. Понятие о «кризисах семьи».
14. Основные принципы семейной психотерапии.
15. Этапы семейной психотерапии.
16. Особенности семейного психологического консультирования.
17. Групповая психотерапия эмоциональных расстройств у детей и подростков.

18. Групповая психотерапия поведенческих расстройств у детей и подростков.
19. Показания и противопоказания к применению групповой психотерапии у детей и подростков.
20. Формирование детской психотерапевтической группы.
21. Психодрама: теория и практика.
22. Особенности построения Я - концепции в клиент - центрированной терапии К. Роджерса.
23. Когнитивная психотерапия А. Бека.
24. Базовые модели поведения с позиций бихевиоризма и необихевиоризма.
25. Типы характерологических структур по А. Лоуэну
26. Основные теоретические предпосылки телесно-ориентированной психотерапии.
27. Особенности характерологического анализа К. Хорни
28. Особенности гуманистического психоанализа Э. Фромма в сравнении с ортодоксальным психоанализом.
29. Тактика психотерапевта в зависимости от фазы развития группы.
30. Сравнительная характеристика позиций терапевта и клиента в зависимости от теоретического направления психотерапии.
31. Схемы взаимодействия терапевта и клиента.
32. Проблема самораскрытия психотерапевта.
33. Сущность психотерапевтического процесса.
34. Этапность проведения психотерапевтического вмешательства.
35. Связь психического и соматического в организме человека.
36. Возможности физиологических изменений в результате психологического воздействия.
37. Виды компенсации в индивидуальной психологии А. Адлера.
38. Причины и способы возникновения комплекса неполноценности.
39. Теоретические основы поведенческой терапии.

40. Кризисная психотерапия как психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии.
41. Классификация кризисных состояний.
42. Патологические кризисные состояния и их последствия: суицидальные мысли и суицидальное поведение пациента.
43. Принципы и задачи кризисной психотерапии.
44. Этапы кризисной психотерапии.
45. Арттерапия как лечение пластическим изобразительным творчеством.
46. Активная и пассивная формы арттерапии.
47. Механизмы лечебного действия арттерапии.
48. Музыкальная психотерапия: лечебные механизмы, показания, техники.
49. Сказкотерапия: лечебные механизмы, показания, техники.
50. Танцевальная терапия: лечебные механизмы, показания, техники.
51. Библиотерапия: лечебные механизмы, показания, техники.
52. Особенности групповой работы в трансактной терапии.
53. Гештальт-терапия: лечебные механизмы, показания, техники.
54. Ф.Перлз – основатель гештальт-терапии.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Определение психотерапии. Предмет психотерапии. Особенности современного этапа развития психотерапии.
2. Психологические механизмы психотерапевтического эффекта.
3. Психотерапевтическое интервью: взаимодействие с пациентом, диагностические моменты, психотерапевтический контракт.
4. Психодинамическое направление в психотерапии.
5. Поведенческое направление в психотерапии.
6. Гуманистическое направление в психотерапии.
7. Индивидуальная форма психотерапии.

8. Групповая форма психотерапии. Фазы развития группы. Психотерапевтическая тактика.
9. Семейная форма психотерапии.
10. Классический психоанализ. Принципы терапевтического процесса.
11. Механизмы психологической защиты.
12. Аналитическая психология К.Г. Юнга. Принципы терапевтического процесса.
13. Индивидуальная психология А. Адлера. Принципы терапевтического процесса.
14. Гуманистический психоанализ Э. Фромма. Принципы терапевтического процесса.
15. Самоанализ К. Хорни. Принципы терапевтического процесса.
16. Суггестия как техника различных психотерапевтических направлений.
17. Перенос и контрперенос в психотерапии.
18. Особенности позиции терапевта в процессе клиент-центрированной терапии К. Роджерса. Триада К. Роджерса.
19. Сравнительная характеристика психодинамического, поведенческого и гуманистического направлений в психотерапии.
20. Этические принципы в психотерапии.
21. Медицинская и психологическая модель психотерапии.
22. Позиции терапевта и клиента в процессе психотерапии.
23. Транзактный анализ Э. Берна: сущность метода, основные понятия, позиция психотерапевта, техники.
24. Аутогенная тренировка: сущность метода, показания, позиция психотерапевта.
25. Плацебо-терапия: сущность метода, показания, позиция психотерапевта.
26. Эриксоновский гипноз: сущность метода, основные понятия, позиция психотерапевта, техники.
27. Метод групповой психотерапии «Психогимнастика».

28. Метод групповой психотерапии «Групповая дискуссия».
29. Личностные и профессиональные качества психотерапевта.
30. Телесно - ориентированная терапия: принципы, основные понятия, техники.
31. Гештальт-терапия: сущность метода, основные понятия, позиция психотерапевта, техники.
32. Метод групповой психотерапии «Психодрама».
33. Игровая психотерапия: сущность метода, позиция психотерапевта, техники.
34. Краткосрочная позитивная психотерапия: сущность метода, позиция психотерапевта, техники.
35. Сказкотерапия: сущность метода, показания, позиция психотерапевта, техники.
36. Кризисная психотерапия: понятие, этапы, позиция психотерапевта.
37. Телефонная психотерапевтическая помощь: принципы, этапы, техники.
38. Рациональная психотерапия: сущность метода, показания, позиция психотерапевта.
39. Эмоциональное выгорание психотерапевта: понятие, симптомы, профилактика.
40. Арттерапия: сущность метода, виды и техники.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ

Знания студентов оцениваются в соответствии с «Положением о рейтинговой системе контроля и оценки учебных достижений студентов Челябинского государственного педагогического университета».

Рейтинговая система контроля учебных достижений студентов является одним из механизмов управления качеством образовательного процесса, построенном на кумулятивной (накопительной) оценке успеваемости студентов. Рейтинг является интегральным показателем,

характеризующим совокупность качественных параметров учебных достижений студентов.

1. Цели и задачи

1.1. *Цель* рейтинговой системы контроля учебных достижений студентов – комплексная оценка качества учебной работы и результатов обучения студентов при освоении ими образовательных программ.

1.2. Основные *задачи* рейтинговой системы

1.2.1. Повышение качества организации образовательного процесса:

- повысить эффективность управления самостоятельной работой студентов;
- обеспечить систематический и объективный контроль успеваемости студентов.

1.2.2. Повышение мотивации студентов к освоению образовательных программ:

- активизировать познавательную и творческую работу студентов;
- стимулировать регулярную самостоятельную учебную работу студентов;
- стимулировать более глубокое освоение студентами теоретического материала и приобретение практических навыков при изучении дисциплин образовательных программ.

2. Структура и содержание рейтинговой системы контроля учебных достижений студентов

2.1. Структура рейтинговой квалиметрической системы контроля знаний студентов включает в себя следующие компоненты:

- учебную программу дисциплины;
- рабочую (модульную) программу учебной дисциплины;
- многопараметровую модель диагностирования обученности студентов по каждому модулю, включающую аудиторную и

внеаудиторную работу студентов с инвариантной и вариативной частью;

- педагогические контрольные материалы;
- математическую модель расчета рейтинговых показателей;
- рейтинговые квалиметрические шкалы по оценке обученности студентов.

2.2. Для характеристики обученности студентов используются следующие показатели:

- **Рейтинг студента по i модулю:**

$$R_i = \frac{B_{Тесты_i} + B_{Контр_i}}{B_{МАХТ_i} + B_{МАХК_i}}, \text{ где}$$

$B_{Тесты_i}$ – балл, полученный студентом за выполнение теста (теоретического задания) в i -ом модуле;

$B_{Контр_i}$ – балл, полученный студентом за выполнение контрольных заданий по i -ому модулю

$B_{МАХТ_i}$ – максимальный балл, который может быть получен студентом за выполнение теста (теоретического задания) в i -ом модуле;

$B_{МАХК_i}$ – максимальный балл, который может быть получен студентом за выполнение обязательных контрольных заданий по i -ому модулю

- **Рейтинг студента по дисциплине:**

$$R = \frac{1}{m} \sum_{i=1}^m R_i, \text{ где}$$

m – количество модулей по дисциплине;

R_i – рейтинг студента по i -ому модулю.

2.3. Порядок начисления баллов:

- *Балл*, полученный студентом за выполнение *теста* по *i*-ому модулю, рассчитывается по следующей формуле:

$$B_{Тест\ i} = \frac{V_{Тест\ i} \cdot P_{Тест\ i}}{100}, \text{ где}$$

$V_{Тест\ i}$ – вес теста по *i*-ому модулю, который определяется по таблице модульной программы по предмету;

$P_{Тест\ i}$ – доля правильных ответов студента по тесту в *i*-ом модуле.

- *Балл*, полученный студентом за выполнение *контрольных заданий* по *i*-ому модулю, рассчитывается по следующей формуле:

$$B_{Контр\ i} = \frac{N_i \cdot \sum_{j=1}^n V_{Контр\ j} \cdot k_{ij}}{100}, \text{ где}$$

N_i – количество контрольных заданий в *i*-ом модуле;

$V_{Контр\ j}$ – вес *j*-ого контрольного задания в *i*-ом модуле;

k_{ij} – коэффициент, полученный студентом за выполнение *j*-ого контрольного задания в *i*-ом модуле (*изменен*);

- *Баллы*, полученные студентом за выполнение *контрольных заданий*, и *вес* каждого контрольного задания определяются в соответствии с таблицей модульной программы по предмету.

2.4. Рейтинг студента изменяется в зависимости от дополнительных коэффициентов, которые могут быть «повышающими» или «понижающими».

№	Показатели, повышающие коэффициент	Изменение коэффициента k_{ij}
1	Решение контрольных заданий повышенной сложности (творческих заданий)	+0,2
2	Сдача контрольных заданий до начала изучения соответствующей темы	+0,2
3	Личное призовое место на олимпиаде, диплом конференции или конкурса (по материалу данного модуля)	+0,5
4	Участие в олимпиадах, конкурсах, научно-практических конференциях, публикации	+0,1
5	Использование дополнительного материала, выходящего за рамки обязательной программы	+0,1..+0,3 (определяется преподавателем, указывается в контрольных заданиях)

№	Показатели, понижающие коэффициент	Изменение коэффициента k_{ij}
---	------------------------------------	---------------------------------

№	Показатели, понижающие коэффициент	Изменение коэффициента k_{ij}
1	Сдача контрольных заданий в течение 12 учебных дней после окончания срока сдачи	-0,2
2	Сдача контрольных заданий с задержкой более 12 учебных дней от установленного срока	-0,5
3	Каждая пересдача контрольного задания	-0,1

2.5. Рейтинг студента по дисциплине в конце семестра является основанием для **освобождения студента от сдачи экзамена или зачета**. Оценки выставляются в зависимости от рейтинга студента в соответствии с переводной шкалой:

- Оценка «отлично» выставляется, если рейтинг студента по дисциплине находится в пределах 90-100%.
- Оценка «хорошо» выставляется, если рейтинг студента по дисциплине находится в пределах 80-89%.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если рейтинг студента по дисциплине находится в пределах 70-79%.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если рейтинг студента по дисциплине меньше 70%.

Примечание: рейтинг студента по дисциплине округляется по правилам округления с точностью до целых.

2.6. Экзамен (зачет) включает в себя рейтинг, состоящий из теста (теоретического задания), вес которого равен 60% и практического задания, вес которого равен 40%.

3. Права и обязанности преподавателя

3.1. Ответственным за рейтинг считается преподаватель, читающий лекции по данному курсу.

3.2. Количественные и качественные характеристики всех используемых педагогических контрольных материалов определяются лекторами и утверждается на кафедре.

3.3. Контрольные задания принимаются преподавателем на аудиторных занятиях и консультациях.

3.4. Баллы, набранные студентом, заносятся в рейтинговую таблицу. Информация о рейтинге студентов храниться на сервере факультета (института).

3.5. Контрольные материалы проходят экспертную оценку и хранятся на кафедре, составляя банк контрольных измерительных материалов.

4. Права и обязанности студента

4.1. Тест (теоретическое задание) по модулю пишется студентом только **один раз**. Студент, не явившийся на тестирование по неуважительной причине в указанные преподавателем сроки, получает за тест 0 баллов.

4.2. Срок сдачи контрольных заданий – **двенадцать учебных дней** со дня их выдачи.

4.3. Для получения **зачета** или **экзамена** по рейтингу студенту необходимо сдать **все** контрольные задания.

4.4. Для получения зачета при условии отсутствия экзамена в конце изучения курса студенту необходимо сдать все контрольные задания и его рейтинг по дисциплине должен быть не менее 70%; в противном случае студент сдает зачет подобно экзамену.

4.5. Студенты, не освобожденные от экзамена (зачета) или желающие повысить свой рейтинг, сдают экзамен (зачет).

4.6. Студент может повысить экзаменационную оценку только на **1** балл.

Критерии оценивания знаний на экзамене

«ОТЛИЧНО» выставляется, если:

- студент профессиональным языком, аргументировано изложил свой ответ на поставленный вопрос;
- владеет основными психологическими категориями и стадиями их развития;
- ориентируется в основной и дополнительной литературе по курсу;
- проявляет самостоятельность в оценке концепций, идей, точек зрения научных школ.

«ХОРОШО» выставляется, если:

- студент в своем ответе проявляет признаки полноты, осознанности усвоения и действенности выше перечисленных критериев знания по курсу, но при этом допускает неточности.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при наличии у студента лишь общего представления о каждом из признаков и исправлении ошибок при помощи преподавателя.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при отсутствии даже общих представлений о материале курса и невозможности исправления допущенных ошибок с помощью преподавателя.

ТЕМАТИКА КУРСОВЫХ РАБОТ

1. Особенности психотерапии невроза навязчивых состояний.
2. Особенности психотерапии в условиях санаторно-курортного лечения.
3. Природа и общие принципы терапии психологической травмы.

4. Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция.
5. Возможности семейной психотерапии при дисгармонии брака.
6. Психотерапия неврозов у детей и подростков.
7. Возможности аутогенной тренировки в лечении невроза.
8. Арттерапия в комплексе санаторно-курортного лечения.
9. Методы и приемы работы психотерапевта при наличии у клиента фобий.
10. Возможности психотерапии и психопрофилактики в спорте.
11. Влияние трудовой терапии на течение нервно-психических заболеваний.
12. Игровая психотерапия неврозов у детей.
13. Психотерапия аутизма у детей.

ТЕМАТИКА КВАЛИФИКАЦИОННЫХ РАБОТ

1. Психолого-педагогические условия предупреждения эмоционального выгорания молодых специалистов в системе образования.
2. Формирование коммуникативных умений подростков в групповой психотерапии.
3. Психотерапия в контексте психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.
4. Решение проблемы эмоционального выгорания психотерапевта.
5. Возможности групповой психотерапии в лечении невроза.
6. Роль групповой психотерапии в лечении депрессивных состояний.
7. Психологическая коррекция делинквентного поведения у подростков с отклонением характера.
8. Роль активного отдыха в терапии нервно-психических заболеваний.
9. Возможности эмоционально-стрессовой психотерапии в лечении алкоголизма.

10. Возможности семейной психотерапии в лечении психопатий в подростковом возрасте.

11. Сотрудничество врача и психолога в психотерапевтической работе с больными невротами.

12. Роль психотерапевта в комплексном лечении наркомании.

13. Психотерапия и психолого-педагогическая коррекция раннего детского аутизма.

14. Возможности поведенческой семейной психотерапии в разрешении супружеских конфликтов.

15. Коррекция страхов у дошкольников методом арттерапии.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ МИНИМУМ

1. Аддикция	33. Модальность	59. Сенситивность
2. Анамнез	34. «Мышечный панцирь»	60. Симпатия
3. Апперцепция	35. Неврастения	61. Симптом
4. Архетип	36. Невроз	62. Сублимация
5. Аттитюд	37. Нозология	63. Субмодальность
6. Аутентичность	38. Обратная связь	64. Суггестия
7. Аутосуггестия	39. Оперантное обусловливание	65. Суицид
8. Вытеснение	40. Отрицание	66. Супервизия
9. Гештальт	41. Парадоксальная интенция	67. Супер-Эго
10. Групповая роль	42. Перенос	68. Толерантность
11. Депрессия	43. Персонализация	69. Транс
12. Десенсибилизация	44. Плацебо	70. Трансакция
13. Дефлексия	45. Принцип «здесь и сейчас»	71. Триада Роджерса
14. Жизненный сценарий	46. Проекция	72. Фобия
15. Замещение	47. Присоединение	73. Фрустрация
16. Защитный механизм	48. Психологическая игра	74. Эго
17. Ид	49. Рационализация	75. Экзистенциализм
18. Идентификация	50. Регрессия	76. Экзистенция
19. Интроекция	51. Рефрейминг	77. Эксплозия
20. Инсайт	52. Релаксация	78. Эмпатия
21. Катарсис	53. Репрезентативная система	79. Я-концепция
22. Каузальность	54. Ресурсное состояние	80. Якорь
23. Конгруэнтность	55. Ретрофлексия	
24. Контрперенос	56. Рефлексия	
25. Конфлуенция	57. Самоактуализация	
26. Креативность	58. Семейный стереотип	
27. Конфронтация		
28. Котерапия		
29. Мета модель		
30. Метапрограмма		
31. Метафора		
32. Миф		

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

МОДУЛЬ 1 «ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИЮ»

#2/

Выберите правильный ответ. Ведущие направления в психотерапии – это:

\$

динамическое, поведенческое и гуманистическое
психоаналитическое, динамическое и экзистенциально-гуманистическое
психодинамическое, бихевиористское и психоаналитическое
когнитивное, клиент-центрированное и феноменологическое

#2/

Из какой науки психотерапия выделилась как самостоятельная наука и область практической деятельности?

\$

из психиатрии и невропатологии
из философии
из физиологии
из философии

#2/

Определите понятие «психотерапия»

\$

система лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм в целом
область медицинской психологии, задача которой – предупреждение нервно-психических и психосоматических заболеваний у практически здоровых людей
деятельность по исправлению тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют «оптимальной» модели

#2/

Когда было введено понятие «психотерапия»?

\$

в конце 19 века
в начале 20 века
в середине 20 века
в середине 19 века

#2/

Какова главная цель психотерапии?

\$

помощь клиенту в освобождении от фрустрации (напряжения, неудовлетворенности, страдания)
лечение психически больных людей
лечение психосоматических заболеваний

#2/

С какими проблемами чаще всего имеет дело психотерапевт?

\$

невроз, фрустрация, психическая травма, страх
аутизм, шизофрения, эпилепсия
алкоголизм и наркомания

#2/

Что является наиболее важным условием эффективного взаимодействия психотерапевта и клиента?

\$

активное желание клиента к преодолению того, что ему мешает
установление доверительных взаимоотношений между терапевтом и клиентом

умение клиента сформулировать свою проблему

#2/

В каком подходе психотерапевтический процесс рассматривается как обучение клиента?

\$

в поведенческом

в психоаналитическом

в экзистенциально-гуманистическом

в феноменологическом

#2/

Назовите основные формы психотерапии

\$

индивидуальная, групповая и семейная

беседа, психотерапевтическое интервью и тренинг

психотерапевтическое консультирование, интервью и групповая дискуссия

#2/

Назовите основные модели психотерапии, существующие в настоящее время

\$

психологическая и медицинская

гуманистическая и поведенческая

психоаналитическая и поведенческая

#3/

Соотнесите психотерапевтическое направление и его представителей

\$

Психодинамическое

Бихевиористское

Гуманистическое

\$

З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер

Д. Уотсон, Б.Ф. Скиннер, И.П. Павлов

А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл

#3/

Соотнесите понятие и соответствующее ему определение

\$

Психотерапевтическое направление

Психотерапевтический метод

Форма психотерапии

\$

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению

Общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности заболевания

Способ применения того или иного метода психотерапии

#4/

Расположите в правильной последовательности этапы восприятия клиентом воздействий, происходящих в ходе психотерапии

\$

этап первичной дезадаптации

этап «несбывшихся надежд»

этап вторичной дезадаптации

этап освобождения

#4/

Расположите в правильной последовательности этапы групповой динамики, имеющие место в ходе групповой психотерапии

\$

этап ориентации на формального лидера

этап группового псевдосплочения

этап поиска наиболее слабого участника группы и проявления к нему агрессии

этап выдвижения групповых лидеров

этап истинного группового сплочения

#2/

Как называется явление, обозначающее перенос на психотерапевта эмоционального отношения клиента к значимым для него людям?

\$

трансфер

конгруэнтность

аутентичность

эмпатия

контрперенос

#2/

В каком психотерапевтическом подходе взаимоотношения терапевта и клиента рассматриваются как «врач-пациент»?

\$

в психоаналитическом

в поведенческом

в когнитивном

в клиент-центрированном

#2/

кто является основателем клиент-центрированной психотерапии?

\$

К. Роджерс

А. Адлер

К. Юнг

А. Маслоу

#2/

Какие из перечисленных типов вопросов нежелательно задавать клиенту в процессе психотерапевтического интервью?

\$

двойные вопросы

открытые вопросы

закрытые вопросы

проективные вопросы

#2/

Какие механизмы психотерапевтического эффекта, действующие в групповой психотерапии, описал И. Ялом?

\$

«внушение надежды», «универсальность страданий», «альтруизм» и другие
«конфронтация», «эмоциональная поддержка», «научение» и другие
«инсайт», «катарсис», «контроль» и другие

#3/

Соотнесите название защитного механизма психики, описанного З. Фрейдом, и его определение

\$

репрессия

эскапизм

регрессия

сублимация

\$

подавление своих желаний, вытеснение их в область подсознания
поведение, направленное на уход от фрустрирующей ситуации
использование примитивного поведения, характерного для более ранних
стадий развития

переключение деятельности человека с нерешаемой проблемы на другую,
более доступную

#2/

Какое направление психотерапии возникло раньше других?

\$

психоаналитическое

поведенческое

экзистенциально-гуманистическое

феноменологическое

#2/

Какой из архетипов, описанных К. Юнгом, организует и защищает целостность личности?

\$

Самость

Тень

Эго

Персона

Анима

#2/

Кто является автором метода направленных ассоциаций?

\$

К. Юнг

З. Фрейд

А. Фрейд

А. Адлер

Р. Ассаджиоли

#2/

Кто ввел в психологию и психотерапию понятие «комплекс неполноценности»?

\$

А. Адлер

К. Юнг

З. Фрейд

А. Фрейд

Р. Ассаджиоли

#2/

Что, по мнению А. Адлера, является основным мотивом, детерминирующим поведение человека?

\$

стремление к первенству, превосходству над другими людьми

«социальное чувство»

агрессия

единство индивидуального стиля жизни

#2/

Как называется последняя стадия психотерапии, по К. Юнгу?

\$

«трансформация»

«признание»

«толкование»

«обучение»

#4/

В какой последовательности должны решаться задачи психотерапии, согласно А. Адлеру?

\$

составить четкое представление об индивидуальном стиле жизни клиента
помочь клиенту правильно (без самообмана) понять самого себя
развить и укрепить социальное чувство клиента

#2/

Кто является автором психосинтеза?

\$

Р. Ассаджиоли

А. Адлер

К. Юнг

З. Фрейд

А. Фрейд

МОДУЛЬ 2 «НАПРАВЛЕНИЯ И ФОРМЫ ПСИХОТЕРАПИИ»

#3/

Соотнесите понятие и соответствующее ему определение:

\$

Эмпатия

Аутентичность

Самоактуализация

\$

Способность эмоционально откликаться на переживания другого человека

Подлинность, соответствие внешних проявлений человека его внутреннему эмоциональному состоянию

Процесс, включающий в себя здоровое развитие способностей человека

#2/

В каком психотерапевтическом подходе взаимоотношения психотерапевта и клиента рассматриваются как «учитель-ученик»?

\$

в поведенческом

в гуманистическом

в психоаналитическом

#2/

В каком психотерапевтическом подходе роль психотерапевта заключается в фасилитации роста личности клиента?

\$

в гуманистическом

в поведенческом

в психоаналитическом

#2/

В каком психотерапевтическом подходе задачами психотерапевта являются программирование, подкрепление, подавление или формирование специфических реакций у клиента?

\$

в поведенческом

в гуманистическом

в психоаналитическом

#3/

Соотнесите название техники поведенческой психотерапии и ее краткое описание

\$

Торможение

Оперантное обусловливание

Классическое обусловливание

Сократический диалог

\$

Отсутствие подкрепления на определенную форму поведения
Снижение или увеличение частоты той или иной формы поведения
Замена эмоционального состояния клиента в неприятной или пугающей его ситуации на релаксацию

Разубеждение клиента в актуальности его симптоматики

#2/

На базе работ какого ученого были разработаны приемы оперантного обусловливания?

\$

Б. Скиннера

И.П. Павлова

И.М. Сеченова

Дж. Уотсона

Р. Бандуры

#2/

В каком психотерапевтическом подходе человек рассматривается как уникальная, целостная система, способная к развитию и самосовершенствованию?

\$

в гуманистическом

в поведенческом

в психоаналитическом

#2/

Кто является автором работы «Человек в поисках смысла»?

\$

В. Франкл

А. Маслоу

К. Роджерс

Э. Фромм

И. Ялом

#3/

Соотнесите психотерапевтический подход и одно из его положений:

\$

Экзистенциальный

Гуманистический

Поведенческий

\$

«Люди свободны и представляют собой то, что из себя сделали.

Наследственность, среда, воспитание и культура – не более чем отговорки»

«Люди – в высшей степени сознательные и разумные создания без доминирующих бессознательных потребностей и конфликтов»

«Проблемы клиента являются следствием неправильного научения, приведшего к плохой адаптации»

#2/

Кто является автором работы «Теория человеческой мотивации»?

\$

А. Маслоу

В. Франкл

К. Роджерс

Э. Фромм

И. Ялом

#2/

Какие заболевания относятся к психосоматическим?

\$

гипертоническая болезнь, остеохондроз, бронхиальная астма, сахарный диабет

невроз, энурез, логоневроз

алкоголизм, наркомания, аутизм, шизофрения

#2/

В каком подходе психотерапевт «работает с симптомом пациента»?

\$

в поведенческом

в гуманистическом

в психоаналитическом

#2/

В каком психотерапевтическом подходе наиболее актуален принцип «здесь и сейчас»?

\$

в гуманистическом

в поведенческом

в психоаналитическом

#4/

Постройте правильную хронологическую последовательность стадий психосексуального развития, описанных З. Фрейдом:

\$

оральная

анальная

фаллическая

латентная

генитальная

#2/

В каком психотерапевтическом подходе терапевт занимает наиболее нейтральную позицию?

\$

в психоаналитическом

в гуманистическом

в поведенческом

#2/

В каком психотерапевтическом подходе терапевт занимает наиболее авторитарную позицию?

\$

в поведенческом

в психоаналитическом

в гуманистическом

#2/

Кто является автором теории самоактуализации?

\$

А. Маслоу

В. Франкл

К. Роджерс

Э. Фромм

И. Ялом

#2/

Что явилось теоретической основой для проведения поведенческой психотерапии?

\$

работы И.П. Павлова о выработке условных и безусловных рефлексов
теория и практика нейро-лингвистического программирования
теория оперантного обусловливания

#2/

В каком подходе главным инициатором терапевтического контакта является пациент?

\$

в гуманистическом

в поведенческом

в психоаналитическом

#2/

Какие методы психотерапии относятся к суггестивным?

\$

аутогенная тренировка, плацебо-терапия, эриксоновский гипноз
трансактный анализ, гештальт-терапия, арт-терапия
психодрама, психогимнастика, семейная терапия

#3/

Соотнесите понятие и соответствующее ему определение:

\$

транс

инсайт

катарсис

\$

измененное состояние сознания, вызываемое психотерапевтом у клиента с помощью специальных приемов
внезапное понимание путей решения проблемы

освобождение от негативных эмоций

#2/

Найдите понятие, не связанное с остальными

\$

конгруэнтность

перенос

свободные ассоциации

сублимация

интерпретация

#2/

Найдите понятие, не связанное с остальными

\$

рационализация

аутентичность

спонтанность

эмпатия

конгруэнтность

МОДУЛЬ 3 «МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ-1»

#2/

Какой метод психотерапии не относится к суггестивным?

\$

трансактный анализ

аутогенная тренировка

эриксоновский гипноз

плацебо-терапия

нейро-лингвистическое программирование

#2/

Слово «суггестивный» переводится как

\$

внушение

транс

гипноз

наведение

пустышка

#2/

Метод плацебо-терапии связан

\$

с развитием психофармакологии

с возникновением новых приемов наведения транс

с именем М. Эриксона

с использованием двигательной экспрессии пациента

#3/

Соотнесите метод психотерапии и его основателя

\$

трансактный анализ

эриксоновский гипноз

психодрама

гештальт-терапия

телесная терапия

\$

Э. Берн

М. Эриксон

Дж. Морено

Ф. Перлз

В. Райх

#2/

Основным показанием к плацебо-терапии являются

\$

нарушения сна

невроты

фобии

алкоголизм и наркомания

личностные и межличностные проблемы

#2/

Назовите основные элементы метода аутогенной тренировки

\$

релаксация, самовнушение и самовоспитание

наведение транса психотерапевтом с помощью невербальных приемов

энергичные движения тела с целью «выхода» негативных эмоций

невербальное взаимодействие членов группы

#2/

Как называется высшая ступень аутогенной тренировки?

\$

аутогенная медитация

аутогенный транс

трансовое состояние

катарсис

инсайт

#2/

Что из перечисленного не является противопоказанием к аутогенной тренировке?

\$

психосоматические заболевания

состояния неясного сознания

выраженная гипотония

вегетативные кризы

острые соматические приступы

#2/

Какие лечебные формулировки применяются при наведении транса в эриксоновском гипнозе?

\$

«расплывчатые»

четкие и рациональные

#2/

Сколько процентов пациентов считаются негипнабельными в классическом гипнозе?

\$

от 5 до 20 %

от 20 до 25 %

от 25 до 30 %

от 35 до 40 %

#2/

Выберите название методики, не используемой в эриксоновском гипнозе

\$

методика сократического диалога

словесная подстройка

невербальная подстройка

методика «якоря»

методика перегрузки

#2/

Выберите понятие, не связанное с остальными

\$

оргонная энергия

релаксация

транс

внушение

самовнушение

#2/

В чем заключается цель трансактоного анализа?

\$

все ответы верны

в реконструкции личности на основе пересмотра жизненных позиций

в осознании непродуктивных стереотипов поведения

в формировании новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей клиента

#3/

Соотнесите Я-состояние, по Э. Берну, и его суть

\$

Ребенок

Взрослый

Родитель

\$

концепция жизни через чувства

концепция жизни через мышление, основанная на сборе и обработке информации

преподанная концепция жизни

#2/

Выберите ответ, не входящий в содержание трансактоного анализа Э. Берна

\$

анализ индивидуального жизненного стиля

анализ структуры личности

анализ трансактоний

анализ психологических игр

анализ жизненного сценария

#2/

Какие трансактонии, по мнению Э. Берна, являются конфликтогенными?

\$

перекрестные

скрытые

дополнительные

#2/

Что нужно делать человеку, чтобы сохранить внутреннюю гармонию, по мнению Ф. Перлза?

\$

прислушиваться к своим потребностям и не мешать их реализации
находить компромиссы во взаимодействии с окружающими
проанализировать свой жизненный сценарий и принять его
овладеть приемами релаксации и активно их использовать

#2/

Что является целью гештальт-терапии?

\$

пробуждение потенциальных, естественных ресурсов личности,
способствующих ее полной интеграции

реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций

осознание непродуктивных стереотипов поведения

все ответы верны

#3/

Соотнесите механизм нарушения процесса саморегуляции и его краткое описание

\$

интроекция

проекция

дефлексия

конфлуенция

\$

усвоение человеком чужих взглядов, убеждений, образцов поведения и т.п.

отчуждение человеком присущих ему качеств

уклонение от реального контакта с другими людьми

стирание границ между Я и окружением

#4/

Постройте правильную последовательность этапов, которые проходит клиент на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности (по Ф. Перлзу)

\$

этап фальшивых отношений, игр и ролей

фобический этап

тупик (отчаяние)

имплозия

эксплозия

#2/

Какой принцип не является принципом гештальт-терапии?

\$

принцип подстройки к клиенту

принцип «здесь и сейчас»
принцип «Я-ТЫ»
принцип субъективизации высказываний
принцип непрерывности сознания

#2/

Что является основным показанием для гештальт-терапии?

\$

неврозы
алкоголизм и наркомания
психозы
расстройства сна
сексуальные расстройства

#2/

На каких методах основана краткосрочная позитивная психотерапия?

\$

на психоанализе, семейной терапии и эриксоновском гипнозе
на гештальт-терапии, транзактном анализе и психоанализе
на семейной терапии, гештальт-терапии и психодраме
на транзактном анализе, эриксоновском гипнозе и психоанализе

#2/

Какой принцип не является принципом краткосрочной позитивной психотерапии?

\$

принцип «здесь и сейчас»
опора на ресурсы клиента
использование только позитивных подкреплений
философский подход

#2/

На какое время ориентирован поиск ресурсов клиента в краткосрочной позитивной психотерапии?

\$

на прошлое, настоящее и будущее
на прошлое
на настоящее
на будущее
на настоящее и будущее

#2/

Сколько сеансов обычно проводится в краткосрочной позитивной психотерапии?

\$

3-4
1-2
5-6
8-10

МОДУЛЬ 4 «МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ-2»

#2/

Какое понятие занимает в психодраме центральное место?

\$

ролевая игра
спонтанность
протагонист
инсайт
теле

#2/

Что означает понятие «теле» в психодраме?

\$

взаимный обмен чувствами между участниками психодрамы
отсутствие специально написанных ролей и сценариев
немедленное решение или новое понимание имеющейся проблемы
конкретное психодраматическое действие
неудачные паттерны поведения

#2/

Что является целью психодрамы?

\$

изучение внутреннего мира клиента в процессе игры
создание сценария и проигрывание его на сцене
сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы
формирование способности выражать свои чувства без помощи слов

#2/

Какие роли играет режиссер в психодраме?

\$

продюсера, терапевта и аналитика
продюсера и терапевта
терапевта и аналитика
протагониста и аналитика
вспомогательного Я, продюсера и терапевта

#2/

Какую функцию выполняет вспомогательное Я в психодраме?

\$

олицетворяет значимых других в жизни протагониста
повторяет все действия протагониста
помогает режиссеру
пишет сценарий
расставляет на сцене всех действующих лиц

#2/

Выберите понятие, не связанное с остальными

\$

регрессия

инсайт

катарсис

спонтанность

теле

#2/

Выберите понятие, не связанное с остальными

\$

двойник

протагонист

режиссер

вспомогательное Я

аудитория

#2/

Какой из перечисленных методов психотерапии является невербальным?

\$

психогимнастика

психодрама

эриксоновский гипноз

плацебо-терапия

транзактный анализ

КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК НАУКА И ОБЛАСТЬ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Психотерапия (от греч. *psyche* — душа и *therapeia* — лечение). В настоящее время не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов, а представляет собой всего лишь их сочетание и частично взаимодействие и отличается различными психологическими, медицинскими, антропологическими, социоэкономическими, экологическими и философскими установками и чрезвычайно широким спектром применения. В общих чертах Р. Бастин (Bastine R., 1982) определяет психотерапию как особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера. Подчеркивая многоплановость психотерапии, С. Ледер (Leder S., 1993) указывает на возможные представления о психотерапии:

- 1) как о методе лечения, влияющего на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности;
- 2) как о методе оказания влияния или воздействия, приводящем в движение процесс научения;
- 3) как о методе инструментальной манипуляции, служащей целям социального контроля;
- 4) как о комплексе явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

Первое определение основывается на медицинской модели, второе связано с психологическими концепциями, третье — с социологическими, четвертое — с философией.

Впервые термин П. введен в конце XIX в. Д. Тьюком (Tuke D. H.). В опубликованной им в 1872 г. книге «Иллюстрации влияния разума на тело»

одна из глав так и названа: «Психотерапия». Общеупотребительным термин П. становится только в 90-х гг. XIX в. в связи с развитием техники гипноза. П., рассматриваемая как часть медицины, претендует на оплату расходов по лечению больных через органы здравоохранения и медицинские страховые компании.

Существуют и другие определения психотерапии.

Психотерапия – это процесс психологического взаимодействия клиента и психотерапевта, исследование переживаний и опыта клиента, результатом которого является личностный рост клиента – расширение зоны его осознанности, открытие в себе новых черт, изменение взгляда на существующие психологические трудности, приобретение нового опыта, новых личностных качеств, что позволяет клиенту решить свои психологические проблемы и достигнуть более комфортного психологического состояния. Это процесс творчества, свободы и постоянного развития.

Психотерапия — система лечебного воздействия на психику, а через психику — на весь организм и поведение пациента.

Понятие психотерапии тесно связано с понятиями психологического консультирования и психологической коррекции.

Психологическое консультирование – это предоставление клиенту информации об интересующем его вопросе в психологической сфере, в самых разнообразных ее аспектах - начиная от какой-то конфликтной ситуации в жизни клиента и заканчивая рекомендациями по организации процесса обучения ребенка клиента. Психотерапевт (психолог-консультант) в этом случае выступает как эксперт, который высказывает свое мнение о психологическом состоянии, в котором сейчас находится клиент, о возможных причинах этого состояния и возможных способах изменения этого состояния. Она может проходить в виде 1-5 встреч, либо являться начальным этапом собственно психотерапии. Это в большей степени техническая процедура.

Психологическая коррекция – это приведение к нормативу какой-либо психической функции или психического процесса, формирование адекватных форм поведения. В процессе психокоррекции важное значение приобретает выбор определенной программы обучения, упражнений или игр. Часто целью психологической коррекции является достижение определенного уровня какой-либо психической функции, который можно проверить с помощью тестов или другими психодиагностическими методами. Это в большей мере педагогический процесс.

Эти термины тесно связаны и нередко перетекают друг в друга, но все же некоторые отличия существуют. У нас в стране под словом «психотерапия» могут скрываться все три значения. Поэтому когда кто-то произносит «психотерапия» хорошо бы понимать, какое значение этого слова он имеет в виду.

Разница в юридическом значении этих терминов связана с особенностями российского законодательства в данной сфере. Дело в том, что психотерапия в РФ относится к медицинскому виду деятельности. Это значит, что заниматься психотерапией может только врач-психотерапевт, имеющий соответствующий сертификат. Однако в действительности в процессе получения психологического образования психологи обучаются тем же самым психотерапевтическим методикам, что и врачи-психотерапевты. Но по существующему законодательству называть психотерапией свою деятельность юридически они не могут. В итоге складывается парадоксальная ситуация – специалисты, владеющие одинаковыми методами, называют свою деятельность по-разному. Врачи-психотерапевты называют свою деятельность психотерапией, а практикующие психологи, занимаясь, по сути, тем же самым, уже называют свою деятельность психологическим консультированием или психологической коррекцией. При этом совершенно непонятно иногда бывает, какое смысловое значение вкладывается в предлагаемую услугу. Это нужно каждый раз выяснять у того специалиста, к которому Вы обращаетесь.

Конечно, у психологов и психотерапевтов, как правило, существует разница в опыте клинической работы с психически больными людьми, кроме того, психологи не занимаются медикаментозной терапией больных. Однако, несмотря на это, психолог может владеть теми же самыми психотерапевтическими методами, что и врач-психотерапевт. Может ли психолог заниматься психотерапией? Юридически – нет, а по факту (если обратиться к смысловому значению слова) – да. Таким образом, психотерапевтами по смысловому содержанию их деятельности могут называть себя не только врачи, но и психологи, однако юридически, разумеется, психотерапией могут заниматься только врачи-психотерапевты.

Ситуация осложняется еще и тем, что существующие стандарты в образовании психотерапевтов в РФ не выдерживают никакой критики. Чтобы получить сертификат врача-психотерапевта, человеку с медицинским образованием нужно закончить интернатуру или ординатуру по психиатрии (во время этого обучения специалист занимается медикаментозным лечением людей с психическими заболеваниями и психотерапии в этот период уделяется минимальное внимание), а затем пройти 4-5 месячную специализацию по психотерапии, во время которой начитывается курс лекций по всем существующим направлениям, что называется «по вершкам». Во время прохождения этой специализации от обучающегося не требуется, ни того, чтобы он сам прошел личную терапию, ни того, чтобы он доказал свою компетентность, продемонстрировав психотерапевтическую сессию, показав «свою работу» более опытным коллегам, а выдача сертификата часто является чисто формальным и техническим моментом. Также и психологи, после получения своего основного образования, в большинстве случаев, не обладают достаточным профессионализмом в сфере психотерапии, так как их обучение психотерапевтическим методикам строилось в виде отрывочных курсов, длящихся в лучшем случае 2-3 месяца. В итоге, зачастую в сферу психотерапии попадают люди, не обладающие достаточной компетентностью в этой сфере, хотя и юридически законно в ней

оказавшиеся. Соответственно, повышается риск попасть к психотерапевту с весьма сомнительными морально-этическими принципами, который будет просто «отыгрывать» на клиенте собственные нерешенные проблемы и вытягивать из него максимальное количество денежных знаков.

Кардинально другая ситуация на Западе – родине психотерапии. Там психотерапией, кроме врачей, могут заниматься и специалисты с гуманитарным образованием – психологи, социологи, которые, однако, имеют, помимо основного (психологического, социологического, медицинского) образования, дополнительное образование в сфере психотерапии. Именно в ходе получения этого дополнительного образования они обучаются профессиональным психотерапевтическим навыкам. Чаще всего такое обучение психотерапии проходит в частных образовательных институтах по длительным программам – от 3 до 7 лет в зависимости от направления психотерапии. Для того, чтобы стать психотерапевтом, в ходе такой 3-7 летней программы нужно выполнить серьезные требования – самому пройти курс личной терапии у психотерапевта, пройти курс групповой психотерапии, набрать определенное количество часов супервизии (сессий под контролем более опытного психотерапевта), продемонстрировать свою работу коллегам. Таким образом, достигается значительно больший профессионализм в сфере психотерапии.

В России существуют негосударственные психотерапевтические институты, имеющие международную аккредитацию, а также негосударственные образовательные учреждения, которые занимаются обучением различным направлениям психотерапии по длительным программам. Чтобы обучиться психотерапии, важно выполнить не только формальные требования, но и получить дополнительное образование в таких институтах. Сертификация в этих признанных в международном психотерапевтическом сообществе институтах является подтверждением компетентности специалиста в выбранной сфере.

Знание основ психотерапии необходимо каждому культурному человеку. А представителям профессий, главная задача которых - работа с людьми, - педагогам, социальным работникам, юристам эти знания профессионально необходимы. Они помогают лучше понимать и оценивать свои и чужие поступки и психические состояния, причины которых не всегда лежат на поверхности.

Психотерапия давно уже вышла за пределы психиатрии, невропатологии, в недрах которых она зародилась. Сейчас она широко применяется в наркологии, терапии, особенно при так называемых психосоматических заболеваниях, в акушерстве, дерматологии, педиатрии, стоматологии, хирургии и т. д.

Происходит экспансия психотерапии во «внеклиническую» сферу (кабинеты социально-психологической помощи, семейные консультации). Довольно широко используются отдельные методы психотерапии (эмоционально-психологическая разгрузка, психорегуляция, аутогенная тренировка) в спорте, на производстве, при подготовке космонавтов и членов экспедиций. Более того, многие методы психического воздействия давно используются служителями религии, в политике и экономике (реклама). Психотерапия сейчас стоит на стыке многих наук, прежде всего психологии, медицины, физиологии, философии, лингвистики, социологии, и в то же время все более отчетливо формируется в специальную область знаний, где практические навыки и их использование с лечебной целью опережают фундаментальные исследования по их обоснованию.

Одна из задач психотерапии - обучение людей способам поведения, которые помогут им успешнее решать и по возможности не создавать личные и межличностные проблемы. Психотерапевт, практический психолог должны уметь отличить ситуацию, объективно неразрешимую (по крайней мере, собственными усилиями), от ситуации, которую данный человек принимает за неразрешимую, снимая с себя ответственность за принятие решений и действия по ее преодолению. Одновременно психотерапевт должен уметь

четко отличать случаи, входящие в его компетенцию, от случаев, с которыми данный индивид должен быть направлен к психиатру с подозрением на психическое заболевание.

Принято различать понятие психотерапия в узко медицинском смысле как метод лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре) и в более широком, включающем в себя организацию труда и быта, профилактику психотравмирующих факторов и т. п. В таком случае психотерапия тесно связана с такими понятиями, как психогигиена и психопрофилактика.

Психотерапия является специфическим методом лечения, так как лечебный эффект здесь достигается не физическими или фармакологическими свойствами лечебного фактора, а той информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет.

Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения. Талантливые клиницисты всегда использовали технику психотерапии при лечении соматических заболеваний, поэтому одни и те же лекарства, чудодейственные в их руках, теряли свое целебное свойство в руках других врачей.

Психотерапия может осуществляться при непосредственном контакте врача с пациентом или опосредованно с помощью звукозаписи, радио, телефона, телевидения, кино, посредством печатного слова, музыки, картин... Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время не существует. Следует различать методы и формы (техники) психотерапии.

Под *методом* понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Так, например, понятие невроза как заблуждения ума, ошибочного мышления породило метод рациональной психотерапии (П. Дюбуа). Представление о неврозе как о расстройстве, вызванном застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, вызвало к жизни метод катарсиса, а понимание невроза как проявления вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения породило психоанализ (З. Фрейд).

Способ применения того или иного метода психотерапии называется *формой* психотерапевтического лечения. Так, например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т. д.

В отечественной психотерапии в последние годы преобладают следующие основные направления: суггестивное (внушение в гипнозе и др.), реконструктивное (личностно-ориентированное) и условно-рефлекторное.

Существует большое количество классификаций психотерапевтических методов лечения. Одна из них разработана И. З. Вельвовским.

1. Психотерапия в естественном состоянии бодрствования
2. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга
3. Психотерапия при стрессе, вызванном: психическим путем — испугом, острым положительным или отрицательным переживанием; фармакологическими, болевыми агентами или физическими агентами.

Из всего многообразия методов психотерапии в Российской Федерации наиболее распространены следующие:

- 1) суггестивная психотерапия (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия, наркопсихотерапия);
- 2) самовнушение (аутогенная тренировка, метод Куэ, метод Джекобсона);
- 3) рациональная психотерапия;
- 4) групповая психотерапия;
- 5) поведенческая психотерапия;
- 6) семейная психотерапия.

Все чаще применяются психоанализ, трансактный анализ, гештальт-терапия и др.

Внутри каждого из этих методов существуют десятки, а иногда и сотни методик.

Существует классификация принципов выбора метода психотерапии в зависимости от заболевания (Strotska, 1986): 1) при острой истерической симптоматике предпочтительна суггестия; 2) при вегетативных нарушениях — аутогенная тренировка; 3) при жизненных трудностях — «разговорная» терапия; 4) при фобиях — поведенческая терапия; 5) при характерологических нарушениях — гештальт-терапия, психодрама; 6) при расстройствах, связанных с семейными проблемами, — семейная психотерапия.

Медицинская и психологическая модели психотерапии

В настоящее время в США, Германии и ряде других высокоразвитых стран четко разделились психологическая (немедицинская) и медицинская психотерапия.

Медицинская психотерапия касается в основном работы с психически здоровыми пациентами медицинских учреждений и является более углубленным продолжением медицинской психологии и деонтологии. Готовят таких специалистов на медицинских факультетах университетов, и в дальнейшем они входят в ассоциации врачей.

Немедицинской психотерапией занимаются выпускники психологических, а в США и философских факультетов. С больными, у которых диагностировано психическое заболевание, алкоголиками, наркоманами, «суицидниками» психотерапевт не имеет права работать без разрешения лечащего врача (психиатра, нарколога), который может «делегировать» психотерапевту часть реабилитации, связанную с психологической поддержкой больного и его родственников.

В большинстве случаев лица с психическими заболеваниями видны «невооруженным глазом» в первую очередь по явной неадекватности реагирования на ситуации, слова и действия других людей. Однако бывают так называемые пограничные состояния («блуждающие» между нормой и патологией).

Во всех случаях сомнений психотерапевт обязан направить такого больного к психиатру или сам обратиться к нему за консультацией. Это исключительно важно, так как психотерапевтический и психиатрический подходы принципиально различны.

ЛИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Психотерапевт - это подготовленный специалист, умеющий диагностировать и лечить заболевания, преимущественно психогенного происхождения, целенаправленно применяя в качестве лечебного средства психологическое воздействие. Из-за специфики психотерапии он в той или иной мере привносит в лечебный процесс своеобразие своей личности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентации и психотерапевтических технологий. Для разных направлений психотерапии характерны различные акценты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эффективности лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении клиент-центрированной, поведенческой, рационально-эмоциональной, психодинамической психотерапии.

В *клиент-центрированной психотерапии* психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом является искренним, подлинным (аутентичным), стремится сохранять безусловную положительную позицию по отношению к больному, принимая (акцептируя) его с уважением как личность, включающую отдельные слабости и недостатки. При этом

психотерапевт должен быть эмпатичным, способным вчувствоваться во внутренний мир пациента, уловить и вербализовать те эмоции, которые тот еще только начинает осознавать. Конечно, это идеальная модель поведения специалиста, в действительности чаще наблюдается лишь определенное приближение к ней. Большое значение придается более полному выражению чувств психотерапевтом в лечебном процессе как фактору, усиливающему его эффективность. Повышение личностной включенности в процесс взаимодействия с пациентом составляет важную задачу психотерапевта.

Противоположным является поведение в ходе *поведенческой психотерапии*. В этом случае врач, как правило, директивно управляет лечебным процессом и добивается желаемых целей, используя определенные психотерапевтические приемы. Важными свойствами психотерапевта является профессиональная манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, умение поощрять и подкреплять его полезные реакции, убеждать и скрыто внушать. Вместе с инструкциями он дает советы и рекомендации, выступает в роли учителя.

В психодинамической психотерапии в соответствии с особенностями аналитической ситуации П. занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и нейтралитета. Термин «нейтралитет» не подразумевает безразличие, пассивность, он используется для описания общего отношения П. и включает в себя профессиональный кодекс, т. е. уважение к индивидуальности пациента, его праву быть хозяином своей жизни, не допускать, чтобы в нее вторгались или ее нарушали бы собственные предпочтения и потребности аналитика.

В ходе *классического психоанализа* поведение психотерапевта определяется утверждением *Фрейда*, что аналитик подобен экрану или зеркалу по отношению к пациенту, отражает его проявления и не вносит собственных чувств и личностных ценностей.

Рассмотрим далее основные отличия между профессиональной деятельностью психотерапевта и психиатра.

Психиатр работает с пассивным объектом, к сознанию которого обращаться бесполезно, и поэтому применяет такие методы, как достаточно сильное медикаментозное воздействие, электрошок, различные техники гипноза и т.п. Психиатр работает с пациентом (в переводе с латинского - терпящим), то есть с пассивным (в смысле его участия в лечении) объектом, тогда как психотерапевт работает с клиентом, субъектом, то есть активным участником лечения, все более пробуждая его активность и самостоятельность.

Психотерапевт использует принципиально другой подход, «втягивая» клиента (а не пациента, как психиатр) в творческое сотрудничество, стараясь найти и показать ему его собственные внутренние резервы для преодоления нежелательных ситуаций, состояний и манер поведения.

К психиатру пациент редко обращается сам - его или приводят родственники или доставляют после припадка или другого опасного для него и окружающих проявления болезни. К психотерапевту во всех цивилизованных странах никто не стесняется сам обратиться за советом и помощью в преодолении угнетающих его психических состояний. Такие состояния периодически бывают у любого здорового человека, и в тех случаях, когда он сам не может справиться с ними или хотел бы просто посоветоваться, он, не смущаясь, обращается к специалисту.

К сожалению, из-за отсутствия в нашем обществе психотерапевтической культуры многие стесняются обратиться со своими проблемами не только к психотерапевту, но и к практическому психологу, считая, что это сразу относит их в разряд психически ненормальных людей.

Именно в силу этого индивидуальные и семейные проблемы, которые могли быть легко решены на начальном этапе, усугубляются, становясь все более трудно преодолимыми.

Важнейшим условием эффективного взаимодействия психотерапевта с клиентом является активное желание клиента к преодолению того, что ему

мешает, сотрудничества с психотерапевтом, а не перекладывание ответственности на него.

Если такое желание пока недостаточно выражено, психотерапевт должен сделать его четким, осознанным и устойчивым, разъяснив клиенту, что именно это является необходимым условием решения его проблемы. Всем известно, что, например, лечение алкоголиков бесполезно, пока у них самих не возникает активное желание избавиться от недуга.

Для эффективного сотрудничества важно убедить клиента, что вы вместе будете бороться не с какой-то манерой его поведения (которую он, возможно, оправдывает, особенно в семейных конфликтах), а с тем страданием, которое ему же и его близким доставляет эта манера поведения.

Разумеется, активность, «субъектность» клиента в психотерапии - лишь принципиальная схема, постоянно присутствующая цель. В процессе же самой терапии субъект, периодически подвергаясь определенным приемам воздействия, становится объектом воздействия.

Например, при обучении аутогенной тренировке и другим видам психорегуляции клиент периодически должен пассивно и внимательно воспринимать воздействие. Но он это должен делать сознательно, по своей воле и когда это нужно для процесса терапии. Если же он при желании не может перейти из пассивного состояния объекта к активности субъекта, то это и становится главным предметом заботы психотерапевта, заставляя его искать, вовлекая в этот поиск самого клиента, приемы активизации его ресурсов самостоятельности, без которой вся остальная работа обречена на неудачу. При этом клиент может соглашаться с правильными советами и даже с тем, что его поведение ему же мешает, и это нужно изменить, но реально не предпринимает в этом направлении никаких действий. Например, человек, оставаясь совершенно самостоятельным и независимым в различных жизненных ситуациях и делах, не в состоянии решить проблему курения или переедания.

Психотерапевт должен избегать крайностей в своих рекомендациях. Противопоставление субъекта и объекта приводится лишь как наглядная схема их крайних воплощений. В реальной жизни в каждом человеке в разное время присутствуют элементы того и другого - важно их соотношение, невозможно да и нецелесообразно все время быть активным и озабоченным ответственностью; важно не уйти в пассивность и безответственность как в устойчивую жизненную позицию.

Психотерапевт, практический психолог, консультант постоянно имеют дело с клиентами, страдающими неврозами, а само страдание от этих неврозов вызывается фрустрацией, с которой они сами не в силах справиться.

Фрустрация (от англ. frustration - расстройство планов, крушение надежд) - это состояние сильной неудовлетворенности, которое возникает, когда желания и стремления человека наталкиваются на сопротивление, не сбываются, не оправдываются, срываются планы. Состояние фрустрации ассоциируется с психической (а если вдаваться глубже - то и с психофизической) напряженностью, сопровождается депрессивными состояниями. Можно сказать, что фрустрация - это всегда страдание определенной интенсивности: от терпимого до практически непереносимого.

Сильная фрустрация нарушает нормальное течение психофизиологических процессов, негативно отражается практически на всех (познавательных, эмоциональных и пр.) процессах индивида, искажает его внутреннюю картину мира, нарушает взаимодействие с другими людьми и окружающей средой.

Итак, фрустрация возникает, когда сильное желание, стремление человека наталкивается на преграду, которая является или кажется ему непреодолимой. Очень важно, чтобы психотерапевт сумел отличить сам и помог отличить своему клиенту, какие из преград, вызвавших фрустрацию, действительно непреодолимы, а какие только кажутся непреодолимыми.

Неврозы - это состояния, когда преграды, вызывающие фрустрацию, кажутся непреодолимыми для клиента, а не являются таковыми объективно.

Таковыми «непреодолимыми» преградами чаще всего являются постоянно повторяющиеся нервно-психические состояния клиента и его поведенческие реакции, от которых он хотел бы избавиться, но не только не может этого сделать, а во многих случаях и не пытается, убеждая себя и других в их непреодолимости или, напротив, необходимости.

Можно сказать, что невротическое поведение или состояние отличается от нормального своей нерациональностью (которую клиент либо не видит, либо оправдывает), цикличностью (поведенческие реакции постоянно повторяются), пустой тратой психической энергии, а главное, эти реакции не признаются клиентом как невротические, он убежден в их разумности или по крайней мере неизбежности (примеры: регулярное опоздание на работу или учебу, семейные неврозы).

Психотерапевт должен научить клиента действовать в соответствии с древней мудростью:

«Боже, дай мне силы преодолеть то, что я могу.

Дай мне терпение переносить то, что я не могу преодолеть.

И дай мне мудрость отличить первое от второго».

Как в случаях с объективно непреодолимыми препятствиями, так и в случаях с препятствиями, которые неверно воспринимаются клиентом как непреодолимые, мы имеем дело с определенной психической зависимостью клиента от фрустрирующего объекта и должны попытаться разрушить эту зависимость.

Зависимость может иметь разные степени - от таких сильных, как наркомания и алкоголизм, до отдельных, вроде бы безвредных, но нерациональных привычек, от которых человек хотел бы, но не может избавиться.

Таким образом, важнейшим условием преодоления невроза и избавления от связанной с ним фрустрации является: разоблачить невроз как

нерациональное, мешающее поведение, перестать его оправдывать перед другими, а главное - перед собой, захотеть от него избавиться.

До этого осознания и активного желания вся работа психотерапевта так же безрезультатна, как принудительное лечение алкоголиков и наркоманов, которые еще не пришли к твердому решению избавиться от болезни.

Только после признания невротической (то есть нерациональной, но постоянно повторяющейся) модели собственного поведения могут быть сформированы и постепенно закреплены новые модели, приносящие успех в данной ситуации, избавляющие от страдания или по крайней мере снижающие дискомфорт до уровня, терпимого как для внутреннего состояния клиента, так и для его внешней жизнедеятельности.

Именно на это и направлена как психотерапия в целом, так и многие ее направления, между которыми (именно благодаря этой единой цели) больше общего, чем различного.

Чтобы стать психотерапевтом, мало освоить многочисленные методические приемы (их сейчас более 3000); нужно научиться применять их осмысленно, а для этого важно понимать механизмы их лечебного воздействия, знать показания и противопоказания к их применению. Иными словами, нужно знать теоретическую основу психотерапии. Без этого психотерапевт, как и любой врач, становится ремесленником.

Отечественная психотерапия с начала своего зарождения (середина 20-х годов) развивалась однобоко. Наши ученые, особенно гипнологи и физиологи, много сделали на пути изучения механизмов внушения, гипноза. В итоге в некоторых аспектах психотерапии, например в гипнологии, по сравнению с зарубежными психотерапевтами мы продвинулись дальше, а в других, особенно в части недирективных методов, несомненно отстали.

Влияние роли личности психотерапевта на эффективность лечения несомненна. Под особенностями личности, отличающими хорошего психотерапевта от плохого, подразумеваются такие качества, как эмпатия,

сердечность, теплота и доброта в общении с окружающими, внимание, умение понять пациента и, несомненно, артистичность.

Иногда говорят о врожденном психотерапевтическом таланте, и в этом есть доля истины. Однако нельзя противопоставлять искусство науке, а врожденные способности психотерапевта — знанию и умению. Чтобы стать хорошим психотерапевтом, мало обладать нужными личностными особенностями и врожденными качествами — необходимо уметь развить их в себе и научиться ими пользоваться. Последнее определяется многими обстоятельствами.

Во-первых, психотерапия, как уже говорилось, стоит на стыке различных областей знаний: медицины, психологии, социологии, философии, а это требует от специалиста большого кругозора и глубоких знаний.

Во-вторых, психотерапия — это специфический метод лечения, состоящий из практических, подчас очень трудоемких методик, а это требует от врача при их освоении и проведении умения, терпения и трудолюбия.

В-третьих, психотерапия — очень трудная специальность, требующая от врача постоянного эмоционального напряжения и полной самоотдачи.

Психотерапия зиждется на методах лечения, освоение которых требует кропотливого труда и длительного времени. Освоить их за 3—4 месяца невозможно. Нужны годы изнуряющего труда, чтобы придать работе ту легкость и эффективность, которую мы иногда наблюдаем у опытного психотерапевта.

Вероятно, следует согласиться с мнением Б. Д. Карвасарского (1985), что ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобретают столь существенного значения, как в психотерапии.

Уже при первой встрече психотерапевта с пациентом встает вопрос о согласии больного на проведение курса психотерапии. При этом непременным условием является позитивное отношение больного к лечению. Поэтому психотерапию не назначают, как пилюли или физиопроцедуры, — о ее целесообразности договариваются.

Эффективность психотерапевтического лечения зависит от взаимоотношений врача и пациента, от психотерапевтического альянса. Правильно построенные взаимоотношения врач — больной зависят от многих факторов, среди которых не последнее место занимают опыт и искусство врача. То, что может себе позволить в общении с больным один врач, не может другой. Пожилой и опытный психотерапевт ведет себя иногда резко, нарочито грубо, но это не обижает, а, наоборот, успокаивает больного; молодой врач должен выбрать иную, более мягкую форму общения с больным. Следует помнить, что за внешней строгостью врача пациент всегда должен чувствовать тепло любви к себе, сопереживание, желание помочь. Пациент может простить врачу многое, но никогда не прощает равнодушия.

Не менее опасна для начинающего психотерапевта и чрезмерная самоуверенность. Уверенность в своих силах и в успехе лечения — это одно, а самоуверенность, да еще замешанная на недостаточной профессиональной грамотности, — совсем другое. Психотерапевт, знающий все и умеющий лечить все, так же опасен для больного, как и врач равнодушный.

От психотерапевта требуются высокая культура, порядочность и принципиальность. Эти качества вызывают у больного уважение и доверие к врачу, а это уже половина успеха в лечении. И, наоборот, если врач не блещет интеллектом, небрежно одет, корыстен, от него разит табаком или перегаром, он не может рассчитывать на психотерапевтический успех.

Большое значение для психотерапевта имеет культура речи. Речь врача должна быть грамматически правильной, свободной от всяких вульгарных оборотов, от непонятных больному терминов.

Врач-психотерапевт должен уметь не только просто и убедительно говорить, но внимательно и терпеливо слушать. Выслушать больного неврозом — значит уже облегчить его состояние.

На общение врача с больным накладывает отпечаток и характер заболевания пациента. Если по отношению к истерику или алкоголику иногда дозволена резкость и строгость, то психастеники или сенситивы

всегда лучше реагируют на мягкость, понимание, тепло и тяжело переносят грубость и неделикатность.

К сожалению, в наш век стремительного технического прогресса, рационализма, социальных и экономических преобразований сохранить свою духовность, которая «поднимает больных с постели», врачу очень трудно, и это еще более повышает степень его требовательности к себе.

Психотерапевту необходимо знать не только клинику заболевания, которое он лечит, но в еще большей мере — психологию больного человека.

Больной неврозом с трудом признает психогенный характер своего заболевания. В социальном плане для него более престижна биологическая, органическая основа болезни. Диагноз «последствия перенесенной нейроинфекции» или «последствия травмы мозга» всегда более приемлем для больного, чем «невроз», «невротическое развитие» и т. п. Больной терпимо относится к диагнозу «истерический невроз» и уж совсем негативно — к таким диагнозам, как «психопатия», «алкоголизм» или «шизофрения».

Больные с пограничными нервно-психическими расстройствами к психиатру идут неохотно: в определенной мере это относится и к психотерапевту, особенно если он работает на базе психиатрического лечебного учреждения.

Пациент всегда ждет от психотерапевта чуда. Авторитет врача, или, как говорил А. А. Портнов, «ореол, которым окружено его имя», несомненно является важным фактором, влияющим на эффективность психотерапевтического лечения. Но этим фактором нужно пользоваться умело.

В погоне за легким и быстрым успехом психотерапевт может незаметно скатиться до уровня знахаря или эстрадного артиста. Таких психотерапевтов, которые с легкостью обещают вылечить СПИД, рак, болезнь Литтла или лучевую болезнь, еще П. Мериме называл «торговцами надеждой».

Такая постановка вопроса совсем не означает, что психотерапевт не должен участвовать в лечении тяжелых органических и психических

заболеваний. Психотерапевтически можно снять невротическое наслоение, нарушение сна у больного раком, эмоциональное напряжение у перенесшего инфаркт миокарда, чувство неполноценности у больного церебральным параличом и т. п., но обещать полное излечение подобных заболеваний только психотерапевтическим путем по меньшей мере жестоко.

В связи с этим вспоминаются слова Кречмера о том, что «современному врачу отвратительна роль волшебника». Слова эти, произнесенные более чем полвека тому назад, не потеряли своей актуальности и в наши дни.

ВЕДУЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Все классические направления психотерапии сталкиваются с одними и теми же проблемами и препятствиями на пути их решения.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует систему, или *направление*, психотерапии. Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода — различные методики и приемы.

В настоящее время наибольшее распространение получили три психотерапевтических направления: 1) психоаналитическое (психодинамическое); 2) поведенческое (бихевиористское); 3) феноменологическое (экзистенциально-гуманистическое).

Рассмотрим каждое направление психотерапии более подробно.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ (ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ) НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Для того чтобы понять сущность этого подхода, необходимо обратиться к основам теории личности его создателя Зигмунда Фрейда.

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и не видимую, — бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент — «ид» (оно) — резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. «Ид» включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, «ид» действует согласно *принципу удовольствия*.

Второй компонент личности — «эго» (я). Это — разум. «Эго» ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. «Эго» находит компромиссы между неразумными требованиями «ид» и требованиями реального мира — оно действует согласно *принципу реальности*. «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании, импульсов, исходящих из «ид». «Эго» — исполнительная власть личности.

Третий компонент личности — «суперэго». Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». «Суперэго» включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. «Суперэго» действует на основе *морального принципа*, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (ид), разум (эго) и мораль (суперэго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение — возникают *интрапсихические*, или

психодинамические, конфликты. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

В норме, адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Наиболее важная функция «эго» — образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций, как-то вытеснение, проекция, образование реакции, интеллектуализация, рационализация, отрицание, сублимация и др. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод — *психоанализ*. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

1. Добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта.
2. Проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытое, подавленное чувство гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту

осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Теперь мы можем сформулировать сущность психодинамического подхода в психотерапии: это подход, который подчеркивает важность для понимания генеза и лечения эмоциональных расстройств интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности.

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ (БИХЕВИОРИСТСКОЕ) НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно — в конце 50-х годов. На ранних стадия развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относилось тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания.

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Watson (1913) и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах, но истолковали и использовали их механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма независимо от влияния личности. В попытках смягчить явно механистические положения

своих учителей необихевиористы (Tolman, (18:) 1932, Hull, 1943 и др.) позднее стали учитывать между стимулами и ответными реакциями так называемые «промежуточные переменные» — влияния среды, потребностей, навыков, наследственности, возраста, прошлого опыта и др. , но по-прежнему оставляли без внимания личность. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о «животных машинах» и концепции французского материалиста XVIII века Ламетри о «человеке-машине».

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Wolpe (1969) определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения. Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются» (цит. по Р. А. Зачевицкому, 1975). При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Frank (1971) заявлял даже, что вскрытие таких причин мало помогает лечению. Сосредоточение внимания на их последствиях, то есть на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непосредственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача. Более того, Eysenck (1960) утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов, и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать, даже в среде ее видных основоположников. Так, Lazarus (1971) — ученик и бывший ближайший сотрудник Wolpe выступил с возражениями против утверждения своего учителя о том, что поведенческая терапия якобы вправе бросить вызов другим видам лечения как наиболее эффективная. На основании своих собственных катамнестических данных Lazarus показал «обескураживающе

высокую» частоту рецидивов после проведенной им терапии поведения у 112 больных. Наступившее разочарование ярко выразил, например, Ramsay (1972), написавший: «Первоначальные заявления поведенческих терапевтов относительно результатов лечения были изумляющими, но сейчас изменились... Диапазон расстройств с благоприятной реакцией на эту форму лечения в настоящее время невелик». О его сокращении сообщили и другие авторы, признавшие успешность поведенческих методов преимущественно при простых фобиях или при недостаточном интеллекте, когда больной не способен формулировать свои проблемы в вербальной форме.

Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Видный американский психиатр (19:) Wolberg (1971) указывал, например, что, когда психопата или алкоголика постоянно наказывают или отвергают за антисоциальное поведение, они и сами каются в своих поступках. Тем не менее на рецидив их толкает интенсивная внутренняя потребность, гораздо более сильная, чем условно-рефлекторное воздействие извне.

Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения как по своей природе, так и по размаху. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования *когнитивных* концепций и процедур.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ (ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ) НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется (14:) феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, — феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой благодаря научению лепится личность, а, как говорил Сартр: «Человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор — выбирать, как думать, и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и

ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также *гуманистическим*.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала — в личностном росте, — хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если он не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смысла для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих предположениях (D. Bernstein, E. Roy et al., 1988):

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой **(15:)** естественный рост и чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть, по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт — это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий — установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное

принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» Карла Роджерса (1951) и «гештальт-терапия» Фредерика Перлза (1969).

Карл Роджерс практиковал психодинамическую терапию в 30-х годах. Но скоро он начал сомневаться в ее ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который «понимает» пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую «недирективную терапию», то есть он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход сейчас называется «клиент-центрированной терапией», чтобы подчеркнуть роль клиента. Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

1. «Безусловное позитивное отношение». Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или

неадекватен, — это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи. (16:)

2. Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как сторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить: «Я понимаю» или: «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая отражением («рефлексией»). Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. Конгруэнтность — это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не деланными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОАНАЛИЗ З. ФРЕЙДА

3. Фрейд постоянно подчеркивал, что является последовательным детерминистом, то есть утверждал, что любое самое непонятное психическое

состояние и поведение имеет в своей основе совершенно материальную причину, найти которую и есть главная задача психоаналитика. Именно нахождение этой вполне материальной причины является, по мнению З.Фрейда, необходимым условием для начала кропотливой и длительной процедуры избавления клиента от угнетающих его состояний, нерациональных моделей поведения и неврозов.

Вытеснение или подавление неприемлемых для Супер-Эго, нежелательных с точки зрения Сверх-Я мотивов - один из краеугольных камней теории и практики классического психоанализа - также стало важнейшим понятием.

Выявление этих мотивов как истинных причин, вызывающих фрустрации и неврозы, доведение их до сознания клиента и последующая работа по их устранению или коррекции является стрессовой линией не только психоанализа, но и любого направления и метода современной классической психотерапии.

Представители всех психотерапевтических направлений принимают аксиому психоанализа о том, что Я сопротивляется осознанию истинных, вытесненных из сознания, мотивов, ставших настоящими причинами неврозов.

Наиболее типичные пути такого самообмана, самозащиты сознания от «неприятной правды» выделены именно в психоанализе З.Фрейда и систематизированы его дочерью Анной Фрейд.

Агрессия - разрушительные действия, направленные на других людей или самого себя.

Репрессия – подавление своих желаний, вытеснение их в область подсознания. При этом вытесненные желания не только не приводят к избавлению от фрустрирующей зависимости, а становятся еще более сильными, но уже неосознаваемыми и труднее поддающимися анализу, контролю и коррекции.

Эскапизм (избегание) - поведение, направленное на уход от фрустрирующей ситуации, на ее игнорирование. Некоторые авторы не выделяют эскапизм в самостоятельную категорию, считая, что он является одним из вариантов вытеснения.

Регрессия - переход под давлением фрустрации на упрощенную модель поведения, использование примитивного поведения, характерного для более ранних стадий развития индивида. К поведенческим реакциям типа регрессии могут быть отнесены (в тех случаях, когда они являются уходом от решения проблем!) пьянство, секс, тяга к более примитивным компаниям, зрелищам, развлечениям, кругу чтения, фильмам и т.п., чем те, которые более соответствуют интеллекту человека.

Рационализация – неосознаваемое объяснение своего поведения не истинными, а оправдывающими его мотивами. Неосознанной целью рационализации является снятие ответственности с себя и перенесение ее на обстоятельства, других людей и т.д.

Сублимация - переключение мыслей и (или) деятельности человека с нерешаемой (реально или по его мнению) проблемы на другую, более доступную, при решении которой он компенсирует предыдущую неудачу и частично снижает фрустрацию.

Проекция (от английского слова «projection» - выброс) - перенос собственных неосознаваемых мотивов поведения на объяснение поведения другого человека. Так, конфликтный человек подозревает всех во враждебном к нему отношении, нечестный в нечестности и т.п. Естественно, что такая позиция мешает увидеть реальную проблему в себе и в других и соответственно вместо ее решения приводит к усугублению.

Аутизм. Этот термин имеет несколько различное применение в психиатрии и психотерапии. В психиатрии он означает серьезное и почти неизлечимое психическое заболевание, при котором больной настолько замыкается в себе, что практически не выходит на контакт и не подлежит никакой коррекции. В психотерапии аутизм - это лишь тенденция к такому

«самозамыканию», снижение общительности до минимума, постоянное стремление к уходу от активной деятельности, самоизоляция. Клиент не вообще не воспринимает окружающую действительность, а лишь уходит от контактов, касающихся наиболее проблемной, просто отказываясь видеть ее реально и предпринимать какие бы то ни было шаги к ее решению.

Итак, перечисленные восемь способов поведения лишь основные из наиболее типичных приемов самообмана, когда клиент оправдывает свой уход от решения реальных жизненных проблем.

Все классические направления психотерапии и их методы, несмотря на их многообразие и различие, так или иначе направлены на освобождение клиента от нерациональной (то есть лишь кажущейся непреодолимой) зависимости, которая и создает фрустрацию (напряжение, неудовлетворенность, нередко - страдание) человека.

Психотерапевт помогает клиенту расширить сознание - как бы с высоты увидеть пути выхода из лабиринта, казавшегося непреодолимым тупиком, и почувствовать в себе способность самостоятельного (хотя на первом этапе и с помощью психотерапевта) выхода из тупиковой ситуации.

Первая практическая задача психоанализа - помочь клиенту осознать истинные мотивы вытесненных в бессознательную сферу невротических (нерациональных и травмирующих психику) поведенческих реакций, эмоций и мыслей. Нередко, когда после непростой и кропотливой работы такое осознание оказывается достигнутым, это уже в значительной мере избавляет от невроза и фрустрации или по крайней мере направляет на этот путь. То есть первый этап психоаналитической терапии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать себя, свое поведение и его мотивы реально, такими, какие они есть на самом деле.

Для этого сначала применяется психоаналитическая беседа и анализ поведения клиента, позволяющие психотерапевту тщательно изучить и как можно точнее сформулировать, какие именно причины или мотивы невроза упорно прячутся от сознания клиента, игнорируются им или отрицаются.

Одним из наиболее известных методов Фрейда при проведении психоаналитической беседы является метод свободных ассоциаций.

Сущность метода свободных ассоциаций состоит в том, что клиент, удобно расположившись и расслабившись (в классическом психоанализе - лежа на кушетке), пускает свое сознание на самотек и начинает произносить любые приходящие в голову слова, не пытаясь намеренно связать их в какой-то логической последовательности. Психотерапевт анализирует весь этот хаотичный словесный материал, обращая внимание на периодически повторяющиеся слова, словосочетания, типичные предложения.

Не менее знаменитый метод Фрейда - толкование сновидений. Сновидения он толковал не на предмет предсказания будущего, а для объяснения истинных причин невроза прошлыми событиями, которые, будучи вытесненными из сознания, проникают в него частично в скрытой и искаженной форме в виде сновидений. З.Фрейд даже составил список символов различных сновидений и их возможное толкование.

Следующий ключевой феномен классического психоанализа, выделенный З.Фрейдом, широко известен как трансфер, т.е. перенос. Под этим явлением подразумевается перенос своего отношения или определенного комплекса по отношению к родителям или одному из них, а также модели их отношений друг с другом на психотерапевта или того, кто в данном случае помогает выявить и решить психологические проблемы клиента. Перенос может быть распространен и на школьного психолога, и на педагога, и на любого человека, взявшего на себя сознательно (или по восприятию клиента) эту роль. Это отношение клиента нужно, с одной стороны, учитывать, с другой стороны - можно и нужно использовать.

Фрейд считал, что анализ трансфера помогает лучше понять реальные или желаемые, но «недополученные» отношения родителей или к родителям.

Исходя из этого, возможно проанализировать, не кроются ли именно в этих отношениях (реальных, надуманных или желаемых) истинные причины сегодняшних переживаний и неврозов клиента.

Очень важно учитывать постоянные напоминания Фрейда, что психоанализ не универсален и не панацея от всех психологических проблем и расстройств. Он утверждал, что главные сферы эффективной психоаналитической психотерапии - это различные неврозы, большинство типов истерии, различные фобии (навязчивые и реально не обоснованные страхи), а также следующие из этих психических состояний нерациональные и нежелательные поведенческие реакции.

Серьезное психоаналитическое лечение невроза - длительный процесс рабочего альянса аналитика и клиента. Фрейд предупреждал, что этот процесс может длиться от трех до пяти лет, и безжалостно разоблачал как шарлатанов «торговцев надеждами», к которым он относил тех, кто обещал быстрый успех от психоанализа.

Требования к личности психоаналитика наиболее четко сформулированы Гринсоном (5 правил Гринсона, 1986):

- 1) всякое высказывание клиента заслуживает внимания психоаналитика;
- 2) нельзя причинять клиенту боль больше той, которая необходима;
- 3) аналитик должен быть для клиента гидом на всем пути нового для него психоаналитического курса;
- 4) аналитик обязан заботиться о сохранении у клиента самоуважения и чувства собственного достоинства;
- 5) поведение и высказывания психоаналитика должны быть ориентированы на единственную цель - помощь клиенту.

Аналитик должен быть заранее настроен, что его работа не всегда будет радостно и благодарно восприниматься клиентом. Ведь он обнажает его истинное, во многом неприглядное Я, истинные причины его психологических проблем, которые в большинстве случаев, клиент заменял более приемлемым для его самолюбия объяснением.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ К.Г. ЮНГА

Строго говоря, с позиции самого Фрейда и его ортодоксальных последователей психоанализом можно называть только классический психоанализ по Фрейду. Поэтому многие оспаривают право причислять Карла Густава Юнга (1875-1961) и разработанное им психоаналитическое направление к психоанализу и называют его аналитической, глубинной, психологией.

Карл Юнг был одним из первых, наиболее талантливых и наиболее любимых учеников Зигмунда Фрейда, и даже, по предложению самого Фрейда, был выбран первым президентом Международной психоаналитической ассоциации.

Однако после первых лет восхищения Фрейдом и безоговорочного следования его теории и практике, Юнг начинает все больше проявлять никогда не поощрявшуюся Фрейдом самостоятельность.

С одной стороны, он поставил под сомнение некоторые из основных положений классического психоанализа (считая преувеличенной, хотя и важной, роль сексуального инстинкта; преувеличенной, хотя и важной, роль периода раннего детства для объяснения причин формирования характера, неврозов и различных психологических проблем взрослых людей), счел возможным отступление от скрупулезно точного предписания Фрейдом проведения отдельных технических приемов.

С другой стороны, он «посмел» самостоятельно расширить сферу психоанализа далеко за рамки классического фрейдизма, включив в него изучение и толкование мифологии, различных, в первую очередь восточных, религий и культовых ритуалов и даже парапсихологии и алхимии, что уж было совсем неприемлемо для Фрейда, считавшего себя последовательным материалистом.

Аналитическая психология Юнга в не меньшей мере, чем психоанализ Фрейда, стала неотъемлемой чертой современной общественной культуры,

оказав свое влияние не только на психотерапевтическую теорию и практику, но и на искусство, науки и другие сферы жизни современного общества.

Карл Юнг первым ввел в психологию и психотерапию понятие «коллективное бессознательное», тогда как до него у самого Фрейда и у всех сторонников психоанализа речь всегда шла только об индивидуальном бессознательном. Он считал, что индивидуальное бессознательное не существует само по себе, а как бы «плавает» в океане коллективного бессознательного. Человеческая психика, а значит, уже никем не оспариваемая ее бессознательная часть, несмотря на ее индивидуальную неповторимость, не изолирована и подвержена влиянию.

Юнг прочно ввел в теорию коллективного бессознательного понятие «архетипов». Архетипы Юнга - это существующие у различных народов (во многих случаях весьма схожие между собой) некие общие формы мысленных представлений об отце, матери, вожде, мифологических персонажах сказаний и преданий, олицетворяющих различные стихии и силы добра и зла.

Юнг провел колоссальную работу по изучению истории, мифологии, ритуалов и традиций разных племен и народов. На основании обработки этого материала ему удалось выделить шесть принципиальных архетипов: Персона, Эго, Тень, Анима и Анимус, Самость. Все эти типы одновременно живут в каждом человеке, занимая свое место и одновременно так или иначе взаимодействуя друг с другом, поддерживая или мешая, противореча друг другу.

Под термином *Персона* Юнг подразумевает представление индивида о себе, своем внешнем облике, поведении, о том, какое впечатление он производит на других.

Эго - центр нашего сознания, который (как мы считаем) контролирует и направляет наше поведение в соответствии с нашими целями и объективными обстоятельствами.

Тень - это тоже центр, но уже не сознания, а нашего индивидуального бессознательного, фокус для материала, который был вытеснен из сознания.

Он включает тенденции, желания, воспоминания и переживания, которые отрицаются индивидуумом как несовместимые с ним или противоречащие социальным стандартам и идеалам.

Понятиями Анима и Анимус названы архетипические для данного народа (общности) и преломившиеся через индивидуальное сознание бессознательные ориентиры на то, чему должна соответствовать (и внешностью и поведением, моралью и психологией) «настоящая» женщина (Анима) и «настоящий» мужчина (Анимус).

Особое, центральное место среди выделенных Юнгом архетипов занимает *Самость*, которая организует и защищает целостность и упорядоченность личности. На самости лежит ответственная задача сохранения целостности личности, она примиряет и координирует сознание и бессознательное. Именно когда самость не справляется с этой задачей, и возникают различного рода внутренние конфликты, неврозы, нервно-психические отклонения, комплексы, срывы и даже тяжелые психические расстройства.

К. Юнг разработал понятия экстраверсия и интроверсия, а также классификацию людей по типу доминирования одной из четырех психологических функций: ощущения, интуиции, эмоций, мышления.

Юнг оказался генератором идей для целого ряда последующих психотерапевтических направлений: НЛП, гуманистической терапии и гештальт-терапии.

Основным условием эффективной терапии по К. Юнгу является искреннее творческое сотрудничество психотерапевта и клиента на равных. От клиента требуются не только искренность и дисциплинированность, но и творческая активность, готовность вместе с психотерапевтом искать истинные причины невроза или другой психологической проблемы, с которой клиент оказался не в силах справиться самостоятельно.

Психоаналитическая терапия Юнга проходит две стадии: аналитическую и синтетическую, с подразделением каждой из этих стадий на две части.

Аналитическая стадия

1. Признание: клиент с тактичной помощью психотерапевта старается признать, что истинные причины его невроза или мучающей его психологической проблемы спрятались, оказались вытесненными в сферу бессознательного, так как оказались неприемлемыми (непрестижными, постыдными, унижительными) для их осознания.

Психотерапевт объясняет клиенту, что, несмотря на эти мешающие чувства, необходимо попытаться выявить истинные причины, какими бы унижительными они не казались, извлечь их из подсознания, иначе они будут продолжать свое психотравмирующее действие. Таким образом, первой является трудная задача - разоблачить «самообман», как бы это ни было болезненно для самолюбия клиента.

Важно понимать, что признание - это еще не полная ясность истинных причин, это признание того, что наши прежние причины - самообман, самооправдания нашего самолюбия и что мы вместе готовы искать и уточнять истинные причины по различным косвенным признакам, словам, фантазиям, снам, поступкам, которые иногда на первый взгляд не имеют прямой связи с проблемой, кажутся клиенту пустяками, не стоящими внимания психотерапевта, или смешными и даже неприличными.

2. Толкование рассказанного клиентом материала. Здесь применяются многие подходы классического психоанализа Фрейда, хотя без скрупулезного соблюдения всех процедур и предписаний, что, по мнению Юнга, может помешать установлению равного творческого партнерства психотерапевта и клиента.

Синтетическая стадия

1. Работа на этой стадии состоит главным образом в обучении новым моделям восприятия себя и психотравмирующей ситуации и вытекающим из

этого новым моделям поведения. Такое формирование и закрепление моделей не только поведенческих реакций, но и восприятия психотравмирующих ситуаций и самого себя становится не чем иным, как личностным ростом.

2. Трансформация (самообучение). В этом периоде психотерапевт, оставаясь равным партнером клиента, постепенно передает ему (клиенту) все больше ответственности за собственное развитие и самостоятельное преодоление психологических проблем.

При правильной реализации данного процесса это выглядит в глазах клиента как нарастающее чувство собственной внутренней силы, способности самостоятельно справляться со своими проблемами, обрести мужество реально взглянуть на себя и ситуацию, уверенность в себе и освоить практические приемы решения жизненных ситуаций, которые раньше казались безвыходными.

Юнг первым из психоаналитиков использовал для выявления скрытых в бессознательной сфере источников неврозов не свободные, а так называемые направленные ассоциации. То есть клиент не просто пускал свое «словотворчество» в свободный поток сознания, а нацеливал его в направлении, заданном психотерапевтом.

Практически это происходит следующим образом. Психотерапевт произносит какое-то слово, а клиент начинает говорить все, что само сорвется с языка в ответ на это слово, не пытаясь осмыслить и, тем более, специально организовать логическую связь своих слов и предложений с заданным стимулом. Психотерапевт называет те слова, которые, на его взгляд, могут подтолкнуть ассоциативный словесный поток клиента в нужном направлении.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ А. АДЛЕРА

Созданная А. Адлером, индивидуальная психология 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.

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. Сам Адлер считал, что на его выбор профессии врача повлияли частые болезни в детстве и связанный с ними страх смерти.

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 неврозами 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. Поэтому так актуальны сейчас слова Адлера: «Индивидуум как целостное существо не может быть изъят из своих связей с жизнью... По этой причине экспериментальные тесты, которые имеют дело в лучшем случае с частными аспектами жизни индивидуума, мало что могут сказать нам о его характере...»

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.

Опираясь на теорию эволюции Дарвина, Адлер полагал, что способность и потребность кооперироваться являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей, согласованность их поведения предоставляют 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.

Афористично звучат слова Адлера: «Если человек сотрудничает с людьми, он никогда не станет невротиком».

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.

Как правило, сеанс психотерапии начинается с анализа индивидуального стиля жизни пациента, т. е. поиска тех проблем, которые отражаются в поведении его на разных этапах онтогенеза. Этому помогает анализ самых ранних воспоминаний или наиболее значимых событий детства. Воспоминания, которые первыми придут на ум, по мнению Адлера, далеко не случайны, а соответствуют тем психологическим проблемам, которые пациент самостоятельно решить не мог как в прошлом, так и в настоящем. В рассказе пациента найдут отражение негативные обстоятельства, повлиявшие на его личностный рост, а именно — органическая неполноценность, эмоциональное отвержение или избыточное потворство со стороны родителей. Важно также обращать внимание на

невербальные сообщения пациента — мимику, жесты, интонацию голоса, а также ключевые слова (глаголы), которыми он выражает прошлые действия (прообраз практики нейролингвистического программирования).

Сама психотерапия представляет собой процедуру, отличную от психоанализа Фрейда. В беседах с пациентом психотерапевт создает атмосферу безопасности, доброжелательности, сочувствия и поддержки. Он собирает материал, интегрирует те части прошлого и настоящего опыта больного, которые ускользали от его *осознания*. А затем возникшая вновь целостность «с улыбкой возвращается психотерапевтом пациенту». Непременными условиями психотерапии является установление визуального контакта и эмпатического *раппорта*.

Следующий шаг в психотерапии Адлера — оказание помощи пациенту в понимании себя. Что в прошлом опыте переживалось и переживается как слабость, недостаточность, некомпетентность? Какие цели ставит перед собой пациент, чтобы достигнуть невротических атрибутов превосходства? Если когнитивное осознание этих реалий пациентом достигнуто, то он оказывается готовым воспринять этот опыт и эмоционально, а в дальнейшем через выполнение конкретных заданий психотерапевта реализовать его в поведении. Наконец, сотрудничество психотерапевта и пациента становится предметом их совместного обсуждения. Что испытывает пациент по отношению к психотерапевту? Какие переживания из его раннего опыта он проецирует на психотерапевта? Пациент, удовлетворив свою потребность быть услышанным, понятым, принятым, становится способным открыться альтруистическому опыту и осознать собственную противоречивость. Своим новым поведением, интересом к проблемам ближних он инициирует изменения в социальном контексте, от которого, в свою очередь, сам зависит.

Таким образом, 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.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ К. ХОРНИ

Будучи одной из наиболее ярких представителей *неопсихоанализа*, Хорни (Horney K., 1895-1952) формировалась в традициях учения Фрейда (Freud S.). Как и Фрейд, она подчеркивала важную роль бессознательных конфликтов. Вместе с тем концепция Хорни отличалась от ортодоксального *психоанализа*, который она нередко критиковала по нескольким направлениям, в частности в связи с обсуждением вопросов, касающихся женской сексуальности. Одно из принципиальных отличий концепции Хорни заключалось в уменьшении значения *libido*, другое — в отрицании представления о том, что люди мотивированы преимущественно врожденными и запретными инстинктами, которые в конечном итоге сводятся к инцесту и глобальной деструкции. От Фрейда Хорни отличает также акцент на социальные, а не биологические детерминанты формирования здоровой и невротической личности.

Каждый человек, с точки зрения Хорни, обладает собственным личностным потенциалом развития, конструктивная реализация которого позволяет индивиду достигать цели, добиваться успехов, преодолевать трудности и постепенно становиться тем, кем он может и хочет стать. Психопатологические расстройства возникают только в том случае, если силы, способствующие позитивному росту и развитию, блокируются

внешними социальными факторами. В ребенке, растущем в здоровой социальной среде, развивается чувство принадлежности к безопасному и обучающему окружению. Ребенок, родители или воспитатели которого не способны проявлять любовь, заботу и уважение к его индивидуальности, становится человеком, постоянно испытывающим чувство тревоги, воспринимающим мир как недружественный и враждебный. В этом случае здоровое стремление к *самоактуализации* замещается всепоглощающим стремлением к безопасности — основной невротической потребности. Хорни особо подчеркивала важность выделения концепции базисной тревоги. Это чувство тревоги, незащитности ребенка, рождающееся из состояния изоляции и беспомощности в потенциально враждебном ему мире. Базисную тревогу нельзя считать наследственной, генетически обусловленной, она всегда представляет собой продукт культуры и воспитания. Тревога такого рода становится основой для возникновения более поздних личностных нарушений. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одного из трех типов защитных реакций: беспомощности, агрессивности и отгороженности. Если человек предпочтительно использует один из типов защиты, почти полностью игнорируя остальные, то формируется один из трех типов характера: ищущий любви, доверия, расположения других людей (движение к людям); агрессивный, враждебный (направление потребности — движение против людей); обособленный, независимый (направление потребности — движение от людей).

Невротический защитный механизм беспомощности выражается в слишком сильном стремлении к протекции, поддержке, защите и в преувеличенном, можно сказать притворном, стремлении соглашаться с желаниями других (ориентация взаимодействия в обществе — движение к людям). Невротический защитный механизм враждебности основан на убеждении, что в жизни действует закон джунглей, где выживает сильнейший. Тот, кто подчеркивает в своем поведении такую жизненную ориентацию, считает других враждебными и лицемерными, отрицает теплые,

спонтанные отношения между людьми, предпочитая различного рода манипулирование ими. Он убежден, что настоящих привязанностей не существует (ориентация в обществе — движение против людей). Защитный механизм ухода, отгораживания выражается в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с другими (ориентация в обществе — движение от людей).

В то время как здоровый человек предпочитает свободно общаться, сближаться с окружающими, лишь иногда идти против них или уходить от контактов с ними в зависимости от обстоятельств, невротик решает проблему общения всегда негибким способом. Он выбирает один из типов коммуникации, тогда как в действительности они не исключают друг друга. В ситуации, когда значение двух возможных, но не реализуемых ориентации на взаимодействие преуменьшается или полностью игнорируется, создаются условия для вытеснения их на бессознательный уровень, где и разворачивается конфликт между ними и доминирующей ориентацией.

Другой тип невротического внутриличностного конфликта, особо выделяемый Хорни, касается сферы идеализированного образа собственного «Я». Люди, страдающие под гнетом собственной невротической структуры личности, не только подавляют свои проблемы, конфликты потребностей, но и не осознают свои недостатки и слабости, которые, возможно, смутно чувствуют (предчувствуют) и даже презирают. Обычно у них формируется сознательный образ самих себя, в котором все позитивные, социально одобряемые черты представлены в сильно преувеличенном виде. Это, в свою очередь, усиливает доминирующее невротическое решение проблемы. Идеализированный образ самого себя заставляет человека ставить перед собой практически недостижимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение, которое, в свою очередь, усиливает недовольство собой, может вызвать даже презрение к себе, увеличивая конфликт между реальным «Я» и мощным и грозным идеализированным его образом. Создается замкнутый круг, в котором постоянно циркулирует стремление

соответствовать, поддерживать этот «славный» образ путем достижения нереалистичных, а значит, и недостижимых целей.

Безжалостные внутренние требования, терзающие невротика, Хорни называет «тиранией долга». Такой человек искренне считает, что он должен быть головокружительно успешным, невероятно точным, всегда и только любящим, абсолютно неэгоистичным, должен иметь особую работу, необыкновенного партнера, самых лучших детей и т. д. Системы таких императивов настолько доминируют в сознании невротика, что заслоняют или даже стирают настоящие и здоровые желания до такой степени, что несчастный не различает, в чем он в действительности нуждается и что он просто должен делать в жизни.

По мнению Хорни, только психоанализ, возможно в форме *самоанализа*, может помочь человеку преодолеть сильное и болезненное стремление к недостижимым целям и заменить их деятельностью, приносящей удовлетворение и радость самореализации.

Цель психотерапии Хорни видит в необходимости помочь больному неврозом осознать свой «идеализированный образ» и его функции, тем самым показав, что подобные попытки разрешения конфликта не приводят к желаемому результату. В процессе аналитической работы она стремится путем раскрытия Идеализированного «Я» помочь пациенту в его подлинно человеческом развитии, в 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. Самореализация означает готовность к глубокому переживанию своих желаний и чувств, к выявлению своего предназначения в жизни и принятию ответственности как за себя, так и за других людей, к установлению дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей. 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"».

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ Э. БЕРНА

Создателем трансактоного анализа является американский психиатр Э. Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом 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. С одной стороны, это набор полезных, проверенных временем правил, с другой — вместилище предрассудков и преубеждений. Родитель может выступать в виде Контролирующего Родителя (запреты, санкции) и Заботящегося Родителя (советы, поддержка, опека). Диагностировать состояние Родителя можно по таким высказываниям, как «я должен», «мне нельзя». К другим вербальным характеристикам относятся поучающие, оценивающие, поддерживающие или критические замечания типа «всегда», «никогда», «прекрати это», «ни за что на свете», «итак, запомни», «сколько раз я тебе говорил», «я бы на твоём месте», «милый мой», «бедняжка», «какой вздор». Физическим признаком Родителя является нахмуренный лоб, поджатые губы, качание головой, «грозный вид», «указующий перст» руки, постукивание ногой, руки на бедрах, руки, скрещенные на груди, вздохи, поглаживания другого по голове и т. п.

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 придает человеку обаяние и теплоту. Однако Естественный Ребенок не только обаятелен, но и капризен, обидчив, легкомыслен, снисходителен к себе, эгоцентричен, упрям и агрессивен. Адаптированный Ребенок — это та часть личности, которая, желая быть принятой родителями и боясь отвержения, не позволяет себе поведения, не соответствующего их ожиданиям и требованиям. Для Адаптированного Ребенка характерна повышенная конформность, неуверенность, особенно

при общении со значимыми лицами, робость, стыдливость. Разновидностью Адаптированного Ребенка является Бунтующий (против Родителя) Ребенок, иррационально отрицающий авторитеты, нормы, нарушающий дисциплину.

Ребенок диагностируется в транзактном анализе на основании высказываний, выражающих чувства, желания, опасения: «я хочу», «я не хочу», «я боюсь», «меня злит», «я ненавижу», «мне все равно», «какое мне дело». К невербальным характеристикам относятся дрожащие губы, слезы, «надутый вид», потупленный взор, хныкающий голос, пожимание плечами, размахивание руками, выражение восторга.

Взрослое Я-состояние — это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения. Если Родитель — это преподанная концепция жизни, а Ребенок — концепция жизни через чувства, то Взрослый — это концепция жизни через мышление, основанная на сборе и обработке информации. В теории *Фрейда*. Взрослому соответствует «Я». Подобно тому как «Я» у Фрейда является ареной, на которой происходят баталии между вытесненными чувствами Оно и социальными запретами Сверх-Я, Взрослый у Берна играет роль арбитра между Родителем и Ребенком. Роль Взрослого сводится не к подавлению того и другого и возвышению над ними, а к изучению информации, записанной в Родителе и Ребенке. Анализируя эту информацию, Взрослый решает, какое поведение наиболее соответствует данным обстоятельствам, от каких стереотипов необходимо отказаться, а какие желательно включить. Так, на вечеринке уместно поведение, диктуемое Детским Я-состоянием, а неуместно морализирование Родителя на тему аскетического образа жизни. Именно в этом ключе необходимо понимать девиз транзактного анализа: «Будь всегда Взрослым». К Взрослому пациенту обращается психотерапевт в процессе работы с ним.

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. Стимул и ответная реакция при таком взаимодействии изображаются параллельными линиями. Примером трансакции «Взрослый—Взрослый» может служить беспристрастный разговор с целью получить информацию: «Вы не слышали, какая погода ожидается завтра?» — «Обещают дождь». Типичный разговор между двумя Родителями, обремененными предрассудками, звучит примерно так: «Нынешняя молодежь думает только о развлечениях». — «Еще бы! Ведь они живут на всем готовом!». Взаимодействие «Родитель—Ребенок» может быть проиллюстрировано следующим диалогом между супругами: «Что-то мне нездоровится сегодня. Кажется, у меня температура». — «Тогда ложись в постель, я приготовлю тебе чай с лимоном и дам аспирин».

Конфликтогенной способностью обладают перекрестные трансакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее состояние «Я». Классическим является пример Берна «Запонки». Муж не может найти запонки и спрашивает у жены: «Ты не знаешь, где мои запонки?». Это вопрос Взрослого, ждущего информации, и параллельный дополнительный ответ был бы таким: «Посмотри в верхнем ящике гардероба». Однако если у жены тяжелый день, то она может сказать: «Куда положил, там и возьми». Стимул исходит от Взрослого, но жена вернула ответ от Родителя. Стимул и реакция пересеклись. Коммуникация прекращается: муж и жена больше не могут говорить о запонках, сначала они должны выяснить, почему он никогда не кладет вещи на свои места. Если бы ответ жены исходил от Ребенка («Вечно я у тебя во всем виновата!»), образовался бы тот же тупик. Такие перекрестные трансакции начинаются взаимными упреками, колкими репликами и заканчиваются хлопаньем дверью и громким выкриком: «Это все из-за тебя!» (название одной из психологических игр, описанных Берном).

Скрытые трансакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух состояний «Я», 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. Когда продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: «Это наша самая великолепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для вас», то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: «Да, вы правы, учитывая то, сколько я получаю». В то же время Ребенок может ответить: «Я беру ее — это как раз то, что я хочу». Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

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. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «любимыми» и которые он «коллекционирует». Например, в игре «Ударь меня» один из участников пытается вызвать у своего партнера неуважительную к себе реакцию. В книге Берна «Игры, в которые играют люди» (1964) описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского состояния «Я», когда повторяют игру родителей; из Взрослого Я-состояния, когда они сознательно рассчитаны; из Детского Я-состояния, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

Понятие психологической позиции является одним из основных в Т. а. Известным пропагандистом трансактного анализа стал психиатр Харрис (Harris T. A.) благодаря своей книге «Я о'кей — ты о'кей». Название книги

выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе трансактного анализа. Харрис различает 4, а Инглиш (English F.) — 5 основных позиций.

Первая позиция: «я о'кей — ты о'кей». Эта позиция полного довольства и принятия других может быть определена как гармоничная, или симбиотическая, и соответствует положению эмбриона в чреве матери, который находит себя и свое окружение благополучным (о'кей). Позиция может поддерживаться между младенцем и матерью, однако если ребенок застревает на ней, полагая, что он всю жизнь будет оставаться самой важной персоной, то со временем возникнут разочарования и отрицательные переживания.

Вторая позиция: «я не о'кей — ты не о'кей». Если ребенок в начале своей жизни окружен вниманием, теплом и заботой, а затем, в силу каких-то жизненных обстоятельств, отношение к нему радикально меняется, то он начинает ощущать себя неблагополучным (не о'кей). Жизнь утрачивает позитивные аспекты. Сохранение такого положения может подействовать деструктивно и привести к убеждению: «Жизнь ничего не стоит».

Третья позиция: «я не о'кей — ты о'кей». Очень скоро ребенок начинает переживать, что он маленький, беспомощный, зависит от взрослых; он ощущает себя менее ценным, чем окружающие его взрослые. Это может измениться только в том случае, если самооценка ребенка будет повышаться. Если же этого не происходит, то такое состояние фиксируется, что в конце концов приводит к осуществлению сценария, в котором главную роль играют депрессия, резигнация и чувство неполноценности: «Моя жизнь ничего не стоит».

Четвертая позиция: «я о'кей — ты не о'кей». Если ребенка «не поглаживают», плохо с ним обращаются, то он приходит к заключению: «Только я один могу защитить себя, только я один хороший, а другие — плохие». Осуществление жизненного сценария на основе этой позиции может привести к криминальной ситуации: «Ваша жизнь немногого стоит».

Пятая позиция: «я о'кей — ты о'кей». Это реалистическая позиция. Она не основывается на ранних детских решениях, а выбирается осознанно. К ней человек приходит через жизненный опыт, посредством переоценки ценностей, через мораль и философию. В этой позиции никто не проигрывает, а каждый по-своему приходит к своей победе: «Жизнь стоит того, чтобы жить».

Психологические позиции возникают не только в отношении себя и других, но и в отношении другого пола. Приняв психологическую позицию, личность старается укрепить ее, чтобы стабилизировать самооценку и сохранить свое восприятие окружающего мира. Психологическая позиция становится жизненной позицией, исходя из которой играют в игры и осуществляют жизненный сценарий. Например, женщина, которую в детстве третировал отец-алкоголик, принимает 2 позиции: «Я ничего не стою» (я не о'кей) и «Мужчины — это животные, которые будут обижать меня» (мужчины не о'кей). Исходя из этого, она выбирает людей, которые играют определенные роли, соответствующие ее жизненному сценарию. Так, она выходит замуж за «животное», к тому же алкоголика. В дополнение к этому на людях она играет в игру «Насильник»: привлекая мужчину беседой, пытается его соблазнить; если же он не поддается на это, она с возмущением отвергает его, еще раз убеждаясь, что «мужчины — это животные, которые хотят обидеть» ее (коллекционирование «любимых чувств»).

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. Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Осознав свои позиции и игры, личность может понять свой жизненный сценарий. Анализ его является основной целью трансактного анализа. По Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. Первоначально сценарий пишется невербально (позиции, принимаемые в детстве — «я

о'кей», «я не о'кей», — записываются невербально), затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться к общему жизненному плану («ты станешь знаменитым», «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»), а могут касаться различных сторон жизни человека: ребенку предписывается профессиональный сценарий («ты настоящий артист»), сценарий относительно своего пола и женитьбы-замужества («ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной», «не рассчитывай со своими данными выйти замуж»), относительно образования, религии, спорта, увлечений и т. п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть конструктивными, деструктивными (в крайних случаях — ведущими к самоубийству) и непродуктивными. По Берну, в каждом ребенке скрывается «принц» или «принцесса», но уже в самом начале жизни некоторые дети получают от значимых для них людей сообщения, содержащие в той или иной форме пренебрежение, что и вынуждает детей действовать ниже своих реальных способностей. Они становятся «лягушками», вместо того чтобы быть «принцами», которыми рождены («принц» и «лягушка» — аналогии, взятые Берном из сказки о «Царевне-лягушке»).

Трансактный анализ — это *интеракционная психотерапия*, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям трансактного анализа, пониманию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациенты пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы того, в пределах какого Я-состояния они обычно функционируют (структурный анализ). Развивая это осознание, пациенты исследуют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получали от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного достоинства («я о'кей», «я не о'кей») и жизненной позиции. Главная цель трансактного анализа, по Р. Гулдинг (Goulding R. L.) и М. Гулдинг (Goulding M.), состоит в пересмотре ранних решений. Авторы отвергают представление Берна о том, что мы пассивно следуем сценарию и

являемся жертвами раннего обусловливания, и полагают, что решения принимаются нами в ответ на реальные и воображаемые родительские послания и таким образом мы сами изначально создаем свой сценарий. Если было принято раннее решение, то с помощью различных психотерапевтических приемов члены группы могут заново пережить сцены раннего детства, оживить ситуации, в которых они приняли определенное пораженческое решение относительно себя и своей жизни, и в конце концов могут принять новое решение на интеллектуальном и эмоциональном уровне. Авторами развит модифицированный вариант транзактного анализа, сочетающий свои принципы и приемы с *гештальт-терапией*, *психодрамой* и модификацией поведения. Несмотря на то, что транзактная группа является интеракционной и работа в ней должна приводить к интеллектуальному и эмоциональному *инсайту*, большой акцент делается на рациональном подходе. Руководитель группы выступает в большей степени как учитель, часто использует дидактические подходы, чтобы помочь пациентам испытать инсайт и установить контроль над своей жизнью. Конечной целью транзактного анализа является достижение автономии личности, что помогает определить свою собственную судьбу, принять ответственность за свои поступки и чувства.

В основе практики транзактного анализа лежит контракт, в котором оговариваются условия лечения. *Психотерапевтический контракт* включает цели, поставленные пациентом перед собой, и пути, по которым эти цели будут достигаться; сюда вносятся предложения психотерапевта по лечению и список требований к пациенту, которые он обязуется выполнять. Пациент решает, какие убеждения, эмоции и стереотипы поведения он должен изменить в себе, чтобы достигнуть намеченных целей. После пересмотра ранних решений пациенты начинают думать, вести себя и чувствовать по-другому, стремясь приобрести автономию.

Транзактный анализ может использоваться при лечении неврозов в широком возрастном диапазоне. Менее эффективно его применение для

лечения психотических больных, а также больных с тяжелыми хроническими формами неврозов. Сильной стороной транзактного анализа является установление общего языка с пациентом, что облегчает формирование психотерапевтического контакта.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

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 Шульцем (Schultz J. H.) в 1932 г. В нашей стране ее стали применять в конце 1950-х гг. 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 (Лобзин В. С., 1974).

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (по 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 трех 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 иннервации 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».

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по *внушению* тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит 2 недели. Весь курс низшей ступени аутогенной тренировки длится около трех месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1-2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15-20 минут. 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.

При освоении первых двух стандартных упражнений («тяжесть» и «тепло») возникает особое состояние аутогенного погружения, которое Шульц называл «переключением» и определял физиологически как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Мюллер-Хегеманн (Muller-Hegemann D.) объясняет это состояние снижением активности коры при отсутствии внешних раздражителей и сокращением мыслительных процессов вследствие сосредоточенности на формулах тренировки. Это состояние характеризуется как промежуточное между сном и бодрствованием, оно весьма близко к первой стадии гипнотического сна (сомноленции). Глубина аутогенного погружения подразделяется на три фазы. В первой фазе пациент ощущает тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной легкости,

невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третью фазу можно характеризовать как «исчезновение тела».

Первая и вторая фазы могут быть дифференцированы электроэнцефалографически. В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективным средством самовнушения. В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных болезненных расстройств самовнушению.

Лутэ (Luthe W.) выделяет 5 типов формул-намерений: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения «все равно»: «Глотание все равно» — при эзофагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие, например: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заикании; 3) абстинентно-направленные, например: «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме; 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — при астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имен.

По общему мнению, аутогенная тренировка наиболее эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Она показана прежде всего при неврастении. В рамках этой формы невроза наибольший эффект отмечается при психогенных сексуальных расстройствах и расстройствах сна. При неврозе навязчивых состояний это — фобический синдром; удовлетворительны результаты при лечении obsessions. Многие исследователи указывают на низкую эффективность аутогенной тренировки при истерии, когда отмечается своеобразная «желательность» болезни. Сравнительную резистентность обнаруживают больные с ипохондрическим синдромом. Практически отсутствует эффект при компульсивном синдроме у больных неврозом

навязчивых состояний. Низкая эффективность лечения отмечается также при психастении.

Наилучшие результаты применения аутогенной тренировки наблюдаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе отмечается хороший результат применения аутогенной тренировки при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Имеются данные об удовлетворительных результатах при лечении больных язвенной болезнью, одной из причин которой, по распространенному мнению, является местный неврогенный спазм сосудов.

Аутогенная тренировка эффективна как метод лечения различных невротических расстройств речи и фонации. Однако в общей группе больных аутогенная тренировка помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимы занятия пациентов в специализированных психотерапевтических группах для больных логоневрозами.

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.

Широкое применение аутогенная тренировка получила также в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения специальных вариантов аутогенной тренировки как метода производственной гигиены.

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.

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Одно из двух основных направлений *когнитивной психотерапии*, разработанное А. Эллисом (Ellis A.) в 50-е гг. В последний период его развитие в виде рационально-эмоционально-поведенческой психотерапии успешно осуществляется Кассиновым (Kassinove G., 1995) и его сотрудниками (Tsytzarev S. V., 1995, и др.).

В рационально-эмоциональной психотерапии выделяется 3 ведущих психологических аспекта функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение. Эллис подчеркивает необходимость дифференцировать 2 типа когниции. *Дескриптивные когниции* содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно было бы назвать чистой информацией о реальности. *Оценочные когниции* отражают отношение к этой реальности; для их обозначения Эллис использовал термин *belief* — убеждение, вера (В). В рационально-эмоциональной психотерапии предполагается, что дескриптивные когниции обязательно соединены с

оценочными когнициями связями разной степени жесткости. С точки зрения рационально-эмоциональной психотерапии, не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные эмоции, а наше внутреннее восприятие их, их оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого. Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов являются результатом нарушений в когнитивной сфере (таких, как сверхгенерализации, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал иррациональными установками (IB). С точки зрения Эллиса, это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений; они носят абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если иррациональные установки не реализуются, они приводят к длительным, неадекватным ситуациям эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению целей. У нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниции (RB), которую можно определить как систему гибких связей между дескриптивными и оценочными когнициями. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий, поэтому приводит к умеренным эмоциям. Хотя иногда они и могут носить интенсивный характер, однако не захватывают индивида надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не препятствуют достижению целей. Возникновение психологических проблем у пациента связано с функционированием иррациональных установок. Однако рационально-эмоциональная психотерапия сфокусирована не на генезе иррациональных установок, а на том, что поддерживает и укрепляет их в настоящем. Работа психотерапевта, придерживающегося рационально-эмоциональной психотерапии, сводится сначала к опознанию иррациональных установок, затем к *конфронтации* с ними и пересмотру их, закреплению

функционирования рациональных (гибких) установок. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризуется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности негативных его проявлений.

Рационально-эмоциональная психотерапия показана прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Она предполагает активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским. Этому помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального дискомфорта). Начало работы включает информирование пациента о «философии» рационально-эмоциональной психотерапии (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка), о последовательных этапах восприятия события человеком: $A_0 \rightarrow A_c \rightarrow B$ (включающая как R_B , так и I_B)- $\rightarrow C$, где A_0 — объективное событие (описанное группой наблюдателей), A_c — субъективно воспринятое событие (описанное пациентом), B — система оценки пациента, определяющая, какие параметры объективного события будут восприняты и будут значимы, C — эмоциональные и поведенческие последствия воспринятого события, в том числе и симптоматика.

Дескриптивные когниции, как уже отмечалось, соединены с оценочными когнициями связями разной степени жесткости от исключающих какие-либо варианты, протекающих по типу рефлекса, при которых отношение к событию уже определено и можно говорить о наличии у пациента иррациональной установки, до многовариантных, когда при принятии решения о действии осуществляется анализ альтернативных вариантов, хотя он может протекать неосознанно, и тогда можно говорить о наличии рациональной установки.

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

строится с учетом схемы А, В, С. Первый этап — *кларификация*, прояснение параметров события (А), в том числе параметров наиболее эмоционально затронувших пациента, вызвавших у него неадекватные реакции. Фактически на этом этапе происходит личностная оценка события. Кларификация позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены. При этом цель психотерапии — не поощрение больного к уходу от столкновения с событием, не изменение его (например, переход на новую работу при наличии неразрешимого конфликта с начальником), а *осознание* системы оценочных когний, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка ее и только после этого — принятие решения об изменении ситуации. В противном случае пациент сохраняет потенциальную уязвимость в сходных ситуациях. Следующий этап — идентификация следствий (С), прежде всего аффективных воздействий события. Цель этого этапа — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Это необходимо, поскольку не все эмоции легко дифференцируются человеком, некоторые подавляются и поэтому не осознаются из-за включения рационализации, проекции, отрицания и некоторых других механизмов защиты. У одних пациентов осознание и *вербализация* испытываемых эмоций затруднены из-за словарного дефицита, у других — из-за поведенческого дефицита (отсутствие в его арсенале поведенческих стереотипов, обычно связанных с умеренным проявлением эмоций; такие пациенты реагируют полярными эмоциями, например или сильной любовью, или полным отвержением). Вторичный выигрыш от болезни также может исказить осознание испытываемых эмоций. Для достижения цели этого этапа используется ряд приемов: наблюдение за экспрессивно-моторными проявлениями при рассказе пациента о событии и предоставление *обратной связи* психотерапевтом, говорящим о своем восприятии характера эмоциональной реакции у пациента; высказывание предположений о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации (обычно такое высказывание помогает пациенту осознать неосознаваемые эмоции). В

некоторых случаях можно использовать приемы усиления из арсенала *гештальт-терапии* (усиление отдельных экспрессивно-моторных проявлений с осознанием языка тела и др.). Выявление системы оценочных когниций (как иррациональных, так и рациональных установок) облегчается, если два предшествующих этапа реализованы полноценно; вербализации же их помогает ряд технических приемов: фокусировка на тех мыслях, которые приходили пациенту на ум в момент столкновения с событием; высказывание психотерапевтом гипотетических предположений типа «У меня в такой ситуации возникли бы следующие мысли»; вопросы с проекцией в будущее время, например: «Предположим, что произойдет самое худшее, что же это будет?» и др. Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов. Обычно с иррациональными установками связаны слова, отражающие крайнюю степень эмоциональной вовлеченности пациента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а также глобальных оценок лица, объекта или события. Эллис выделил 4 наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы:

- 1) катастрофические установки,
- 2) установки обязательного долженствования,
- 3) установки обязательной реализации своих потребностей,
- 4) глобальные оценочные установки.

Цель этапа реализована, когда в проблемной области выявлены иррациональные (а их может быть несколько) установки, показан характер связи между ними (параллельные, артикуляционные, иерархической зависимости), делающей понятной многокомпонентную реакцию индивида в проблемной ситуации. Выявление рациональных установок также необходимо, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, которая в последующем может быть расширена.

Следующий этап — реконструкция иррациональных установок. К нему следует приступать, если пациент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. Реконструкция установок может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения, а также на уровне поведения — прямого действия. Реконструкция на когнитивном уровне включает доказательство пациентом истинности установки, необходимости сохранения ее в данной ситуации. Обычно в процессе такого рода доказательств пациент еще более отчетливо видит негативные последствия сохранения данной установки. Использование приемов вспомогательного моделирования (как бы другие решали эту проблему, какие установки они имели бы при этом) позволяет сформировать на когнитивном уровне новые рациональные установки. При работе на уровне воображения пациент вновь мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. При негативном воображении он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться уменьшить ее уровень, осознать, за счет каких новых установок ему удалось достигнуть этого. Погружение в психотравмирующую ситуацию повторяется неоднократно. Тренировка может считаться эффективно проведенной, если пациент уменьшил интенсивность испытываемых эмоций с помощью нескольких вариантов установок. При позитивном воображении пациент сразу представляет проблемную ситуацию с позитивно окрашенной эмоцией. Реконструкция с помощью прямого действия является подтверждением успешности модификаций установок, проведенных на когнитивном уровне и в воображении. Иногда можно начинать реконструкцию сразу на уровне поведения, при этом работа с пациентом напоминает *систематическую десенсибилизацию* (постепенное приближение к реальной ситуации опасности с осознанием включения иррациональной установки, торможение ее реализации в поведении, перевод своего поведения на другую рациональную установку). Техника моделирования, демонстрация другим участникам группы различных

вариантов поведения в проблемной ситуации существенно ускоряет модификацию установок.

Важным этапом рационально-эмоциональной психотерапии являются самостоятельные задания, способствующие закреплению адаптивного поведения. Они также могут проводиться на когнитивном уровне, в воображении или на уровне прямых действий. Эффективность психотерапии оценивается с учетом всей информации о продвижении пациента в терапевтическом направлении.

Сравнение рационально-эмоциональной и когнитивной психотерапии показывает близость их теоретических позиций и используемых приемов, однако рационально-эмоциональная психотерапия в целом отличается большей структурированностью теоретических понятий и этапов последовательной работы с пациентом.

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Метод, созданный американским психологом и психотерапевтом *Перлсом* (Perls F.) под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, *психоанализа* и, в частности, теории Райха (Reich W.) о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость *осознания* пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход гештальт-терапии противопоставляется каузальному — традиционному — подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации

человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое «Я», реализовывать свои потребности, склонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего «Я», направляющий все свои усилия на реализацию «Я»-концепции, создаваемой для него другими людьми — прежде всего близкими — и которую он со временем начинает принимать за свое истинное «Я». Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

В гештальт-терапии различают 5 механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлуенция. При интроекции человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт — интроект — является чуждой для человека частью его личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и свои собственные *убеждения*. Проекция — прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его «Я»-концепции. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами.

Ретрофлексия — «поворот на себя» — наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями, или незавершенными гештальтами, часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между «Я» и другими превращается во внутриличностный конфликт. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это». Дефлексия — это уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т. п. Конфлуенция, или слияние, выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли, чувства или желания от чужих. Слияние хорошо выявляется на занятиях *групповой психотерапией* у пациентов, полностью идентифицирующих себя с группой; для них характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы» вместо «я».

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного «Я». В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами, или частями, чаще выступают дихотомии: мужское—женское, активное—пассивное, зависимость—отчужденность, рациональность—эмоциональность, эгоистичность—бескорыстие. Большое значение придается в гештальт-терапии описанному Перлсом конфликту между «нападающим» и «защищающимся». «Нападающий» — это интроект

родительских поучений и ожиданий, диктующих человеку, что и как он должен делать («Родитель» в терминологии *трансактоного анализа*). «Защищающийся» — зависимая, неуверенная в себе часть личности, отбивающаяся различными хитростями, проволочками типа «сделаю завтра», «обещаю», «да, но...», «постараюсь» («Ребенок» в трансактоном анализе). Основная цель гештальт-терапии состоит в интеграции фрагментированных частей личности.

В процессе гештальт-терапии на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называет уровнями невроза.

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего «Я». Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: "Я Авраам Линкольн", а больной неврозом: "Я хочу быть Авраамом Линкольном", здоровый человек говорит: "Я — это я, а ты — это ты"». Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень — фобический, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренно, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статус-кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного количества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Перлс описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания *конфронтации* со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации,

самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сторону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в гештальт-терапии акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в гештальт-терапии: и те и другие 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 как 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 гештальт-терапии. 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 гештальт-терапии 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 защелкивается, 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 гештальт-терапии, 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 гештальт-терапия 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», т. е. 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 гештальт-терапии работе со сновидениями пациентов. Перефразируя *Фрейда* (Freud S.), Перлс говорил, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии 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. Гештальт-терапия наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

АРТТЕРАПИЯ

Изучение арттерапии началось в 20-е гг. нашего столетия с фундаментальных работ Принцхорна (Prinzhorn H., 1922). В России в 1926 г.

вышла первая монография, посвященная арттерапии, — книга П. И. 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. В США изобразительные средства в психотерапевтическом процессе впервые применил в 1925 г. при анализе сновидений своих пациентов Левис (Lewis N. D. S). Теоретические основы терапии с помощью изобразительного искусства исходят из психоаналитических воззрений *Фрейда* (Freud S.), хотя сам он не интересовался такого рода психотерапевтическими возможностями арттерапии, *аналитической психологии* Юнга (Jung C. G.), который использовал собственное рисование для подтверждения идеи о персональных и универсальных символах, из динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением Наумбург (Naumburg M., 1966). В дальнейшем большое влияние на развитие арттерапии оказали психотерапевты гуманистической направленности.

Термин «арттерапия» (art — искусство, arttherapy (буквально) — терапия искусством) особенно распространен в странах с англоязычным населением и означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние больного. В отечественной психотерапевтической литературе используются также термины «изотерапия» или «художественная терапия», однако они не тождественны англоязычному аналогу и несколько сужают его смысл.

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.

Арттерапия — сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов. Поэтому не существует общепризнанной ее классификации. Кратохвил (Kratochvil S.) разделяет арттерапию на сублимационную, деятельную и проективную. Дельфино-Бейли (Delfino-Beighley C.) выделяет 4 основных направления в применении арттерапии.

1) Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и *интерпретации* пациентом (пассивная арттерапия).

2) Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная арттерапия).

3) Одновременное использование первого и второго принципов.

4) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

Классификация, приводимая в книге Р. Б. Хайкина (1992) «Художественное творчество глазами врача», включает несколько уровней лечебного действия и адаптации в случае применения арттерапии.

1) Социально-личностный уровень адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

2) Личностно-ассоциативный уровень адаптации: облегчение, компенсация достигаются за счет не столько эстетического действия, сколько вследствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.

3) Ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации: лечебное действие арттерапии достигается подключением интеллектуальных операций (проекция, обсуждение и *осознание* конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к психопатологическим переживаниям, не требующим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простейшем проективном представлении проблем.

4) Преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творчества — арттерапия рассматривается упрощенно, как один из видов занятости, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отличающийся от других аналогичных методов.

5) Физиологический уровень адаптации: учитывается физическое, физиологическое, координационно-кинестическое влияние пластического изобразительного творчества на организм и психику.

Каждый из элементов классификации допускает использование искусства и в экспрессивном творческом варианте, когда творят сами больные, и в импрессивном, когда используется восприятие уже готовых произведений изобразительного творчества.

В мировой литературе существуют различные взгляды на механизм лечебного действия арттерапии — креативные, сублимативные, проективные представления, арттерапия как занятость и др.

Креативные представления—представления, согласно которым адаптационное воздействие арттерапии на психику можно понимать в связи с самой сущностью искусства. На первый план выдвигается вера в творческую основу человека, мобилизация латентных творческих сил, которая сама по себе обладает терапевтическим влиянием. Теоретическая основа этих представлений — гуманистическое направление психологии, рассматривающее личность как некое психологическое образование, в котором изначально существуют духовные, альтруистические потребности, определяющие ее поведение. В каждом человеке предполагается

существование возможностей, скрытый потенциал, которые можно освободить, мобилизовать для облегчения самореализации личности, направить их на ее социальное и индивидуальное интегрирование. Задача арттерапии не сделать всех людей художниками или скульпторами, а возбудить у индивидуума активность, направленную на реализацию его предельных творческих возможностей. Упор в терапии делают на творческую активность, на способность создавать и побуждают пациента самостоятельно созидать.

Согласно взглядам Гольдштейна (Goldstein K.), творчество — это одно из средств преодоления страха, возникающего в связи с конфликтом, формирующимся у человека, поведением которого управляет стремление к реализации личности. Творческие люди лучше концентрируют свою энергию, свои силы для преодоления препятствий и решения внутренних и внешних конфликтов.

По мнению Маслоу (Maslow A.), основным источником человеческой деятельности является непрерывное стремление к *самоактуализации* и самовыражению. У больных неврозами эта потребность заблокирована, и искусство может быть одним из способов ее восстановления. Говоря о способах, ведущих к самоактуализации, Маслоу указывает на мгновения высшего переживания красоты и экстаза. Задача психотерапевта — помочь людям ощутить эти мгновения, создать условия для их возникновения, помочь пациенту высвободить подавленное, познавать собственное «Я». Сдерживание творческой силы является причиной неврозов, и смысл психотерапии — в ее высвобождении, поэтому стимуляция творчества может служить и психопрофилактическим средством.

Сторонники вышеописанных взглядов ставят во главу угла творчество не просто как действие, процесс, а подчеркивают его эстетическую сторону. Интегрирующая роль искусства заключается в том, что творческий процесс снижает напряжение, ведущее к неврозу, и объективизирует внутренние конфликты. Анастаси (Anastasi A.), Фолей (Foley I. P.), М. П. Кононова

используют интегративно-креативные возможности искусства как способ борьбы с дезинтеграцией и беспорядочностью психики, средство влияния на характер построения зрительных представлений, как способ регуляции и реконструкции «Я» при потере реальности.

С позиции адаптации арттерапия расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующий общей гармонизации личности.

Другими механизмами лечебного действия арттерапии являются отреагирование и сублимация. Художественная сублимация возникает, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, художественно-образным представлением. Как полагают сторонники этой концепции, творчество как одна из форм сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать в искусстве различные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность и т. п.). Таким образом снижается опасность внешних проявлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельности. Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а врачу обеспечивает прямой доступ к бессознательному. Кляйн (Klein M.) рассматривает рисование как компенсирующий акт, позволяющий больному подавить брутальную агрессию. Осуществляется это путем сознательной творческой деятельности и происходящей в процессе ее сублимации через выражение в символическом виде внутренних конфликтов и неосознанных стремлений. Арттерапевтические произведения способствуют прорыву содержания комплексов в сознание и переживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это особенно важно для больных, которые не могут «выговориться»; выразить свои фантазии в творчестве легче, чем о них рассказать. Фантазии, которые изображены на

бумаге или выполнены в глине, нередко ускоряют и облегчают *вербализацию* переживаний. В процессе работы ликвидируется или снижается защита, которая есть при вербальном, привычном контакте, поэтому в результате арттерапии больной правильнее и реальнее оценивает свои нарушения и ощущения окружающего мира. Рисование, как и сновидение, снимает барьер «эго-цензуры», затрудняющий словесное выражение бессознательных конфликтных элементов.

Проективное рисование не является арттерапией в полном смысле этого слова, поскольку здесь не ставится цель достижения эстетического результата. В отличие от предыдущих направлений в работе с больными в этом случае главное внимание уделяется отнюдь не процессу созидания. Ведущим является целенаправленная ориентация психотерапевта на проективный аспект процедуры и его сосредоточенность на информации. Функция проективной терапии заключается в том, что проекция внутренних представлений кристаллизуется и укрепляется в постоянной форме воспоминания и фантазии. В ходе проективной арттерапии должна стимулироваться демонстрация чувств, отношений, состояний для того, чтобы человек узнал, понял все эти чувства и преодолел их в себе. Специфика проективного рисования заключается в том, что врач предлагает больному сюжет проективного характера и потом обсуждает рисунки и интерпретирует их.

При рассмотрении арттерапии как занятости предполагается, что изобразительное творчество действует так же, как и другие подобные формы работы с больными, что целеустремленная и плодотворная деятельность, осуществляемая при арттерапии, является «оздоравливающим процессом», который ослабляет нарушения и объединяет здоровые реакции. Особое значение придается коллективному характеру занятий арттерапии. Им приписывается катализирующий и коммуникативный эффект, способствующий улучшению самоощущения, пониманию своей роли в обществе, собственного творческого потенциала и преодолению трудностей

самовыражения. Помимо того что арттерапия является интересной, эмоционально значимой формой занятости, она — еще и дополнительный способ общения больных между собой. Совместное творчество помогает пациенту познать мир другого человека, что облегчает социальную адаптацию.

Физическое и физиологическое влияние арттерапии заключается в том, что изобразительное творчество способствует улучшению координации, восстановлению и более тонкому дифференцированию идеомоторных актов. Нельзя недооценивать также непосредственное воздействие на организм цвета, линий, формы.

Некоторые авторы высказываются против приписывания арттерапии чрезмерного терапевтического эффекта и призывают к более осторожной оценке ее полезности. Мадежска (Madejska N.) возражает против понимания любого творческого акта как терапевтического на том основании, что лечение предполагает «интеграцию» извне, т. е. влияние, направленное на пациента, в то время как при творчестве активность, наоборот, исходит от самого больного. Против безоговорочного приписывания изобразительному творчеству исцеляющих способностей возражает и Куби (Kubie S.), который на примерах жизнеописания известных художников указывает на то, что творческий и невротический потенциалы реализуются сложным путем, и даже удачные творческие проявления зачастую усиливают и усугубляют невротический процесс, который, таким образом, не может быть оздоравливающим. Федерн (Federn P.) писал, что арттерапия при психозах может принести вред, поэтому врач должен не выявлять комплексы, а стараться подавить или замедлить любые спонтанные выражения бессознательного.

Показания к арттерапии достаточно широки, тем более что ее применение может «дозироваться» от относительно «поверхностной занятости» до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Многоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять его

к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах. При рассмотрении показаний к арттерапии помимо клинической картины, интенсивности переживаний и состояния эмоциональной сферы пациента необходимо учитывать и его отношение и интерес к изобразительному творчеству в преморбиде и во время болезни, подготовленность, интеллект и многие другие факторы. Арттерапию можно использовать как седативное (успокаивающее) средство при психомоторном возбуждении и агрессивных тенденциях; она может выполнять функции отвлечения и занятости; способна при социальной дезадаптации облегчить контакт и помогать выявлять скрытые переживания; выполнять активизирующие и адаптивные функции; оказывать и расслабляющее действие.

Что касается противопоказаний, то здесь может идти речь о состояниях, не позволяющих больному определенное время усидеть за рабочим столом, или когда больной мешает другим. Самыми трудными для психотерапевта являются больные с выраженным психомоторным или маниакальным возбуждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте действия. Также противопоказанием являются нарушения сознания и тяжелые депрессивные расстройства с уходом в себя.

Некоторые авторы рекомендуют занятия арттерапией в качестве профилактического средства. Клумбиес с соавт. (Klumbies G. et al., 1971) рекомендуют свободное рисование при нарастающих расстройствах сна, Порембески-Грау (Porembeski-Grau B., 1975) использовала рисование и игры с красками в качестве психопрофилактического метода «созидательного тренинга» на основании концепции, согласно которой такие игры позволяют уменьшить стресс и фрустрацию, вернуть ощущение собственной ценности, освободиться от сомнений в своих способностях.

Арттерапию можно проводить с одним пациентом, с супругами, со всей семьей, в группе и коллективе. Психотерапевт должен предоставить участникам необходимые для художественного творчества материалы и инструменты: наборы красок, карандашей, мелков, кисти, глину для лепки, а

также деревяшки, камни, лоскуты материи, бумагу. Место занятий должно быть хорошо освещенным и таким, чтобы участники могли свободно передвигаться. Функции арттерапевта достаточно сложны и меняются в зависимости от ситуации. Ему необходимо владеть определенными навыками художественного и декоративно-прикладного искусства, так как при проведении арттерапии приходится не только рассказывать, но и показывать технические приемы художественного творчества. Арттерапевту требуются систематические самостоятельные занятия художественным творчеством, что позволяет ему лучше чувствовать и осознавать многие процессы, благодаря которым в значительной мере реализуется психотерапевтический потенциал метода.

На первом этапе при занятиях арттерапией необходимо преодолеть *сопротивление*, связанное с распространенным «комплексом неумения», смущением перед непривычным занятием. Это тесно связано с выработкой установки на дальнейшее лечение, так как от степени личного участия, активности больного, его вовлеченности в работу зависит эффективность терапии. Информативный этап работы включает ознакомление больного с основами техники изобразительного искусства, беседу о творчестве самых разных направлений и стилей, посещение музеев и выставок. На этом этапе решаются вопросы социально-коммуникативного характера. Совсем не обязательно придерживаться какого-либо жесткого, строго определенного набора тем, соблюдая их последовательность. Темы охватывают различные области жизни пациента или группы и являются лишь ориентирами. Темы предлагаются по-разному. Степень представления инициативы в группе зависит от этапа ее работы. На начальных этапах работы группы более целесообразным является выдвижение тем арттерапевтом, в дальнейшем активность предоставляется участникам группы. Темы должны предлагаться в определенной последовательности, учитывающей, во-первых, естественное сопротивление пациентов, не умеющих рисовать или лепить людей, и, во-вторых, первоочередные задачи группы. Собственно формулировка темы не

является самоцелью. Основным требованием к теме является ее потенциальная способность вызывать последующее обсуждение.

Когда пациент преодолевает сопротивление, что можно определить по уменьшению формальности в работе, арттерапевт может приступать к непосредственному решению лечебных задач. Изобразительное творчество усиливает действие словесного самовыражения. Рисунок, лепка, вышивка и др. — это не просто более широкое раскрытие сообщаемого, но и документ, к которому можно вернуться в будущем. Поэтому арттерапевт может советовать пациенту записывать мысли, которые возникли у него в ходе работы.

Преимущество арттерапии заключается в возможности более глубоко оценить поведение пациентов, составить мнение, на каком этапе жизни находится больной, — в рисунках и поделках могут находить отражение не только сиюминутные мысли, но и относящиеся к будущему и прошлому больного, — а также в выявлении подавленных и скрытых переживаний, причем все это, выраженное в изобразительной форме, может стать ярким дневником жизни и лечения. Ландгартен (Landgarten H., 1981) настоятельно рекомендует пациентам возвращаться к своим старым работам «для усиления *инсайта* и уяснения динамики». Считается важным и выявление индивидуальной символики каждого больного, которая может выразить его стремления в разные моменты жизни.

Обычно арттерапия популярна среди больных, хотя здесь не приходится говорить о спонтанной творческой активности. Такое отношение к изобразительному творчеству можно рассматривать с точки зрения его влияния на терапевтический процесс, поскольку успех во многом зависит от того, как больные воспринимают эти занятия, что и определяет их эффективность. Представление больных о положительном терапевтическом эффекте занятий оказалось во многом обусловленным положительными эмоциями от впечатления о своих работах и общей установки больного на лечение. В группе арттерапии и эстетические и внеэстетические эффекты

лечебного воздействия тесно переплетаются с психотерапевтическими групповыми эффектами, например возможностью большего коммуникативного воздействия творчества на одну и ту же тему, катарсическим и катализирующим влиянием, изменением самооценки и способностью к преодолению фрустраций. Группу арттерапии, в сущности, можно считать вариантом *групповой психотерапии*, в котором изобразительное творчество используется как основной инструмент, потенциально обеспечивающий достижение определенного результата. Более целесообразно использовать в практике только длительное лечение (иногда несколько занятий подряд), прежде всего чтобы не упускать воздействия чистого творческого фактора. Кроме того, длительное занятие, оставляя пациента наедине с проблемой на более долгий срок, заставляет его глубже погрузиться в нее, интенсивнее сконцентрироваться на проблеме, всесторонне анализируя ее и добиваясь *катарсиса*. При длительной деятельности возрастает и групповое общение, развивается чувство групповой сплоченности, солидарности. Группы обычно состоят из 8-10 человек. Активное участие в арттерапии является обязательным условием для всех членов группы. Начало групповой работы обязательно предваряется специальной беседой, в которой разъясняется смысл арттерапии для функционирования группы и демонстрируются работы участников предыдущих групп. Кроме того, на первых занятиях могут проводиться творческие игры, направленные на возобновление знакомства с изобразительными материалами, снижение напряжения. Постепенно процесс арттерапии перестает быть проблемой, исчезает страх, уменьшаются возражения, связанные с трудностью изображения, и в центре внимания оказывается не само произведение, а его автор. Начинается аналитическое обсуждение, связываемое с личностью автора, у больных возникают предположения по задаваемым темам, серьезные и обобщающие оценки, эмоции.

Обсуждение работ происходит непосредственно после окончания рисования, лепки, изготовления поделок. Дискуссия начинается с предложения арттерапевта вдуматься, вчувствоваться в рисунок, изделие, чтобы понять, что говорит этим автор. Арттерапевт может подключиться к обсуждению на общих правах, но предпочтительно это делать, особенно вначале, в форме вопросов к интерпретирующим, так как интерпретации арттерапевта воспринимаются остальными членами группы с ожиданием его «всезнания» и могут сковывать, тормозить инициативу группы. Задачей арттерапевта при обсуждении является стимуляция дискуссии и использование информации, возникающей в ходе занятия не только из законченных работ, но и из особенностей поведения членов группы.

В психотерапии больных неврозами арттерапия приобретает все большее значение (Хайкин Р. Б., 1977; Сабина-Коробочкина Т. Т. и др., 1982, Подсадный С. А., 1999). О лечебно-адаптационной роли арттерапии, даже при резистентных формах психопатий, свидетельствует опыт М. Е. Бурно, который подчеркивает, что терапия творчеством является важным компонентом индивидуальной и групповой психотерапии.

ПСИХОДРАМА

Метод *групповой психотерапии*, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами.

Психодрама как лечебный, психотерапевтический метод была создана и разработана *Морено* (Moreno J. L.) на основе опыта его театрального эксперимента «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творческого «Я» в «театре жизни». Внутри- и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанного театра»,

послужили основой для дальнейшего развития психодрамы как лечебного психотерапевтического метода.

Морено исходил из того, что человек обладает естественной способностью к игре и, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, *катарсис*, способствующие развитию творческой активности и достижению *инсайта*. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Дальнейшие исследования в области психодрамы подтверждают связь между психодраматическим разыгрыванием ролей и изменением поведения, отношений, установок, эмоционального реагирования. В качестве факторов, положительно воздействующих на изменение установок под влиянием психодраматического разыгрывания ролей, указывают: предоставление пациенту свободного выбора как относительно участия в психодраме, так и относительно роли; вовлечение пациента в исполнительскую деятельность; появление возможности внести в игру собственные импровизации; получение пациентом положительного подкрепления по окончании действия. Отмечают также, что психодрама способствует преодолению защитных позиций пациентов, усиливает эмоциональную вовлеченность, помогает изучению собственных проблем, достижению катарсиса и инсайта.

Классическая процедура психодрамы предполагает наличие следующих элементов: 1. Протагонист — пациент — субъект П., главный исполнитель, представляющий свои проблемы. 2. Терапевт (режиссер, фасилитатор) —

тот, кто помогает пациенту исследовать свои проблемы. Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовке протагониста и всей группы к ролевой игре («разогрев»), выявлении проблем и переживаний пациента, комментировании, включении вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа *интерпретации* происходящего. 3. Помощники терапевта — котерапевт и пациенты, исполняющие вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта. Эта категория обозначается так же, как «вспомогательные "Я"». «Вспомогательные "Я"» могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного «Я». Выделяют несколько основных функций «вспомогательных "Я"»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замысла; помочь понять, как протагонист воспринимает взаимоотношения с другими персонажами действия; сделать видимыми неосознаваемые протагонистом отношения; направлять протагониста в решении проблем и конфликтов; помочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни. 4. Зрители — остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения не только относительно протагониста и участников психодрамы, но и применительно к самим себе. 5. Сцена — место, где разворачивается психодраматическое действие, жизненное пространство.

Процесс психодрамы включает три основные фазы: инициальную, или подготовительную («разогрев»); собственно драматическое действие; обсуждение (предоставление *обратной связи* и эмоциональный обмен). В инициальной фазе происходит выбор протагониста, получение диагностического материала, предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протагонистом, подготовка протагониста и других участников, организация пространства для психодраматического действия. Обычно в инициальной фазе проводится разминка, задачи которой в

стимулировании спонтанности участников, ослаблении страха, тревоги и беспокойства, снятии защиты, создании соответствующей эмоциональной атмосферы. Для этого используются различные вспомогательные приемы: дискуссия, «живые скульптуры», импровизации, разыгрывание сказок или фантастических ситуаций и пр. Вторая фаза — разыгрывание ролевой ситуации, или психодраматическое действие. В ходе ее пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки, проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы помогает целый ряд приемов: «зеркало», «двойники», «другие Я», монолог, диалог, построение будущего, проба реальности и др. Третья фаза — фаза обсуждения, или интеграции, — является завершающей. По сути дела, эта фаза состоит в предоставлении протагонисту обратной связи двух видов — ролевой и идентификационной. Первая — обратная связь «из роли». Здесь протагонист получает информацию о том, что чувствовали его непосредственные партнеры, о чем они думали, что им хотелось сделать или сказать протагонисту и пр. во время разыгрывания психодраматической ситуации. Таким образом, протагонист имеет возможность посмотреть на себя глазами партнера. Например, женщина, которая была протагонистом, разыгрывала ситуацию разговора с сыном, которого она убеждала в том, что ему пора быть взрослым и самостоятельным. При этом ее высказывания и поведение, сама ситуация разговора, вся обстановка свидетельствовали, что ее истинным желанием было не отпускать от себя сына ни на шаг. Участник группы, исполнявший роль сына, в процессе ролевой обратной связи сказал ей, что все ее поведение, то, что и как она говорила, вызвало противоположный эффект, создавало для него такие комфортные условия, что ему ничего не хотелось менять в своей жизни и, напротив, возникало желание оставаться маленьким мальчиком. Таким образом, ролевая обратная связь позволила протагонистке увидеть собственные противоречивые потребности, желания и чувства. Идентификационная обратная связь основана на возможной идентификации с протагонистом или его партнерами зрителей, т. е. тех

членов группы, которые не принимали непосредственного участия в разыгрывании психодраматической ситуации. Здесь члены группы, наблюдавшие за ролевой игрой, говорят о том, что чувствовали они, какие переживания, мысли, воспоминания, ассоциации возникали у них. Так, в приведенном выше примере один из участников группы рассказал о том, как он воспринимал повышенную опеку матери, какие чувства это вызывало у него и каким образом он смог преодолеть собственную зависимость от родителей. Другая участница группы говорила о том, как ей трудно было пережить взросление дочери и что помогло ей справиться с этой собственной проблемой. Таким образом, идентификационная обратная связь, во-первых, предполагает более активное вовлечение всех участников группы в работу над собственными проблемами, во-вторых, предоставляет протагонисту поддержку и позволяет ему почувствовать, что его проблемы и переживания не чужды другим людям, а также может помочь ему увидеть иные возможности преодоления и разрешения существующих проблем и конфликтов. Иногда третья завершающая фаза психодрамы может содержать и собственно анализ и интерпретацию психодраматического действия. Однако при наличии качественной ролевой и идентификационной обратной связи это становится излишним.

Метод психодрамы, ее различные приемы и процедуры используются не только в рамках *психоанализа* и генетически связанных с ним концепций, так как интерпретация материала, а также цели отдельных процедур и ролевой игры могут соединяться с различными теоретическими ориентациями. В частности, психодраматические процедуры довольно широко применяются при проведении гуманистически-ориентированной психотерапии, *гейтальт-терапии*, тренинговых методов.

Существует опыт использования различных вариантов психодрамы, отличающихся от классической процедуры, при работе одной *психотерапевтической группы*, при этом в каждом конкретном периоде групповой психотерапии психодрама выполняет различные функции. Одним

из таких примеров является опыт работы клиники неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве. В начале работы группы, уже на первом занятии, пациентам предлагается разыграть ролевую ситуацию на тему «Разговор со значимым для меня человеком». Психодрама выполняет в основном диагностическую функцию: группа получает первую информацию о сфере и характере трудностей пациента, о способе их переживания. Сам пациент имеет возможность познакомиться с методом, часто применяемым в дальнейшем, и получает от группы первую обратную связь об особенностях своего поведения, отмеченных коммуникативных трудностях. В дальнейшем по мере развития группы психодрама начинает решать более глубинные задачи и приближается к своему классическому варианту, предполагающему исследование проблемы, достижение инсайта и катарсиса. На последнем этапе работы психодрама носит скорее тренинговый характер и имеет своей целью помочь войти в реальные жизненные роли и ситуации.

Наиболее успешно психодрама может использоваться в комплексе с другими методами групповой психотерапии (в частности, с *групповой дискуссией* и *психогимнастикой*), так как препятствует излишней рационализации, интеллектуализации, помогает пациенту выразить трудновербализуемые эмоции и способствует достижению *осознания*.

Психодрама как составная часть групповой психотерапии широко используется при лечении больных с нервно-психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями, в том числе в психотерапии детей и подростков, а также в *семейной психотерапии*.

КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Кризисная психотерапия — набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помощь людям, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения

саморазрушительных форм поведения, и в первую очередь попыток самоубийства (суицидальных попыток).

Самоубийство (суицид) — осознанное лишение себя жизни человеком.

Исторически первыми формами самоубийств были так называемые «ритуальные самоубийства». Это установили археологи, изучавшие гробницы древних царей Шумера и Аккада (III тысячелетие до н.э., территория современного Ирака). В последний путь властителя сопровождали воины его личной охраны, принимавшие смертельный яд и навеки застывавшие у врат Вечности...

В древней Индии жестокий обычай предписывал женщинам высших каст бросаться в погребальный костер своего мужа...

У древних кельтов, населявших во II—I тысячелетиях до н.э. значительную часть современной Западной и Центральной Европы, доживание до немощной старости считалось позором для воина. Одряхлевшие кельтские воины бросались в пропасть со скал...

Помимо причин политического характера, история повествует о самоубийствах как реакции на катастрофический стресс (престарелый римский император Гордиан покончил с собой, узнав о гибели единственного сына-наследника (238 г.), а также вследствие явных проявлений психопатологии (греческий философ Эмпедокл, по словам Диогена Лаэртского, бросился в огнедышащее жерло вулкана Этны — «этим он хотел укрепить молву, будто он сделался богом»).

Немалую роль в широкой распространенности самоубийств в Римской империи сыграл обычай, согласно которому провинившиеся должностные лица своей добровольной смертью как бы «искупали вину», и судебное преследование уже не грозило их семьям (Булацель П., 1912).

С распространением христианства отношение к самоубийствам резко изменилось. Самоубийство всеми христианскими конфессиями рассматривается как тяжкий грех, вызов Божественному правосудию. Самоубийц запрещалось хоронить в освященной кладбищенской земле, их

родственники подвергались всеобщему моральному осуждению. Эти взгляды проникли как в народный фольклор (самоубийцы, не находя вечного покоя, превращаются в оборотней, вампиров, русалок и т.п.), так и в классику раннего Возрождения.

Ряд других религиозных конфессий — ислам, иудаизм — также гневно осуждают самоубийство. Особенно преуспел в «профилактике самоубийств» ислам: в мусульманских странах (Египте, Иране, Пакистане, среднеазиатских странах СНГ и др.) уровень самоубийств один из наиболее низких в мире.

В средневековой Японии ритуальное самоубийство — сэппуку — являлось одним из способов смыть нанесенное оскорбление в случаях, когда невозможно было ответить противнику мечом. Оскорбленный самурай, нередко на глазах недосыгаемого противника, вспарывал мечом свой живот. Его оруженосец для облегчения мук несчастного отрубал ему голову. Последний самурай — японский писатель Юкио Мисима — покончил с собой таким традиционным способом в 1970 году, после неудавшейся попытки военного переворота с целью свержения «продажного проамериканского правительства». Японский генерал, захваченный Мисимой в заложники, тщетно пытался отговорить своего похитителя от столь «бесчеловечного поступка».

Необходимость углубленного изучения причин самоубийств, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в настоящее время не подлежит сомнению как с точки зрения социальной значимости проблемы, так и в свете статистических данных.

По данным ВОЗ (1998) ежегодно в мире кончают жизнь самоубийством более 820 тыс. человек, из них около 20% приходится на подростковый и юношеский возраст. Число же суицидальных действий значительно больше и исчисляется миллионами.

В последние 15 — 20 лет число самоубийств в возрастной группе от 15 до 24 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах стоит на 2 — 3 месте. Во многих регионах

мира отмечается связь роста самоубийств с повышением уровня урбанизации.

Стремление осмыслить природу суицидов, дать этому явлению какое-то теоретическое обоснование уходит своими корнями в глубокое прошлое (Булацель П., 1912). Но и в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу суицидов. Можно говорить только об отдельных теоретических концепциях этой проблемы (Кондрашенко В. Т., 1988).

Условно выделяют три основные концепции: психопатологическую, психологическую и социальную.

Психопатологическая концепция исходит из предположения о том, что все самоубийцы — это душевно больные люди, а все суицидальные действия — проявление острых и хронических психических расстройств.

В настоящее время психопатологическая концепция представляет больше исторический интерес, хотя некоторые исследователи и в наши дни считают, что суицидальные действия являются одной из форм проявления психических заболеваний.

Согласно психологической концепции ведущим и основным в формировании суицидальных тенденций является психологический фактор. Эта концепция включает психоаналитическую, экзистенциалистскую и поведенческую теории.

3. Фрейд рассматривал самоубийство как проявление «инстинкта смерти», который может выражаться в агрессии и, как частный случай, в аутоагрессии. Распространено также толкование суицида как трансформированного любовного влечения, когда лица, совершающие самоубийство, надеются, что после смерти они воссоединятся с любимой или с умершими родственниками, либо уповают на то, что, умерев, они обретут ту любовь и сочувствие, на которые тщетно надеялись при жизни, либо как стремление снять напряжение, вызванное кризисным состоянием.

Экзистенциалисты считают, что основная причина самоубийств — «экзистенциальный вакуум», утрата смысла жизни.

Поведенческая' теория исходит из понятия «рефлекса цели» (Павлов И. П., 1952). И. П. Павлов писал: «...рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас... жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не читаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна? Конечно, цели человеческой жизни безграничны и неистощимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже — продолжительное задерживание, торможение рефлекса цели».

Каждая из этих теорий представляет значительный интерес, но все они страдают односторонностью.

Роль психологических факторов в формировании суицидального поведения велика, однако их необходимо рассматривать в совокупности с социальными и биологическими факторами (Амбрумова А. Г., 1983).

Основоположник социологической концепции, Эмиль Дюркгейм (1898, 1912), считал, что в основе суицидального поведения лежат «снижение и неустойчивость социальной интеграции». По мнению Дюркгейма, самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивидуума с социальной средой, причем социальные факторы играют ведущую роль.

Современные суицидологи не отрицают того факта, что социальные факторы занимают видное место среди причины суицидального поведения, но объяснение всей проблемы самоубийств лишь с точки зрения влияния на человека социальной среды является односторонним и непродуктивным. Главный недостаток этой концепции — недооценка роли личности во взаимоотношениях с социальной средой.

Дальнейшим развитием социологической и психологической концепций являются работы отечественного психиатра профессора А. Г. Амбрумовой (1978 с соавт., 1981), которая предлагает свою концепцию суицидального поведения. Согласно этой концепции, суицидальное

поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Основные положения этой концепции следующие.

Совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями:

- 1) больные психическими заболеваниями;
- 2) лица с пограничными нервно-психическими расстройствами;
- 3) практически здоровые люди.

Количественное соотношение 1,5:5:1.

У всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или в патологической трансформации поведения. Субъективно дезадаптация проявляется широким диапазоном — от психологических переживаний, негативно окрашенных (тревога, горе, обида, душевная боль и др.), до выраженных психопатологических синдромов (астения, депрессия, дисфория).

В динамике социально-психологической дезадаптации выделяют две фазы: первая — predisposиционная; вторая — суицидальная (с момента зарождения суицидальных тенденций до покушения на жизнь). Для перехода predisposиционной фазы в суицидальную решающее значение имеет конфликт. Конфликт образуется из двух разнонаправленных тенденций, одна из которых основная, актуальная в данный момент потребность человека, другая тенденция — препятствие ее удовлетворению. Исходя из этого различают:

— внутренний конфликт (интроперсональный) — обе стороны внутри личности (долг и совесть, желание и возможность);

— внешний (интерперсональный) — одна из составляющих находится вне личности (запрет и приказ);

— смешанный.

Суицидогенный конфликт, как и дезадаптация, проходит две фазы. Первая — диспозиционная — является лишь предпосылкой суицидального акта. Она может быть обусловлена разными причинами:

— реальными (у здоровых);

— психотическими при патологических переживаниях у лиц, страдающих психотическими расстройствами (аффективными, бредовыми, галлюцинаторными).

Однако, несмотря на различие причин, в любом случае конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостными переживаниями и стремлением его ликвидировать.

Вторая — суицидальная — фаза конфликта представляет парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта. Переход первой фазы во вторую идет через «критический пункт», представляющий собой:

— значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта;

— субъективную оценку различных вариантов решений как неэффективных или неприемлемых.

Для принятия окончательного решения о самоубийстве необходима личностная переработка конфликтной ситуации.

Таким образом, генез суицидального поведения определяется соотношением средовых, личностных и (при наличии психического расстройства) психопатологических факторов.

Классификация суицидальных проявлений. Отправной пункт этой классификации, разработанной в Суицидологическом центре Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, определяет самоубийство как намеренное лишение себя жизни (Дюркгейм Э., 1898, 1912).

Суицидальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Внутренние формы суицидального поведения:

- мысли;
- представления;
- переживания;
- суицидальные тенденции: замыслы, намерения.

Возникновению осознанных суицидальных тенденций предшествуют так называемые антивитальные переживания, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни: «не живешь, а существуешь», «жить не стоит».

Различают три ступени перехода во внешние формы.

Первая ступень — пассивные суицидальные мысли-фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни («хорошо, если бы я умер»).

Вторая ступень — суицидальные замыслы (активная форма). Продумываются формы суицида, время и место действия.

Третья ступень — суицидальные намерения — присоединение к замыслу решения и волевого компонента. Суицидальные намерения приводят к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным.

Внешние формы суицидального поведения:

1. Суицидальная попытка.
2. Завершенный суицид.

Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Соотношение суицидальных попыток и завершенных суицидов — 10:1 (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994).

Выяснение истинных мотивов (побудительных сил) суицидального поведения — сложная задача. В силу ряда обстоятельств родственники суицидентов и окружающие их лица часто бывают незаинтересованы в разглашении причин суицидов, сами же суициденты не всегда адекватно оценивают причины своих поступков. Целесообразно классифицировать мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке последовательного уменьшения их удельного веса) на следующие группы (Амбрумо-ваА. Г., 1983):

I. Лично-семейные конфликты

1. Несправедливое отношение со стороны родственников и окружающих.

2. Ревность, супружеская измена, развод.

3. Потеря значимого «другого».

4. Препятствие к удовлетворению актуальной потребности.

5. Неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых других».

6. Одиночество.

7. Неудачная любовь.

8. Недостаток внимания, заботы со стороны окружающих.

9. Половая несостоятельность.

II. Состояние психического здоровья

1. Реальные конфликты у здоровых лиц.

2. Патологические мотивировки (обусловленные расстройствами психической деятельности).

III. Состояние физического здоровья

1. Соматические заболевания, физические страдания.

2. Уродства.

IV. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента

1. Опасение судебной ответственности.

2. Боязнь наказания или позора.
 3. Самоосуждение за неблагоприятный поступок.
- V. Конфликты в профессиональной или учебной сфере
1. Несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа.
 2. Несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.
- VI. Материально-бытовые трудности.
- VII. Другие мотивы и поводы.

При определении факторов суицидального риска необходимо учитывать личностные особенности подростков.

Согласно А. Г. Амбрумовой и Е. М. Вроно (1978, 1981), для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:

- импульсивность;
- эксплозивность («взрывчатость») и эмоциональная неустойчивость;
- повышенная внушаемость;
- несамостоятельность мышления.

Однако вышеперечисленные личностные особенности подростков-суицидентов в известной степени свойственны любому подростку, чем и объясняется высокий процент острых реакций на стресс и реактивных состояний, формирующих пресуицидальный период в подростковом возрасте.

А. Е. Личко (1983) указывает на определенную связь суицидального поведения подростка с типом акцентуации характера. По данным автора, при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов, 32% — эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь 18% — представителями всех других типов. В то же время

суицидальные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков А. Е. Личко относит следующие:

- потерю любимого человека;
- состояние переутомления;
- уязвленное чувство собственного достоинства;
- разрушение защитных механизмов личности в результате алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
- различные аффективные реакции по другим поводам.

Анализ мотивов, условий и причин суицидального поведения способствует определению факторов повышенного суицидального риска (Амбрумова А. Г., 1983; Бородине. В., МихлинА. С., 1978).

При формировании суицидальных тенденций у подростков особо важную роль отводят таким факторам, как психопатологическая наследственная отягощенность (алкоголизм родителей, психопатия, органические заболевания головного мозга), распавшаяся семья, отсутствие родителей, многочисленные семейные конфликты, соматические заболевания, повторные психические травмы, тяжелые психические переживания.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОУБИЙСТВ

В подростково-юношеском возрасте кризисная психотерапия характеризуется:

- неотложным характером психотерапевтической помощи;
- нацеленностью на выявление и коррекцию неадаптивных психологических установок, приводящих к формированию суицидоопасного поведения;

— поиском и тренингом не опробованных ранее подростком способов разрешения актуального межличностного конфликта, повышающих уровень социально-психологической адаптации, обеспечивающих личностный рост и устойчивость индивида к будущим кризисам.

Кризисная психотерапия, по Г. В. Старшенбауму (1987), состоит из трех основных этапов (табл. 2):

- 1) кризисная поддержка;
- 2) кризисное вмешательство;
- 3) повышение уровня социально-психологической адаптации.

Этапы и формы кризисной психотерапии у подростков

I. Этап кризисной поддержки

1. Установление терапевтического контакта.
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.
3. Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения.
4. Заключение терапевтического договора.

II. Этап кризисного вмешательства

1. Рассмотрение не опробованных ранее способов разрешения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса.
3. Коррекция неадаптивных психологических установок.
4. Активизация терапевтической установки.

III. Этап повышения уровня социально-психологической адаптации

1. Тренинг не опробованных ранее способов проблемно-решающего поведения.
2. Выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных психологических установок.

3. Расширение сети социальной поддержки подростка путем привлечения к психокоррекционной работе значимых лиц из его микросоциального окружения.

Формы кризисной психотерапии

1. Индивидуальная.
2. Семейная.
3. Групповая.

ЭТАПЫ КРИЗИСНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Установление терапевтического контакта требует, чтобы подросток-пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Необходимо создать у подростка уверенность, что психотерапевт компетентен в вопросах терапии вообще, разобрался в особенностях индивидуального кризиса пациента в частности и готов применить адекватные виды помощи. В результате психотерапевт воспринимается как понимающий, чуткий и заслуживающий доверия, благодаря чему ликвидируются чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

Раскрытие суицидоопасных переживаний происходит при безусловном принятии подростка, что повышает его самовосприятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование подростком подавляемых эмоций, что уменьшает аффективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал игнорируется с помощью избирательного выслушивания, что способствует кризисной ориентации психотерапии.

В процессе беседы следует обращать пристальное внимание на «факторы суицидального риска»: одиночество, наличие хронических (в особенности инвалидизирующих) заболеваний, потерю близкого человека в недавнем прошлом, наличие предшествующих суицидальных попыток и т. п. Нередко в таких случаях бывает целесообразно прямо спросить подростка, есть ли у него желание умереть. Бытовавшие в прежние годы опасения, что прямой вопрос может натолкнуть пациента на мысль о самоубийстве,

малообоснованно: у пациента имеется масса возможностей натолкнуться на эту мысль и без нашей помощи. В других ситуациях этот вопрос можно поставить в другом плане: «Что вас (тебя) удерживает в жизни?» Практика показывает, что лица со сформированными антисуицидальными представлениями отвечают четко и определенно (семья, близкие люди; могут выявляться представления о «позорности», «греховности» самоубийства и т. п.).

Замешательство пациента, уклонение его от ответа на поставленный вопрос могут свидетельствовать о непрочности антисуицидального барьера и повышенном риске самоубийства.

Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения производится путем актуализации антисуицидальных факторов и прошлых достижений в значимых для подростка областях, повышения его самоуважения и уверенности в своих возможностях в разрешении кризиса. Проявления личностной несостоятельности подростка в кризисной ситуации не интерпретируются, чтобы не снижать его самооценку и не актуализировать тем самым суицидоопасные переживания.

Заключение терапевтического договора предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование ее в понятных подростку терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации психотерапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за подростком способности самостоятельно контролировать свои суицидальные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение; оговаривается также посредничество психотерапевта в контактах с другими людьми: близкими, друзьями, должностными лицами.

Предупредительные меры и реакции лиц ближайшего окружения суицидоопасного подростка. К любому разговору на тему самоубийства и соответствующим действиям необходимо относиться серьезно и обращать на них внимание.

Если подросток находится в депрессии (расстройства настроения встречаются у 15% подростков и юношей) (Кап-лан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994), не игнорируйте его состояние, не преуменьшайте и не отрицайте, а поддержите его эмоционально и похвалите за недавние успехи. Скажите, что чувства подавленности и тоски обычны для людей с серьезными эмоциональными проблемами, но со временем наступит облегчение (Вулис Р., 1998).

Если возникнет впечатление, что подросток готовится к самоубийству, постарайтесь выяснить, есть ли у него конкретный план действий. Чем острее ситуация, тем важнее:

- обратиться за профессиональной психотерапевтической помощью;

- постараться добиться от подростка обещания, что он не будет действовать под влиянием нахлынувших чувств, не поговорив с вами или по «телефону доверия»;

- спрятать опасные предметы (таблетки, бритвы, ножи и т. п.), которые могут быть использованы для реализации попытки самоубийства.

Планирование последующей психотерапевтической работы осуществляется в соответствии с уровнем терапевтической установки, без опережения готовности пациента к внутренним изменениям.

Задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидоопасных тенденций и позволяет перейти к когнитивной перестройке, осуществляемой на втором этапе кризисной психотерапии — этапе кризисного вмешательства.

Период выхода из острого кризиса является оптимальным для когнитивной перестройки потому, что в это время суицидальный риск сведен к минимуму, готовность к внутренним изменениям еще достаточно высока, и, кроме того, сохраняется характерная для кризисного состояния пластичность личностных структур, необходимая для подобной перестройки.

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы подростка, при этом решаются следующие задачи.

Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми подросток мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, облегчающие его микросоциальную адаптацию. Попытки подростка вернуться к обсуждению симптомов преодолеваются с помощью фокусирования на намеченной задаче. Терапевтический контакт обычно сохраняется благодаря тому, что на этапе вмешательства для подростка важна не столько мягкость психотерапевта, сколько его усилия по оказанию действенной помощи в скорейшем разрешении психологического кризиса.

Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, имеет важное значение, поскольку данные установки являются одной из основных причин суицидоопасных реакций на кризисную ситуацию. Как правило, подобные установки формируются в раннем детстве под влиянием неблагоприятных условий воспитания, глубоко интериоризируются, что затрудняет для подростка осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции.

Коррекция неадаптивных психологических установок осуществляется прежде всего в отношении суицидогенной установки — представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удастся путем актуализации антисуицидальных факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей с ценностью жизни, могут привести к нарастанию аффективной напряженности и психологического сопротивления психотерапевтическому вмешательству. У подростков с акцентуацией характера, приводящей в условиях межличностного конфликта

к развитию суицидоопасных реакций, оказывается необходимой выработка мотивации к перестройке коммуникативной сферы.

Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий подростка с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Одновременное поощрением успехов подростка в выполнении терапевтического плана и других проявлений зрелости его внимание обращается на его недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом, подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии — этапу повышения докризисного уровня адаптации.

Кризисное вмешательство в этой ситуации направлено на анализ практических проблем, возникающих в результате утраты высокозначимых взаимоотношений и поиск способов решения проблем. Повышается значимость взаимоотношений с лицами из ближайшего окружения с целью ликвидировать страх расставания, связанный в представлении кризисного индивида с одиночеством. Выявляется роль неуверенности в своей привлекательности, и формируется терапевтическая установка на тренинг необходимых навыков.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ осуществляется тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида.

Этап тренинга навыков адаптации начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевого тренинга, психодрамы и аутогенной тренировки. Проигрывание роли значимого «другого» помогает подростку лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить отношения с ним; тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует изменению стиля общения пациента на более адаптивный. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной привлекательности.

Поскольку опробование новых способов адаптации проводится на заключительном этапе кризисной психотерапии, когда суицидальный риск сведен к минимуму, снижение самооценки во время возможных неудач не приводит к усилению чувства личностной несостоятельности, а лишь способствует реалистической оценке собственных возможностей и укрепляет терапевтическую мотивацию к дальнейшему тренингу навыков адаптации.

Окончание кризисной психотерапии является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения подростка, составляются реалистические планы на будущее и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долговременной терапии, и в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению. Окончанию кризисной психотерапии посвящаются 1-2 беседы, так как преждевременное начало этой работы может усилить тревогу подростка по поводу предстоящего прекращения лечения. Если тревога все же нарастает, необходимо разделить это чувство, подчеркнуть выполнение намеченной в начале лечения программы, выяснить причины тревоги, обсудить их обоснованность.

Этап кризисного вмешательства посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается

распознавание подростком у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации.

Особенности психотерапии при отдельных видах критических ситуаций. При наличии конфликта подростка с родителями и другими родственниками психотерапевт в фазе установления контакта выполняет функции посредника, избегая роли «третейского судьи» и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте (этим психотерапевт в корне отличается от благожелательных родных и знакомых, тщетно пытающихся направить «заблудшую овечку» на путь истинный).

В ходе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на суть и причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся «семейные диспуты» с целью формирования общей позиции семьи в подходе к кризисной ситуации.

В ситуации смерти любимого человека психотерапевт при помощи семьи и друзей обеспечивает подростку сочувственное разделение эмоций горя и тревоги; при разрыве любовных отношений — также чувств обиды и унижения.

Профилактика суицидального поведения у подростков и юношей, страдающих психотическими расстройствами и пограничными расстройствами непсихотического уровня, помимо обеспечения режимных мер профилактики суицидов в условиях стационара, заключается также в сочетании эмоциональной поддержки со стремлением к эмпатическому восприятию и последующей коррекции не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, способствующих реализации суицидального поведения. (Например, подросток может представлять смерть как «временный сон», «долгожданный покой» либо воспринимать суицид как продолжение диалога с людьми, с которыми он находится в конфликтных отношениях, вследствие чего суицид предстает в его мыслях как способ «отомстить обидчику» и т. п.)

При проведении психотерапии с суицидоопасными клиентами в амбулаторных условиях (при категорическом отказе от госпитализации) важно создание атмосферы, в которой психотерапевт, психолог чувствовал бы себя свободным как от суицидального шантажа со стороны пациента, так и от соответствующего давления со стороны его родственников.

Основы психотерапии

Учебное пособие

Направление: 44.03.02 — Психолого-педагогическое образование

Автор - составитель: Мельник Е.В., доцент кафедры теоретической и прикладной психологии ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»