

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)
Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии
и клинической психологии



ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Методическое пособие

Новосибирск
2021

УДК 615.851(076)
ББК 53.57я73
О75

Авторы:

Ю.В. Сарычева — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;
Т.Ю. Ласовская — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;
И.А. Матвеева — ст. преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;
И.В. Лазюк — ст. преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;
И.В. Пономаренко — ст. преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Основы психотерапии : метод. пособие / Ю.В. Сарычева,
О75 Т.Ю. Ласовская, И.А. Матвеева, И.В. Лазюк, И.В. Пономаренко. — Новосибирск : ИПЦ НГМУ, 2021. — 106 с.

Учебно-методическое пособие «Основы психотерапии» содержит краткое описание психотерапии как вида психологической помощи, основных направлений психотерапевтического вмешательства (теоретическое обоснование и возможности практического использования), примеры психодиагностического инструментария для работы, а также значение супервизии для повышения эффективности психотерапии. В пособии представлены примеры заданий для текущего контроля по дисциплине.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», «Психология» в рамках курсов «Психотерапия: теория и практика», «Практикум по психотерапии и психологическому консультированию», «Супервизионный тренинг».

УДК 615.851(076)
ББК 53.57я73

© Сарычева Ю.В., Ласовская Т.Ю.,
Матвеева И.А., Лазюк И.В.,
Пономаренко И.В., 2021
© НГМУ, 2021

Оглавление

Психотерапия: общая характеристика	5
Психотерапия как вид психологической помощи	5
Классификация	6
Многоосевая классификация (В.В. Макаров)	6
Показания и противопоказания для психотерапии	7
Факторы эффективности психотерапии (В.В. Макаров)	8
Факторы лечебного действия психотерапии	9
Современные тенденции психотерапии	10
Задания для самостоятельного выполнения	11
Классический психоанализ (психодинамический подход) в психотерапии	14
Основы психоаналитической диагностики	17
Задания для самостоятельного выполнения	20
Бихевиоральный (поведенческий) подход в психотерапии	22
Противообусловливание	22
Метод систематической десенсибилизации	23
Тренинг асертивности	24
Управление обстоятельствами	25
Институциональный контроль	25
Самоконтроль	26
Взаимный контроль	26
Терапевтический контроль	26
Аверсивный контроль (наказание)	27
Когнитивно-поведенческая модификация	27
Методы поведенческой психотерапии	28
Поведенческая диагностика (по В.Г. Ромеку)	28
Функциональный анализ поведения по Кэнферу	28
Определение целевого поведения	29
Анализ условий поведения	29
Планирование и контроль терапевтических вмешательств	31
Задания для самостоятельного выполнения	32
Когнитивная (когнитивно-поведенческая) психотерапия	37
Автоматические мысли	38
Убеждения (установки)	40
Схемы	42
Внутренняя система контроля	42

Когнитивные ошибки	43
Когнитивный сдвиг	46
Когнитивная модель	47
Когнитивная концептуализация	48
Диаграмма когнитивной концептуализации	50
Составление плана терапии	52
Задания для самостоятельного выполнения	52
Гуманистически-ориентированное консультирование	55
Клиент-центрированный подход Карла Роджерса	56
Задания для самостоятельного выполнения	58
Экзистенциальный подход	61
Основные категории экзистенциального подхода	62
Принципы и методы работы с клиентом в рамках экзистенциального подхода И. Ялома и Р. Мэя	64
Задания для самостоятельного выполнения	67
Гештальттерапия	71
Механизмы нарушения процесса саморегуляции	71
Задания для самостоятельного выполнения	72
Арт-терапия	75
Этапы арт-терапевтического процесса	76
Примеры арт-терапевтических техник	77
Психодрама	79
Описание подхода	80
Фаза разминки	80
Игровая фаза	81
Изменение отношений, существующих в группе	83
Фаза интеграции	84
Занятия в группе	85
Содержательные моменты психодрамы	85
Противопоказания и ограничения	86
Символдрама	87
Задания для самостоятельного выполнения	89
Супервизия как метод повышения эффективности психотерапии ..	92
Фокусы супервизии	93
Варианты супервизии	95
Задания для самостоятельного выполнения	98
Ситуационные задачи	98
Приложения	101
Список литературы	104

Психотерапия: общая характеристика

Психотерапия как вид психологической помощи

Термин «психотерапия» происходит от греческих основ «психо» — душа и «терапия» — забота, уход, лечение. Исторически сложилось, что в нашей стране под психотерапией рассматривался медицинский подход как форма лечения психических нарушений. В основе этого подхода лежали труды И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева, П.Б. Ганнушкина, И.П. Павлова и других врачей, основными методами помощи были гипноз и аутогенная тренировка.

Психотерапия — активное психологическое воздействие на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни.

В рамках зарубежных направлений психотерапии активно развивались психоанализ, когнитивно-бихевиоральное направление, гуманистический подход, эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование (НЛП) и системный подход.

В настоящее время в нашей стране также сформировалось психологическое понимание психотерапии. Так, В.В. Макаров дает следующее определение: «**Психотерапия** — это процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем».

Представляется важным сопоставить понятие «психотерапия» с другими видами психологической помощи.

Психологическое консультирование — психологическая помощь, ориентированная на решение конкретных ситуационных проблем.

Психокоррекция — система мероприятий, направленных на исправление *недостатков* психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия (Осипова, 2000).

Необходимо уточнить, что «*недостатки*» не позволяют признать их носителя психически больным человеком, не имеют орга-

нической основы и относятся к изменяющимся качествам. Это определение справедливо для западных психотерапевтических направлений и для коррекции задержки и нарушений психического развития.

Классификация

Существуют различные способы классификации психотерапии. Кажется удачным многогранное рассмотрение психотерапии с точки зрения многоосевой классификации по В.В. Макарову, где она рассматривается по семи основным осям.

Многоосевая классификация (В.В. Макаров)

Ось цели психотерапии: лечение, предупреждение, развитие, разрешение проблемы и др.

Ось объекта: личность, семья или группа.

Ось модели: медицинская, психологическая, педагогическая, философская, социальная и недифференцированная.

Медицинская: психотерапия направлена на лечение, предупреждение или диагностику заболеваний, здесь часто используются синдромологический и нозологический подходы к пониманию расстройств и к их диагностике.

Психологическая: психотерапия направлена на решение проблем, не достигающих уровня патологии, однако влияющих на развитие психологических функций и на личностный рост, в основе модели лежит проблемный подход.

Педагогическая: психотерапия направлена на процесс обучения, воспитания и перевоспитания.

Философская: психотерапия направлена на понимание собственной личности, мира, своего места в мире и влияет на формирование и изменение мировоззрения.

Социальная или политическая: психотехнологии используются для манипулирования человеком, группой, обществом.

Ось места (на примере медицинской модели): 1) сопровождение лечебного процесса; 2) одно из важных мест наряду с другими подходами в лечении; 3) главный метод наряду со вспомогательными; 4) единственный метод.

Ось продолжительности: 1) сверхкороткая, 2) короткая, 3) длительная, 4) сверхдлительная.

Сверхкороткая: минуты и часы, разрешение актуальных, конкретных проблем и конфликтов; эффект может быть нестойким (например, нейролингвистическое программирование).

Короткая: часы и дни, личностное содержание рассматривается для решения актуальной проблемы, запускает процесс изменения, который продолжается и после завершения терапии, более стойкая (например, метод кристаллизации проблем).

Медленная: месяцы, работа над личностным содержанием проблем, эффект медленный и стойкий (например, транзактный анализ).

Сверхмедленная: годы, работа с сознательным и бессознательным клиента или пациента, пониманием сути переживаний, исследуется ранний опыт человека. Эффект постепенный, длительный, зависит от сохранения контакта между терапевтом и пациентом (например, классический психоанализ).

Ось основных технологий: базовые техники и приемы каждого подхода (суггестия, состояние транса, интервью, рефрейминг и др.).

Описательная ось: перечень зарегистрированных методов (около 500–700).

В 1998 г. Министерство здравоохранения России рассмотрело список рекомендуемых для методов психотерапии в нашей стране:

Показания и противопоказания для психотерапии

Показания для психотерапии:

1) наличие психологических факторов в возникновении проблемы клиента или болезни пациента (чем более существенна связь между ситуацией, личностью и заболеванием, тем более необходимо использование психотерапевтического воздействия);

2) наличие мотивации на психотерапию у пациента или клиента.

Принципы определения показаний:

1) медицинская и психологическая диагностика (уточнение диагноза, оценка личности, уровня развития, исследование семейной или школьной ситуации);

2) адекватность подбора метода выявленным нарушениям;

3) соотнесение метода с возрастом и уровнем развития клиента или пациента.

Психотерапия может проводиться только при наличии получения информированного согласия у клиента (пациента).

Противопоказания (по В.В. Макарову):

1) по жизненным показаниям необходимо иное, непсихотерапевтическое воздействие (у человека высокая температура — по биологическим показаниям необходимо лекарственное, а не психотерапевтическое воздействие);

2) психотерапия неэффективна: например, при умственной отсталости, в исполнении конкретных специалистов с конкретными клиентами или пациентами (одни чувствуют себя неэффективными с детьми, другие — с пожилыми);

3) морально-этические ограничения (например, психотерапия близких родственников, запрет на «двойные отношения»).

Факторы эффективности психотерапии (В.В. Макаров)

1. Ожидания пациента: насколько он мотивирован на психотерапию; насколько он считает, что именно этот терапевт ему поможет.

2. Значение для пациента лечения и излечения: если пациенту важно улучшить свое состояние, то эффективность терапии повышается.

3. Характер проблем или заболевания пациента: при некоторых проблемах и заболеваниях терапия может быть эффективной, при других — нет.

4. То, насколько клиент готов к сотрудничеству, стремится выполнять рекомендации, готов тратить на терапию временные и финансовые ресурсы.

5. Ожидания терапевта: каждый терапевт имеет свой профессиональный миф — как он представляет себя в профессии, как он видит себя глазами клиентов и пациентов.

6. Опыт терапевта: для начинающего терапевта характерно то, что он диагностирует проблемы и с энтузиазмом принимается за их разрешение; опытный терапевт диагностирует проблемы и берется за разрешение тех, которые представляются разрешимыми в данных условиях доступными ему методами.

7. Специфическое воздействие конкретных методов психотерапии.

Факторы лечебного действия психотерапии

Основные факторы лечебного действия психотерапии связаны с эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферами функционирования человека.

Эмоциональные факторы:

- безусловное принятие;
- толерантность;
- интерес, симпатия;
- групповая сплоченность;
- катарсис;
- альтруизм;
- перенос;
- проекция и идентификация.

Внушение и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В качестве основного механизма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггестивных внушений, терапии с использованием плацебо и некоторых других.

При групповой психотерапии, групповых формах гипноза и аутогенной тренировке наличие в группе пациентов с хорошими результатами от проведенного лечения усиливает действие перечисленных факторов.

Когнитивные факторы:

- получение новой информации;
- рекомендаций;
- «интеллектуализация» собственных переживаний и поведения, «обратная связь»;
- конфронтация;
- осознание реальности;
- изменение мыслей и т.п.

Наиболее ярко проявляются в личностно-ориентированной (реконструктивной), рациональной, групповой, когнитивной психотерапии, рационально-эмоциональной психотерапии.

Поведенческие факторы:

- межличностное научение;
- подражание;

- десенсибилизация;
- экспериментирование с новыми формами поведения;
- приобретение новых способов социализации.

Научение происходит как прямо — через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно — путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования поощрения и наказания (чаще в форме социального неодобрения, непринятия). Групповые формы психотерапии для реализации научения представляют большие возможности.

Современные тенденции психотерапии

1. Использование новых методов и технологий:
 - развитие новых методов психотерапии и методик (около 400 направлений взрослой и 200 детской психотерапии);
 - внедрение видеотехники (наблюдение собственного поведения и его анализ, цели терапии);
 - биологическая обратная связь;
 - видеокомпьютерное моделирование с конструированием проблемных и ситуаций и прогнозируемых результатов;
 - дистанционное консультирование и психотерапия по телефону или скайпу.
2. Рост числа потенциальных клиентов/пациентов.
3. Рост потребности в психотерапевтах и психологах.
4. Проблема эффективности психотерапии и ее оценка.

Проведенный метаанализ 227 исследований эффективности психотерапии с 1970 по 1995 г. показал: **психотерапия высокоэффективна**. Однако ни один из методов не продемонстрировал большей эффективности над другими методами (B.E. Wampold, G.W. Mondin, M. Moody, F. Stich, K. Benson, H. Ahn, 1997).

Все гуманистические, психодинамические и психоаналитические методы вместе исследовались 153 раза (В. Лаутербак, 1995).

В процессе проведенных исследований сформулирован **«парадокс эквивалентности методов»** — все методы психотерапии одинаково эффективны. Полученные данные связаны с трудностями оценки эффективности и сравнительного анализа:

- в каждой школе свои представления о результате — трудно их сопоставить;
- трудности рандомизации и проведения двойных «слепых» исследований;
- трудности объективизации (оценка независимым экспертом);
- зависимость эффекта от личности, опыта, подготовки специалиста.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Дайте определение психотерапии с точки зрения клинической и психологической модели.

Ответ: _____

Задание 2. Заполните таблицу.

Вопрос	Психологическое консультирование	Психокоррекция	Психотерапия (медицинская модель)
Определение			
Показания			
Длительность			
Кто обращается за помощью (здоровый/пациент/другое)?			
Кто занимается процессом (психотерапевт/психолог/клинический психолог/психиатр/другое)?			
Как разделяется ответственность между специалистом и клиентом?			

Задание 3. Выделите разные основания для классификации вариантов психотерапии в соответствии с многоосевой классификацией. Заполните таблицу.

Ось психотерапии	Варианты подразделения

Задание 4. Выделите факторы успешности/неуспешности психотерапии. Обоснуйте.

Задание 5. Исследуйте дополнительную литературу и ответьте на вопрос: какие существуют критерии для оценки эффективности психотерапии в работе с конкретным клиентом/пациентом? Как вы узнаете, что процесс психотерапии успешен?

Задание 6. Ответьте на вопросы теста.

1. Определение психотерапии как процесса психологического упорядочивания настоящего, прошлого и будущего с целью достижения гармонии между собой и миром в настоящем принадлежит:

- А) И. Ялому;
- Б) В.Е. Рожнову;
- В) В.В. Макарову;
- Г) В.Н. Мясичеву.

2. Направление деятельности практического психолога по оказанию помощи здоровым людям в ситуации разного рода затруднений, а также в случае потребности улучшить качество жизни, составляет содержание:

- А) клинической психотерапии;
- Б) неклинической психотерапии;
- В) ничего из перечисленного.

3. Задачи неклинической психотерапии:

- А) исследование проблем клиента и оказание помощи в их решении;
- Б) улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- В) изучение психологических закономерностей межличностного взаимодействия и повышение эффективности в общении с людьми, гармонизация отношений;
- Г) все перечисленное.

Классический психоанализ (психодинамический подход) в психотерапии

Два открытия З. Фрейда — открытие бессознательного и открытие сексуального начала — составляют основу теоретической концепции психоанализа:

- болезни взрослой личности сводятся к переживаниям детства;
- детские переживания имеют сексуальную природу.

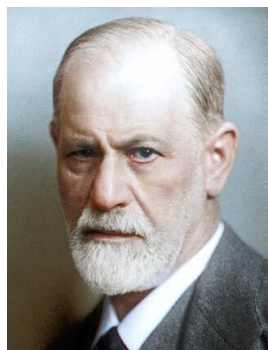
Любое поведение человека имеет причину, которая находится в бессознательном. В ходе работы с бессознательным (свободные ассоциации, анализ сновидений) идет поиск причины.

На любое поведение и симптомы действует множество причин. Любой символ полидетерминирован: чтобы понять причину, необходимо осознание смысла символа. Задача психоанализа: вспомнить, повторить, проработать (З. Фрейд).

З. Фрейд является автором теории динамической структуры личности:

► **Ид** («Оно») — примитивные, инстинктивные и врожденные аспекты личности, влечения системы либидо (стремление к удовольствию, жизни, сексуальному удовлетворению) и танатос (стремление к разрушению, агрессии, угасанию, смерти).

► **Эго** («Я») — компонент психического аппарата, ответственный за принятие решений. Стремится выразить и удовлетворить желания Ид в соответствии с ограничениями, налагаемыми внешним миром. Эволюционирует из Ид и заимствует часть энергии из Ид.



Зигмунд Фрейд

► **Суперэго** («сверх-Я») — интернализованная версия общественных норм и стандартов поведения — система ценностей, норм и этики, разумно совместимая с теми, что приняты в окружении. Приобретается в процессе социализации, которая трактуется как процесс формирования суперэго.

З. Фрейд ввел также в научный обиход понятие «либидо» (от лат. *libido* — влечение, желание, стремление). Исходно это понятие обозначало лежащую в основе всех сексуальных проявлений энергию и использовалось как синоним сексуального влечения. В более поздних работах это слово использовалось как синоним эроса.

З. Фрейд является также автором топографической модели личности:

• **бессознательное.** Ид и давящая на него часть Супер-эго располагаются в бессознательном;

• **предсознательное.** То, что в обычных условиях не осознается, но при наличии определенных условий может быть осознано. Здесь находятся части Эго и Суперэго;

• **сознание, контакт с внешним миром.** Здесь также представлены компоненты Эго и Суперэго.

Ребенок рассматривается как «виновник», так как он не умеет контролировать свои влечения. Это задача, которой надо овладеть в ходе развития — «Где было Оно, должно стать Я», т.е. психические процессы, протекающие на бессознательном уровне, должны быть глубоко раскрыты и осознаны для их личностной интеграции. Человек должен договориться с реальностью. Единственным конструктивным защитным механизмом З. Фрейд считал сублимацию (защита от выявления у себя неприемлемых инстинктивных импульсов), помогающую адаптироваться к обществу и менять свои импульсы на социально приемлемые мысли и действия.

В классическом психоанализе разработаны следующие методы исследования бессознательных процессов и повышения эффективности жизни пациента.

► **Метод свободных ассоциаций.** Клиент расслабляется, устраивается на кушетке или кресле и проговаривает все мысли и воспоминания, которые приходят в голову, даже если они кажутся абсурдными или нелогичными. Терапевт находится в изголовье кушетки вне поля зрения клиента (рис. 1). Одна ассоциация может вызывать другую, более глубоко расположенную в бессознательном. Ассоциации клиента интерпретируются как символическое отражение подавленных эмоций и чувств. В этом процессе работы с ассоциациями высвобождается психическая энергия, которую можно использовать для лучшей адаптации.



Рис. 1. Метод свободных ассоциаций

► **Анализ сновидений.** Содержание сновидений, как считает З. Фрейд, раскрывает вытесненные желания. Известна метафора З. Фрейда, где анализ сновидений он называет «королевской дорогой к бессознательному». Сон — символическое удовлетворение желаний. В его содержании частично отражаются ранние детские переживания. Источник большинства психических нарушений лежит на примитивном и досознательном уровне. На этом уровне мышление происходит на языке символов, поэтому неразрешенные детские конфликты значительно легче и проще находят свое выражение и поддаются лечению через символы, которые можно анализировать.

► **Интерпретация сопротивления.** Несмотря на наличие «желания решить проблему», пациент может начать опаздывать или пропускать сессии, делать длительные паузы молчания или неожиданно менять тему беседы при анализе ассоциаций. Все это может быть связано с неосознанным сопротивлением воспоминанию вытесненных конфликтов и импульсов. Анализ сопротивления является важной частью психоанализа. Сопротивление сводится к минимуму при релаксации и усиливается при сосредоточении.

► **Анализ переноса.** Перенос — психологический феномен, заключающийся в бессознательном переносе ранее пережитых (особенно в детстве) чувств и отношений, проявлявшихся к одному лицу,

на другое лицо. Например, возможен перенос на аналитика чувств любви и ненависти, которые изначально приписывались родителям. Перенос можно обнаружить в процессе взаимодействия с пациентом, свободных ассоциациях, содержании сновидений. В процессе работы важно, чтобы пациент осознал свои стойкие способы переживаний, чувства и реакции на значимых людей в детстве и осознал связь этих переживаний с трудностями в настоящем.

Существуют разные виды переноса на аналитика: материнский, отцовский, эротический, позитивный, негативный.

► **Интерпретация.** Интерпретация в психоанализе — это разъяснение неясного или скрытого для клиента значения некоторых аспектов его переживания или поведения. При этом неосознанные феномены должны стать осознанными. Интерпретация включает следующие процедуры:

- идентификацию (обозначение);
- разъяснение (собственно толкование);
- перевод толкования на язык повседневной жизни клиента.

Основные правила интерпретации:

- идти от поверхности вглубь;
- интерпретировать то, что клиент уже готов принять;
- прежде чем интерпретировать то или иное переживание клиента, необходимо указать ему на психологическую защиту, находящуюся в основе.

► **Эмоциональное переучивание.** При постепенном завершении работы с клиентом важно поощрять его к использованию новых интеллектуальных озарений в повседневной жизни. Например, клиент, который осознал, что потратил большую часть жизни на то, чтобы досаждать своим выбором потенциальных невест и поведением своему отцу, может начать иначе относиться к нему, начать функционировать независимо от родителей и строить более зрелые межличностные отношения.

Основы психоаналитической диагностики

Отто Кернберг исследовал структурную организацию личности с позиций современного психоанализа. Он выделял три типа личностной организации: невротический, пограничный или психо-

тический. В основе подхода к диагностике лежат следующие критерии:

- степень личностной интеграции;
- уровень зрелости психологических защит;
- способность к тестированию реальности.

Для проведения психоаналитической диагностики О. Кернберг предложил структурное интервью, сочетающее психоаналитическое наблюдение взаимодействия пациента и терапевта с интерпретацией конфликтов и защитных действий, проявляющихся в этом взаимодействии.

СТРУКТУРА ИНТЕРВЬЮ

1 ЭТАП

Пациенту предлагают кратко рассказать о причине обращения за помощью, ожиданиях от терапии, о симптомах и затруднениях.

2 ЭТАП

► **Исследование основных симптомов**, выявленных в процессе интервью «здесь и сейчас». Хорошо начинать беседу с нескольких последовательных вопросов (заданных прямо или косвенно), которые показывают пациенту ожидания терапевта и возможные способы ответа. Способность пациента понять серию вопросов и запомнить их позволяет судить о некоторых ключевых симптомах. Например:

«Что привело вас сюда? В чем заключаются ваши сложности и проблемы? Что вы ожидаете от терапии? Как вы сами смотрите на все это?».

Пациент, у которого нет психоза или органической патологии, может свободно рассказывать о своих невротических симптомах и психологических проблемах, указывающих на патологические черты характера.

Если пациент отвечает слишком конкретно, неопределенно, уклончиво или запутанно, то важно тактично прояснить информацию, проявить несоответствие между вопросом и ответом. Важно, как понимает пациент, полно ли он ответил, ясен ли ему вопрос или он вызывает тяжелые переживания. При наличии признаков конкретности мышления, проблем с памятью и вниманием необходимо исключить *органическую психопатологию*.

► **Исследование патологических черт характера** (для оценки типа характера или патологии личности, степени тяжести этих нарушений). Например:

«Вы рассказали мне о ваших проблемах, а теперь я хотел бы узнать больше о том, какой вы человек. Если можете, опишите, как вы себя представляете; что, по-вашему, мне нужно узнать, чтобы действительно понять, что вы за человек?»

Способность пациента спонтанно говорить о себе и глубинно исследовать свою личность отражает наличие *способности к тестированию реальности*, т.е. исключаются *психотические нарушения*.

Если пациенту трудно говорить о себе в неструктурированной форме в связи с его культурным уровнем или с личностными особенностями, то можно попросить описать его взаимоотношения со значимыми людьми, свою жизнь, учебу, работу, семью, сексуальную сферу, отношения в обществе, досуг. Наличие трудностей ответа на прямые вопросы может быть первым признаком *патологии характера*.

Признаки пограничной личностной организации: примитивные механизмы защиты (проективная идентификация, расщепление, примитивная диссоциация, отрицание, величие, фрагментация аффектов, всемогущество или обесценивание).

Терапевт может обратить внимание пациента на те эмоции, мысли или поведение, которые кажутся ему наиболее странными, и попросить пациента объяснить, почему у терапевта возникает подобное чувство. *Способность к тестированию реальности* проявляется в том, насколько пациент способен испытывать эмпатию к переживаниям терапевта, если тот замечает проявления странностей, и — более тонким образом — в том, может ли пациент чувствовать эмпатию к тому, как терапевт воспринимает его в целом.

После исследования невротических симптомов и патологических черт характера, оценки защитных механизмов, наличия диффузности идентичности либо ее интегрированности, уровня тестирования реальности и симптомов психоза либо психорганических расстройств важно, чтобы терапевт обозначил пациенту, что задача выполнена. Необходимо предложить пациенту добавить то, что еще для него важно сообщить терапевту.

3 ЭТАП

Важно дать возможность пациенту задавать вопросы и получить на них ответ терапевта. Терапевт может предложить начать терапию либо пройти дополнительную диагностику. Необходимо оценить мотивацию пациента и принять меры при риске аутоагрессивных действий (риск суицида). Также важно понять, насколько пациент способен принять описание своих проблем терапевтом и может ли он относиться к нему позитивно.

Для проведения структурного интервью требуется примерно полтора часа, при работе с пограничными пациентами возможны два 45-минутных сеанса.

Психотическая организация: границы личности не сформированы, идентичность диффузная, психологические защиты незрелые, нет тестирования реальности.

Пограничная организация: не сформированы границы, идентичность диффузная, психологические защиты незрелые, тестирование реальности есть.

Невротическая организация: сформированы границы, идентичность интегрирована, психологические защиты зрелые, тестирование реальности есть.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Дайте характеристику психодинамического направления в психотерапии.

Основной тематический параметр	Характеристика
Природа человека	
Основная проблема	
Концепция патологии	
Концепция здоровья	
Вид изменения	
Временной подход и «фокус»	
Задачи терапевта	
Основные техники	
Роль терапевта	
Характер связи между терапевтом и пациентом	

Задание 2. Опишите динамическую и топографическую модель личности по З. Фрейду.

Задание 3. Укажите основные методы работы в классическом психоанализе, дайте характеристику, заполнив таблицу.

Название метода	Суть метода

Задание 4. Ответьте на вопросы теста.

1. Сопротивление — это:

- А) парадоксальное нежелание пациента участвовать в терапевтическом процессе;
- Б) неприятие пациентом интерпретаций терапевта;
- В) проявление переноса;
- Г) все перечисленное;
- Д) ничего из перечисленного.

2. Адекватные, оправданные реакции на личность терапевта, его слова и действия относятся к уровню:

- А) переноса;
- Б) реальности;
- В) психотерапевтического альянса.

3. При возникновении переноса:

- А) учитываются реальные отношения при игнорировании обстановки;
- Б) игнорируются реальные отношения при учете обстановки;
- В) игнорируются и реальные отношения, и реальная обстановка.

Бихевиоральный (поведенческий) подход в психотерапии

Поведенческая психотерапия возникла в конце 1950-х гг. В основе лежат труды по теории научения Хала и Скиннера.

Психотерапевтический подход неоднороден, в нем можно выделить три основные тенденции:

- 1) противообуславливающая терапия Джозефа Вольпе;
- 2) поведенческий анализ и модификация (в основе работы Б. Скиннера);
- 3) сочетание когнитивных и бихевиоральных методов психотерапии — когнитивно-поведенческая психотерапия.

Также к бихевиоральному подходу ряд авторов относит импловивную, экспозиционную и когнитивную терапию.

Противообуславливание

Тревога — основная причина поведенческих расстройств, проявляющаяся в активации симпатической нервной системы (учащение пульса, дыхания и др.).

Если отмечается наличие временной связи с конкретным стимулом, на который раньше она не возникала (например, на лифт, зво-

нок, собаку и т.д.), то такую тревогу называют выученной. В случае сочетания нейтрального стимула (собака) с угрожающим (укус) стимулом тревога может ассоциироваться с нейтральным стимулом. В результате первичной генерализации стимулы, внешне напоминающие исходные (другие собаки), также начинают вызывать тревогу. Стимулы могут быть выстроены по градиенту сходства, составляющему иерархию тревоги (от наибольшего к наименьшему). Человек также может формировать иерархии, основанные на схожести внутренних эффектов, посредством вторичной генерализации (например, безуспешное ожидание партнера на свидание и опоздание на автобус могут вызвать чувство отвергнутости). Выученная тревога может приводить к формированию вторичных симптомов: нарушениям сна, головным болям, а впоследствии — психосоматической патологии. В свою очередь эти симптомы порождают вторичную тревогу и возникает «порочный круг».

Так как тревога — это результат научения, то ее можно преодолеть процессом противообуславливания. Важно найти реакцию, которая несовместима с тревогой, и сочетать ее со стимулом, вызывающим тревогу. Наиболее часто для этих целей используются релаксация, физическая активность, асертивность. Однако симпатические реакции, вызванные тревогой, препятствуют эффективному использованию этих техник. Именно поэтому важно начинать противообуславливание со стимулов, вызывающих минимальную тревогу.

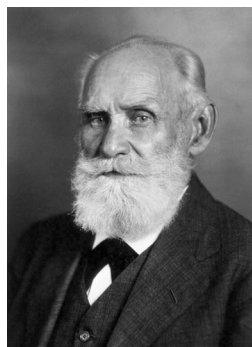
Метод систематической десенсибилизации

1 ЭТАП. Обучение прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону (1–2 сессии).

2 ЭТАП. Построение иерархии тревожности, где стимулы выстраиваются в диапазоне от вызывающих максимальную тревогу до минимальной (обычно 10–20 сцен, расположенных по 10-балльной шкале).

3 ЭТАП. Представление пациентом 1–2 релаксирующих сцен.

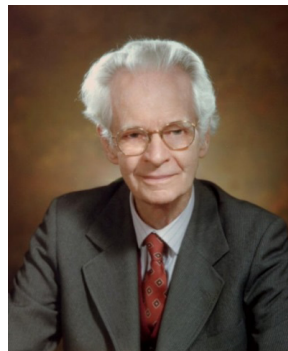
4 ЭТАП. После достижения пациентом глубокой релаксации его просят представить сцену, соответствующую минимальному уровню тревоги. Если тревога не возникает, то пациент представляет эту сцену около 10 секунд, что повторяется хотя бы дважды. Если трево-



И.П. Павлов



Джозеф Вольпе



Б.Ф. Скиннер

га возникает, пациент подает знак, ему предлагают вернуться к релаксирующей сцене. Если сцена постоянно вызывает тревогу, важно уточнить, не добавляет ли пациент дополнительных стимулов к сцене; если нет, то расширить иерархию, включив в нее более мелкие элементы. Следующая сессия обычно начинается с представления последней успешно завершенной ступени иерархии. Длительность сессии обычно 15–30 минут. В последующем переход к реальным ситуациям на практике осуществляется также с учетом принципа иерархии.

Тренинг ассертивности

Используется для лечения тревоги, связанной с межличностным общением (неуверенность, неадекватное чувство гнева и др.). Волье определяет ассертивное поведение как «адекватное выражение любых эмоций, за исключением тревоги, по отношению к другому индивиду».

Существуют следующие техники:

1. Обучение непосредственным и эффективным вербальным реакциям в контексте ситуации («здесь очередь, пройдите, пожалуйста, в конец»).
2. Уверенность в невербальных проявлениях (уместная улыбка, мимика, поза, походка, контакт глаз, громкость голоса).
3. Репетиция новых форм ассертивного поведения (ролевое разыгрывание в группе или с терапевтом).
4. Домашние задания по отработке навыков на практике, постепенно изменяющиеся с учетом иерархии тревоги.
5. Использование минимальной эффективной реакции — снижение вероятности агрессии от окружающих.
6. Когнитивное переструктурирование (осознание прав быть ассертивным, пересмотр целей — например, желания всегда быть покладистым, вежливым, «хорошим для всех» человеком).

Важно учитывать:

- 1) разграничение понятий ассертивности и агрессивности для ряда клиентов;
- 2) подкрепление эффективного поведения терапевтом или группой;

3) наличие обратной связи для осознания своих вербальных и невербальных реакций (использование аудио-, видеозаписи, комментариев членов группы).

В настоящее время на основе тренинга ассертивности разработан тренинг социальных навыков, тренинг навыков отказа, коммуникативный тренинг и т.д.

Управление обстоятельствами

Человеческое поведение во многом определяется последствиями: если поступок вызывает позитивное подкрепление, то он, вероятно, повторяется. Частота дезадаптивных реакций, например, уход в болезнь, будет также выше, если этот стиль поведения вызывает сочувствие и заботу, и будет ниже, если за неадаптивным паттерном поведения следует наказание (штраф на работе за прогулы) или он игнорируется. Поведенческий анализ позволяет выявить стимулы, вызывающие дезадаптивное поведение, определить само поведение и его последствия, что позволяет изменять обстоятельства, вызывающие поведение.

Наиболее распространенные проблемы:

- 1) эксцессы — избыточное реагирование (мытье рук 30 раз в день);
- 2) дефицитарность — ограничение контактов с людьми (в результате недостатка научения);
- 3) неуместность (неадекватность) — неуместность поведения в определенной ситуации в результате или недостаточного осознания, или получения непонятного для наблюдателя подкрепления.

Подходы к коррекции:

- 1) институциональный контроль;
- 2) самоконтроль;
- 3) взаимоконтроль или контрактное соглашение;
- 4) терапевтический контроль;
- 5) авersiveный контроль (наказание).

Институциональный контроль

Использование внешней мотивации (например, руководителем психиатрического стационара). Применяется жетонная система. Же-

тоны — это символическое подкрепление в виде фишек или баллов, которые могут обмениваться на более ощутимые подкрепления: посещение мероприятий за пределами заведения, различные виды досуга или предметы личного пользования.

Условия для работы системы:

- 1) координированные действия персонала;
- 2) адекватность контроля (пациенты не должны иметь возможности получения подкрепления от родственников или «доброго» медперсонала);
- 3) четкое определение поведения, подлежащего изменению, и критериев поощрения (например, постель застилать можно по-разному);
- 4) обеспечение позитивных альтернатив проблемному поведению;
- 5) выдача жетонов постепенно прекращается по мере исчезновения проблемного поведения с заменой на разнообразные формы социального подкрепления.

Самоконтроль

Необходимо понимание пациента, как влияют последствия поведения на соматическое состояние (важны не только немедленные последствия, но и отсроченные). В качестве примера можно привести лечение ожирения или сахарного диабета в сочетании с обучением.

Взаимный контроль

Двое или больше людей, находящиеся в близких отношениях делят над собой контроль над желательными для них последствиями (контрактные отношения) — работа с сексуальными проблемами.

Терапевтический контроль

Контроль таких социальных подкреплений, как внимание, признание, похвала во время лечения. Важным является увеличение числа «Я-высказываний» при беседе. Помогает заключение контракта (задаток \$100, которые пациент сможет отработать, если будет выполнять условия контракта — например, сбрасывать вес еженедельно).

Аверсивный контроль (наказание)

Аверсивный контроль используется только в случае неэффективности предыдущих способов.

Принципы контроля:

1. Наказание должно быть незамедлительным.
2. Наказание должно быть весьма ощутимым и впечатляющим для данного индивида.
3. Применяется на ранних этапах поведенческой цепочки.
4. Обеспечивается во всех стимульных ситуациях.
5. Должно сопровождаться демонстрацией альтернативных адаптивных паттернов поведения.

Использование скрытой сенсibilизации — при помощи мыслей и образов (очень сильный приступ тошноты и рвоты, когда пациент с ожирением видит торт и хочет его съесть).

Когнитивно-поведенческая модификация

Существуют дезадаптивные паттерны поведения, отражающие дефектность когнитивной деятельности (невозможно когнитивно контролировать головную боль, артериальное давление). Также бывает избыточность когнитивных реакций (при ипохондрии постоянные мысли о серьезном заболевании), неадекватные или неэффективные когнитивные реакции (навешивание ярлыков, неэффективные стратегии решения проблем).

Для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента в терапии применяются следующие логические приемы и поведенческие техники:

1. Биологическая обратная связь (БОС) позволяет обучить пациента осознанию возможного контроля над вегетативной регуляцией, повышению концентрации внимания при его дефиците и др.
2. Остановка мыслей. Пациент вслух вербализует навязчивые мысли, психотерапевт обрывает цепь словом «Стоп!», затем пациент начинает это делать про себя, а после самостоятельно.
3. Сочетание остановки мыслей со скрытым утверждением (страх сумасшествия — стоп — я нормален).
4. Терапия решением проблем (5 шагов с выработкой альтернативных решений).

Методы поведенческой психотерапии

Существуют следующие методы поведенческой психотерапии:

- 1) позитивное и негативное подкрепление (направлено на разрыв нежелательной установившейся связи между условным раздражителем и реакцией и/или замену ее новой);
- 2) наказание (сочетание неприятного воздействия с ситуацией, обычно приятной);
- 3) систематическая десенсибилизация (сочетание состояния релаксации с предъявлением ситуации, вызывающей тревогу);
- 4) викарное научение (термин «викарный» означает «замещающий»: обучение осуществляется не через организацию собственного опыта клиента, а через предъявление моделей оптимального поведения).

Поведенческая диагностика (по В.Г. Ромеку)

Поведенческая диагностика представляет собой очень специфическую форму психодиагностики и включает в себя выявление функциональных связей между переменными окружающей среды, организмом человека, когнициями (ожиданиями, верой, оценками и планами), особенностями внешнего наблюдаемого (вербального и невербального) поведения.

Цель поведенческой психодиагностики личности.

- организация и контроль терапевтических вмешательств;
- терапевтический процесс (в процессе участвует клиент, терапевт разъясняет его смысл и принципы);
- результат поведенческой диагностики — поведенческий диагноз — активно обсуждается с клиентом и служит основой выбора методов поведенческой психотерапии.

Функциональный анализ поведения по Кэнферу

Ф. Кэнфер (1969), а затем и Д. Шульте (1974) сформулировали три вопроса, на которые должна дать ответ поведенческая диагностика:

► **Определение целевого поведения.** *Какие образцы поведения требуется изменить* в отношении их интенсивности, длительности, частоты или условий их проявления?

► **Анализ условий поведения.** При каких условиях это поведение приобретается или какие очевидные факторы тормозят это поведение?

► **Выбор методов и планирование терапии.** Какие мероприятия лучше всего подходят, чтобы добиться намеченных изменений с данным конкретным человеком?

Единицей диагностического анализа по Кэнферу является не поведение само по себе, а постоянно меняющиеся связи между поведением и переменными социальной среды.

Определение целевого поведения

Выделяют два этапа в определении целевого поведения:

1 ЭТАП: терапевт и клиент посредством диалога последовательно принимают решение о цели терапии (с учетом ряда факторов: тяжести симптома или симптоматического поведения, условий жизни клиента, последствий, к которым может привести изменение поведения, терапевтических возможностей и ограничений). На этом этапе определяются критерии успешности терапии, т.е. ожидаемые конкретные, ясные и однозначные критерии изменения поведения. Критерии формулируются в форме описания конкретных поведенческих навыков. Эта конкретность создает основу быстрого и эффективного прохождения второго этапа анализа целей.

2 ЭТАП: определяются конкретные образцы поведения, изменение которых приведет к успеху терапии. Если на первом этапе ищут ответ на вопрос «что именно должно быть достигнуто?», то на втором этапе отвечают на вопрос «чего на данный момент времени для этого не хватает?» или «что мешает этого достичь?».

Анализ условий поведения

По Кэнферу поведение обозначается R и выступает в качестве главной зависимой переменной (функция ряда независимых переменных). В процессе диагностики изучают независимые переменные (S, O, K, C), которые выступают как цели при составлении плана

терапии. В ходе терапии меняются независимые переменные, в результате чего происходит достижение ранее определенной цели (рис. 2).



Рис. 2. Модель поведенческого анализа по Ф. Кэнферу

Модель поведенческого анализа «проблемное поведение» (R) рассматривается как результат ситуативных (S) или биологических (O) детерминант и поведение вызывает определенные последствия (K, C), которые могут изменить поведение или детерминанты.

Шестая переменная (E) — определенные ожидания и установки в отношении своего поведения и его последствий.

Отдельные компоненты этой схемы принято понимать следующим образом:

Символ	Диагностическая информация
С	Детальное и релевантное поведению описание стимулов, запускающих или тормозящих соответствующее поведение человека. Выделяют физические (объекты предметного мира), социальные (действие, присутствие или отсутствие людей) и поведенческие стимулы (действия клиента, влияющие на другие собственные действия)
О	Биологические качества организма (важные для поведения и придающие ему особенности)
Р	Моторное (вербальное и невербальное), эмоциональное и когнитивное (мысли, образы, представления, мечты) и физиологические поведенческие черты. Неверным будет давать обобщенные наименования (например, страх, агорафобия, депрессия). Требуется описание конкретных качественных и количественных признаков, имеющих отношение к S, E, а также O, K, C
К	Обычные, привычные и стабильные последствия поведения.
С	Актуальные последствия поведения, которые различаются по времени появления (кратковременные и долговременные); по качеству (позитивное или негативное подкрепление и наказание) и по месту возникновения (внутренние или внешние)

Е	Планы, нормы, установки, ожидания и атрибутивные процессы, имеющие отношение к планированию и осуществлению поведенческих намерений. Эти внутренние когнитивные процессы должны касаться ситуации, собственного поведения, его возможных последствий, поведения других людей и т.д.
---	---

Способы и место сбора информации зависят от множества факторов, в частности характера проблемы и готовности лиц из ближайшего окружения клиента к терапевтическому сотрудничеству. Информацию получают путем целенаправленной беседы с клиентом, а также с помощью наблюдения, модельных ситуаций, самонаблюдения, опросников.

Результат анализа условий поведения — уточненные терапевтические цели, предположения о последствиях их достижения для непосредственного окружения клиента и для него самого, которые обсуждаются с клиентами и с лицами из его ближайшего окружения. Эти предположения служат основой для планирования и контроля процесса поведенческой психотерапии.

Планирование и контроль терапевтических вмешательств

Выделение данной фазы обозначается условно, поскольку критерии окончания диагностической фазы выделить трудно. Диагностика выполняет и терапевтические функции, а в ходе терапии мы получаем новые сведения. Условно можно считать, что этапом планирования терапии заканчивается диагностическая фаза, смещается фокус единой психотерапевтической работы — увеличивается значение активного использования отдельных методов поведенческой психотерапии по согласованному с клиентом плану.

На заключительном этапе поведенческой диагностики должен возникнуть план терапевтических вмешательств (направленный на достижение согласованных целей с учетом особенности жизни и поведения, имеющий в основе объяснительную модель возникновения и изменения симптоматического поведения).

В объяснительной модели соединяются сведения о клиенте и теоретические положения, на ее основе происходит отбор методов поведенческой терапии и проверяется техническая достижимость терапевтических целей.

На этапе терапии осуществляют вмешательство (применение методов, характеризуется рядом признаков: контролируемость, целенаправленность) и проверяют/корректируют объяснительную модель.

Критерии завершения фазы вмешательства:

- 1) достижение целей;
- 2) проверка достижения с использованием диагностического инструментария.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Дайте характеристику поведенческого направления в психотерапии.

Основной тематический параметр	Ответ
Природа человека	
Основная проблема	
Концепция патологии	
Концепция здоровья	
Вид изменения	
Временной подход и «фокус»	
Задачи терапевта	
Основные техники	
Роль терапевта	
Характер связи между терапевтом и пациентом	

Задание 2. Что такое противообусловливание? Управление обстоятельствами? Когнитивно-поведенческая модификация?

Задание 3. Дайте характеристику поведенческой диагностики и ее параметров. Каковы цели и задачи поведенческой диагностики?

Задание 4. Заполните таблицу на примере проблемной поведенческой ситуации.

Символ	Диагностическая информация
С	
О	
R	
K	
C	
E	

Задание 5. Ответьте на вопросы теста.

1. К видам сопротивления в процессе поведенческой психотерапии относят:

- А) сопротивление изменению достигнутого равновесия;
- Б) сопротивление как обычную человеческую реакцию на внешнее воздействие;
- В) сопротивление как результат несоответствия возможностей клиента и требований к нему;
- Г) все вышеперечисленное.

2. Психоаналитические конструкты, признанные в когнитивно-поведенческой психотерапии:

- А) в основе нарушений поведения лежат вытесненные бессознательные процессы;
- Б) автоматические мысли возникают в процессе конфликта между содержанием ИД и Супер-Эго;
- В) когнитивные процессы носят автоматизированный характер и часто недоступны для сознания.

3. Цель поведенческой диагностики:

- А) выявление бессознательных причин поведения;

- Б) организация и контроль терапевтических вмешательств;
В) оценка способности клиента к самоактуализации.
4. Установите правильную последовательность этапов функционального анализа поведения по Кэнферу:
- 1) определение целевого поведения;
 - 2) выбор методов и планирование терапии;
 - 3) анализ условий поведения.
5. Метод «отслеживания» заключается в том, что психотерапевт...
- А) следит за правильностью выполнения домашних заданий;
 - Б) фиксирует последовательность модальностей, характерную для описания клиентом своих проблем;
 - В) наблюдает за поведением клиента в конфликтной ситуации.
6. К методам поведенческой диагностики относится:
- А) метод свободных ассоциаций;
 - Б) метод «пустого кресла»;
 - В) наблюдение за поведением в ролевых играх или реальных ситуациях;
 - Г) проективный анализ рисунка испытуемого.
7. Метод поведенческой терапии для лечения тревоги, связанной с межличностным общением, и повышения уверенности в себе:
- А) импловивная терапия;
 - Б) декатастрофизация;
 - В) ассертивный тренинг;
 - Г) тренинг наслаждения;
 - Д) биологическая обратная связь;
 - Е) экспозиционная терапия.
8. Обучение осознанию возможного контроля над вегетативной регуляцией, повышению концентрации внимания при его дефиците и др. называется:
- А) импловивной терапией;
 - Б) декатастрофизацией;
 - В) ассертивным тренингом;
 - Г) тренингом наслаждения;
 - Д) биологической обратной связью.

9. Сочетание психоаналитического и поведенческого подхода используется в направлении:
- А) импловивная терапия;
 - Б) декатастрофизация;
 - В) ассертивный тренинг;
 - Г) тренинг наслаждения;
 - Д) биологическая обратная связь;
 - Е) экспозиционная терапия.
10. Пролонгированный контакт с пугающими стимулами и активное блокирование избегающего поведения используются в направлении:
- А) импловивная терапия;
 - Б) декатастрофизация;
 - В) ассертивный тренинг;
 - Г) тренинг наслаждения;
 - Д) биологическая обратная связь;
 - Е) экспозиционная терапия.
11. Оперантное обуславливание определяется Б. Скиннером как:
- А) обуславливание с использованием технических приспособлений;
 - Б) обуславливание посредством специальных экспериментальных и технических процедур;
 - В) обуславливание событиями, которые следуют за реакцией.
12. Поведенческая терапия руководствуется:
- А) психодинамическими принципами построения поведения;
 - Б) принципом научения;
 - В) дискретной моделью личности.
13. Маленький мальчик, глядя на отца, видел, что алкоголь поднимает настроение. Теперь он вырос и использует любой случай, чтобы выпить. Эта ситуация иллюстрирует эффект:
- А) позитивного подкрепления;
 - Б) моделирования;
 - В) классического обуславливания.

14. Женщина 34 лет панически боится пуделей и даже своей дочери отказывается купить мягкую игрушку в виде собаки этой породы. Сама она своего страха не понимает: «Ну да, в детстве на меня овчарка раз напала. Но при чем здесь пудели?». Ее страх пуделей иллюстрирует феномен:

- А) дискриминации;
- Б) классического обуславливания;
- В) генерализации стимула;
- Г) трансфокации реакции.

15. Метод систематической десенсибилизации Вольпе является методом:

- А) нейролингвистического программирования;
- Б) гипнозусуггестии;
- В) поведенческой психотерапии;
- Г) позитивной психотерапии.

Когнитивная (когнитивно-поведенческая) психотерапия

Когнитивно-поведенческая терапия — это современный метод психотерапии, основанный на коррекции эмоциональных и поведенческих проблем через изменение мыслей и убеждений относительно собственного опыта и окружающего мира в целом.

Это преимущественно краткосрочные методы терапии, которые объединяют: когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности. В этом методе подчеркивается влияние когнитивных и поведения на эмоциональную сферу в целом и функционирование организма в широком социальном контексте. Нарушения эмоций и поведения нередко зависят от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении.

Когнитивные — это убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий.

Когнитивная — общее понятие, охватывающее все формы знания, включая воспринимаемые образы, логические доказательства и оценочные суждения; процесс познания человеком мира и себя самого, с помощью которого происходит обработка информации.

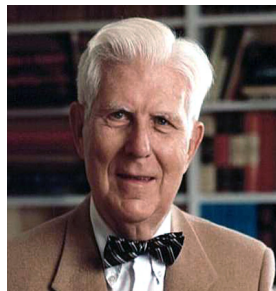
Процесс познания включает в себя уровень ощущений, уровень восприятий, внимание, память, уровень представлений и уровень мыслей и основан на убеждениях клиента, его установках, ожиданиях, идеях, представлениях, мнениях и образе мыслей.

Основными направлениями являются рационально-эмотивная терапия (А. Эллис), когнитивная терапия (А. Бек), а также мультимодальная терапия А. Лазаруса, терапия реальностью У. Глассера. Представители данного направления: Д. Келли, А. Бек, А. Эллис.

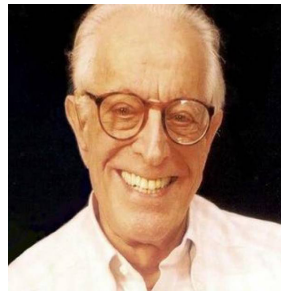
В когнитивной психотерапии выделяют следующие когнитивные структуры и процессы — убеждения, установки, правила, ожидания, отношения, предположения, автоматические мысли, схемы, системы действия и контроля. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления.



Д. Келли



А. Бек



А. Эллис

Содержание когнитивной сферы постоянно видоизменяется. Когнитивные изменения происходят на трех уровнях:

- в произвольном мышлении (мысли можно вызвать по желанию, они временны);
- в автоматическом мышлении (мысли возникают непроизвольно, они временны);
- в предположениях (убеждениях).

Эти уровни отличаются друг от друга стабильностью и доступностью для анализа.

Автоматические мысли

Критерии:

- меньшая доступность осознания, чем у произвольных мыслей;
- возможность более легкого извлечения, в отличие от установок и схем.

Характеристики:

- вербальные формулировки или образы;
- наиболее поверхностный уровень познавательной деятельности;
- проявляются спонтанно;
- предшествуют эмоциям и поведенческим реакциям;
- отражают содержание схем (глубоких убеждений и предположений);
- при наличии психопатологии содержат специфические систематические ошибки в обработке информации (когнитивные ошибки, когнитивные искажения);

- снижение критики в отношении мыслей;
- возможность распознавания «О чем я только что подумал?».

После оценки распознавания можно оценить их достоверность (при понимании, что интерпретации ошибочны и изменении этих интерпретаций, настроение улучшается). Следовательно, когда дисфункциональные мысли поддаются рациональному осмыслению, происходит изменение эмоций.

Характерные черты автоматических мыслей:

- часть внутреннего монолога людей, отражающая, что люди говорят самим себе;
- принимают форму слов, образов или сочетания слов и образов;
- возникают спонтанно, без усилий. Они не являются результатом рефлексивного или мотивированного мышления, обдумывания или рассуждения. В них отсутствует логическая последовательность этапов, как при мышлении, ориентированном на цель, или при решении задачи;
- одновременно сосуществуют с потоком более отчетливых мыслей;
- мимолетные, краткие, конкретные, отдельные, обрывочные и возникают в стенографическом виде;
- не выражаются вербально, но влияют на тон голоса, выражение лица, жесты и поведение, предшествуют появлению эмоций. В зависимости от содержания и значения автоматические мысли связаны со специфическими эмоциями;
- к автоматическим мыслям отсутствует критика, их воспринимают как истинные и правдоподобные, нет проверки на логичность и реалистичность. Такие мысли искажают реальность и препятствуют достижению поставленных целей;
- протекают очень быстро и обычно на грани осознания (часто остаются незамеченными, проще распознать ассоциированную с ними эмоцию). Консультанты могут обучить клиентов определять эти мысли с большой точностью;
- можно научиться осознавать их, оценивать их валидность и полезность согласно критериям достоверности и выгоды. Рациональный ответ на автоматические мысли обычно вызывает положительный аффективный сдвиг;
- сложно выключить автоматические мысли, они склонны возвращаться, несмотря на попытки их блокировки.

Убеждения (установки)

Убеждения — более глубокий и устойчивый когнитивный феномен.

Начиная с детства, люди стремятся постичь окружающий мир. Чтобы адаптироваться и организовать свой опыт в определенную систему, они ищут в происходящем с ними логические взаимосвязи. Взаимодействие с миром и другими людьми приводит к формированию и усвоению определенных выводов или убеждений о себе, о людях и мире в целом. Главные или глубокие убеждения — это глубокие и фундаментальные установки, которые недоступны для выражения и в особенности для осознания. Они рассматриваются как истинные, потому что так «есть». Такие убеждения актуализируются во время депрессии или активны в течение длительного времени. Все происходящее с человеком интерпретируется через призму убеждения, несмотря на то, что объяснения могут быть откровенно ошибочными. Человек принимает информацию, которая подтверждает убеждения, и игнорирует противоречащую информацию. Так он поддерживает глубинное убеждение, даже если оно ошибочное и дисфункциональное.

► **Глубинные (базовые) убеждения** — это ключевые представления человека о себе (я-концепции), это фундаментальный уровень убеждений; они всеобъемлющие, укоренившиеся и плохо поддающиеся изменениям, а также сверхобобщенные.

Все глубинные убеждения можно разделить на три категории:

- беспомощности (например, «Я не могу осуществлять контроль»);
- неприятия (например, «У меня есть изъян, поэтому я нежелательный»);
- некомпетентности (например, «Я — неполноценный»).

Некоторые глубинные убеждения относятся одновременно к нескольким категориям.

Глубинные убеждения категории беспомощности включают как убеждения в личной беспомощности (бессилие, уязвимость, ограниченность в средствах, невозможность контролировать ситуацию, слабость, нужда), так и несоответствие окружающим в сфере достижений (провал, неудача, худший, неспособный, ни на что не годный, неудачник). Например:

Я неуспешен.

Я ни на что не способен.

Я беспомощен.

Я неудачник.

Я уязвим.

Я нуждаюсь в помощи и поддержке.

Со мной что-то не так: я не такой, как другие.

При типичных глубинных убеждениях неприятия человек считает, что у него есть недостатки, которые препятствуют получению любви и заботы со стороны окружающих. Например:

Я — недостойный.

Я — нежеланный.

Меня не любят.

Я не привлекателен.

Обо мне не заботятся.

Я недостаточно хорош, чтобы быть любимым другими.

Мне суждено быть покинутым, страдать от одиночества.

► **Промежуточные убеждения** занимают место между глубинными убеждениями и автоматическими мыслями. Они формируются на основе глубинных убеждений. Они так же, как и глубинные, зачастую не поддаются четкому выражению словами. Они включают в себя отношения, запреты, правила/ожидания и предположения.

Пример отношения: «Ужасно быть нелюбимой!».

Пример правила/ожидания: «Я должна стараться нравиться другим». Правила бывают жесткие и гибкие, например: «Я всегда должна выполнять работу идеально» и «Важно выполнить работу, даже если результат не идеален». Правила часто фокусируются на опасности/безопасности и боли/удовольствии. Правила часто обозначаются как «долженствования».

Пример предположения или условного убеждения: «Если я буду очень стараться хорошо выглядеть, то смогу удержать рядом с собой мужчину».

Пример запрета: «Мальчики не плачут».

Эти убеждения влияют на восприятие человеком ситуации, которое в свою очередь определяет способ его мышления, а затем эмоции и поведение.

Человеку под силу отказаться от дисфункциональных убеждений и приобрести новые, которые будут функциональными и реалистичными. Этой цели можно достичь в процессе когнитивной терапии.

В большинстве случаев первоначальное внимание психотерапевта обращено на автоматические мысли клиента, которые ближе всего к сознательному уровню. Чтобы улучшить самочувствие клиента и обнадеежить его, терапевт учит его выявлять, оценивать и изменять проблемные мысли. И лишь затем терапевт обращается к убеждениям, которые поддерживают дисфункциональные идеи. Значимые промежуточные и глубинные убеждения подвергаются всестороннему анализу и затем изменяются — с тем, чтобы изменилось восприятие клиентом себя, других людей и окружающего мира. Эти глубинные изменения снижают вероятность рецидива расстройства в будущем.

Схемы

Схема — относительно устойчивое когнитивное образование, организующее опыт и поведение (аналог термину, введенному Джорджем Келли, — «личностные конструкты»). Схемы определяют то, как люди сортируют, интерпретируют и синтезируют поступающие данные. Люди классифицируют и оценивают свой опыт с помощью матрицы схем. Схемы позволяют нам осмыслить окружающий мир. Схема — это своего рода форма для отливки информации в когнитивное образование (вербальное или образное представление).

Обработка информации основана на фундаментальных убеждениях, внедренных в схемы. «Убеждения» и «правила» представляют содержание схем и, следовательно, определяют содержание мышления, влияющего на поведение.

Внутренняя система контроля

Система контроля действует в единстве с системой действия, чтобы облегчать, регулировать, изменять или подавлять побужде-

ния и действия. Функции контроля могут быть разделены на связанные с саморегуляцией, т.е. направленные внутрь, и на те, которые ответственны за отношения с внешней, прежде всего социальной средой.

В нормальном состоянии система самоуправления работает более или менее автоматически. Люди могут не осознавать этих «сигналов от самого себя», если специально не сосредотачивают на них внимание. Эти когнитивные структуры затем могут быть представлены в форме так называемых «автоматических мыслей» или внутренней коммуникации. Эта система основана на убеждениях (я-концепциях, правилах и запретах), многие или большинство из которых являются реалистическими или адаптивными.

Когнитивные ошибки

Когнитивные ошибки наиболее легко обнаруживаются при анализе автоматических мыслей, они проявляются при обработке информации и затрудняют процесс логического мышления. Ошибки способствуют сохранению психопатологии, эмоциональных и поведенческих расстройств. Ниже приведено несколько различных типов когнитивных ошибок (или искажений), которые систематически допускают клиенты.

► *Сверхгенерализация (сверхобобщение, генерализация).*

Общее правило/умозаключение выводится из одного или нескольких случаев и распространяется и на другие ситуации.

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

► *Произвольное умозаключение (произвольные заключения).*

Человек делает необоснованные или противоречащие фактам выводы.

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

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

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

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

► *Туннельное зрение (фильтр)*.

Туннельное зрение связано с выборочным абстрагированием в зависимости от настроения (хотя это может быть частью более масштабной ситуации).

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

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

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

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

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

► *Катастрофизация (негативные предсказания)*.

Это один из видов преувеличения. События будущего предсказываются исключительно в негативном ключе без учета более вероятных исходов.

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

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

Человек приписывает себе ответственность за поведение других или за определенные события или явления без учета более вероятных объяснений — чрезмерная ответственность. Происходит переоценка степени взаимосвязанности события с человеком. Уверенность в том, что его ошибки и просчеты находятся в центре внимания окружающих. Наиболее очевидно это проявляется у параноидных и тревожных клиентов, которые часто полагают, что окружающие обсуждают их, хотя это не соответствует действительности.

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

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

Склонность делить события, людей и поступки на две противоположные категории без промежуточных значений. Максимализм мышления. В ключе рассуждений о себе преимущественно выбирается негативная категория.

Пример: возможен только полный успех или полное поражение, люди только хорошие или только плохие.

► *Пристрастные объяснения*.

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

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

► *Субъективная аргументация (эмоциональное обоснование)*.

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

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

► *Наклеивание (навешивание) ярлыков.*

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

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

► *Чтение мыслей.*

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

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

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

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

Пример: «Я должен во всем добиваться успеха».

Когнитивный сдвиг

Когнитивный сдвиг — это базовое изменение в мышлении клиентов. По мере формирования эмоционального расстройства у клиентов нарушается восприятие определенной информации.

Например, когнитивный сдвиг при депрессии выражается в следующем: большая часть позитивной информации, касающейся индивида, отмечается (когнитивная блокада), в то время как негативная

информация о себе с готовностью воспринимается. Когнитивный сдвиг часто имеет место и при других расстройствах.

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

Когнитивная модель

Восприятие различных жизненных обстоятельств, способ интерпретации жизненных ситуаций определяет эмоции и поведение людей (а не сами события). Эмоциональные реакции обусловлены мыслями, связанными с ситуацией, или автоматическими мыслями (скрытые убеждения человека (глубинные и промежуточные) влияют на восприятие им этой ситуации). Часто автоматические мысли также формируют поведение и бывают причиной физиологического ответа организма.

Пример: на свидание к девушке не пришел молодой человек. Если она подумает: «Он не пришел, потому что он решил бросить меня, я ему не нравлюсь», она расстроится и может заплакать. Если же она подумает: «Он не пришел, потому что не смог вырваться с работы», то она может посочувствовать своему молодому человеку и рассердиться на его начальника. Когда девушка думает: «Он не пришел, потому что он решил бросить меня, я ему не нравлюсь», промежуточным убеждением может быть: «Я не привлекательна», а глубинным убеждением: «Я — плохая и вообще недостойна ничьей любви».

Графически когнитивную модель можно представить следующим образом:



Итак, глубинные и промежуточные убеждения влияют на содержание автоматического мышления в определенных ситуациях. Автоматические мысли, в свою очередь, влияют на эмоциональную, физиологическую и поведенческую реакцию человека.

Когнитивная концептуализация

Когнитивная концептуализация обеспечивает терапевту точку отсчета для последующего глубокого понимания клиента. Важно концептуализировать трудности клиента в когнитивных терминах, что поможет определить ход терапии, сформулировать цели, успешно работать с автоматическими мыслями, убеждениями или поведением клиента; выбирать подходящие техники (эффективный способ терапии) и формировать терапевтический альянс (с эмпатией). Главные вопросы, которые должен задать себе терапевт:

Почему этот человек сидит передо мной?

В чем он уязвим?

Как он компенсировал свои слабости, как справлялся с ними?

Какие жизненные события (травмы, опыт, взаимодействие) оказали на него влияние?

Какие автоматические мысли возникают у него и какими убеждениями они вызваны?

Другие вопросы, помогающие осуществить концептуализацию, таковы:

Каков диагноз клиента?

Каковы текущие проблемы клиента, как они возникли, за счет чего существуют?

Что привело к развитию расстройства у клиента?

Благодаря каким автоматическим мыслям, образам и поведению существует это расстройство?

Что происходит в жизни клиента в настоящее время и как он это воспринимает?

Каковы типичные ошибки в мышлении этого клиента?

Терапия окажется успешной лишь тогда, когда учтена личная история клиента и система его убеждений, приняты в расчет особенности его восприятия, образ мыслей, эмоций и поведения.

В начале обсуждаются цели терапии, иногда приходится менять первоначальный план. Затем по мере концептуализации терапевт детализирует план, делает его более подробным и точным, чем добивается большей целесообразности и эффективности терапии.

Концептуализация начинается с первой сессии и уточняется (дополняется) на каждой последующей, вплоть до завершения терапии. Основываясь на первоначально предоставленной ему информации, терапевт формулирует гипотезу относительно клиента. Сформулировать гипотезу помогают вопросы:

Какие установки, усвоенные в раннем возрасте, пережитый опыт и генетические факторы способствовали возникновению проблемы?

Каковы глубинные убеждения клиента, его промежуточные убеждения и типичные мысли?

За счет каких позитивных и негативных когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов клиент уравнивает свои дисфункциональные убеждения?

Как клиент воспринимает (воспринимал) себя, окружающих людей, свой внутренний мир и свое будущее?

Какие стрессовые факторы могли способствовать возникновению его психологических проблем или нарушить его способность разрешить эти проблемы?

На основе новых данных он подтверждает, опровергает или корректирует гипотезу. Концептуализация — гибкий конструкт.

В ходе работы терапевт представляет гипотезу клиенту, просит оценить ее достоверность, и зачастую клиент соглашается.

Концептуализации помогает «сведение проблем» или опознание проблем с одинаковыми причинами и их соответствующая группировка.

А. Бек приводит в качестве примера женщину с множественными фобиями: лифтов, тоннелей, гор, замкнутых пространств, поездок в открытой машине, полетов на самолете, купания, быстрой ходьбы или бега, сильного ветра и жарких, душных дней. Общее в этих фобиях — страх перед удушьем (мысль: «Я легко могу задохнуться»).

Когнитивная концептуализация логически объединяет автоматические мысли с убеждениями. Если терапевт не способен произвести концептуализацию, то шансы на успех терапии снижаются.

NB! Начинаящие терапевты допускают следующую ошибку: вместо выявления ключевых идей и последовательной работы с ними переключаются с обсуждения одного убеждения на другое. Следовательно, при сборе данных о типичных автоматических мыслях, эмоциональных реакциях, способах поведения и убеждениях клиента терапевту следует начать построение диаграммы когнитивной концептуализации.

Диаграмма когнитивной концептуализации

В диаграмме проблемы клиента представлены в четырех блоках:

1. Терапевт приводит три примера ситуаций, вызывающих определенные эмоции или определенное поведение. Описывается проблемная ситуация, а также автоматические мысли, значение автоматических мыслей, эмоция и поведение в этой ситуации.

Вопросы для терапевта:

- Какова проблемная ситуация?
- О чем клиент думал в проблемной ситуации?
- Что это значило для него?
- Какая эмоция сопровождала клиента в этой ситуации?
- Каковы были действия и поступки клиента?

2. Описание промежуточных и глубинных убеждений клиента, а также сопутствующих предположений/отношений/правил.

Вопросы для терапевта:

- Каковы ключевые убеждения клиента о себе, других и мире?
- Каковы предположения, ожидания и правила клиента, т.е. промежуточные убеждения?
- Как убеждения клиента проявляются в различных жизненных ситуациях и делают его уязвимым, подверженным данному расстройству?
- Какие промежуточные убеждения помогали клиенту справиться с глубинным убеждением?

3. Описание раннего детского опыта, в котором сформировались установки клиента.

Вопросы для терапевта:

- Как возникло глубинное убеждение и за счет чего оно поддерживалось?
- Какой жизненный опыт клиента (особенно детский) привел к возникновению и поддержанию данного глубинного убеждения?
- Каковы в жизни клиента были значимые события, опыт и взаимодействия с окружающими?

4. Описание компенсаторных стратегий клиента. Обычно главные предположения (убеждения «если..., то...») клиента связывают компенсаторные стратегии клиента с глубинным убеждением. Например: «Если я буду хорошо выглядеть, я буду удерживать мужчин». В этом случае компенсаторная стратегия — забота о своей внешности. Заполняя этот блок, терапевт отвечает на вопрос:

Вопрос для терапевта:

- Какое поведение клиента помогало ему справиться с глубинным убеждением?

С помощью диаграммы можно увидеть взаимосвязь между глубинными убеждениями, промежуточными убеждениями и текущими автоматическими мыслями клиента — когнитивная карта психопатологии клиента.

Вначале терапевт заполняет первый блок диаграммы. Если терапевт располагает неполной информацией, то можно оставить часть полей незаполненными или отметить предположения (знак вопроса). При получении новых сведений корректируются заполненные или пропущенные поля. Терапевт может устно обсуждать пункты концептуализации с клиентом, строить вместе с клиентом диаграмму или ознакомить с диаграммой, заполненной ранее. Терапевт просит клиента подтвердить или опровергнуть свои гипотезы или догадки. Диаграмма когнитивной концептуализации должна быть понятна как терапевту, так и клиенту.

Трудности клиента при выполнении домашних заданий — возможность улучшить концептуализацию. Важно выявить, какого рода данные трудности: практические сложности или психологические проблемы (например, перфекционизм, наличие негативных предсказаний, переоценка усилий, актуализация глубинных убеждений).

Составление плана терапии

В ходе терапии главным вопросом выступает следующий: «Какова проблема клиента и чего я пытаюсь достичь?». Для терапевта важно добиться ремиссии расстройства и предупредить рецидив, обучить и мотивировать клиента на продолжение самостоятельной работы после завершения терапии. Разрабатывается как общий план терапии, так и план каждой сессии, основанный на видении клиента, а также его симптомах, расстройствах и сформулированных целях.

План терапии помогает составить анализ проблемы клиента в виде описания:

- типичных проблемных ситуаций;
- дисфункционального поведения;
- когнитивных искажений;
- формулировки терапевтических стратегий.

План пересматривается и изменяется по мере необходимости согласно индивидуальным потребностям клиента.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Ответьте на вопросы теста.

1. Извлечение выводов в отсутствие подтверждающих фактов или даже при наличии фактов, противоречащих заключению в когнитивной терапии, называется:

- А) произвольные умозаключения;
- Б) сверхобобщение;
- В) избирательное абстрагирование;
- Г) персонализация;
- Д) преувеличение и преуменьшение;
- Е) дихотомичное мышление.

2. Умозаключения, основанные на единичном эпизоде, с последующей их генерализацией:

- А) произвольные умозаключения;
- Б) сверхобобщение;
- В) избирательное абстрагирование;

- Г) персонализация;
- Д) преувеличение и преуменьшение;
- Е) дихотомичное мышление.

3. Фокусирование внимания индивида на каких-либо деталях ситуации с игнорированием всех остальных ее особенностей:

- А) произвольные умозаключения;
- Б) сверхобобщение;
- В) избирательное абстрагирование;
- Г) персонализация;
- Д) преувеличение и преуменьшение;
- Е) дихотомичное мышление.

4. Отношение индивида к внешним событиям как к имеющим к нему отношение, когда этого нет на самом деле:

- А) произвольные умозаключения;
- Б) сверхобобщение;
- В) избирательное абстрагирование;
- Г) персонализация;
- Д) преувеличение и преуменьшение;
- Е) дихотомичное мышление.

5. Причисление себя или какого-либо события к одному из двух полюсов, положительному или отрицательному:

- А) произвольные умозаключения;
- Б) сверхобобщение;
- В) избирательное абстрагирование;
- Г) персонализация;
- Д) преувеличение и преуменьшение;
- Е) дихотомичное мышление.

6. Идеи, которые соответствуют реальности, логичны, недогматичны, обуславливают функциональные эмоции и конструктивное поведение называются _____

7. Когнитивная психотерапия сосредоточена прежде всего:

- А) на осознании бессознательных импульсов и побуждений;
- Б) понимании реакций переноса;

- В) ошибочных идеях и верованиях;
- Г) рационализации эмоциональных мотивов.

8. Когнитивная терапия основана на положении о том, что:

- А) чувства детерминируют мысли;
- Б) чувства детерминируются мыслями;
- В) рациональное мышление взрослого определяется эмоциональным опытом раннего детства;
- Г) познание — основная детерминанта чувств и мыслей.

9. В когнитивной терапии произвольные выводы, селективное абстрагирование, сверхобобщения, персонализация, поляризованное мышление и гиперболизация относятся к классу:

- А) средств объективной интерпретации;
- Б) когнитивных ошибок;
- В) суппортивных паттернов;
- Г) «кривых зеркал».

10. Установите соответствие:

- А) примитивное» мышление;
- Б) «зрелое» мышление:
- В) вариативность;
- Г) характерологический диагноз.

Гуманистически-ориентированное консультирование

Гуманистически-ориентированное направление возникло в психологии как ответ на издержки психоаналитических, бихевиористских и когнитивистских подходов к личностным затруднениям.

В психоаналитических подходах критикуемым для представителей этого направления является предопределенность поведения человека влечениями низшими, схожими с влечениями животных, заданность поведения личности в зрелом возрасте особенностями социализации в детском возрасте.

В бихевиористских подходах неприемлемым для представителей этого направления является почти однозначная детерминированность поведения человека особенностями социального контекста, аналогии между поведением человека и животных.

В когнитивных подходах неприемлемым для представителей этого направления является трактовка человека как устройства по сбору и переработке информации, аналогии между реалиями душевной жизни человека и работой компьютера.

Основные положения данного подхода

- Личность не является однозначно заданной природой или воспитательной средой, а представляет собой открытую возможность свободного развития на основе внутреннего выбора.
- Каждый человек уникален, поэтому не следует подгонять личность под результаты статистических исследований. Анализ отдельных случаев тем не менее оправдан.
- Человек обладает определенной степенью свободы от внешней детерминации благодаря смыслам и ценностям.
- Аналогия между поведением животного и поведением человека неоправданна.
- Человек целостен по своей природе.
- Человек наделен стремлениями к непрерывному развитию и самореализации, которые являются частью его природы.

Наиболее известными подходы в рамках данного направления:

- клиент-центрированный подход Карла Роджерса;
- экзистенциальный подход Ирвина Ялома и Ролло Мэя;
- логотерапия Виктора Франкла.

Клиент-центрированный подход Карла Роджерса

С точки зрения последователей клиент-центрированного подхода, все люди наделены врожденной тенденцией к актуализации себя, что проявляется в стремлениях ко все большей адаптации в окружающей среде и развитию и усложнению своей внутренней организации. Все люди наделены врожденным и уникальным потенциалом, который каждый человек призван и стремится реализовывать в процессе актуализации себя.

На определенном этапе своего развития все люди сталкиваются с мнениями и оценками окружающих. Мнения и оценки окружающих для людей очень важны. На их основе формируется внутренний рабочий орган самоконтроля — самооценка.

Внутренние конфликты между тенденцией к актуализации себя и реальными или ожидаемыми оценками окружающих ограничивают возможный личностный рост. Зачастую мнения и оценки окружающих направляют человека в сторону *от* реализации своего врожденного и уникального потенциала, в сторону *от* актуализации себя.

Если человек слишком ориентирован на мнение значимого социального окружения в ущерб тенденциям, связанным с актуализацией себя, то его на этом пути может остановить невроз.

Цель работы с клиентом в рамках клиент-центрированного подхода. Клиент в своей повседневной жизни должен больше ориентироваться на свои врожденные тенденции, связанные с усложнением личностной организации и стремлением к более глубокой адаптации в окружающей среде. К. Роджерс выделил и описал три необходимых условия,



К. Роджерс

которым должен отвечать диалог консультанта и клиента, чтобы рост клиента осуществлялся в направлении вышеописанной цели (триада Роджерса):

► **Консультант конгруэнтен по отношению к своему собственному опыту в отношениях с клиентом.** Слово «конгруэнтный» происходит от лат. *congruens (congruentis)* — соразмерный, соответствующий, совпадающий. Имеется в виду, что поведение консультанта естественно, оно соответствует его опыту, тому, что он думает, чувствует, т.е. он не играет какую-либо роль, не прячется за нее. Обмен опытом, обсуждение опыта, интерес к внутреннему опыту — вообще характерные явления для гуманистической традиции. Консультант подает клиенту пример доверия самому себе, своей внутренней человеческой природе.

► **Консультант переживает безусловную положительную оценку по отношению к клиенту.** Определение «безусловная» означает, что консультант не выдвигает по отношению к клиенту условий ценности. Положительной же эта оценка является вследствие веры консультанта в положительный характер природы человека. Консультант верит, что если клиент совершил в этой жизни что-либо нехорошее, то сделал это вследствие того, что отдалился от своей изначальной, природной человеческой сущности, которая всегда положительна, т.е., по сути, сделал это не он сам.

► **Консультант эмпатически воспринимает клиента.** Под эмпатией К. Роджерс имел в виду способность чутко воспринимать внутренний мир другого человека со всеми его смысловыми и эмоциональными нюансами.

Приемы, наиболее часто используемые в рамках клиент-центрированного подхода:

► **Вербализация.** Консультант часто повторяет за клиентом те слова, фразы, которые сказал клиент. Это делается для того, чтобы клиент начал прислушиваться к себе и своим словам, сконцентрировал на них внимание.

► **Молчание консультанта, в котором клиент ощущает принятие.** Если консультант будет принимать клиента, то у него будет больше шансов принять самого себя.

► **Акцентирование эмоций.** Внимание клиента в процессе беседы то и дело обращается на его эмоции и эмоции окружающих.

Это нужно для того, чтобы через внимание к эмоциям направить клиента к его глубинным потребностям, связанным с актуализацией себя. Ведь обычно эмоции сигнализируют сознанию о характере и направленности вытесненных потребностей.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Ответьте на вопросы теста.

1. Ключевой принцип клиент-центрированной терапии К. Роджерса:

- А) работа с заявленной проблемой;
- Б) безусловное принятие клиента;
- В) поддержка клиента.

2. Клиент-центрированная психотерапия разработана и введена в практику:

- А) В.Н. Мясищевым;
- Б) К. Роджерсом;
- В) А. Беком;
- Г) А. Маслоу.

3. В клиент-центрированной психотерапии решающим фактором является:

- А) эмпатия;
- Б) симпатия;
- В) поддержка.

4. При использовании перефразирования следует:

- А) как можно точнее повторить сказанное клиентом;
- Б) своими словами повторить основную мысль клиента;
- В) подвести итог части беседы;
- Г) прежде всего ориентироваться на эмоции, а не на значение.

5. К необходимым и достаточным условиям, по К. Роджерсу, способствующим позитивным изменениям личности, относится следующее:

- А) два лица находятся в психологическом контакте;
- Б) четко выполненная психодиагностика личности клиента;
- В) клиент безусловно выполняет все требования консультанта.

6. В триаду Роджерса не входит:

- А) эмпатия;
- Б) конгруэнтность;
- В) нейтральность;
- Г) безусловное принятие клиента.

7. Способность консультанта сопереживать и понимать клиента называется _____

Задание 2. Заполните таблицу и проанализируйте результат.

Для того чтобы помочь людям научиться больше принимать сначала себя, а потом и окружающих, в рамках клиент-центрированного подхода разработана следующая процедура. Требуется заполнить таблицу согласно инструкциям, которые содержатся в столбцах.

**Бланк методики исследования личностной конгруэнтности
в клиент-центрированном подходе**

	Реальное Я	Социальное Я	Идеальное Я
Личностные качества	Отметьте те характеристики, которые соответствуют вашему представлению о себе, независимо от того, что думают о вас другие	Отметьте те качества, которые, как вам кажется, указали бы знающие вас люди	Отметьте те качества, которые описывали бы вас наилучшим образом, но при этом вы бы не потеряли своей индивидуальности
1	2	3	4
Бодрый			
Упорный			
Шумный			
Ответственный			
Витающий в облаках			
Беспокойный			
Требовательный			

1	2	3	4
Чванливый			
Искренний			
Честный			
Возбудимый			
Незрелый			
Смелый			
Честолюбивый			
Жалеющий себя			
Спокойный			
Индивидуалистичный			
Серьезный			
Дружелюбный			
Зрелый			
Артистичный			
Умный			
Забавный			
Идеалистичный			
Понимающий			
Теплый			
Расслабленный			
Сексапильный			
Активный			
Милый			
Эгоистичный			
Проницательный			
Нежный			
Самоуверенный			

После заполнения таблицы обведите кружочком те прилагательные, где возникают возможные расхождения между столбцами. Это возможные моменты неконгруэнтности в его жизни. С клиентом далее обсуждаются следующие вопросы:

- Не кажется ли вам, что некоторые из ваших пожеланий нереалистичны?
- Нет ли оснований полагать, что вы могли бы изменить некоторые из целей, которые предполагаются вашим идеальным самоописанием?
- Есть ли для этого причины?

Экзистенциальный подход

Слово «экзистенция» («существование») происходит от лат. *existere* — выделяться, появляться. Этим подчеркивается, что существование — динамический процесс, т.е. рост связан с возникновением и становлением.

В процессе своего существования человек сталкивается с данностями существования: смертью, свободой, изоляцией, бессмысленностью. Они выполняют динамическую функцию по отношению к человеку — побуждают развитие его личности, его становление. Но столкновение с ними болезненно, поэтому люди склонны защищаться от них, что зачастую приводит лишь к иллюзорному решению проблемы.

Сталкиваясь с подобного рода опытами, люди могут пойти как по конструктивному, так и по деструктивному пути развития.

Деструктивный путь — многочисленные формы психологических защит от этих данностей. Конструктивный путь — несмотря на страх, люди позволяют себе погрузиться в подобного рода опыт, что способствует их перерождению, иному пониманию ситуации, большему спокойствию, продуктивному функционированию.

Постоянные столкновения с проблемой при неумении конструктивно ее пережить делают человека невротиком.

Главная цель работы с клиентом: помочь переключиться с деструктивного пути психологических защит на конструктивный путь ясного понимания и переживания реалий своего существования. Консультанты пытаются помочь клиентам распознать неадекватные механизмы психологической защиты, осознать отрицательные последствия их действия и найти иные способы совладания с тревогой, которую вызывает ситуация.

Экзистенциальный подход применим в случаях, когда клиенты оказываются в экстремальной ситуации, связанной с какой-либо экзистенциальной проблемой: смертью, переходными периодами в личной жизни и работе, принятием важных решений, изоляцией.

Основные категории экзистенциального подхода

► **Смерть.** Ирвин Ялом выдвигает два постулата:

1. **Жизнь и смерть** взаимосвязаны; они существуют одновременно, а не последовательно; смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное воздействие на наш опыт и поведение.

2. **Смерть** — первичный источник тревоги и тем самым имеет фундаментальное значение как причина психопатологии.

► **Свобода.** Человечество долгое время жило в рамках традиционных систем, когда выбор отсутствовал. Новое время открывает для человека возможность выбирать, но многие люди оказываются не готовыми выбирать. Они не знают, как и что выбирать, не ощущают ответственности за свой выбор, не умеют желать, проявлять волю, принимать решения и оставаться им верными.

► **Изоляция.** Во всем мире происходит разрушение традиционных общинных связей и одновременно наблюдается рост самосознания. Озабоченные проблемами развития своего самосознания люди склонны изолировать себя от других в ответ на угрозу зарождающегося у них чувству «Я». Однако природа человека такова, что подобного рода изоляция также вызывает дискомфорт. Путь, альтернативный изоляции, — все-таки вступать в общение, несмотря на угрозу своему внутреннему самоощущению. Этот путь предполагает развитие у себя ощущения внутренней силы, чувства уверенности, самобытности. Люди должны учиться испытывать подлинную стимулирующую любовь, приобретать навыки относительно того, как предлагать ее другим, уметь быть преданными другому и одновременно аутентичными в отношениях с этим другим.

► **Бессмысленность как отсутствие ощущения смысла у людей.** Раньше люди не столько искали смысл, сколько получали его в готовом виде (например, через религию). Современная ситуация жизни европейского общества характеризуется тем, что каждый его член имеет представление о многих культурах и религиях и знает, что вопрос о смысле жизни в разных культурах и религиях решается по-разному. Ему труднее в этих условиях принимать что-то на веру. Современная жизнь требует поиска, выбора, иначе рискуешь остаться с ощущением бессмысленности. *В прежние времена контакт с природой помогал человеку обрести смысл жизни.* Красота

и гармоничность природного устройства наводили на мысль о неслучайности человеческого существования, о высокой миссии человека в мире, побуждали искать свое место в ней. Урбанизация в значительной степени сократила влияние этого фактора. *Работая, люди отчуждены от результатов своего труда.* Это также способствует тому, что человек перестает замечать смысл своего существования. *Если в прежние времена значительная часть времени людей была поглощена проблемами выживания, то сейчас люди имеют больше свободного времени для поиска смысла.* Это создает ощущение вакуума в плане смысла, при этом человек не всегда задумывается о том, что смысл может быть найден, если его целенаправленно искать. *Безработица, угроза ядерного уничтожения и глобального разрушения окружающей среды подчас создают у человека иллюзию отсутствия смысла жизни: «Если мир идет к концу, то зачем тогда все?».* При этом человек зачастую упускает из виду, что смысл своей жизни можно найти и при наличии этих реальных угроз.

Выделяют два типа механизмов деструктивной психологической защиты от тревоги, связанной с основными экзистенциальными беспокойствами:

- **обычные**, которые работают независимо от источника тревоги: например, проекция, отрицание;

- **специфические** от каждого из четырех экзистенциальных беспокойств, которые поддерживаются целыми культурами.

Рассмотрим специфические механизмы психологической защиты от основных экзистенциальных беспокойств:

От тревоги, связанной со смертью, люди защищаются:

- верой в свою особенность, собственное бессмертие и неприкосновенность;

- верой в земного спасителя, который придет на помощь в последний момент. Такими спасителями может быть народный целитель, знахарь, известный врач.

От тревоги, связанной со свободой, люди защищаются посредством следующих форм активности, которые помогают человеку избежать осознания ответственности за собственную жизнь:

- компульсивности (серийного поведения);

- переноса ответственности на других людей, в том числе на консультантов;

- изображения себя невинной жертвой;
- уклонения от автономного поведения.

От тревоги, связанной с изоляцией, люди защищаются тем, что перестают относиться к другим как к самим себе:

- начинают манипулировать ими, использовать их для удовлетворения своих потребностей;
- начинают использовать окружающих для самоутверждения в глазах других и в собственных глазах;
- подчиняют себя другим, идут на слияние с другим индивидуумом или группой;
- компульсивная сексуальность, когда с другими общаются как с объектами, а не как с людьми.

От тревоги, связанной с бессмысленностью, люди защищаются через следующие виды компульсивной деятельности — с маниакальным упорством добиваются денег, удовольствия, власти, признания, статуса, совершают просто какую-либо деятельность — участвуют в разных кампаниях, которые поглощают время. От тревоги, связанной с бессмысленностью существования, люди защищаются также через **нигилизм**. *Нигилизм* (от лат. *nihili* — ничто) — крайняя степень скептицизма, когда человек подчас отвергает и саму возможность объективно понимать окружающий мир, целенаправленно и осмысленно действовать в нем. При этом человек также отвергает наличие каких-либо критериев истины, общепринятые ценности, идеалы, моральные нормы, культуру, формы общественной жизни, религиозность. Эта позиция в значительной степени публична: человек отвергает не просто, а напоказ, как бы просит, чтобы его остановили, чтобы ему показали, что и почему отвергать не следует.

Принципы и методы работы с клиентом в рамках экзистенциального подхода И. Ялома и Р. Мэя

1. У клиента актуализирована тревога, связанная со смертью. Важно подвести к такому углубленному осознанию смерти, которое приводило бы к более высокой оценке жизни, открывало бы возможность для личностного роста. Люди должны начать переоценивать ценности, стараться не совершать тривиальных (типичных, лишенных оригинальности, т.е. творческого участия глубинных сло-

ев личности человека), бессмысленных поступков. Они должны начать глубже понимать смысл жизни в настоящем, на более глубоком уровне общаться с близкими, меньше бояться быть отвергнутыми, установить более тесный контакт с природой. Клиенту стараются помочь осознать, что существование не может быть отложено.

Методические приемы:

Самораскрытие психолога-консультанта:

- рассказ клиенту о собственных попытках примириться с предельными экзистенциальными беспокойствами;
- донесение до клиента мыслей и чувств, которые испытывает консультант «здесь и теперь» по поводу проблем клиента;
- «дозволение терпеть» — до клиента доводится, что тема смерти — типичная и поощряемая, нужная тема в отношениях психолога с клиентом. При этом важно, чтобы сам консультант не боялся этой темы.

Идентификация механизмов психологической защиты. Для клиента делают явной информацию о тех механизмах психологической защиты, которые он использует.

Работа с напоминаниями о недолговечности (бренности) существования. Клиента настраивают на знаки смертности, которые являются частью нормальной жизни.

Использование вспомогательных средств для углубления осознания смертности:

- клиента побуждают написать свой некролог (*статья, посвященная умершему, с характеристикой его жизни и деятельности*);
- клиенту предлагают пофантазировать на тему смерти — где и когда клиент встретит смерть, как пройдут похороны;
- клиента побуждают к общению с неизлечимо больными людьми, наблюдению за их поведением.

2. У клиента актуализирована тревога, связанная со свободой. Важно помочь клиенту принять на себя ответственность за свою жизнь с помощью следующих методических приемов:

Идентификация механизмов психологической защиты. Клиенту разъясняют сущность психологических защит, ставят лицом к лицу с ответственностью за собственные несчастья через следующие действия:

- когда клиент жалуется на собственные несчастья, его спрашивают, как он создал данные ситуации;

- если клиент принижает других людей, ему указывают на его собственные подобные черты;

- Консультант фиксирует внимание клиента на том, что он использует язык уклонения от ответственности — говорит «Я не могу» вместо «Я не хочу».

Идентификация уклонения от ответственности «здесь и теперь». Обращают внимание клиента на его поведение «здесь и теперь», определяющее проблемы, с которыми он сталкивается в реальной жизни.

Столкновение с реалистичными ограничениями. Клиенту помогают определить, на какие области он может влиять, а на какие не может.

Противостояние экзистенциальной вине. Клиента ориентируют на то, чтобы жить по совести, когда он поступает против нее.

Освобождение способности желать у клиента с заблокированными аффектами. Это делается с помощью вопросов: «Что вы чувствуете?», «Что вы хотите?».

Фасилитация принятия решений. Клиент подчас парализует свою способность принимать решения посредством фраз, начинающихся словами «Что, если...». Например: «Что, если я потеряю работу и не смогу найти другую?». Консультант помогает клиенту исследовать разветвления каждого вопроса «Что, если...» и анализировать чувства, которые инициируются этими вопросами.

3. У клиента актуализирована тревога, связанная с изоляцией. Важно помочь с помощью следующих приемов:

Столкновение клиента с изоляцией. Клиенту помогают понять, что, в конечном счете, каждый человек одинок. Ему предлагают реально взглянуть на вопрос о том, что он может и чего он не может получить от отношений. Иногда рекомендуется побыть в изоляции, чтобы осознать масштабы своих скрытых ресурсов, ужас одиночества, свое мужество.

Идентификация механизмов психологической защиты.

Идентификация межличностной патологии. Определяются способы уклонения клиента от реальных отношений с другими. При этом обсуждаются следующие вопросы:

- Насколько клиент относится к людям как к объектам, служащим для удовлетворения его желаний?

- Насколько хорошо он умеет любить окружающих людей?

- Насколько хорошо он умеет выслушивать собеседников и раскрывать себя?

- Каким образом он удерживает людей на расстоянии?

Использование отношений «консультант — клиент» с целью выявления патологии:

- консультант учит клиента азбуке языка интимности;

- исцеляющие отношения на высоком уровне интимности.

4. У клиента актуализирована тревога, связанная с недостатком смысла в жизни, используются следующие приемы работы:

Переопределение проблемы. Утверждается, что когда люди жалуются, что смысла нет, они, по сути, не могут его найти. Утверждается, что люди скорее придают смысл чему-либо, чем получают его в готовом виде. Таким образом, люди ответственны за создание собственного смысла.

Идентификация видов психологической защиты от тревоги, связанной с бессмысленностью.

Клиенту оказывается содействие в его более активном участии в жизни. Выявляются препятствия в разных сферах, которые мешают ощущению смысла, они удаляются.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Выполните методику и проанализируйте результат.

Тест экзистенциальных мотиваций

Инструкция. Уважаемый участник опроса, пожалуйста, с помощью шкалы оцените, насколько каждое утверждение соответствует вашей жизни:

совершенно не соответствует — 1 балл;

скорее не соответствует — 2 балла;

скорее соответствует — 3 балла;

полностью соответствует — 4 балла.

Текст опросника

1. В жизни у меня есть надежная опора ☐ ☐ ☐ ☐

2. Я легко вступаю в контакт с людьми ☐ ☐ ☐ ☐

3. Меня не занимает мой внутренний мир □ □ □ □
4. У меня достаточно возможностей выбрать то, чем заниматься □ □ □ □
5. Я нередко испытываю тревогу и страх □ □ □ □
6. Мне постоянно не хватает времени на то, что я считаю для себя действительно важным □ □ □ □
7. Я считаю, что жизнь справедлива ко мне □ □ □ □
8. Я чувствую себя частью чего-то важного □ □ □ □
9. Я чувствую, что мне не хватает пространства для жизни □ □ □ □
10. Нет никого, с кем я был бы близок по-настоящему □ □ □ □
11. Мне не за что себя уважать □ □ □ □
12. Я не имею определенных целей и намерений в жизни □ □ □ □
13. Я не чувствую поддержки от близких людей □ □ □ □
14. Мне трудно сблизиться с людьми □ □ □ □
15. Я нахожу окружающий мир скучным □ □ □ □
16. Я чувствую, что у меня мало возможностей для самореализации □ □ □ □
17. Я чувствую себя хорошо защищенным от превратностей жизни □ □ □ □
18. У меня есть чувство, что я трачу зря время своей жизни □ □ □ □
19. Другие люди не ценят меня □ □ □ □
20. Я чувствую себя востребованным миром □ □ □ □
21. Мне достаточно пространства для жизни и развития □ □ □ □
22. Эмоциональная близость другого человека вызывает у меня дискомфорт □ □ □ □
23. Я понимаю, что мне не хватает чувства собственного достоинства □ □ □ □
24. У меня нет жизненных ориентиров □ □ □ □
25. Мне не на что опереться в жизни □ □ □ □
26. Я предпочитаю сохранять дистанцию по отношению к другим людям □ □ □ □
27. Меня не сильно интересует внутренний мир других людей □ □ □ □
28. Мир для меня — широкое поле возможностей □ □ □ □
29. Я чувствую, что обстоятельства моей жизни давят на меня □ □ □ □

30. Большую часть времени я занимаюсь тем, что считаю действительно важным □ □ □ □
31. Я чувствую, что другие люди несправедливо ко мне относятся □ □ □ □
32. Я нашел свое место в жизни □ □ □ □
33. Обычно я чувствую себя небезопасно □ □ □ □
34. Поддержание близких отношений вызывает у меня трудности и разочарования □ □ □ □
35. Я ценю себя за то, какой я есть □ □ □ □
36. Я не знаю, чего хочу от жизни □ □ □ □

Ключи

Шкала	Субшкала	Номер вопроса	Норма, М (SD)	Низкие	Средние	Высокие
1. ФМ (фундаментальное доверие)	Опора	1, 13*, 25	24,54 (5,06)	9–19	20–29	30–36
	Защищенность	5*, 17, 33*				
	Пространство	9*, 21, 29*				
2. ФМ (фундаментальная ценность)	Соотнесенность	2, 14*, 26*	24,53 (5,11)	9–19	20–29	30–36
	Время	6*, 18*, 30				
	Близость	10*, 22*, 34*				
3. ФМ (самоценность)	Заинтересованное внимание	3*, 15*, 27*	28,03 (4,45)	9–23	24–32	33–36
	Справедливое отношение	7, 19*, 31*				
	Признание ценности	11*, 23*, 35				
4. ФМ (смысл жизни)	Возможности для деятельности	4, 16*, 28	25,58 (5,67)	9–19	20–31	32–36
	Включенность во взаимосвязи	8, 20, 32				
	Ценность в будущем	12*, 24*, 36*				
Общий показатель экзистенциальной исполненности	Все 36 пунктов	102,76 (17,21)	36–85	86–119	120–144	

Обратные пункты отмечены звездочкой. Варианты ответов на прямые вопросы оцениваются по шкале 1 2 3 4, на обратные — по шкале 4 3 2 1. После этого для подсчета баллов необходимо просуммировать баллы по 9 пунктам, входящим в каждую шкалу.

Общий показатель ЭИ — сумма баллов по всем четырем шкалам ФМ.

Гештальттерапия

Направление, созданное американским психотерапевтом Фридрихом Перлзом (1893–1970) под влиянием идей гештальтпсихологии, экзистенциализма и психоанализа, в частности теории В. Райха.

Теоретические основы. Для сохранения гармонии с самим собой и окружающим миром человеку нужно доверять мудрости своего тела: прислушиваться к потребностям своего организма и не мешать их реализации.

Возникновение и удовлетворение потребностей рассматривается как ритм формирования и завершения гештальтов. Человек, хронически препятствующий удовлетворению своих потребностей, становится невротиком. Он направляет все свои усилия на реализацию Я-концепции, создаваемой для него другими людьми, которую он со временем начинает принимать за свое истинное «Я».

Механизмы нарушения процесса саморегуляции

В гештальттерапии различают пять механизмов нарушения процесса саморегуляции:

1. **Интроекция.** Человек усваивает чувства, мнения, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не интегрируются личностью. Этот непринятый 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 различать интроекты и свои собственные убеждения.



Фридрих Перлз

2. **Проекция** — прямая противоположность интроекции. Человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его Я-концепции, и «помещает» их в других людей.

3. **Ретрофлексия** («поворот на себя») возникает, если потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя (например, 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 выражений типа «Я должен заставить себя сделать это».

4. **Дефлексия** — уклонение от реального контакта с другими людьми. Выражается в форме формально открытых разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т.д.

5. **Конфлуенция** (слияние) выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Такие люди с трудом отличают свои чувства, мысли, желания от чужих. Они полностью идентифицируют себя с группой. Для них при описании своего поведения характерно использование местоимения «мы» вместо «я».

Основная цель гештальттерапии состоит в интеграции фрагментированных частей личности.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Ответьте на вопросы теста.

1. Основателем гештальттерапии является:

- А) Я. Морено;
- Б) З. Фрейд;
- В) Ф. Перлз;
- Г) К. Наранхо.

2. Маркеры интроекта в речи:

- А) слова «всегда» или «никогда»;
- Б) изменение интонации;

- В) все перечисленное;
- Г) ничего из перечисленного.

3. Интенсивное чувство вины у клиента является проявлением:

- А) проекции;
- Б) ретрофлексии;
- В) дефлексии;
- Г) интроекции;
- Д) конфлюэнции.

4. Пациент сокращает расстояние между собой и терапевтом, ноги пациента находятся под стулом терапевта. Можно предположить, что ведущий защитный механизм у пациента:

- А) проекция;
- Б) интроекция;
- В) ретрофлексия;
- Г) конфлюэнция;
- Д) дефлексия.

5. Интроект представляет собой:

- А) сознательную часть суперэго;
- Б) бессознательную часть суперэго.

6. Положительная сторона конфлюэнции:

- А) удовлетворение актуальной потребности;
- Б) избегание конфликта;
- В) все перечисленное;
- Г) ничего из перечисленного.

7. Основной принцип гештальттерапии:

- А) исследование прошлого опыта как ключа к актуальным проблемам и симптомам;
- Б) непредвзятость терапевта;
- В) исследование проблем клиента здесь-и-теперь;
- Г) четкое представление о целях терапии в терминах изменения поведения.

8. Ретрофлексия — это:

- А) направление энергии потребностей, блокированных социальной средой, на себя;
- Б) форма регрессии к ранним стадиям развития;
- В) погруженность в травматический опыт прошлого;
- Г) перенос, направленный на умерших лиц.

9. Конфлюенция — это:

- А) основная характеристика терапевтически-продуктивных отношений;
- Б) утрата чувства границы между «Я» и средой;
- В) механизм эффективности техники «горячего стула»;
- Г) источник порождения новых гештальттехник.

10. Проекция — это:

- А) приписывание другим собственных качеств;
- Б) отчуждение не соответствующих Я-коцепции качеств с заполнением образующихся пустот интроектами;
- В) перенос негативных переживаний прошлого опыта на представления о будущем;
- Г) способ ухода от контакта, заключающийся в проецировании прошлого опыта на актуальную ситуацию.

Арт-терапия — метод психотерапии, использующий творческую активность клиента для решения его психологических проблем. В арт-терапии широко применяется рисование, лепка, музыка, фотография, кино, литературное творчество, актерское мастерство. С помощью методов арт-терапии успешно разрешаются внутри- и межличностные конфликты, кризисные состояния, проводится работа с травмами, потерями, тревогами, а также развивается креативность, повышается целостность личности. Арт-терапия также помогает обнаружению личностных смыслов через творчество. К видам арт-терапии относят библиотерапию, сказкотерапию, драматерапию, песочную терапию, игротерапию, цветотерапию и ряд других.

Арт-терапия в развитых странах, а в последние годы и в нашей стране используется довольно широко. Она является ценным и даже незаменимым инструментом при оказании психологической помощи детям с различными эмоциональными и поведенческими расстройствами, имеющими нарушения в развитии. С ребенком легче наладить контакт посредством игр и рисунка. Арт-терапию можно проводить даже с детьми или взрослыми, не способными к языковому общению — с теми, у кого имеются врожденные заболевания, органические поражения мозга и т.д. В этих случаях рисунок становится основным средством общения с клиентом.

Сейчас арт-терапия активно внедряется в школы — не только специальные, но и массовые, помогая, например, выявлять детей и подростков группы повышенного риска совершения общественно-опасных поступков, самоубийств и т.д., а затем проводить с ними профилактические или коррекционные программы. Арт-терапия также может использоваться в школах при проведении различных тренингов — например, тренингов общения, формирования жизненных навыков, развития толерантности и других.

Раньше всего, однако, арт-терапию начали применять в деятельности психиатрических учреждений, первоначально в качестве вида занятости больных, а затем в форме психо- и социотерапевтической

поддержки и реабилитации пациентов с разными психическими расстройствами — неврозами и реактивными состояниями, психозами, наркотической и алкогольной зависимостью. Арт-терапия при этом в большинстве случаев дополняет психофармакотерапию, физиотерапию и другие методы лечения.

В последние годы в разных странах мира также активизировались попытки использования арт-терапии у пациентов с соматическими и психосоматическими заболеваниями на разных этапах их лечения и реабилитации. Это происходит в целом на фоне все более активного использования психотерапии при разных заболеваниях внутренних органов.

Этапы арт-терапевтического процесса

Различают следующие этапы арт-терапевтического процесса:

- 1) невербальный — непосредственно процесс творчества;
- 2) вербальный — осмысление творческого процесса.

На этапе творчества форма современной арт-терапии при всем ее разнообразии во многом сопоставима с архаическими, «примитивными» формами искусства. Они основаны на спонтанном самовыражении, игнорирующем общепринятые критерии в оценке его результата, присущ наивный характер, для которого важен сам процесс творчества. Погружение в творческий процесс дает возможность человеку попасть в пространство, свободное от норм и установок культуры. «Культура опосредует и нормализует. Воспитывает и образует». Наивное становится пространством рождения реальности, которая не ориентирована на «другого» и поэтому свободна от «его» комментариев. Отсутствие «другого» снимает границу с проявления индивидуального, обеспечивая внутреннюю свободу. «Творчество неотрывно от свободы. Лишь свободный творит». На этапе творчества арт-терапевтическая практика призвана обеспечить выход в свободное пространство.

Пространство арт-терапии соединяет два разнонаправленных вектора человеческого сознания. Первый этап — это вектор творчества, открытость вовне — к новому и безграничному, дословному и становящемуся, непознанному и пробуждающему к движению вперед. Второй этап — вектор осознания, углубление внутрь себя — на-

хождение своего прошлого и настоящего, интерпретация и восполнение, стремление к рефлексии и фиксации образов и смыслов.

Примеры арт-терапевтических техник

► Упражнения арт-терапии с цветами

Выберите (из богатой цветовой палитры) два цвета: первый — тот, который вам наиболее предпочтителен в данный момент, второй — наименее предпочтительный. Нарисуйте на едином листе бумаги два рисунка, используя оба эти цвета.

Выберите из цветовой палитры три цвета, которые по вашему впечатлению составят красивую гармоничную композицию, и нарисуйте с их помощью абстрактный или вполне конкретный рисунок.

Выберите цвета, которые, по вашему мнению, выражают вашу личность или ваш характер, и создайте с их помощью композицию.

Выберите цвета, которые, по вашему ощущению, «нейтрализуют» ваши негативные переживания, и используйте их в создании любого рисунка.

► Упражнения арт-терапии с каракулями

Нарисуйте сложный клубок линий, бессмысленно и свободно рисуя по поверхности листа. Постарайтесь «увидеть» в этих каракулях некий образ и развивайте этот образ уже осмысленно — используя те же краски (карандаш) и написание короткого рассказа (комментария).

Заведите «дневник каракулей» в отдельном блокноте для рисования. Ведите его строго определенный промежуток времени (один рабочий день, неделя). Проследите изменения в этих каракулях. После окончания срока «эксперимента» напишите рассказ на основе этих каракулей.

► Упражнения арт-терапии с чернильными пятнами

Эти упражнения арт-терапии продолжают и развивают идею знаменитого теста Роршаха, только вместо анализа готового стандартизированного стимульного материала вы будете создавать свои собственные абстракции и анализировать их.

Возьмите тушь, чернила, жидко разведенную гуашь и капните этим посередине плотного листа ватмана. Затем сложите бумагу по-

полам и прижмите сложенные части друг к другу, аккуратно разглаживая их. Разверните лист бумаги. Вы увидите очень красивый симметричный абстрактный рисунок. Сделайте серию таких «пятен Роршаха», используя разные цвета, а затем попытайтесь описать свои рисунки, дав каждому из них название и характеристику.

► **Упражнения арт-терапии с глиной, воском, тестом или пластилином**

Вылепите свою проблему.

Поговорите с ней, высказав ей все, что хотите, трансформируйте ее (можно очень грубо) в то, что захотите.

Сделайте отпечаток своей руки, ступни, разных предметов.

Заготовьте много шариков разных размеров из любого пластичного материала. Закрыв глаза, вылепите из этих шариков что угодно.

Сделайте групповую композицию на заданную тему за короткий установленный срок времени.

► **Упражнение арт-терапии «Автопортрет в натуральную величину»**

Это единственное упражнение арт-терапии, которое нельзя сделать в одиночку — вам понадобится партнер и... очень большой лист бумаги.

Вы должны лечь на этот лист, чтобы партнер мог обвести вас по контуру вашего тела.

После этого вы создаете образ самого себя. Дорисовываете. Раскрашиваете так, чтобы объяснить своим рисунком: что же происходит внутри вас, как по телу текут «энергетические токи», как чувствуют себя различные части вашего тела, какого они цвета...

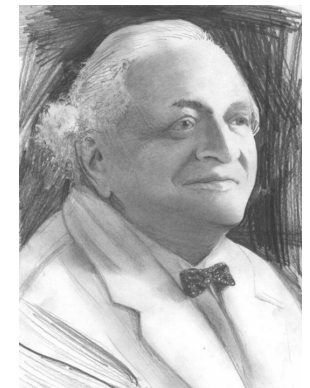
Психодрама — это терапевтический метод, в котором психические и психосоматические заболевания понимаются как проявление нарушений в межличностных отношениях и интеракциях. Для лечения этих нарушений используется спонтанное сценическое их изображение.

Психодрама — это групповая психотерапия и активный метод. Это подход, который объединяет глубинную психологию и терапию поведения.

Венский врач Якоб Леви Морено описал психодраму в 1920 г. При этом он использовал такие категории, которые до него лежали вне психотерапевтического мышления: игра, встреча и театр.

Место, где с древнейших времен наглядно демонстрировались человеческие страдания в их общей межчеловеческой взаимосвязи, называется театр.

Психодрама принадлежит к гуманистической и ориентированной на переживание психотерапии и восходит к Дж.Л. Морено, который создал эту форму психотерапии, основываясь на спонтанных ролевых и импровизированных играх детей. Кроме этого, Морено создал способ измерения, диагностики и описания групповых структур (социометрия), используемый также и в терапевтических группах психодрамы. Психодрама в первую очередь является групповой психотерапией, однако может использоваться и в форме индивидуальной терапии (монодрама). В рамках психодрамы и с использованием имеющегося в настоящее время обширного инвентаря методов психодраме может быть предан психоаналитический глубинный, поведенческо-терапевтический или социометрический акцент. Это создает для психодрамы огромную сферу применения и способствует ее использованию для решения самых разных задач и применительно к



Якоб Леви Морено

самым разным группам клиентов. В различных техниках психодрамы обнаруживается родство с такими подходами, как гештальттерапия (Фриц Перлс и Морено в течение многих лет работали вместе), кататимное переживание воспринимаемого (общим знаменателем служит аутотренинг и имажинация) и телесно ориентированная психотерапия. Особенность психодрамы состоит в том, что материал для переживания, например конфликта или проблемной ситуации, а также желаний и надежд создается при помощи терапевта и других членов группы на сцене в групповых сценках, которые разыгрываются и затем обсуждаются. Особых дарований, например, актерских способностей, для психодрамы не требуется, они скорее даже препятствуют психодраме.

Описание подхода

Типичное заседание в группе психодрамы протекает в трех фазах. Разминка (35–45 мин) имеет аналитические и диагностические цели; здесь необходимо выявить и собрать любой материал о конфликтах и переживаниях, и это образует основу для психодраматической работы в игровой фазе. Игровая фаза (50–90 мин) имеет психокатартические цели, повторением ролевой игры должен быть получен эмоциональный опыт. Заключительная фаза интеграции (35–40 мин) имеет аналитико-коммуникативные цели, анализ с рациональной точки зрения. Ниже подробнее будут описаны эти три фазы.

Фаза разминки

После открытия группового заседания на этой фазе психодрамы члены группы приходят к активизации и открытию себя. Страх ожидания должен быть преодолен и групповой процесс «встречи» друг с другом должен помочь получить от отдельных участников или от группы в целом материал о конфликтах или переживаниях, который потом будет разрабатываться в игровой фазе. Этот процесс «размораживания» в разных психотерапевтических группах протекает с разной скоростью, для размораживания тяжелобольных и страдающих членов группы времени требуется больше. Задача руководителя

психодрамы состоит в том, чтобы определить, что происходит в группе.

Некоторые техники фазы разминки:

► **Вспышка.** После короткого обдумывания каждый участник группы говорит, что он в данный момент воспринимает, чувствует или хочет сделать.

► **Идентификация с частью.** От членов группы требуют поставить себя на место какого-либо предмета, одежды или части тела и говорить от его имени в Я-форме.

Пример. Один участник говорит в роли светло-голубого жакета: «Я такой матовый и бесцветный. Ингрид (участница) носит меня всегда, когда она совсем ничего не хочет, лишь только спрятаться в угол».

► **Диалог на ходу.** Разговор между руководителем и членом группы, причем внешнее совместное движение должно дать ход также и психическим процессам.

► **Косвенное представление.** После того как участники разобьются на пары и поделаются информацией друг о друге, каждый член группы представляет другим своего партнера.

В качестве заданий для «размораживания» полностью подходят также любые из множества невербальных упражнений.

Игровая фаза

После того как в ходе разминки выкристаллизовывается тема для игровой фазы, например, материал о конфликтах и переживаниях кого-либо из членов группы или же общая групповая тема, в игровой фазе этот материал будет перенесен на сцену и там разыгран, причем будут применяться различные техники психодрамы. Содержанием этой игровой фазы будет игра протагониста, в которой один из участников будет представлять свои актуальные проблемы или психические ситуации из прошлого. Это будет поддерживаться руководителем психодрамы, а также членами группы, которые будут исполнять специфические роли. Может быть разыграна общая групповая тема. Материалом для игровой фазы могут быть также сны, сказки или планы на будущее.

Важнейшими психодраматическими техниками являются следующие:

► **Дублирование.** Здесь руководитель психодрамы, ко-терапевт или отдельный член группы стоит позади протагониста и вчувствуется в его действия, тон голоса, жестикуляцию. В Я-форме он говорит то, что мог бы сказать протагонист. Хорошее дублирование позволяет протагонисту глубже погрузиться в переживания и этим существенно помогает процессу терапии.

Чаще всего дублирование бывает поддерживающим, однако оно может быть также провоцирующим, конфронтирующим и даже парадоксальным. Дублирование не является «внушением», протагонист, как показывает опыт, воспринимает то, что ясно лишь для него. Поэтому «фальшивое» дублирование (например, дублирование неопытным членом группы) не проблематично для протагониста и часто ведет к тому, что протагонист тотчас же показывает, что его внутренним переживаниям соответствует нечто иное. Дублирование связано с кажущейся неограниченной близостью и идентификацией между Я и Ты (или между матерью и младенцем).

► **Зеркало.** Здесь член группы, часто по просьбе руководителя, копирует по возможности точно или слегка акцентуированно действия, речь протагониста в какой-либо сценке. Вследствие этой конфронтации протагонист получает знание о себе, и его поведение изменяется. Поскольку ожидается, что эта конфронтация сильно заденет протагониста, то кто-либо из членов группы должен оказывать ему поддержку. Аналогично с зеркалом происходит осознание себя в раннем детстве.

► **Смена ролей.** Здесь протагонист в игровой сценке исполняет роль другого, причем, насколько это возможно, он думает, чувствует и ведет себя как этот другой. В истории раннего детства смена ролей соответствует ступени познания другого (Ты) — когда ребенок, например, становится в состоянии понять роль своей матери.

Далее к числу техник психодрамы принадлежат также «речь в сторону», «внутренний монолог», «активная социограмма» (члены группы располагаются в пространстве с дистанцией, которая соответствует их взаимной симпатии или антипатии). Особыми формами активной социограммы является «социальный атом» (Морено) (протагонист группирует вокруг себя соответственно существующим в реальности отношениям важнейших людей из своего окружения, которых изображают другие члены группы) и «спектрограмма» (члены группы подразделяются в пространстве в соответствии с их само-

восприятием между полярными полюсами, например активные/пассивные). Так как готовность протагонистов к игре, в которой каждый в отдельности будет играть свои собственные проблемы, достигается быстрее, если группа хорошо себя знает и справилась со страхом или редуцировала его, то для начала группы лучше всего подходят игры-экспромты.

Другой возможностью групповых игр являются игры-сказки. Здесь игровым материалом служит известная или сочиняемая по ходу игры сказка.

В прогрессирующих группах или в учебных группах, в которых центр тяжести лежит на самоосознании, игры протагонистов занимают основное время, поскольку они дают членам группы хорошую возможность познать самих себя и поработать над самими собой. Особой формой игры протагониста является игра в «сон». Содержанием игры здесь является сон или отдельные сцены сна.

Среди прочего эта игра в сон показывает, что имеет смысл персонифицированно изображать также и предметы или, например, понятия наподобие скорби, тоски, пустоты, если они играют важную роль. Это похоже на работу со снами в гештальттерапии, в которой клиент схожим образом идентифицируется с отдельными предметами или образами своего сна и должен в Я-форме вслух высказывать свои мысли. (Пример из одного сна, в котором было озеро: ЧЯ — озеро, очень глубокое и опасное для купальщиков, но на поверхности видны лишь мелкие и дружелюбные волночки). Только в гештальттерапии это не приводит к смене ролей с антагонистами, поскольку там не предпринимаются совместные игры.

Изменение отношений, существующих в группе

Если возникает несколько поводов для игр протагонистов, то имеет смысл предпринять предварительную игру с кандидатами, причем в нее включаются и другие члены группы. В случае необходимости можно осуществлять голосование. При этом часто обнаруживается, что протагонист, имевший латентную тему для групповой работы, легче обнаруживает свое желание играть, поскольку видит резонанс и интерес группы. В выборе протагонистом партнеров по игре также часто проявляются актуальные отношения протагониста к этим членам группы, которые тоже можно изменять в ходе игры.

Существуют следующие возможности преодоления конфликтов в группе:

- *вербальное разъяснение* (партнеры садятся на стулья друг напротив друга);
- *смена ролей* (контрагенты представляют роль противоположной стороны);
- *игра секундантов* (контрагенты выбирают одного или нескольких членов группы, которые будут совместно с ними вести переговоры).

Поскольку в игре вообще больше всего получает протагонист, который в ней активно занимается своей собственной проблематикой, то другие члены группы могут и должны перейти от пассивной позиции наблюдателей к идентификации с сильным эмоциональным участием. Происходит это во время обратной связи и sharing (см. ниже) на основе атмосферы взаимного понимания и доверия.

Фаза интеграции

По окончании игровой фазы в фазе интеграции должно быть достигнуто рациональное осмысление полученного опыта. Здесь члены группы демонстрируют чувственное участие в играх (в том числе и играх протагонистов). Они, например, вкратце сообщают о похожих событиях из своей собственной биографии, воспоминания о которых были актуализированы игрой (sharing). Чувственные реакции в группе возникают в sharing тогда, когда протагонист что-либо делает совместно с группой.

Например, в своей игре протагонист пытался скрыть очевидные проблемы с агрессивностью за подчеркнутой и поражающей гармонией дружелюбностью. Его непережитая и непроявленная агрессия стала ясна лишь в sharing: почти все члены группы в игре почувствовали возрастающую злость и агрессивность.

В обратной связи протагонист и его партнеры по игре сообщают о переживаниях и опыте, которые они получили в игре в различных ролях (пассивные участники группы также могут сообщать о ролях, с которыми они чувствовали идентификацию во время игры, давая так называемую идентификационную обратную связь).

Сменой ролей и в особенности обратной связью участвовавшие в игре члены группы открывают протагонисту новые самые разнообразные точки зрения, новые пласты проблемы. Чтобы не лишиться

этого важного фактора успеха психодрамы, руководитель должен следить за тем, чтобы обратная связь была конкретной, описательной и достаточно ясной, а не общей, оценивающей, интерпретирующей и отыскивающей мотивы.

Занятия в группе

Количество и подбор участников. Группа психодрамы включает от 8 до 12 человек; помимо этого, участвует еще руководитель, ко-терапевт, возможно также стажеры, повышающие свою квалификацию, медицинская сестра или социальный работник соответствующего учреждения. Желательно соотношение 50 % мужчин на 50 % женщин, а также участие клиентов разных возрастов.

Продолжительность. Отдельное заседание длится обычно 1,5–2,5 ч (3 ч и более длятся заседания лишь в учебных группах повышения квалификации психологов). Заседания могут происходить один раз в конце недели или же 1 раз в месяц четыре заседания разом. Общая продолжительность психодрамы составляет 25–100 ч и меняется в зависимости от цели группы и проблематики отдельных участников.

Участники психодрамы. Клиенты консультаций, пациенты в клинике, ученики и педагогические работники (педагогические ролевые игры).

Область применения. Работа с молодежью, образование взрослых, предпринимательское консультирование, консультирование организаций, а также супервизирование.

Содержательные моменты психодрамы

а) долгосрочно вскрыть и переработать историю жизни. Здесь проявляются те же феномены, что и в психоанализе: регрессия, перенос, сопротивление;

б) центровка на конфликте и на настоящем в смысле локальной терапии: здесь можно увидеть связь с тренировкой в рамках терапии поведения;

в) имеет отношение и к будущему, причем реальное разыгрывание проблемной ситуации при помощи членов группы оказывается действеннее, чем ее обдумывание;

г) психодрама способствует пробуждению креативности, спонтанности и ролевой подвижности. Психодрама доставляет радость и удовольствие руководителю и группе, в отличие от многих прочих «серьезных» занятий в нашей жизни.

Противопоказания и ограничения

Как и для любой групповой психотерапии, для психодрамы необходимы навыки жизни в группе, т.е. каждый отдельный член группы должен быть в состоянии 1,5–2,5 ч активно участвовать в групповом процессе. Хотя пациенты в состоянии острого психоза (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) часто не способны работать в группе, пациенты с психозом в состоянии ремиссии или с затухшей симптоматикой не имеют противопоказаний к психодраме, если только руководитель психодрамы имеет психиатрический опыт. Как и для других групп, в группе психодрамы пациентам с зависимостями (например, алкоголикам) лучше работать совместно с пациентами с той же симптоматикой. Клиенты с сильными страхами должны готовиться к групповой работе в индивидуальном консультировании или психотерапии.

Символдрама

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

Метод символдрамы разработал выдающийся немецкий психотерапевт Ханскарл Лёйнер (1919–1996). В качестве метафоры символдраму можно охарактеризовать как «психоанализ при помощи образов». Символдрама эффективна при лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности. Появлению символдрамы как самостоятельного направления в психотерапии предшествовала длительная экспериментальная работа, проводимая Х. Лёйнером на базе клиники нервных болезней Марбургского университета в 1948–1954 гг.

В России метод появился благодаря работам Я.Л. Обухова, ученика Х. Лёйнера.

Основу символдрамы составляет фантазирование в форме образов на свободную или заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом сопровождающую функцию. Понимание символики образов и процессов, происходящих в символдраме, значительно обогащается обращением к теории архетипов и коллективного бессознательного К.-Г. Юнга, а также к разработанному им методу *активного воображе-*



Х. Лёйнер

ния. С феноменологической точки зрения можно проследить параллели с детской игровой психотерапией и гештальттерапией.

Технически сеанс психотерапии по методу символдрамы выглядит следующим образом. Лежащего с закрытыми глазами на кушетке или сидящего в удобном кресле пациента вводят в состояние расслабления. В работе со взрослыми пациентами и подростками для этого используется техника, близкая к двум первым ступеням аутогенного тренинга по Й. Шульцу. После достижения состояния расслабления ему предлагается представить образы — стандартный мотив или свободно любой образ. Представляя образы, пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом психотерапевту. Психотерапевт как бы «сопровождает» пациента в его образах и, если необходимо, направляет их течение в соответствии со стратегией психотерапии.

Психотерапия по методу символдрамы проводится в индивидуальной и групповой форме, а также в форме психотерапии пар, когда образы одновременно представляют либо супруги/партнеры, либо ребенок с одним из родителей.

В качестве основных мотивов символдрамы Х. Лёйнер предлагает следующие:

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

Символдрама работает с глубинными, скрытыми от сознания переживаниями. Символдрама учитывает также обычную для травмированного невротика *защиту* и *сопротивление*, которые он выстраивает в ходе анализа. Символдрама умело обходит эти трудности.

Символдрама часто называется «переживанием сновидений наяву». Пациент, проходящий курс символдрамы, визуализирует некий набор стандартных образов и в конце сеанса рисует получившийся у него образ на бумаге.

Символдрама развивает способности к *визуализации*. Пациент выясняет:

- свои бессознательные конфликты;
- свои аффекты и подавленные инстинкты;
- свои личные механизмы защиты от проблем;
- вспоминает погашенные конфликты раннего детства.

Большинство проблем человека имеют силу только тогда, когда они глубоко спрятаны и, как следствие этого, не осознаны человеком. Иногда словами сказать бывает трудно, иногда невозможно. То, что нельзя сказать словами, «проговаривается» пациентом на языке образов, отвлеченных от проблемы картинок. Слова — очень вязкая материя, попробуйте быстро плыть кролем в растопленном шоколаде. Именно поэтому психоанализ, который имеет дело со словами, является долгосрочным, символдрама за счет работы с образной визуализацией и рисунком позволяет значительно сократить время терапии.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Заполните таблицу «Современные направления психотерапии: сравнительный анализ».

Направление психотерапии	Автор	Основные принципы	Примеры техник
Экзистенциальная терапия			
Гештальттерапия			
Психодрама			
Арт-терапия			
Песочная терапия			
Игровая терапия			
Символдрама			
Другое			

Задание 2. Ответьте на вопросы теста.

1. Противопоказанием для использования метода символдрамы является:

- А) ипохондрическое расстройство;
- Б) язвенная болезнь;
- В) низкий уровень интеллекта;
- Г) нарциссическая депрессия.

2. Исходным образом для любого символдраматического мотива может являться мотив:

- А) «Цветок»;
- Б) «Луг»;
- В) «Ручей»;
- Г) «Гора».

3. На начальном этапе терапии для диагностики личности рекомендовано проводить тест:

- А) «Цветок»;
- Б) «Луг»;
- В) «Ручей»;
- Г) «Гора»;
- Д) «Дом»;
- Е) «Опушка леса».

4. Мотив, символизирующий отношения с родителями в эдипальном периоде:

- А) «Цветок»;
- Б) «Луг»;
- В) «Ручей»;
- Г) «Гора»;
- Д) «Дом»;
- Е) «Опушка леса».

5. Мотив, целенаправленно использующийся для проработки конфликтного материала, работы со страхами:

- А) «Цветок»;
- Б) «Луг»;
- В) «Ручей»;
- Г) «Гора»;
- Д) «Дом»;
- Е) «Опушка леса».

6. Мотив, отражающий взаимоотношения с матерью на оральной стадии развития личности:

- А) «Цветок»;
- Б) «Луг»;

- В) «Ручей»;
- Г) «Гора»;
- Д) «Дом»;
- Е) «Опушка леса».

7. Для работы с сексуальными проблемами возможна работа с мотивом:

- А) «Дикая кошка»;
- Б) «Куст розы»;
- В) «Идеал Я»;
- Г) «Вулкан»;
- Д) «Окно на болоте».

8. Для работы с ситуативной агрессией используется мотив:

- А) «Дикая кошка»;
- Б) «Куст розы»;
- В) «Идеал Я»;
- Г) «Вулкан»;
- Д) «Окно на болоте».

9. Мотивы «Луг» и «Ручей» относятся:

- А) к первой ступени;
- Б) второй ступени;
- В) третьей ступени.

10. Взаимоотношения с матерью в первый год жизни отражаются в мотиве:

- А) «Луг»;
- Б) «Гора»;
- В) «Цветок»;
- Г) «Опушка леса».

Супервизия как метод повышения эффективности психотерапии

Супервизия становится неотъемлемым звеном до- и последипломной подготовки психотерапевтов и клинических психологов.

Супервизия (от *supervidere* — обозреть сверху) — это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, клинической психологии и др. в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии. Теории рассматриваются на лекциях, описываются в учебнике, приемы демонстрируются на практических занятиях, но психотерапия, в процесс которой вовлечены два или несколько человек, их отношения, переносы, не может быть изучена посредством традиционного способа преподавания. Супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии. Психотерапия дает возможность пациенту высказать свои переживания на приеме у специалиста, супервизия позволяет психотерапевту (супервизируемому) предоставить на супервизию выборочный материал психотерапии.

В супервизии опытный «эксперт по межличностным отношениям» помогает начинающему психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение. Сложности, возникающие в процессе профессиональной деятельности (актуальный конфликт), стимулируют внутренний конфликт психотерапевта и механизмы его психологической защиты и совладания. Исходя из этого супервизия, наряду с обучением (в смысле передачи новых знаний и навыков), включает элемент психологического развития специалистов.

Преподаватель-супервизор в силу своего клинического и педагогического опыта знаком со многими психотерапевтическими направлениями, представлениями о типах характеров, формах защиты, моделями внутриспсихического и межличностного функционирования, т.е. ему проще систематизировать поток поступающей информации.

Супервизия и психотерапия представляют параллельные категории, они связаны между собой в единую систему. Эта связь обеспечивается благодаря формированию в супервизии психотерапии положительного переноса, частью которого является бессознательная идентификация и подражание.

Супервизия, хотя и может оказывать лечебное воздействие, не является психотерапией. Если супервизор использует первую как вариант психотерапии, преподаватель становится психотерапевтом, стажер — пациентом. При смешении этих двух функций возникает этическая проблема двойных отношений, которая может серьезно повредить и нивелировать все ценности предшествующего контакта. Поэтому супервизия — это особое вмешательство. Цель супервизии — превратить молодого специалиста в опытного психотерапевта, а не в опытного пациента. Если начинающий психотерапевт нуждается в психотерапии, то ее следует проводить другому профессионалу, а не супервизору.

Фокусы супервизии

Э. Уильямс (2001) предложил шестифокусную модель супервизии, основанную на двух системах (терапевтической и супервизорской) и шести фокусах — рассказе терапевта, действиях терапевта, терапевтическом процессе, состоянии супервизируемого терапевта, супервизорском процессе и впечатлениях супервизора.

Терапевтическая система:

1. Фокус на пациенте.
2. Фокус на терапевте.
3. Фокус на процессе терапии.

Супервизорская система:

4. Состояние супервизируемого.
5. Супервизорский процесс.
6. Впечатления супервизора.

1. *Фокус на пациенте.* Рассказ терапевта о пациенте и история самого пациента. Общие сведения о пациенте: возраст, профессия, семейное положение, религия, характеристика микросоциального окружения. Симптомы, их значение, содержание, история, метафоры. Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или

членами его семьи, раскрывает внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы.

2. *Фокус на терапевте.* Исследование того, что терапевт делал с пациентом, гипотезы, методы и техники, интервенции. Супервизор и обучаемый рассматривают процесс терапии до настоящего времени. Они дают оценку осуществленных интервенций, а также мотивов терапевта в их применении. Кроме того, они вместе разрабатывают альтернативные стратегии и вмешательства. Работая в этом фокусе, супервизор уделяет пристальное внимание тому, как терапевт учится новому и каковы его пределы. Супервизор демонстрирует или даже моделирует техники интервенций, объясняет основания определенных стратегий, интерпретирует значимые события сессии. С «продвинутым» супервизируемым супервизор выступает преимущественно в роли консультанта.

3. *Фокус на процессе терапии.* Исследование взаимодействия или динамики на сессии. Фокус на системе «терапевт и пациент». При этом последнем фокусе терапевтической системы супервизор занимается осознанным и неосознанным аспектами терапевтического процесса. Он, например, изучает начало и конец сессии, образы сессии, оставшиеся у терапевта, динамику взаимодействия между терапевтом и пациентом или семьей. То есть в центре внимания находится система, которую составляют эти две стороны. Терапевт приглашается «встать вне» процесса, в который он был вовлечен, и проанализировать этот процесс.

4. *Состояние супервизируемого:* этот фокус супервизии концентрируется на состоянии терапевта во время сессии, в том числе на переживаемых им «блоках» и дистрессе. Супервизируемый как бы «несет в себе» пациента, и его состояние говорит о том, что происходит в терапии. Второе преимущество этой фокусировки связано с процессом развития самого терапевта — с его постепенным прогрессом в понимании связей своих личностных проблем с проблемами пациентов.

5. *Супервизорский процесс:* исследование отношений между супервизором и обучаемым, а также вероятности «клонирования» системы (параллельного процесса).

6. *Впечатления супервизора:* «подозрения», странные чувства или идеи супервизора, связанные с супервизируемым или пациен-

том, трансформируются в соображения на тему не нашедших выражения аспектов рассказа или состояния терапевта.

Варианты супервизии

Они подразделяются на индивидуальный, групповой, коллективный варианты в зависимости от объекта супервизии. Объектом супервизии, соответственно, может явиться один психотерапевт, группа психотерапевтов или коллектив специалистов. Выбор того или иного варианта определяется преимущественно запросом супервизируемого и возможностями супервизора.

1. *Индивидуальная (личная) супервизия.* Материалом для данного варианта супервизии может выступать доклад супервизируемого об одном терапевтическом случае индивидуальной работы с пациентом или сеансе групповой психотерапии, аудио-, видеозапись сессии (индивидуальной, семейной, групповой).

Является наиболее эффективной супервизией высокого уровня, требующей от супервизора большего количества времени, а от супервизируемого — более тщательной подготовки представляемого материала. Она может проводиться в заочной форме, очной и очно-заочной формах. Работа супервизора состоит в анализе представленного материала (предварительно или по ходу наблюдения) и в заранее оговоренное время обсуждения его с супервизируемым:

- правомерность диагноза (заболевания или проблемы);
- концепция психосоциогенеза заболевания;
- концепция стратегии вмешательства;
- концептуальное соответствие психосоциогенеза и стратегии вмешательства;
- стиль интервью и достаточность информации для формулирования диагноза и запроса пациента, выбора стратегии и тактики вмешательства;
- обоснование выбора «мишени» для текущей работы;
- качество контакта с пациентом;
- соответствие контакта стилю работы;
- выбор тактики и модели работы;
- качество выполнения выбранных приемов психотерапии;

- эффективность работы;
- трудности и ошибки в проведении психотерапии (в установлении контакта, в стиле интервью, выполнении принципа информированного согласия, в целенаправленности, последовательности и мастерстве выполнения каждой из продемонстрированных техник).

2. *Групповая супервизия.* Цель групповой супервизии — расширение арсенала концепций, подходов, тактики и т.д. за счет мнений всех участников групповой супервизии.

Обычное число участников группы — 6–10. В качестве супервизируемого на каждой групповой сессии выступает один из участников группы по графику, определяемому группой. Материалом для супервизии является устный доклад супервизируемого по одному терапевтическому случаю. Доклад адресуется супервизору и остальным участникам группы и может сопровождаться иллюстрацией видеозаписи психотерапевтической сессии. Разбору подлежат следующие переменные:

- модель групповой работы;
- качество контакта с группой;
- концепция стратегии вмешательства;
- соответствие стратегии вмешательства избранной модели психотерапии;
- обоснование выбора мишени для текущей работы;
- выбор тактики и стиля работы;
- качество выполнения избранных приемов психотерапии;
- степень понимания и использования групповой динамики;
- результативность работы;
- трудности и ошибки в проведении групповой сессии.

Этапы групповой супервизии

1-я фаза: доклад супервизируемого и формулирование им заказа, продолжительность — 30 мин, затем групповое обсуждение при молчании докладчика (15 мин). Участники группы проводят дискуссию (соглашаются с методом и техникой вмешательства или отвергают их), не касаясь личностных качеств докладчика. На этой фазе возможны вопросы к докладчику от членов группы, направленные на прояснение информации о пациенте.

2-я фаза: обмен чувствами — участники группы, по возможности спонтанно, делятся своими чувствами по поводу пациента. Эта фаза чрезвычайно важна для установления безопасной атмосферы в группе и способствует осознанию супервизируемым «слепых пятен» в своей работе. Продолжительность фазы — 15 мин.

3-я фаза: концептуализация. Супервизор опрашивает каждого участника группы о его собственной концепции психогенеза проблем пациента или лечения. Ни одно из мнений не опровергается и не осуждается супервизором и другими членами группы, дискуссии на этой фазе нецелесообразны. Продолжительность фазы — 45 мин.

4-я фаза: обобщение супервизора. Супервизор анализирует и в краткой форме обобщает качество работы супервизируемого, предлагая собственную концепцию психосоциогенеза и тактики работы с данным пациентом в качестве одного из возможных вариантов. Продолжительность фазы — 15 мин.

Мастерство супервизора-наставника определяется наличием у него таких личностно-профессиональных качеств, как умение оказывать поддержку стажеру, способность к сопереживанию и уважение супервизируемого, использование в своей работе обучения и передачи опыта, стимуляция саморефлексии и самораскрытие супервизируемого. Таким образом, для проведения эффективной супервизии и наставничества в процессе профессионального роста супервизируемый (стажер) нуждается в балансе поддержки и критики со стороны более опытного коллеги.

Благодаря коллегиальному обсуждению отдельных фрагментов терапевтической или педагогической работы во время супервизии специалисты получают возможность расширить арсенал подходов и методов, повысить рефлексию субъективного опыта и развить необходимую степень концептуализации практической деятельности. Косвенным путем супервизия помогает специалистам соприкоснуться с личностными проблемами самопонимания, препятствующими установлению контакта с пациентом, побуждая их в дальнейшем к самостоятельному личностно-профессиональному совершенствованию.



Задания для самостоятельного выполнения

Задание 1. Какие виды и формы супервизии вы знаете?

Задание 2. Какова структура и последовательность интервью при проведении супервизии? Приведите пример. Обоснуйте целесообразность этой последовательности.

Задание 3. Вы наблюдаете очную работу терапевта как супервизор. Опишите фокусы внимания супервизора при наблюдении очной работы.

Ситуационные задачи

Задача 1. Объясните, почему психолог-консультант должен обладать следующими качествами, которые он должен проявлять в общении с клиентами:

- 1) способность к эмпатии, сопереживанию, сочувствию;
- 2) открытость;
- 3) доброжелательность;
- 4) безоценочное отношение к клиенту;
- 5) отказ от нравоучений, навязывания клиенту своих советов;
- 6) доверие к клиенту, вера в его способность и возможность самостоятельно справиться со своей проблемой.

Задача 2. Больной Н., 25 лет, врач. Родился в семье служащих, рос единственным ребенком в условиях гиперопеки. Отец был требовательным, строгим, сын боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, мнительная, провожала в школу, постоянно давала сыну рекомендации по всем вопросам, освобождала его от домашних дел. Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, хотя внешне никак не проявлял своих чувств. Стал серьезнее, много читал, твердо решил стать врачом. После окончания школы поступил в медицинский институт. Чувствовал себя недостаточно уверенно, был малообщительным. После окончания учебы работал врачом-психиатром. Однажды услышал

рассказ о гибели мужа своей пациентки, который попал под поезд. Образно представил себе эту картину, долго не мог заснуть из-за навязчивых мыслей. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал пройти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог.

Вопрос: Проанализируйте ситуацию с точки зрения экзистенциально-гуманистической психотерапии и предложите стратегию психотерапевтического вмешательства.

Задача 3. Больной Д., 42 года, вырос в семье, где главной задачей считалось достижение личного успеха в жизни, определенного положения в обществе. Хотя у больного были ограниченные способности и учеба в школе давалась с трудом, из-за требований родителей он стремился превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий. После школы поступил в институт, где занятия отнимали огромное количество сил и времени, часто приходилось заниматься по ночам. Окончив институт, стал работать инженером. Стал активно добиваться должности начальника отдела, требующей высокого уровня ответственности и профессионализма. Получив желаемую должность, стал испытывать значительные трудности при принятии решений, общении с подчиненными. Возникли проблемы со сном, аппетитом, снизилось настроение, появилась раздражительность, что в конечном итоге привело к получению замечаний со стороны начальства.

Вопрос: Проанализируйте ситуацию с точки зрения психодинамической психотерапии и предложите стратегию психотерапевтического вмешательства.

Задача 4. Больной Н., 25 лет, врач. Родился в семье служащих, рос единственным ребенком в условиях гиперопеки. Отец был требовательным, строгим, сын боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, мнительная, провожала в школу, постоянно давала сыну рекомендации по всем вопросам, освобождала его от домашних дел. Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, хотя внешне никак не проявлял своих

чувств. Стал серьезнее, много читал, твердо решил стать врачом. После окончания школы поступил в медицинский институт. Чувствовал себя недостаточно уверенно, был малообщительным. После окончания учебы работал врачом-психиатром. Однажды услышал рассказ и гибели мужа своей пациентки, который попал под поезд. Образно представил себе эту картину, долго не мог заснуть из-за навязчивых мыслей. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал пройти пешком более 5км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог.

Вопрос: Проанализируйте ситуацию с точки зрения экзистенциально-гуманистической психотерапии и предложите стратегию психотерапевтического вмешательства.

Приложения

Приложение 1

Сравнительный обзор методов психологического лечения (Karasu T. B., 1979)

Основные тематические параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
1	2	3	4
Природа человека	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обусловливания; ведет себя на основании прошлого опыта	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние либидинозные влечения	Приобретенные стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление «я», рассогласование между мыслями, чувствами и поведением (потеря аутентичности)
Концепция здоровья	Разрешение интрапсихических конфликтов: победа «эго» над «ид», т.е. сила «эго»	Устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижение тревоги	Актуализация личностного потенциала: рост «я», аутентичность и спонтанность
Вид изменения	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, т.е. действие, или действие в воображении	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временной подход и «фокус»	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент («здесь и сейчас»)

1	2	3	4
Задачи терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до духовного)
Основные техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	Обусловливание: систематическая десенсилизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование	«Энкаунтер» («встреча»): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала из бессознательного	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действия	Фасилитатор (ускоритель) роста личности
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферентная и первостепенная для лечения: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальная и первостепенная для лечения: реальные взаимоотношения
Лечебная модель	Медицинская: врач — пациент. Авторитарная. Терапевтический союз	Образовательная: преподаватель — ученик. Авторитарная. Учебный союз	Экзистенциальная: общение двух равных людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз

Перечень методов психотерапии, рекомендованный к использованию в РФ (по В.В. Макарову)

1. Арт-терапия;
2. Аутогенная тренировка;
3. Гештальтпсихотерапия;
4. Гипносуггестивная психотерапия;
5. Групповая динамическая психотерапия;
6. Динамическая краткосрочная психотерапия;
7. Когнитивно-поведенческая психотерапия;
8. Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия;
9. Логотерапия;
10. Неподчиненная психотерапия по к. Роджерсу;
11. Нейролингвистическое программирование;
12. Поведенческая психотерапия;
13. Психодрама;
14. Классический психоанализ;
15. Рациональная психотерапия;
16. Семейная психотерапия системная;
17. Телесно-ориентированная психотерапия;
18. Терапия творческим самовыражением;
19. Трансактный анализ;
20. Трансперсональная психотерапия;
21. Эмоционально-стрессовая психотерапия;
22. Эриксоновский гипноз;
23. Клинический психоанализ;
24. Континуальная психотерапия;
25. Экзистенциальная психотерапия;
26. Социально-психологический тренинг.

Список литературы

1. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство Вильямс, 2017. Практикум по арт-терапии / под ред. А.И. Копытина. — СПб.: Питер, 2001. — 448 с.
2. Елизаров А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: учеб. пособие. — М.: Ось-89, 2003. — 336 с.
3. Захарова М.Л. «Шкала дисфункциональных отношений» как метод исследования когнитивных искажений // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по материалам ХХІХ междунар. науч.-практ. конф. — Новосибирск: СибАК, 2013. — С. 55–65.
4. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / пер. с англ. М.И. Завалова. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 464 с.
5. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов. — СПб., 2004. — 71 с.
6. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. — СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995. — С. 28–41.
7. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. — 416 с.
8. Обухов Я.Л. Символдрама. Введение в основную ступень. — Ростов н/Д.: Мини Тайп, 2005. — 103 с.
9. Осипова А.А. Общая психокоррекция. — М.: Сфера, 2002. — 510 с.
10. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. — 384 с.
11. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: учеб. пособие для вузов. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Юрайт, 2019. — 192 с.
12. Шумский В.Б., Уколова Е.М., Осин Е.Н., Лупандина Я.Д. Диагностика экзистенциальной исполненности: оригинальная рус-

скоязычная версия теста экзистенциальных мотиваций психология // Журнал высшей школы экономики. — 2016. — Т. 13, № 4. — С. 763–788.

13. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M. et al. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes» // *Psychological Bulletin*. 1997. Vol. 122 (3). P. 203–215. Doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203.

Учебное издание

Сарычева Юлия Викторовна
Ласовская Татьяна Юрьевна
Матвеева Ирина Александровна
Лазюк Ирина Викторовна
Пономаренко Ирина Владимировна

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Методическое пособие

Корректura *Т. В. Соболева*
Компьютерная верстка *Т. В. Соболева*

Подписано в печать ??.11.2021. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Усл.-печ. л. 6,36. Изд. № 133к.

Оригинал-макет изготовлен Издательско-полиграфическим центром НГМУ
Новосибирск, ул. Залесского, 4
E-mail: sibmedizdat@mail.ru
Тел.: (383) 225-24-29