

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ТИХООКЕАНСКИЙ ИНСТИТУТ
ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ТЕХНОЛОГИЙ



В. Ю. Слабинский

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Владивосток

© Издательство Дальневосточного университета
2003

О Г Л А В Л Е Н И Е

ПРОГРАММА.....	6
АННОТАЦИЯ.....	7
ВВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА 1. ТЕОРИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	9
1.1. Психологическое консультирование – определение.....	9
1.2. Особенности российских консультантов.	12
1.3. Невербальная компетентность.	23
ГЛАВА 2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПРАКТИКЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВА.....	36
2.1 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (МКБ – 10 F40 - F48). Введение	36
2.2. (F40) Фобические тревожные расстройства	37
2.2.1. (F0.0) Агорафобия.....	37
2.2.2. F40.1 Социальные фобии	39
2.3. (F41) Другие тревожные расстройства	40
2.3.1. F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность).....	41
2.3.2 F41.1 Генерализованное тревожное расстройство	41
2.3.3. F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	42
2.3.4. F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства	43
2.4. F42 Обсессивно-компульсивное расстройство.....	43
2.4.1. F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)..	44
2.4.2. F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия	45
2.5. F43.0 Острая реакция на стресс	46
2.5.1. F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство	47
2.5.2. F43.2 Расстройство приспособительных реакций	48
2.6. F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства	50
2.6.1. F44.0 Диссоциативная амнезия.....	51
2.6.2. F44.4 - F44.7 Диссоциативные расстройства движений и ощущений	54
2.6.3. F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства.....	55
2.7. F45 Соматоформные расстройства	57
2.7.1. F45.0 Соматизированное расстройство	58
2.7.2. F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство	59
2.7.3. F45.2 Ипохондрическое расстройство	59
2.7.4. F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.....	61
2.7.5. F45.8 Другие соматоформные расстройства.....	63

2.8. F48 Другие невротические расстройства	64
2.8.1. F48.0 Неврастения.....	64
2.8.2. F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации.....	65
ГЛАВА 3. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ	67
3.1. Трансакционный анализ.....	67
3.1.1. История возникновения и развития.....	67
3.1.2. Теория личности.....	68
3.1.3. Теория конфликта.....	72
3.1.4. Специфические техники.....	81
3.2. Позитивная Психотерапия.....	82
3.2.1. История возникновения и развития.....	82
3.2.2. Теория личности.....	85
3.2.3. Теория конфликта.....	88
3.2.4. Специфические техники консультирования.....	90
3.3. Методики Релаксации.....	107
3.3.1. История возникновения и развития.....	107
3.3.2. Возможности применения.....	109
3.3.3. Возможные негативные эффекты.....	112
3.3.4. Методики Релаксации.....	112
3.4. Телесно-ориентированное консультирование.....	120
3.4.1. История возникновения и развития.....	120
3.4.2. Теория личности.....	121
3.4.3. Теория невроза.....	122
3.4.4. Техники телесно-ориентированного консультирования.....	123
3.5. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (по Б. Д. Карвасарскому).....	141
3.5.1. История возникновения и развития.....	141
3.5.2. Теория личности.....	142
3.5.3. Теория невроза.....	143
3.5.4. Цели, задачи и специфические техники консультирования.....	143
3.6. Поведенческое консультирование.....	152
3.6.1. История возникновения и развития.....	152
3.6.2. Теория личности.....	154
3.6.3. Теория невроза (конфликта).....	155
3.6.4. Специфические техники консультирования.....	155
ГЛАВА 4. ЭТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	162
4.1. Общая характеристика.....	162
4.2. Этические рекомендации Международного Центра Позитивной Психотерапии (ICPP). Действуют с 1978 года.....	163
4.3. Изложение этических принципов для Европейских психотерапевтов.....	165
Вступление.....	165
Принцип 1. Ответственность.....	166

Принцип 2. Компетентность.....	167
Принцип 3. Моральные и юридические стандарты.....	169
Принцип 4. Конфиденциальность.....	170
Принцип 5. Благополучие клиента.....	171
Принцип 6. Профессиональные отношения.....	172
Принцип 7. Публичные выступления.....	174
Принцип 8. Методы оценки.....	177
Принцип 9. Исследования.....	179
ГЛОССАРИЙ.....	182
ЛИТЕРАТУРА.....	187

ПРОГРАММА

Глава 1. ТЕОРИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ (40 часов)

- 1.1. Психологическое консультирование – определение – стр. 3-5
- 1.2. Особенности российских консультантов – стр. 5-17
- 1.3. Невербальная компетентность – стр. 17-30

Глава 2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПРАКТИКЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВОПРОСЫ (40 часов)

- 2.1. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (МКБ – 10 F40 - F48). Введение
- 2.2. (F40) Фобические тревожные расстройства
- 2.3. (F41) Другие тревожные расстройства
- 2.4. F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
- 2.5. F43.0 Острая реакция на стресс
- 2.6. F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
- 2.7. F45 Соматоформные расстройства
- 2.8. F48 Другие невротические расстройства

Глава 3. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ(110 часов)

- 3.1. Трансакционный анализ **(18 часов)**
 - 3.1.1. История возникновения и развития
 - 3.1.2. Теория личности
 - 3.1.3. Теория конфликта
 - 3.1.4. Специфические техники
- 3.2. Позитивная Психотерапия **(18 часов)**
 - 3.2.1. История возникновения и развития
 - 3.2.2. Теория личности
 - 3.2.3. Теория конфликта
 - 3.2.4. Специфические техники консультирования
- 3.3. Методики Релаксации **(18 часов)**
 - 3.3.1. История возникновения и развития
 - 3.3.2. Возможности применения
 - 3.3.3. Возможные негативные эффекты
 - 3.3.4. Методики Релаксации
- 3.4. Телесно-ориентированное консультирование **(18 часов)**
 - 3.4.1. История возникновения и развития
 - 3.4.2. Теория личности
 - 3.4.3. Теория невроза
 - 3.4.4. Техники телесно-ориентированного консультирования
- 3.5. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (по Б. Д. Карвасарскому) **(18 часов)**
 - 3.5.1. История возникновения и развития
 - 3.5.2. Теория личности
 - 3.5.3. Теория невроза
 - 3.5.4. Цели, задачи и специфические техники консультирования
- 3.6. Поведенческое консультирование **(18 часов)**
 - 3.6.1. История возникновения и развития
 - 3.6.2. Теория личности
 - 3.6.3. Теория невроза (конфликта)
 - 3.6.4. Специфические техники консультирования

Глава 4. ЭТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (30 часа)

4.1. Общая характеристика

4.2. Этические рекомендации Международного центра Позитивной Психотерапии

4.3. Изложение этических принципов для Европейских психотерапевтов

АННОТАЦИЯ

Пособие предназначено для студентов - психологов. Пособие состоит из 4 глав, в которых выборочно, и вместе с тем достаточно детально изложены вопросы, имеющие отношение к теории и практике консультирования. В первой главе рассматриваются различные точки зрения на общие теоретические вопросы консультирования, дается определение психологическому консультированию, рассматриваются его связи со смежными и родственными специальностями. Вторая глава посвящена описанию типичных проблем, с которыми клиенты обращаются к консультанту, в соответствии с критериями МКБ-10. Третья глава включает в себя шесть разделов, посвященных различным методам психологического консультирования (транзакционный анализ Э. Берна, позитивная психотерапия Н. Пезешкиана, методы релаксации, телесно-ориентированная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивной) психотерапия Б.Д. Карвасарского, поведенческая психотерапия А. Бека, А. Эллиса). В четвертой, заключительной главе рассматриваются этические рекомендации, выработанные ведущими профессиональными ассоциациями, приводятся принципиальные критерии оценки этичности поведения консультанта в различных ситуациях, затрагиваются вопросы влияния личности самого консультанта и его семейной ситуации на эффективность психологической помощи.

Введение

Постиндустриальный этап развития общества характеризуется не только появлением новых специальностей (компьютерное программирование, связи с общественностью и т.д.), но и изменением приоритетов общества в отношении требующихся на рынке труда специальностей. Происходит постепенный переход от энергозатратных, эксплуатирующих природные ресурсы технологий и связанных с ними специальностей к интеллектуально ёмким, ориентированным на удовлетворение человеческих потребностей профессиям. Психологическое консультирование во многих развитых странах является широко распространенным видом деятельности, а консультативная психология – интенсивно развивающимся разделом психологии. Профессионалы в области консультативной психологии в настоящее время являются одними из самых высокооплачиваемых специалистов. Об огромном спросе на их услуги (как, впрочем, и о не достаточном количестве данных специалистов) свидетельствует сложившаяся в Российских компаниях практика трудоустраивать на вакансию тренера (специалиста по обучению и консультированию персонала организации) не только дипломированных психологов, социологов, специалистов по социальной работе, но и представителей других специальностей, прошедших краткосрочное усовершенствование в области консультативной психологии.

Современное психологическое консультирование отличается широким спектром, зачастую взаимоисключающих теоретических подходов и разнообразием технических приемов. Несмотря на остроту научных дискуссий о теоретических механизмах консультирования, на уровне практической деятельности наблюдаются тенденции к интеграции знаний и универсализации умений. К примеру, приемы: «активное слушание», «направленное фантазирование», «заключение контракта» используются в работе

большинством психологов консультантов, независимо от того, какой метод они практикуют, и какую теоретическую концепцию используют для собственной профессиональной идентификации.

Психологическое консультирование – это, прежде всего, разговор во всех его проявлениях: монолог, диалог, полилог. Для такого разговора недостаточно обычного языка слов, необходимы и другие языки: тела (жестов, дыхания и т.д.), души (мировоззрения, духовности) и т.д. Необходимы взаимопонимание, готовность понять и принять идеи отличные от собственных привычных представлений, доверие к консультанту, как профессионалу и личности. Клиент зачастую выбирает консультанта интуитивно, на основе обрывков знаний, опираясь на достаточно нечеткие критерии, часто ориентируясь на формальные профессиональные характеристики или испытывая доверие и притяжение к нему как к личности. В таких условиях консультант призван занимать более ответственную позицию, именно от него зачастую зависит дизайн будущей консультации, именно он выбирает профессиональный инструмент, который позволит сделать консультирование не только более эффективным, но и позволит получить понятные, соответствующие ожиданиям клиента результаты.

Специфика профессиональных отношений между консультантом и клиентом, властные полномочия, делегируемые консультанту клиентом, накладывают на психолога обязанность не только придерживаться профессиональных стандартов и строго следовать этическим рекомендациям и кодексам. В профессиональном сообществе психологов консультантов существуют специальные институты, способствующие поддержанию качества оказываемых консультативных услуг, профессиональной помощи начинающим консультантам и профилактике «синдрома эмоционального выгорания» у практикующих специалистов. Это, прежде всего, институт супервизии и интервизии, в рамках которого наиболее авторитетные и опытные коллеги осуществляют профессиональную поддержку, практикующих консультантов, используя специально разработанные технологии: «Балинтовские группы», «группы профессиональной поддержки» и т.д. Наиболее сложные случаи рассматриваются на заседаниях комиссий и комитетов по этике, созданных при профессиональных ассоциациях консультантов.

Данное учебное пособие предназначено для студентов Дальневосточного Государственного Университета, получающих дистанционное обучение по специальности «психология». Специфика преподавания предмета «психологическое консультирование» подразумевает не только усвоение студентами теоретических знаний (способности ответить на вопрос «Что?»), но и приобретение практических умений (способности ответить на вопрос «Как?»). Учтена специфика Дальневосточного региона, в частности, в разделе, посвященном методам психологического консультирования, представлены школы, получившие широкое распространение в профессиональных кругах дальневосточных психологов. Именно в рамках этих методов возможны для выпускника ДВГУ получение качественного последиplomного образования, профессиональная карьера в области психологического консультирования и полноценная интеграция в профессиональное сообщество.

Пособие состоит из четырех глав, в которых выборочно, и вместе с тем достаточно детально изложены вопросы, имеющие отношение к теории и практике консультирования. В первой главе рассматриваются различные точки зрения на общие теоретические вопросы консультирования, дается определение психологическому консультированию, рассматриваются его связи со смежными и родственными специальностями. Вторая глава посвящена описанию типичных проблем, с которыми клиенты обращаются к консультанту, в соответствии с критериями МКБ-10.

Третья глава включает в себя шесть разделов, посвященных различным методам психологического консультирования:

- 3.1. транзакционный анализ Э. Берна,
- 3.2. позитивная психотерапия Н. Пезешкиана,
- 3.3. методы релаксации,

- 3.4. телесно-ориентированная психотерапия,
- 3.5. личностно-ориентированная (реконструктивной) психотерапия Б.Д. Карвасарского,
- 3.6. поведенческая психотерапия А. Бека, А. Эллиса.

В четвертой, заключительной главе рассматриваются этические рекомендации, выработанные ведущими профессиональными ассоциациями, приводятся принципиальные критерии оценки этичности поведения консультанта в различных ситуациях. Затрагиваются вопросы влияния личности самого консультанта и его семейной ситуации на эффективность психологической помощи.

Учитывая специфику аудитории, на которую рассчитано данное пособие, главный акцент делается на индивидуальное консультирование, при рассмотрении семейного и группового подходов описываются только лишь базовые (без учета многих нюансов) аспекты консультирования. Также в пособие не включен материал, имеющий отношение к узко специальным областям, например, организационному консультированию, психологическому сопровождению бизнеса, пастырскому наставлению, феминистскому консультированию, профессиональное консультирование безработных и т.д. хотя, несомненно, многие, не вошедшие в книгу виды консультирования, представляются крайне важными.

В пособии нет оценки различных консультативных подходов, что позволяет студентам составить собственное мнение после прочтения каждой главы и проработки содержащегося в ней материала. Описание эклектического направления не включено в данное издание из методологических соображений. Многими видными отечественными и зарубежными консультантами эклектизм представлений отмечается в качестве присущего российским специалистам недостатка, приобретение которого спровоцировано историей развития психологического консультирования в нашей стране.

ГЛАВА 1. ТЕОРИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

1.1. Психологическое консультирование – определение.

Психотерапия (от греческого *psyche* – душа и *therapeia* - лечение). Впервые этот термин введен в конце XIX века Тьюком (Tuke D.H.) в опубликованной им в 1872 г. книге «Иллюстрации влияния разума на тело» одна из глав так и названа: «Психотерапия».

Единого понимания термина психологическое консультирование не существует, на наполнение данного термина смыслами влияют и научные предпочтения консультанта и специфика полученного им образования (медицинское, гуманитарное), и даже контекст выполнения работы. Б. Д. Карвасарский (2002) предлагает в самом общем виде понимать консультирование, как профессиональную помощь человеку или группе людей (например, организации) в поиске путей разрешения или решении определенной трудной или проблемной ситуации, и указывает, что консультирование включает в себя и психологические (личностные), и социально-психологические аспекты, связанные с межличностным взаимодействием, групповой динамикой, мотивацией и т.д.

Р. Нельсон-Джоунс (2000) ориентируется на основные научные направления в теории консультирования и выделяет консультирование: как особый вид отношений помощи (экзистенциально-гуманистический подход), как некий репертуар возможных воздействий (когнитивно-бихевиоральный подход), как психологический процесс (психо-динамический подход).

Кроме названных используется и определение консультирования через фокусирование на заказчике услуг (клиенте):

- помощь одному клиенту в разрешении индивидуальных (личностных) проблем - индивидуальное консультирование;
- разрешение межличностных проблем в коллективе, посредством разрешения части личных проблем участников группы, работы с группой в целом и внутри групповой динамикой - групповое консультирование;
- коррекция развития семейной системы, улучшение внутрисемейной коммуникации, улучшение самочувствия членов семьи - семейное консультирование.

В настоящее время консультирование широко используется в различных сферах человеческой деятельности: в образовании, медицине, бизнесе, социальной работе и может пониматься через сферу применения – школьное консультирование, сопровождение лечебного процесса, организационное консультирование, семейное консультирование и т.д. Именно с этой особенностью связано то, что даже преподавание специфических разновидностей консультирования в настоящее время ведется не только на факультетах психологии, но и на факультетах социальной работы, педагогики, менеджмента, психиатрии и др. Несмотря на это, Страсбургская декларация Психотерапии от 21 октября 1990 г. содержит в себе в качестве основного положения утверждение, что психотерапия/консультирование является свободной (независимой от вышеназванных особенностей получения образования и сферы применения) профессией:

1. Психотерапия - это независимая дисциплина, практическая работа в которой предполагает наличие самостоятельной, независимой профессии.
2. Подготовка психотерапевтов должна осуществляться на высококвалифицированном, научном уровне.
3. Разнообразие методов психотерапии обеспечено и гарантировано.
4. Полный курс подготовки психотерапевтов включает в себя получение теоретических знаний, самоанализ и супервизируемую практику.
5. Психотерапевтическое образование осуществляется на базе соответствующего высшего образования.

В профессиональной среде наибольшее распространение получили термины «психологическое консультирование» и «психотерапия». Дискуссия о различии этих терминов особенно остро развернулась в западных странах в 70-х гг. (в России в 90-х гг.) прошлого века и во многом была вызвана юридическими аспектами консультативной практики.

Поскольку психотерапия является лечебной специальностью, ею по закону может заниматься только лицо, имеющее высшее медицинское образование. В тоже время психологи не только хотели, могли и успешно работали в области психотерапии, но и были подготовлены для подобной практики зачастую лучше врачей, особенно в западных методах психотерапии (групповой психотерапии, семейной терапии, психо-динамической терапии). Появление таких терминов, как «психологическая коррекция», «неврачебная психотерапия», «психологическая психотерапия», «внеклиническая психотерапия» явилось попыткой обойти указанное законодательное ограничение. Определение психотерапии как работы с больными, а психологического консультирования представляется неудовлетворительным. Психотерапия используется при работе не только со здоровыми индивидами, но и организациями (клиническое управленческое консультирование); а психологическое консультирование повсеместно используется в лечебных учреждениях и содержательно нечем не отличается от психотерапии. Большинство специалистов указывают на невозможность проведения четкой границы между этими терминами и даже предлагают использовать их как синонимы.

По мнению В. В. Макарова (1999), основная цель психотерапии – воспитание гибкости, умения находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм; изыскивать, сохранять и развивать ресурсные состояния. Психотерапия по большей части занимается не постановкой целей, а средствами их достижения. Поэтому для многих психотерапия в первую очередь – набор технологий для достижения поставленных целей. Несомненно, что приведенное высказывание больше характеризует цели консультирования,

нежели клинической лечебной практики. Неслучайно в самой психотерапии выделяют «шесть моделей»: медицинскую, психологическую, социальную, педагогическую, философскую и недифференцированную.

Работая в *медицинской модели*, психотерапевт занят лечением и профилактикой заболеваний и расстройств здоровья. К данной модели относится классическое понимание психотерапии, как отрасли медицины, как специальности, практикуемой в лечебном учреждении совместно с врачами других специальностей.

Психотерапия в ее *психологической модели* занята психологическими проблемами, нарушениями адаптации и, условно говоря, неуспешностью человека, группы, семьи. Словом, такими нарушениями, которые не достигают степени выраженных расстройств здоровья. По всей видимости и обратившегося за помощью человека в рамках этой модели уместнее именовать «клиентом», нежели использовать медицинский термин «пациент». В качестве иллюстрации приведем высказывание И. Польстер и М. Польстер (1997), описывающих переход психотерапевтов от медицинской к психологической модели: «Мы только «лечили людей» до тех пор, пока не стало ясно, что «психическая болезнь» - это социальное клеймо на человеке. Позже появился термин «рост». Сегодня большая часть людей приходят к поиску лучших форм жизни, мало думая о лечении, заботясь скорее о самосовершенствовании и личном развитии. Возбуждение чувств стало важнее, чем мотивация...».

Психотерапия в *педагогике* в нашей стране только начинает развиваться. Здесь – два основных направления: терапевтическая работа с личностью педагогов, а также – с учащимися и их семьями... Н. Пезешкиан (1995) пишет: «Иному читателю может показаться странным то, что мы рассматриваем проблемы воспитания вместе с проблемами партнерства, брака и межличностных отношений. Когда мы думали, допустимо ли вообще такое объединение, наши размышления почти с категорической необходимостью приводили нас к мысли о том, что нужно расстаться с ограничивающими представлениями о воспитании как воздействии родителей на детей. Мы обнаружили основные принципы воспитания во всех формах межличностного взаимодействия...»

Психотерапия в ее *социальной модели* направлена на формирование адаптивного поведения человека в изменяющемся обществе. Подходы и методы такой психотерапии могут использоваться в разнообразных социальных группах: семье, учебном классе, трудовом коллективе, религиозной общине, населенном пункте, регионе, государстве.

Задача социальной психотерапии – с помощью психотерапевтических воздействий не только лечить болезнь, осуществлять психогигиенические и психопрофилактические мероприятия, но и улучшить социальное поведение индивида. При этом не делается различие между «нормальными» людьми и представителями маргинальных групп: «психически больными», «преступниками», «безработными», «вынужденными переселенцами» и т.д. Более того, представители каждого уважающего себя метода современной психотерапии подчеркивают эффективность своего метода именно на примере работы с маргинальными клиентами. В рамках данной модели подчеркивается наличие тесной связи между «социальным» и «медицинским» (в том числе психическим) здоровьем общества.

Философская модель психотерапия занята мировоззрением личности. Глубинная психотерапия редко обходится без анализа мифологии. Такая работа часто приводит к формированию новой иерархии мифов и системы верований, что, в свою очередь, может изменить адаптивные возможности человека, повлиять на его чувство гармонии с самим собой и окружающим миром. (Макаров В.В., 1999).

Д. Н. Хломов так пишет об этой модели: «Часто гештальт-терапии приписывают статус психотерапевтической техники. Это грубейшая ошибка. Принцип создания и разрушения гештальтов, фигуры и фона, цикл опыта – общие принципы. ...гештальт-терапия – это не только практическая философия, это вообще способ жизни. ...И Ф. Перлз в калифорнийский период своей жизни пытался развить именно это направление. Он хотел организовать определенное сообщество людей, живущих по законам гештальт-философии: страну Утопию, в которой каждый день действительно может быть прожит в контакте Я и реальности».

Психотерапия и психологическое консультирование используют психологические средства воздействия, содержат в качестве научной основы психологические теории, осуществляются не только в профессиональных рамках, но и в спонтанной, любительской практике («дикий психоанализ», «кухонная терапия» и др.). Многие видные теоретики и практики психотерапии, например, Райх, Эллис – психологи, а многие главные представители психологического консультирования, например Фрейд, Бек – психиатры.

Наиболее авторитетная в Европейском союзе профессиональная организация, объединяющая в своих рядах консультантов из разных научных школ, - Европейская ассоциация психотерапевтов официально использует двойной термин «психотерапия/консультирование». В данном учебном пособии термины «психологическое консультирование» и «психотерапия» будут использоваться как синонимы.

1.2. Особенности российских консультантов.

В одной восточной притче говорится о рыбе, которая никак не могла понять, что же такое вода. Однажды, позарившись на вкусного червячка, рыба попала на крючок хитрого рыбака. В миг отчаяния, уже находясь в воздухе, рыба с поразительной четкостью поняла – что же такое вода. Разговор об особенностях профессии важен представителям любой профессии. Консультанты не являются исключением. София Фрейд, внучка великого основоположника психоанализа, посвятила свою научную жизнь изучению проблемы идентификации. Выбор темы неслучаен - ведь основная ценность, основной ресурс консультирования – это личность консультанта. В хирургии многое зависит от оборудования, которое использует в своей работе врач. В психотерапии - инструментом является сам специалист. При организации консультативного центра главные затраты и временные и финансовые идут на подготовку специалиста, остальное: помещение, аудио- и видео-оборудование и т.д., несравненно менее емкая часть затрат. Консультант сам по себе – тонкий, сложный, очень чувствительный инструмент, самое ценное из того, что есть в терапии. Его профессиональное развитие напрямую связано с его личностным ростом и представляет собой нескончаемую последовательность кризисов и достижений. В. В. Макаров пишет: «Кризисы, которые переживает психотерапевт, - это очередные инициации, дающие доступ к следующим профессиональным вершинам. Настоящий психотерапевт проходит череду таких инициаций. Чаще всего если нет кризисов – нет развития». Особенность российского в целом и дальневосточного профессионального сообщества в особенности заключается в интенсивном и быстром развитии. То, что вера казалось несбыточной мечтой, сказкой, сегодня безнадежно устарело. 1997 год... Согласно приказа Минздрава психотерапевту для получения права работать необходимо пройти 700 часов тренинга, - это представлялось невозможным! 2003 год... Требования Европейской Ассоциации Психотерапии о прохождении 1500 часов представляются неоправданно мягкими. Как же должны были сильно измениться личности консультантов! От посттоталитарного типа личности (любимая тема семинаров восточно-европейских коллег), до европейского за 5-6 лет! Это фантастическая реальность, плата за которую тоже была сказочной – тысячи сломленных судеб коллег, оказавшихся неспособными к таким стремительным изменениям.

Учитывая опыт рыбы, история которой была рассказана выше, для рассмотрения особенностей российского консультанта используем результаты транскультурального исследования «типичного» российского и «типичного» немецкого психотерапевтов, проведенного в 1998 году Х. Пезешкианом, иностранцем, много лет прожившим в России. Материал исследования дополнен комментарием, в котором содержится описание изменений, произошедших в отечественной психотерапии за последние пять лет.

1. Личность и поведение. Примечательна альтруистическая базовая установка российских психотерапевтов. Она проявляется в неподдельной заинтересованности помочь

страдающему пациенту («каждому приходится страдать, и когда-нибудь нам потребуется помощь других»); в выполнении профессиональной поддержки без соответствующего материального стимула (низкая зарплата, которая может задерживаться на полгода и зачастую не может служить основным средством к существованию); в бесплатной помощи нуждающимся, но не обеспеченным материально пациентам. Это основывается как у пациентов, так и у врачей на широко распространенном взгляде, что неэтично брать деньги с того, кто попал в беду. Существует моральная ответственность в том, чтобы помочь этому человеку. Далее следует назвать простоту в понимании человеческих проблем, а также гуманную позицию в отношении психических аномалий.

Транскультуральное сравнение. В то время, как раньше часто говорили о призвании, теперь психотерапия все больше рассматривается как «нормальная» профессия, в которой нет места альтруизму. Напротив, говорят о «синдроме помогающих людей», о том, что «помощь утомляет», о «синдроме профессионального сгорания», а в процессе обучения и повышения квалификации специалистов все больше внимания уделяется необходимости умения устанавливать собственные границы. Одним из аспектов установки границ является вопрос оплаты. Финансовые проблемы пациентов наряду с другими рассматриваются как лимитирующий фактор, и, если пациент не в состоянии оплатить лечение или за него не заплатит больничная касса, «не существует возможности для адекватного лечения». Требуется, чтобы ответственные психотерапевты были в состоянии устанавливать собственные границы, воспринимать лимитирующие условия со стороны пациентов и определять ограничения, возникающие в совершенно специфическом взаимодействии или конstellации между участниками процесса. Как ключ, к этому рекомендуется постоянная супервизия.

Комментарий. С момента публикации исследования Пезешкиана прошло 5 лет. Можно сказать, что пропасть, разделяющая профессиональные культуры запада и России, если не исчезла, то значительно уменьшилась. Да, по прежнему российские консультанты преимущественно альтруисты, люди с болящей душой. Однако две волны исхода коллег из профессии середины и конца 90-х годов прошлого века заставили обратить внимание на проблему профилактики синдрома «эмоционального выгорания» у профессиональных консультантов. Это была большая цена, заплаченная за учебу. В настоящее время проблема состоит скорее не в альтруистической установке характерной для россиян, а в недостаточной институализации смежных сфер. Западный коллега, чей клиент из-за окончания страховки больше не в состоянии оплачивать психотерапевтическую помощь, рекомендует ему обратиться в социальный фонд, спонсирующий подобную работу. В России социальные институты, призванные аккумулировать материальные ресурсы для финансирования социальных программ, еще недостаточно развиты и обращаться фактически некуда, возможна скорее личная помощь депутата, чиновника, бизнесмена. Непросто складывается ситуация и в Европейском Союзе. После перехода на единую валюту инфляция во входящих в него странах в год составила 15-20 %. Как следствие, изменилась политика страховых компаний, ужесточивших свои требования. Большая часть небольших консультативных центров и индивидуальных практик (кабинетов) не смогла приспособиться к работе в условиях не стабильности и разорилась.

2. Применяемые методы и техники. Почти не существует психотерапевтов, работающих в одном направлении (по западному образцу), обычно комбинируются элементы различных методов. В большинстве психотерапевтических направлений работают психотерапевты различной специализации, и лечение основывается на междисциплинарном аспекте. Существует огромный интерес (и необходимость) к краткосрочной психотерапии, поэтому так популярны и пользуются спросом психологические техники. Применяются преимущественно директивные и суггестивные методы, чисто аналитических почти нет. Предпочитаются холистические и семейно-центрированные методы. Психотерапия понимается широко, и наряду с «чисто» психотерапевтическими элементами применяются физиотерапевтические (как массаж, ванны, занятия спортом), а также акупунктура,

двигательная терапия, релаксация, искусство и литература. Лечение разносторонне и целостно в смысле «комплексной психотерапии». Согласно Б.А. Барашу (1993), прошлый опыт России имеет также позитивные аспекты, которые приводят к тому, что российские специалисты более свободны, чем их западные коллеги в выборе и принятии идеи и методов работы.

Транскультуральное сравнение. Клиники и институты известны теми методами, которые они представляют, а лечебный план основывается на одном единственном базовом методе (например, аналитические клиники, клиники поведенческой терапии и т.д.). В Германии врачу можно получить 4-летнее психотерапевтическое образование только в одном институте, сертификаты, полученные где-либо еще, не признаются. Психотерапевт идентифицируется со своим методом и/или институтом. Акцент ставится на индивидуальной психотерапии. Различные техники представляют самостоятельные направления и интегрируются в лечебный план другими психотерапевтами. В последние годы, однако, возрастает интерес к эклектической или интегративной психотерапии.

Комментарий. В настоящее время ситуация в нашей стране двойственная. С одной стороны, нормативные документы, регламентирующие подготовку профессионального консультанта, стимулируют мульти-модальное (эклектическое) образование, в тоже время все большее количество специалистов предпочитают идентифицироваться в одном методе. Примером этого явления служит получения российскими коллегами Сертификата Специалиста Европейской Ассоциации Психотерапевтов по определенной модальности (методу). Так, коллеги сертифицируются по Позитивной Психотерапии, Гештальт-терапии, Трансакционному Анализу и нескольким другим методам.

3. Форма психотерапии. Психотерапия носит преимущественно суппортивный характер. Глубинно-психологический процесс встречается редко. Психотерапевт работает в основном директивно-суггестивным способом и «ведет» пациента. Техники и методы не всегда различаются и часто применяются одновременно. Психотерапевтический процесс часто включает индивидуальную, а также семейную и групповую формы лечения. Психотерапевт стремится быстро достичь субъективного улучшения у пациента и вынужден укладываться в рамки 5 - 10 сеансов. В психотерапию нередко вовлекаются социальные проблемы (работа, квартира, семья, закон, деньги), и психотерапевт вынужден заниматься и этими проблемами.

Транскультуральное сравнение. Психотерапевты работают преимущественно глубинно-психологически, преимущественно в индивидуальной форме. В Германии лечение рассчитано в среднем на 50 сеансов, так как в таком объеме оно оплачивается больничными кассами. Социальные проблемы решаются социальными работниками и соответствующими службами, так что практикующий психотерапевт лишь изредка сталкивается с этими факторами.

Комментарий. Действительно, в связи с тем, что в России клиент оплачивает работу консультанта из семейного бюджета, он ориентирован на скорейшее улучшение и средняя продолжительность психотерапии составляет в большинстве случаев до 10 сеансов. Однако ряд высококлассных отечественных специалистов, получивших западное образование и ориентирующихся на стандарты Европейской Ассоциации Психотерапевтов, работают более глубоко и длительно. Так, краткосрочной считается психотерапия, длящаяся от 24 до 40 встреч, а глубинная терапия – это больше 40 консультаций. Существенное влияние на процесс увеличения продолжительности консультирования оказали два момента: а) появление у профессионалов понимания, что быстро – это не обязательно качественно, скорее симптоматически, чем патогенетически; б) прохождение в процессе обучения полноценной личной терапии самим консультантом, что в отличие от упражнений на тренингах дает другое видение консультативного процесса.

4. Образование. Психотерапевтическое образование и особый метод работы психотерапевт должен выбрать самостоятельно, так как в настоящее время практически не существует института, который предлагал бы полноценное многолетнее обучение. Подготовка занимает несколько месяцев, акцент в ней делается на теорию. Собственный опыт не предполагается; для супервизии почти не существует опытных практикующих

психотерапевтов. Психотерапевт - своего рода «один в поле воин», зачастую он очень творческий, гибкий и относительно уверенный в себе.

Транскультуральное сравнение. В Германии психотерапевтическое обучение и повышение квалификации сопутствуют профессиональному и осуществляются обычно в течение 4-х лет в признанном институте постдипломного образования. Обучение финансируется участниками самостоятельно и часто представляет собой серьезную финансовую проблему. Акцент образования делается на собственном опыте (самоанализе) обучающихся; важны также теоретическая подготовка, практика, супервизия и Баллинтвовские группы. Следует, однако, заметить, что после окончания обучения у психотерапевта еще мало практических познаний, которые он должен будет получить затем в самостоятельной работе.

Комментарий. Сейчас в России появились институты, аккредитированные международными организациями и дающие психотерапевтическое образование по западным стандартам качества. Так, в Институте Позитивной Психотерапии, Транскультурной Семейной Терапии и Психосоматической Медицины г. Владивостока, прошедшем аккредитацию в Европейской Федерации Центров Позитивной Психотерапии и Европейской Ассоциации Психотерапевтов, обучение ведется по стандартам принятым в странах Европы. 1-й этап - Базовый курс составляет 120 часов лекционно-практической работы, в ходе которых начинающий консультант знакомится с базовыми концепциями Позитивной Психотерапии и осваивает основные техники работы. По окончании выдается сертификат Висбаденской Академии Психотерапии (Германия), подтверждающий прохождение Базового Курса Позитивной Психотерапии. 2-ой этап – Мастер-курс составляет 725 часов, включая 120 часов Базового Курса. Из них теория позитивного консультирования – 300 часов, личная терапия – 20 часов, тренинговая работа в качестве клиента – 80 часов, супервизия – 50 часов, собственная практика под наблюдением супервизора - 6 случаев продолжительностью 25 сессии, всего 150 часов. 3-ий этап программа Европейского Сертификата – 1500 часов.

5. Положение в обществе. Психотерапевт постоянно сталкивается с вызовом всякого рода целителей и шарлатанов, обещающих чудесное исцеление («лечу все болезни», «избавлю от алкоголизма за один сеанс»), а в обществе существует немало невежественных, наивных пациентов. Даже самый серьезный психотерапевт должен иметь в своем репертуаре магические элементы и «экспресс-техники». Одновременно многие психотерапевты на рабочем месте также подвергаются значительному давлению с требованиями успешного лечения. Руководитель часто не осведомлен о механизмах действия в психологии и психотерапии, так что психотерапевту приходится регулярно доказывать свои способности и оправданность своего существования («Если Вы психотерапевт, решите проблемы этого сотрудника», «Сделайте что-нибудь с моим ребенком, чтобы он лучше учился»). Его зарплата нередко приводится в соответствие с успешностью его работы. Окружающими психотерапевт иногда воспринимается как маг и волшебник, нередко наделяется сверхъестественными способностями («Вы же психотерапевт - что Вы можете сказать обо мне?»). Здесь - в обществе – он, в конечном счете, находит признание и восхищение своей деятельностью.

Транскультуральное сравнение: Психотерапия рассматривается как серьезная профессия. В оценке профессии часто исходят из того, какое она предполагает образование. Общеизвестно, что психотерапия представляет собой длительный, нередко многолетний процесс, который не всегда может быть успешным. Общественное положение не отличается существенно от других академических профессий и обычно связывается с базовым образованием, например, медицинским, психологическим или педагогическим.

Комментарий. Психологи-консультанты современной России находятся в условиях жесточайшей конкуренции. Произведем приблизительные расчеты. В течение последних десяти лет ежегодно в Приморье приблизительно 300 человек получают дипломы психологов и еще приблизительно 100 психиатров прошли специализацию по психотерапии. Более 3000 консультантов на 2500 тысяч населения – это много или мало? Получается, что один консультант приходится на 800 жителей Приморья. И это вершина айсберга! Мы не учли суррогатных психотерапевтов – магов, целителей, дианетиков, хэлперов и т.д. Все эти

«специалисты» умело маскируются под психологов, чего стоит объявление в центре Владивостока: «Психоанализ, снятие порчи, ясновидение»! По данным В.В Макарова в России только официально работают более 300.000 целителей. Во многом ситуация вызвана тем фактом, что психологическое консультирование - один из немногих видов деятельности, в котором для работы не требуется лицензия! Отсутствие контроля со стороны государства и общественных институтов порождает ощущение вседозволенности. А. Г. Лидерс, психолог с большим стажем, преподаватель московского ВУЗа, редактор специализированных журналов и т.д. пишет: «Лет пятнадцать назад в самом начале становления практической психологии в нашей стране, психологи, столкнувшиеся с необычными для них проблемами гонораров, договоров с клиентами, претензий клиентов к психологам и пр., поинтересовались у юристов, в каких случаях клиент может привлечь психолога к ответственности (подать в суд, например). В частности, нас интересовало, не могут ли психолога привлечь к ответственности за то, что он занимается врачебной деятельностью, не имея диплома и разрешения на оную. Может ли клиент подать в суд на психолога, который якобы «залечил» клиента, вызвал ухудшение его состояния? Ответ юриста был прост: «Ни один суд не квалифицирует (а значит, и не обвинит психолога) отношения между профессионалом и клиентом как факт лечения, если профессионал не выписывал рецепты на лекарства или не назначал те или иные лечебные процедуры, о чем есть запись в медицинской карте клиента». Вот в чем дело: чем бы ни занимались профессионал и клиент, какие бы душещипательные разговоры они ни вели, как бы ни смотрел профессионал в глаза клиенту, сколько бы ни брал клиента за руку, для суда это не будет содержанием лечения, если нет факта выписки рецепта на лекарство, назначения врачебной процедуры. «Лечить — это выписывать рецепты! Как просто!». В приведенной цитате, а это строки из учебника, изданного академическим издательством, есть существенная неточность. На поставленный ребром вопрос может ли суд осудить психолога за причинение вреда клиенту, возможен лишь один ответ — да! И это несмотря на тот факт, что консультирование не лицензируется. В Европейских странах несколько лет назад был принят закон, позволивший допустить к психотерапевтической практике помимо врачей еще и психологов. Как следствие, во много раз снизились расценки на консультативные услуги и большое число специалистов объявили о своем банкротстве. Российские же консультанты живут и работают в таких условиях очень давно, с момента появления профессии.

б. О нарушениях, которые подлежат лечению. К психотерапевту обращаются пациенты с различными расстройствами, ожидая если не излечения, то уж наверняка облегчения. Низкая самооценка существует почти у всех пациентов; многие это осознают и хотели бы изменить. Почти все пациенты испытывают значительные проблемы и надеются избавиться от них в ходе психотерапевтического процесса. Тема смерти, как и на Западе, является совершенно вытесненным феноменом. Однако многие чувствуют облегчение в связи с предложением поговорить об этом (что, к сожалению, психотерапевты делают редко, поскольку не до конца прояснили свое собственное отношение к смерти и умиранию!). Почти не существует специальных психотерапевтических стационаров.

Транскультуральное сравнение: Показания к психотерапии достаточно узки. Пациенты сначала обследуются врачом на предмет органических заболеваний и только после исключения органической патологии направляются к психотерапевту. В среднем проходит несколько лет, пока пациент с органическим заболеванием будет направлен к психотерапевту. Пациенты, приходящие на лечение, страдают в основном депрессиями, страхами, психосоматическими нарушениями и невротическими расстройствами. Трудные пациенты могут быть приняты в психотерапевтические и психосоматические отделения.

Комментарий. За прошедшие годы ситуация изменилась кардинально! Слоган нового времени: «Психотерапия слишком хороша, чтобы доставаться только больным людям и профессионалам»! В настоящее время для консультанта нет табуированных тем, лучшие бизнес-тренеры совмещают психотерапию и организационное консультирование, среди ведущих консультантов по политическим и избирательным технологиям большинство — практические психологи и т.д.

7. Особенности психотерапии в России расстановка, психотерапевтический альянс и отношения психотерапевт – пациент.

Комментарий. Setting в буквальном смысле значит «рассаживаться» или «организовывать» и часто используется в психологической литературе для объяснения внешних и внутренних аспектов психотерапевтической работы, - это одно из ключевых понятий консультирования. Правила расстановки относятся не столько к технике, сколько к философии консультирования. Рассмотрим это утверждение на примере изменения расстановки в психоанализе. Согласно классическим представлениям З. Фрейда о консультанте как «идеальном зеркале», на которое клиент может проецировать свои переживания, консультант должен сидеть под углом 90 градусов к лежащему на кушетке пациенту. Запрещается какой-либо, кроме вербального, контакт между консультантом и клиентом, его нельзя касаться, на него нельзя смотреть. Клиент пассивен и полностью зависит от консультанта. Предложенное позже положение «в креслах лицом к лицу» требует от клиента более активной позиции и снижает властные полномочия консультанта, психотерапия начинает строиться на демократических принципах, речь идет уже не о лечении, а о консультировании. Ниже приведены результаты транскультурного сравнения различных элементов психотерапевтического союза.

а) Российские психотерапевты работают в различных институтах и организациях; психотерапевт сталкивается с определенными трудностями, так что его деятельность должна соответствовать этим условиям. Большое число практикует в больницах, поликлиниках или частных центрах. Психотерапевтов можно встретить в школах, педагогических учреждениях, медицинской службе крупных фирм и предприятий, военных и государственных учреждениях.

Комментарий. Работа в непрофильных организациях вынуждает консультанта искать компромисс между принципами профессиональных культур. Например, в школе ему необходимо быть консультантом и хотя бы чуть-чуть педагогом, в больнице – врачом и т.д. Консультант вынужден искать компромисс для снижения давления со стороны коллег по учреждению, начальства, но поступления принципами собственной профессии снижают его эффективность и приводят к дополнительной травматизации.

б) Большинству психотерапевтов не приходится находить себе пациентов, так как их либо направляют к ним, либо психотерапевту по различным причинам не удается уклониться от пациентов. «Быть направленным» к психотерапевту в этой связи означает, что другие коллеги направляют к психотерапевту пациента, нуждающегося на первый взгляд в психотерапии, без всякого предварительного выяснения его мотивации и готовности к психотерапии. Если состояние пациента, например, поведение «трудного» ребенка, не улучшается, это вина исключительно психотерапевта. Роль, задача и ответственность пациента в психотерапевтическом процессе почти не учитываются и не являются значимыми. Сильно также семейно-социальное давление с необходимостью лечения родственников и друзей, а отказ воспринимается как оскорбление, критерий ненадежности дружбы и т.д.

Комментарий. Приведенная выше ситуация, в которой консультанту не надо искать клиента, изменилась. Современный психолог работает в условиях сильной конкуренции со стороны коллег и суррогатных специалистов. Подтверждением этого утверждения может служить тот факт, что из десятка центров психологической помощи, ежегодно открывающихся во Владивостоке, более половины оказываются финансово несостоятельными в течение нескольких месяцев.

в) Психотерапевт должен, прежде всего, исходить из того, что пациент придет всего на один сеанс. Вернется ли он еще раз после первой беседы, зависит от многих факторов, в существенной степени от того, насколько «успешным» и убедительным оказался психотерапевт (не пациент!). Параметрами хорошего психотерапевта являются улучшение самочувствия после сеанса, принятие субъективной позиции, устраивающей пациента, и сообщение практических техник и советов, которые могут быть употреблены сразу же. Психотерапевт постоянно находится под гнетом достижения эффекта и цейтнота, так как при «плохом начале» пациент просто больше не придет.

Комментарий. В последнее время все больше консультантов, прежде всего работающих в элитных центрах и имеющих хорошую профессиональную репутацию, используют технологию «листа ожидания», запись к ним может вестись на несколько месяцев вперед. На длительность терапии в этом случае влияют скорее рамки метода, в котором работает консультант, скорость с которой клиент готов вносить изменения в свою жизнь, его финансовые возможности, нежели предубеждения клиента.

г) Обсуждение формальных условий психотерапии затруднительно для обеих сторон. Если пациент, наконец, обрел доверие к психотерапевту и начал свободно высказываться, то последний не может ограничить время сеанса или объяснить, что отведенное время истекло. Доверие, чувства и эмпатия не хотят подчиняться никакой регламентации. Так, психотерапевтический сеанс может длиться 90 минут, а иногда и 2 - 3 часа. Здесь отчетливо проступает транскультуральный аспект психотерапевтических отношений: в то время как на Западе психотерапевтический союз является деловым соглашением, в России на первый план выступают человеческие отношения. Если психотерапевт выдержит временные рамки, он вступит в конфликт со своей совестью, правильно ли он поступил, прервав страдающего пациента только лишь потому, что окончилось время.

Комментарий. Приведенная выше особенность связана скорее с уровнем образования и опытом работы, чем с национальными особенностями.

д) Вопрос оплаты - еще один сложный аспект. В государственных учреждениях, таких, как больницы и поликлиники, существует положение, что психотерапевты обслуживают пациентов бесплатно, и психотерапевт обязан принять каждого желающего. Многочисленные психотерапевты имеют небольшую частную практику, помимо официальной деятельности, чтобы зарабатывать деньги, а также заниматься «чистой» психотерапией. Типичный пациент почти не имеет финансовых возможностей для такого лечения, так что в последнее время очень благоприятной клиентурой являются в основном так называемые «новые русские» и в особенности их жены. Брать деньги за услуги, особенно для человека, обязанного помогать, считается неэтичным («новые русские» являются исключением). Все работающие сегодня психотерапевты пережили советское время и помнят общественно-идеологическую установку по отношению к деньгам. Еще одну проблему представляет собой необязательность пациентов и их частые финансовые проблемы. Особенно сложно, когда пациент мотивирован на психотерапию, однако не имеет на это денег. Отказать такому пациенту почти невозможно как с общественной позиции, так и эмоционально, об этом трудно договориться с собственной совестью. В повседневности же получается так, что существует слишком мало платежеспособных пациентов, которые бы позволили обслуживать других неимущих пациентов. Часто оплата обуславливается успехом психотерапии («Заплатите в соответствии с оценкой моей работы и Вашего выздоровления»), явкой пациента или его общими представлениями («Заплатите столько, сколько считаете нужным» или «Сколько не жалко»).

Комментарий. Вопрос оплаты наиболее часто поднимается на Баллинтговских группах и действительно является не простым, как для новичка, так и для умудренного профессионала. Одним из решений этой проблемы представляется разделение функций, когда консультант занимается терапией, а вопрос оплаты решает менеджер или секретарь. Сам факт существования проблемы «плавающей цены» за консультацию, ставит консультанта в уязвимое положение перед службой налогового контроля, комитетом по охране прав потребителей, милицией и т.д.

е) Психотерапевтический процесс предполагает преимущественно индивидуальную психотерапию. Часто на первый сеанс пациента приводят родственники (чаще всего - матери), это они сказали ему о необходимости лечиться, однако, впоследствии они редко появляются на сеансах, особенно если психотерапевт (прямо или косвенно) замечает, что они - родственники - также причастны к заболеванию.

Комментарий. Наиболее модной и востребованной клиентами разновидностью стала семейная терапия. Прежде всего, речь идет о фокусе консультирования: позитивная семейная

терапия, семейная личностно-ориентированная терапия и п.т. То есть о сочетании идеологии семейного консультирования с техниками традиционных школ.

ж) Частым феноменом является вопрос вины. Нередко уже в первой беседе звучит следующее: «Мы расскажем Вам ситуацию, а Вы скажите, кто виноват». Происхождение вопроса вины, безусловно, имеет исторические корни в недавнем прошлом («поиск врагов народа и виноватых»). Психотерапевт наделяется ролью судьи, он должен обладать достаточным опытом, чтобы не принять эту роль, а сконцентрироваться на содержательном аспекте отношений.

Комментарий. Клиент не только подталкивает консультанта к роли судьи, но и при случае сам осуждает консультанта, делая его виновным в своих жизненных неудачах.

з) Отношения между психотерапевтом и пациентом продолжают после сеанса, и после завершения лечения, как это принято и требуется в коллективистских обществах. Прерывание отношений в смысле «психотерапевтической абстиненции» психоанализа истолковывается пациентом как обесценивание и не вызывает понимания. Пациенты в дальнейшем часто становятся хорошими друзьями психотерапевта и готовы оказать помощь, обычно связанную с их профессиональной деятельностью (ремонт автомобилей, приобретение водительских прав и т.д.). Б.Д. Карвасарский (1985) указывает на то, что ни в какой другой области медицины этические аспекты не имеют такого значения, как в психотерапии.

Транскультуральное сравнение: Во время лечения внимание уделяется не только психотерапевтическим отношениям, но уже с самого начала работы - общению психотерапевта и пациента, которое начинается с установления контакта. Уже сам способ установления этого контакта должен указывать психотерапевту на характер нарушения, особенности ожидаемых в последующем взаимодействий и на прогноз возможного лечения. Было установлено, что качество психотерапевтического альянса в начале психотерапии существенно коррелирует с результатом лечения. При первой беседе, психотерапевтическом сборе анамнеза, речь идет, наряду с постановкой диагноза, прежде всего об оценке показаний или противопоказаний возможной психотерапии. Для «процесса определения показаний» значимыми являются четыре аспекта: пациент, расстройство, форма психотерапии и психотерапевт. Психотерапевт заинтересован в том, чтобы последовательно проверить мотивацию пациента, и не только с точки зрения выраженности его страдания, но и исходя из представлений пациента о ценности и необходимости психотерапии.

С транскультуральной точки зрения здесь особенно интересен вопрос так называемого соответствия. Не только пациент, но и психотерапевт должен быть мотивирован на начало лечения. Он должен проанализировать свои чувства к пациенту (эмпатию, антипатию) и вполне вправе отказать пациенту. «Только мазохисты лечат всех одинаково охотно», - говорят в психотерапевтических кругах на Западе.

Существует список показаний к глубинно-ориентированной психотерапии. С. Reimer (1996) приводит 8 основных критериев, и только если эти критерии выполняются, может быть начата собственно психотерапия. Аналогично существуют и противопоказания. Большое значение придается процессу окончания психотерапии, поскольку он актуализирует предыдущий опыт расставаний и потерь. Здесь используются некоторые техники, так же как пробное расставание и последующие беседы, которые должны помочь пациенту (и психотерапевту) подготовиться к расставанию и периоду после завершения психотерапии.

Важной целью первой беседы, наряду с диагностической и психотерапевтической функциями, является обсуждение формальных и содержательных рамок психотерапевтического процесса, которым придается существенное значение в успехе лечения. В основном при этом речь идет о выборе психотерапевта, формы психотерапии, частоте и длительности сеансов, оценке длительности психотерапии и условиях оплаты.

В формальных условиях психотерапии различают пространственные и временные факторы. Под пространственными условиями понимают, помимо прочего, расположение пациента и психотерапевта во время работы, вплоть до многозначительного угла между ними (Примечание: оба должны сидеть под углом 90 градусов друг к другу). Под временными

условиями понимаются частота и длительность сеансов. Как правило, при глубинно-психологическом лечении речь идет об одном сеансе в неделю (около 50 минут) и общей длительности психотерапии от двух до пяти лет. В Германии, например, пациенты вынуждены ждать места на лечение до года, будучи включены в специальный список ожидающих психотерапевта. Это, помимо прочего, должно усилить страдания пациента и проверить его мотивацию - и то, и другое можно считать хорошей предпосылкой для успешной психотерапии.

При формулировании **содержательных** условий психотерапии пациент рассматривается как (нуждающийся в помощи) партнер, который должен участвовать в планировании психотерапии. Принято говорить о «максимально возможной открытости» по отношению к пациенту, о «совместно запланированной работе и сотрудничестве». При этом речь идет об установлении рабочего союза, формулировании совместных представлений о цели, концентрации на «актуальном невротическом конфликте» и выяснении защитных механизмов, таких, как регрессия, перенос и контрперенос. С транскультуральной точки зрения вопрос оплаты особенно значим. В США не только принято, но и поощряется обсудить этот вопрос в конце первого сеанса. В целом пациент должен соответствовать финансовым критериям психотерапевта или подыскать себе другого (соответствующего возможностям) врача. Категорически не рекомендуется лечить пациента бесплатно или принимать оплату ниже установленной психотерапевтом границы. Последнее может привести к контрпереносу, например, к потере интереса или скуке. Есть психотерапевты, которые требуют оплаты любого пропущенного сеанса (включая болезнь или отпуск пациента) или допускают 24-часовую отсрочку оплаты.

Отношения с пациентом вне психотерапии рассматриваются как неэтичное поведение и нарушение закона абстиненции. Фрейд требует: «Лечение должно проводиться в абстиненции». В последние годы в этой связи широко дискутируется вопрос о сексуальном злоупотреблении психотерапевтами-мужчинами. (Примечание: каждый сексуальный контакт между психотерапевтом и пациентом, в том числе и вне сеанса, рассматривается как злоупотребление), появились многочисленные публикации специалистов и пострадавших. Исследователи интересовались дальнейшей судьбой пострадавших пациентов и показали, какие эмоциональные расстройства впоследствии развиваются у этих людей. Психотерапевтическая абстиненция распространяется не только на сексуальные отношения, но и на другие этические проблемы, например, рестриктивное финансовое регулирование, перенос собственных ценностных представлений и идеологии на пациентов, обязанность психотерапевта контролировать свои нарциссические, эмоциональные потребности по отношению к пациенту (нарциссическое злоупотребление) и сохранение интимности и анонимности пациента. Требуется, чтобы предмет этики изучался в рамках психотерапевтического обучения и повышения квалификации, предлагаются специальные семинары, посвященные вопросам этики.

8. Психотерапевтическое образование и повышение квалификации в России. С конца 80-х годов интерес к психотерапии в России резко возрос как среди населения, так и среди специалистов, так что сегодня многие работают «психотерапевтами». Так как понятия «психотерапия» и «психотерапевт» не защищены законом, психотерапевты получили самое различное образование. В целом можно различить две группы:

1) врачи, в основном психиатры, которые в рамках своей клинической деятельности несколько месяцев практиковали в качестве психотерапевтов, приобретая таким образом некоторый практический опыт, и в дальнейшем углубили его на семинарах;

2) люди различных профессий (от медицины и психологии, педагогики до технических специальностей), которые интересуются психотерапией, приобретают опыт на различных семинарах и курсах, отчасти являются практикующими психотерапевтами.

Эти группы, в свою очередь, подразделяются на серьезно относящихся к психотерапии и тех, кого можно назвать шарлатанами и целителями. Ситуация несколько изменилась с тех

пор, как Министерством здравоохранения России 30.10.1995 был издан приказ «О психиатрической и психотерапевтической помощи», который впервые регламентировал психотерапевтическое образование для врачей (но не других профессиональных групп). Проект приказа был разработан под руководством проф. Б.Д. Карвасарского и устанавливает правила подготовки и получения сертификатов «психотерапии». Обучение включает 700 часов и подразумевает теоретические знания (минимум 150 часов), практический опыт (минимум 350 часов) и самостоятельный опыт (а также балнтовские группы, супервизию - минимум 150 часов). Помимо прочего, требуется соответствующая клиническая практика в области психиатрии. Это постановление является важной вехой в развитии российской психотерапии. Трудности состоят теперь во внедрении требований в практику, в учебные планы институтов и образовательных центров.

Комментарий. История психотерапии в нашей стране намного богаче и драматичнее. Первые шаги психотерапии в России прослеживаются уже с конца 18-го – начала 19-го веков и связаны с философским осмыслением возможности терапии словом. Во второй половине 19-го века возник интерес к изучению гипноза, можно упомянуть Бехтерева, Данилевского, Тарханова и др. Однако уже в 70-х годах того же века появился первый официальный запрет. По инициативе чиновников от психиатрии были запрещены публичные сеансы гипнотизма и значительно ограничена возможность медицинского применения гипноза. Этот запрет привел к появлению «черного рынка» гипнотических услуг, которые оказывали разного рода шарлатаны. Тринадцать лет понадобилось Бехтереву и другим прогрессивным врачам, чтобы отменить этот запрет. Снятие ограничений дало толчок не только к изучению гипноза, но и других методов. И уже в начале 20-го века З. Фрейд называл Россию третьей психоаналитической державой! Осипов, Вульф, Асатиани, Лурия внесли неоспоримый вклад в развитие не только российского, но и мирового психоанализа. После октябрьской революции развитие психотерапии продолжалось вплоть до прихода к власти И. В. Сталина. Сталинщина и психотерапия - несовместимые понятия. После освидетельствования Сталина странно умирает Бехтерев. В июле 1936 года появляется постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов» и начинается разгром научных школ и репрессии в отношении психотерапевтов. Очагом свободомыслия остался Ленинградский НИИ Психоневрологии им. Бехтерева, сильно уменьшенный после вынужденных реорганизаций, но, тем не менее, остающийся самым крупным психологическим институтом Европы. И, тем не менее, научная жизнь продолжалась! В 1962 в Харькове и 1982 годах открываются первые кафедры, на которых проводится повышение квалификации врачей по психотерапии. С гордостью можно вспомнить, что 5-ая в СССР кафедра психотерапии была открыта во Владивостоке. 2 сентября 1975 года выходит приказ № 791 Минздрава СССР «О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению», содержащий положение об открытии в стране нескольких сотен психотерапевтических кабинетов. 31 мая 1985 года выходит приказ № 750 Минздрава СССР, узаконивший новую медицинскую специальность – «врач-психотерапевт». И, наконец, 30 октября 1995 года выходит приказ № 294 Минздрава России, о котором и идет речь в тексте.

В настоящее время существует небольшое число институтов и высших школ, которые предлагают многолетнюю полноценную психотерапевтическую подготовку, обычно на базе кафедры психотерапии (и/или психиатрии или медицинской психологии и педагогики).

Комментарий. Только во Владивостоке можно назвать: «Институт Позитивной Психотерапии, Транскультурной Семейной Терапии и Психосоматической Медицины», «Приморское краевое отделение Российской Психотерапевтической Ассоциации», факультет Многоуровневого Образования Гуманитарного Института Морского Государственного Университета им. Адм. Г. И. Невельского – это не так мало, хотя конечно меньше, чем могло бы быть.

На семинарах и курсах преподаются преимущественно теоретические знания и психологические техники, но не подразумеваются собственный опыт и супервизия. Семинары проводятся в качестве интенсивных тренингов или в рамках «Недель психотерапии». Если

раньше основное внимание уделялось теоретической подготовке, то теперь акценты смещаются на практическую работу. В супервизии нуждаются многие молодые коллеги, однако этот спрос не удовлетворен. Многие психотерапевты находятся в поиске примеров, которых все еще немного. Старшие коллеги в большинстве своем являются теоретиками, так что у молодых практикующих психотерапевтов почти нет живых примеров, и им приходится самим формировать свою профессиональную идентичность. Заинтересованность и потребность в институте с фундаментальным обучением, где можно получить не только специальные знания, но и постичь человеческо-этические ценности в отношениях учителей - учеников, выражены так сильно не только в России. Различными авторами указывается на то, что подготовка врача в России занимает около 8000 часов (Кабанов М.М., 1994), из них 97% посвящается изучению человеческого тела и отдельных органов и только 3% - психологии, этике и родственным им предметам. Это было названо «ветеринарным подходом» в образовании врачей (цит. по В.Т. Кондрашенко и Д.И. Донскому, 1997).

Транскультуральное сравнение. Как и последующая психотерапия для пациентов, так и образование для врачей являются длительным многолетним процессом. С длительностью и комплексностью образования связывается профессиональная компетентность. Обучение длится около 4 - 6 лет после окончания института (обычно медицинского или психологического). Согласно L.Wolberg (1977), «не существует коротких путей для приобретения профессионализма», он посвящает в своем руководстве целую главу «вооружению психотерапевта» и описывает в связи с этим следующие предпосылки компетентности психотерапевта:

1) **Знания:** обучение должно включать такие области знаний, как учение о поведении, базовые знания нейропсихиатрии, историю психиатрии, развитие динамической психологии, техники психотерапии, групповую психотерапию, супружескую психотерапию, семейную психотерапию, аспекты поведенческой психотерапии, детской психотерапии, профилактики, социальную психотерапию, культурологию и теорию личности, психологическое тестирование, исследовательские методы, специальные формы лечения и клинические конференции, а также разбор клинических наблюдений.

2) **Личность:** важнейшей переменной психотерапевтического процесса является не техника, а человек, который эту технику применяет, то есть сам психотерапевт (Strupp Н.Н., 1960). Называются пять предпосылок, которые должны существовать у психотерапевта для построения и поддержания необходимых психотерапевтических отношений: восприимчивость (к восприятию вербальных и невербальных посланий пациента и собственного поведения), гибкость (в применении методов и техник с учетом индивидуальности пациента), объективность (при переносе и контрпереносе), эмпатия (в страдании и ситуации пациента) и относительная отстраненность от тяжелых эмоциональных или характерологических нарушений пациента (владение собственными импульсами, потребностями и ожиданиями).

3) **Практический опыт:** при многолетней супервизии, лечении различных заболеваний и расстройств, в разнообразных формах (индивидуальная, семейная, групповая психотерапия и т.д.).

Комментарий. Сказанное выше во многом остается болевой точкой отечественной школы до сих пор. Несомненно, сказываются проблемы роста, ведь еще 15 лет назад российские консультанты практически ничего не знали о западной психотерапии. Однако есть и позитивные сдвиги. В настоящее время сформировалась и постоянно растет группа профессионалов в возрасте от 30 до 40 лет, имеющих опыт практической работы более 10 лет и прошедших обучение по западным стандартам. Неслучайно к 2002 году около сотни отечественных специалистов были внесены в Единый Реестр Специалистов Европейской Ассоциации Психотерапевтов, из них один - специалист из Владивостока.

Согласно «Страсбургской декларации о психотерапии от 1990 года» (World Council for Psychotherapy, 1990) «психотерапия является самостоятельной научной дисциплиной, занятие которой представляет собой отдельную свободную профессию. Психотерапевтическое образование проходит на высоком, квалифицированном и научном уровне». «Интегральное

специальное обучение по психотерапии» Европейского Сообщества Психотерапии (ЕАР, 1995) длится минимум четыре года и должно включать четыре образовательных сферы: собственный опыт (минимум 250 часов), теорию (знания) (минимум 250 часов), работу с пациентами и супервизию (минимум 130 часов). Обучение проводится на базе признанного института в течение всего вышеназванного срока. З. Фрейд еще в 1927 году подчеркивал необходимость «аналитических высших школ» и пояснял: «...Прежде всего нужно создать план занятий, который должен включать духовно-научный, психологический, культурно-исторический и социологический материал, а так же анатомический, биологический и историю развития... Легко выступить против этого предложения, таких аналитических школ не существует, это идеальное требование. Да, это идеал, однако такой, который может и должен быть реализован».

Комментарий. Требования к получению Европейского Сертификата Специалиста существенно ожесточились, но это не пугает, так как пропасть, существовавшая между профессиональными культурами России и стран Европы еще пять лет назад, исчезла.

1.3. Невербальная компетентность.

Невербальная компетентность относится к базовым навыкам, требующимся консультанту для успешной работы. Еще сто с лишним лет назад одна из пациенток З. Фрейда охарактеризовала психотерапию, как «толкование». Удивительно точная характеристика! Действительно, что бы ни происходило во время консультативной сессии, в рамках какой школы ни работал бы консультант – разговор будет ключевым моментом взаимодействия. Но консультирование, как разговор, - это не только обмен словесными посланиями, но и много других компонентов, знание которых как раз и отделяет профессионального консультанта от случайного собеседника.

К основным характеристикам речи относятся:

- темп, скорость проговаривания слов;
- скважность, продолжительность пауз между словами;
- тембр голоса (не секрет, что профессиональные консультанты отличаются характерным «мягким тембром»);
- психодинамические стратегии структурирования времени (о них подробно будет рассказано в 3 главе);
- стратегии дискурса: монолог, диалог, полилог;
- позиция ведения разговора: 1-ая ассоциированная, 2-ая диссоциированная, 3-я мета-позиция;
- невербальная компетентность, способность понимать и использовать в общении язык жестов.



Рис 1

Рис. 1 «Пощелкивание» пальцами по горлу в районе мочки уха. В нашей культуре означает призыв к употреблению спиртных напитков. Дополнительное значение состоит в подчеркивании ненормальности собеседника.



Рис. 2

Рис. 2 Рука, сжатая в кулак с поднятым вверх большим пальцем, - жест одобрения и ободрения, часто встречающийся в нашей культуре, российский аналог американского «О Кей». Этот жест наполнен внутренней энергетикой, характерен для экстравертов.



Рис. 3

Рис. 3 Открытая ладонь с соединенными колючком большим и указательным пальцами, американский жест «О Кей». В нашей культуре получил распространение благодаря голливудским фильмам и моде на американский образ жизни. Этот жест наполнен эстетикой западничества, определенным снобизмом, который позволяет человеку, употребляющему этот жест, выделиться из толпы. Часто является характеристикой принадлежности подростка к неформальной группе. Жест, если его использует женщина, может нести сексуальный подтекст.



Рис. 4

Рис. 4 Пальцы сжаты в кулак, повернутый ладонью к собеседнику. Два пальца, указательный и безымянный, выпрямлены вверх. Жест означает победу, успех, достижение – «викторию». В России получил распространение во времена Петра I, насаждавшего моду на иностранное. В настоящее время употребляется мало, хотя и относится к безусловно понятным жестам. Ассоциируется также с «двумя рогами» и может означать бранное слово «козел», в старославянской культуре использовался для защиты от темных сил.



Рис. 5

Рис. 5 Пальцы сжаты в кулак, повернутый ладонью вниз, указательный палец и мизинец выпрямлены по направлению к собеседнику. Жест «коза» означает скрытую угрозу, используется в молодежных неформальных объединениях, во время массовых мероприятий,

например на рок-концертах. Имеет дополнительное значение социального протеста против истеблишмента.



Рис. 6

Рис. 6 Поднятая вверх правая рука со сложенными пальцами. Жест означает приветствие, тесно связан с националистической субкультурой. Был официальным приветствием в фашистской Германии. В настоящее время нашей стране в таком качестве используется профашистскими группами. Жест агрессивный, характеризует человека, его использующего, как целеустремленного, готового на все ради достижения своей цели.



Рис. 7

Рис 7 Пальцы сжаты в кулак, повернутый ладонью к собеседнику, указательный и безымянный пальцы выпрямлены и прижаты друг к другу. Жест пришел в Россию из стран

запада и означает: «Клянусь!». Дополнительное значение связано с христианским обрядом наложения креста, в этом смысле жест может использоваться как защита от темных сил.

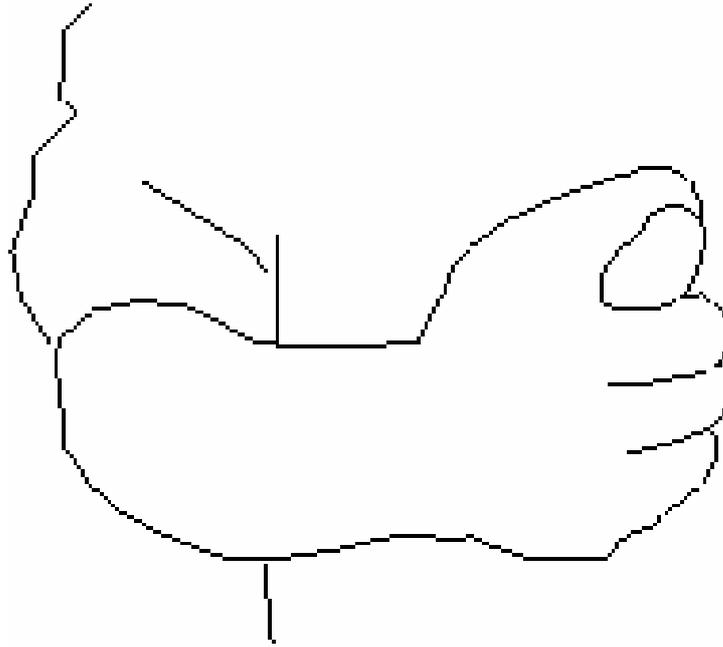


Рис. 8

Рис. 8 Пальцы сжаты в кулак, между указательным и безымянным расположен большой палец, направленный к собеседнику. Жест является одним из наиболее древних, означает «дулю» или «фигу». В дохристианские времена на Руси этот жест использовался для оберега от темных сил. В наше время носит агрессивный характер, унижает того, к кому адресован. Является отрицательным ответом на предложение собеседника.

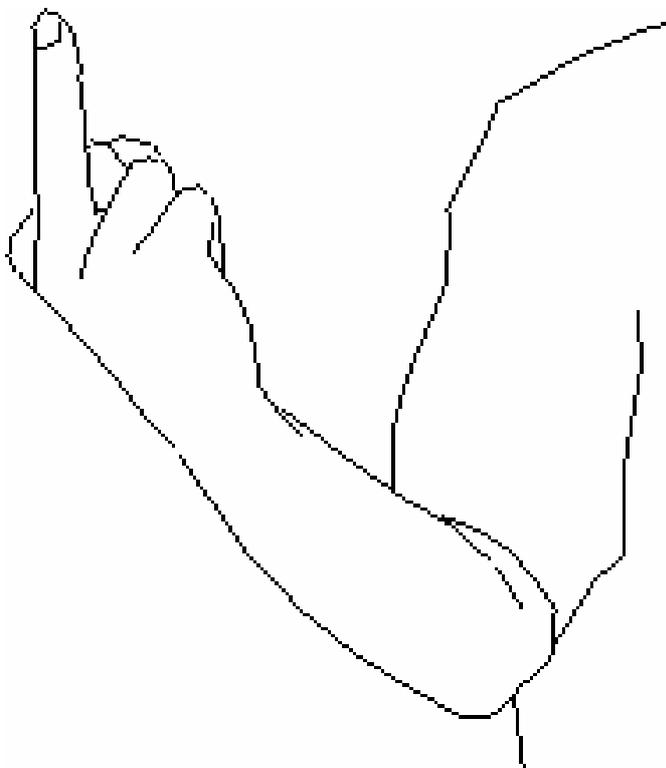


Рис. 9

Рис. 9 Пальцы сжаты в кулак, безымянный палец выпрямлен вверх. Жест пришел из американской культуры и получил распространение благодаря голливудским фильмам. Этот

жест относится к нецензурным и означает очень невежливый отказ от предложения с одновременным «посланием» собеседника «подальше», дополнительное значение заключается в предложении интимной связи, в которой собеседнику отводится пассивная роль. Используется как мужчинами, так и женщинами.



Рис. 10

Рис. 10 Пальцы одной руки, сжаты в кулак направленный к собеседнику, вторая рука с пальцами сжатыми в кулак прижата к бицепсу первой руки. Жест осуществляется динамично, может производиться в обе стороны, на предпочтение которых влияет, прежде всего, доминирование одного из полушарий головного мозга. Этот жест относится к нецензурным и является отечественным аналогом предыдущего. Дополнительное значение состоит в подчеркивании мужского статуса, через демонстрацию размеров собственного полового члена. В сравнении с предыдущим жестом обладает большей энергетикой и агрессивностью.



Рис. 11

Рис. 11 Жест внешне похож на предыдущий. Пальцы руки сжаты в кулак, рука согнута в локте. Жест означает демонстрацию силы и агрессивности, подчеркивает безкомпромиссную позицию в отношении к собеседнику.



Рис. 12

Рис. 12 Пальцы сжаты в кулак, указательный палец выпрямлен, рука опущена вниз. Жест сочетает в себе несколько значений:

а) «пистолет шерифа», в этом смысле жест агрессивно-игривый, может играть роль последнего предупреждения – «пистолет уже вынут из кобуры»;

б) «кастрированный пенис» вследствие цензурных запретов демонстрируется не поднятый средний, а опущенный указательный палец.



Рис. 13

Рис. 13 Пальцы сжаты в кулак, ладонь то повернута к собеседнику, то к себе, указательный палец и мизинец выпрямлены. Жест имеет агрессивный характер, используется как элемент «распальцовки» - специфического языка криминалитета. Для достижения полного эффекта устрашения, пальцы должны быть отяжелены «болтами», перстнями из драгоценного металла или татуировками в виде таких украшений.



Рис. 14

Рис. 14 Пальцы выпрямлены, прижаты друг к другу, ладонь повернута большим пальцем ко лбу, рука согнута в локте. Жест означает приветствие и готовность выполнить приказ: «Будь готов! Всегда готов!» и характерен для молодежной коммунистической субкультуры. Может носить дурашливый подтекст, подчеркивая несурзность требований собеседника.



Рис. 15

Рис. 15 Пальцы выпрямлены и прижаты друг к другу, ладонь повернута вниз. Пальцы слегка касаются головы в височной области. Жест является специфическим, используется в качестве приветствия в военизированных организациях. Демонстрирует дисциплинированность и принадлежность одной касте. В гражданских объединениях практически не используется или носит шуточный характер. При использовании женщинами может подчеркивать подчинение собеседнику и иметь сексуальный подтекст.



Рис. 16

Рис. 16 Пальцы сжаты в кулак, на который опирается подбородок. Жест означает: «Я тебя внимательно слушаю» и несет идею сдержанной агрессивности и поиска компромисса.



Рис. 17

Рис. 17 Пальцы сжаты в кулак, повернутый ладонью к себе. Указательный палец выпрямлен и касается губ. Жест является аналогом предыдущего, но несет инфантильный подтекст.



Рис. 18

Рис. 18 Ладонь раскрыта, четыре пальца прижаты друг к другу, большой палец отогнут в сторону. Ладонь охватывает собственное горло. Жест означает усталость и нетерпение: «Как вы мне надоели!».



Рис. 19

Рис. 19 Пальцы сжаты в кулак, направленный ладонью к себе, указательный и средний пальцы выпрямлены и слегка касаются середины лба. Жест имеет несколько смыслов:
а) как часть христианского ритуала может означать «крестное знамение»;
б) во время спора может означать: «Ты глуп! Подумай хорошенько!»



Рис. 20

Рис. 20 Пальцы сжаты в кулак, повернутый ладонью к себе. Указательный палец выпрямлен и прижат к щеке. Жест означает: «Я тебя внимательно слушаю».



Рис. 21

Рис. 21 Жест курильщика означает: «Я слушаю тебя не внимательно, мне не интересно то, что ты говоришь. Я красуюсь собой».



Рис. 22

Рис. 22 Жест означает готовность вступить в разговор. Дополнительное значение: «Я хорош собой».



Рис. 23

Рис. 23 Жест так же означает стремление вступить в разговор – «последняя разминка».

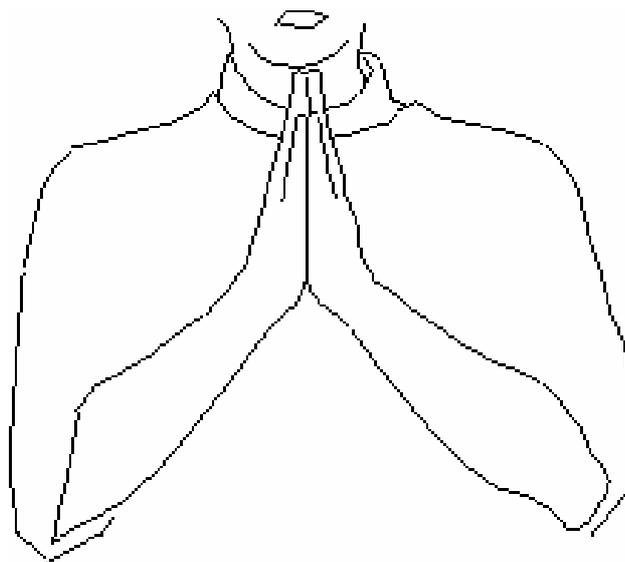


Рис. 24

Рис. 24 Жест имеет несколько значений:

- а) молитва, просьба о помощи;
- б) интерес к собеседнику, игривое настроение.

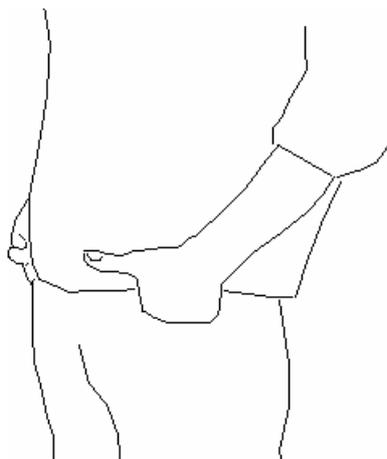


Рис. 25

Рис. 25 Руки в карманах, большие пальцы под углом в 90 градусов к ладоням. Жест уверенности в себе, готовности к решительным поступкам, скрытой агрессивности. Напоминает положение рук перед дуелью на пистолетах времен покорения американского запада.

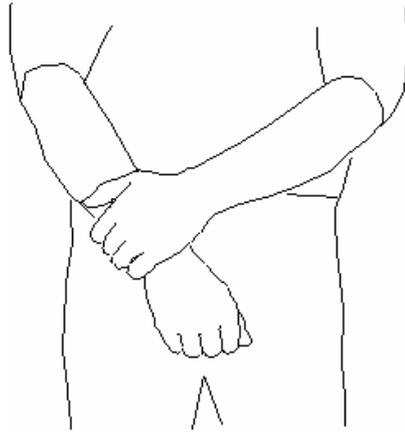


Рис. 26

Рис. 26 Жест означает спокойствие, сдержанность. В восточных единоборствах является базовым положением рук перед началом схватки.

ГЛАВА 2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПРАКТИКЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВА

2.1 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (МКБ – 10 F40 - F48). Введение

В настоящее время проблемы, с которыми обращается к консультанту клиент, принято квалифицировать согласно критериям Международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра. Эта классификация была разработана ведущими специалистами многих стран и, по мнению Всемирной Организации Здравоохранения, отвечает современным требованиям. Введение в практику МКБ-10 - это попытка установить для специалистов всех стран единый язык, что позволяет верифицировать исследования, избегать двойственных трактовок расстройств; поддерживает интегративные процессы в науках о человеке. Несмотря на то, что МКБ-10 является медицинской классификацией, знание ее диагностических принципов, лежащих в ее основе, и использование ее критериев представляются обязательным и для консультантов, имеющих не медицинское образование. В современном мире зачастую с клиентом одновременно или последовательно работают психиатр, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, что и делает очень актуальной проблему преемственности и дополнительности консультирования. В России МКБ-10 используется с 2000 года, существует несколько официальных редакций перевода классификации на русский язык. В данном пособии текст МКБ-10 приводится в редакции Б. А. Казаковцева, В.Б. Голланда (1998). Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной (хотя и не точно установленной) части этих расстройств с психологическими причинами. Как уже было отмечено в общем введении к МКБ-10, понятие невроза было сохранено не в качестве основополагающего принципа, а в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по-прежнему считать невротическими в их собственном понимании этого термина (см. замечание по поводу неврозов в общем введении).

Часто наблюдаются сочетания симптомов (самым распространенным является сосуществование депрессии и тревоги), особенно в случаях менее тяжелых расстройств, обычно встречающихся в сфере первичной медицинской помощи. Несмотря на то, что надо стремиться к выделению ведущего синдрома, для тех случаев сочетания депрессии и тревоги, в которых было бы искусственным настаивать на таком решении, предусмотрена смешанная рубрика депрессии и тревоги (F41.2).

2.2. (F40) Фобические тревожные расстройства

Группа расстройств, в которой тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. В результате эти ситуации обычно характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса. Обеспокоенность пациента может концентрироваться на отдельных симптомах, таких как сердцебиение или ощущение дурноты, и часто сочетается с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Тревога не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей. Одно лишь представление о попадании в фобическую ситуацию обычно заранее вызывает тревогу предвосхищения.

Принятие критерия, что фобический объект или ситуация являются внешними по отношению к субъекту, подразумевает, что многие страхи наличия какого-либо заболевания (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) теперь классифицируются в рубрике F45.2 (ипохондрическое расстройство). Однако если страх заболевания возникает и повторяется главным образом при возможном соприкосновении с инфекцией или загрязнении, или является просто страхом медицинских процедур (инъекций, операций и т.д.), либо медицинских учреждений (стоматологических кабинетов, больниц и т.д.), в этом случае подходящей будет рубрика F40.- (обычно - F40.2, специфические (изолированные) фобии).

Фобическая тревога часто сосуществует с депрессией. Предшествующая фобическая тревога почти неизменно усиливается во время преходящего депрессивного эпизода. Некоторые депрессивные эпизоды сопровождаются временной фобической тревогой, а пониженное настроение часто сопутствует некоторым фобиям, особенно агорафобии. Сколько диагнозов при этом необходимо ставить - два (фобическая тревога и депрессивный эпизод) или только один, - зависит от того, развилось ли одно расстройство явно раньше другого, и от того, является ли одно расстройство отчетливо преобладающим на момент постановки диагноза. Если критерии для депрессивного расстройства удовлетворялись еще до того, как впервые появились фобические симптомы, тогда первое расстройство надо диагностировать как основное (см. замечание в общем введении).

Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин.

В данной классификации паническая атака (F41.0), возникающая в установленной фобической ситуации, считается отражением тяжести фобии, которая должна кодироваться в первую очередь как основное расстройство. Паническое расстройство как таковое должно диагностироваться только при отсутствии каких-либо фобий, перечисленных в рубрике F40.

2.2.1. (F0.0) Агорафобия.

Термин «агорафобия» употребляется здесь в более широком смысле, чем при его изначальном введении или чем он до сих пор используется в некоторых странах. Теперь он включает страхи не только открытых пространств, но также близких к ним ситуаций, таких, как наличие толпы и невозможность сразу же вернуться в безопасное место (обычно -

домой). Таким образом, термин включает в себя целую совокупность взаимосвязанных и обычно частично совпадающих фобий, охватывающих страхи выходить из дома: входить в магазины, толпу или общественные места или путешествовать одному в поездах, автобусах или самолетах. Несмотря на то, что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения могут быть различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, и некоторые пациенты становятся полностью прикованными к дому. Многие больные ужасаются при мысли, что могут упасть и быть оставленными в беспомощном состоянии на людях. Отсутствие немедленного доступа и выхода является одной из ключевых черт многих агорафобических ситуаций. Большинство больных - женщины, и начало расстройства обычно приходится на ранний зрелый возраст. Могут также присутствовать депрессивные и obsессивные симптомы и социальные фобии, но они не преобладают в клинической картине. При отсутствии эффективного лечения агорафобия часто становится хронической, хотя и течет обычно волнообразно.

Диагностические указания: Для постановки достоверного диагноза должны быть удовлетворены все из нижеперечисленных критериев:

а) психологические или вегетативные симптомы должны быть первичным выражением тревоги, а не быть вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли;

б) тревога должна быть ограничена только (или преимущественно) хотя бы двумя из следующих ситуаций: толпа, общественные места, передвижение вне дома и путешествие в одиночестве;

в) избегание фобических ситуаций является или было выраженным признаком.

Следует отметить: Диагностика агорафобии предусматривает сопряженное с перечисленными фобиями в определенных ситуациях поведение, направленное на преодоление страха и/или избегание фобических ситуаций, приводящее к нарушению привычного жизненного стереотипа и различной степени социальной дезадаптации (вплоть до полного отказа от любой деятельности вне дома).

Дифференциальный диагноз: Необходимо помнить, что некоторые больные агорафобией испытывают лишь слабую тревогу, так как им всегда удается избежать фобические ситуации. Присутствие других симптомов, таких как депрессия, деперсонализация, obsессивные симптомы и социальные фобии, не противоречит диагнозу при условии, что они не преобладают в клинической картине. Однако если у больного уже была отчетливая депрессия к моменту первого появления фобических симптомов, более подходящим основным диагнозом может быть депрессивный эпизод; это чаще наблюдается в случаях с поздним началом расстройства.

Наличие или отсутствие панического расстройства (F41.0) в большинстве случаев попадания в агорафобические ситуации должно быть отражено с помощью пятого знака:

F40.00 без панического расстройства;

F40.01 с паническим расстройством.

Включаются:

- агорафобия без панического расстройства в анамнезе;
- паническое расстройство с агорафобией.

F40.00 Агорафобия без панического расстройства

Включается:

- агорафобия без панического расстройства в анамнезе.

F40.01 Агорафобия с паническим расстройством

Включается:

- паническое расстройство с агорафобией.

2.2.2. F40.1 Социальные фобии

Социальные фобии часто начинаются в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. В отличие от большинства других фобий, социальные фобии одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин. Они могут быть изолированными (например, ограничиваясь только страхом еды на людях, публичных выступлений или встреч с противоположным полом) или диффузными, включающими в себя почти все социальные ситуации вне семейного круга. Важным может быть страх рвоты в обществе. В некоторых культурах особенно пугающим может быть прямое столкновение с глазу на глаз. Социальные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики. Они могут проявляться жалобами на покраснение лица, тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию, при этом иногда пациент убежден, что одно из этих вторичных выражений его тревоги является основной проблемой; симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак. Часто значительно выражено избегание этих ситуаций, что в крайних случаях может привести к почти полной социальной изоляции.

Диагностические указания:

Для постановки достоверного диагноза должны быть удовлетворены все ниже перечисленные критерии:

а) психологические, поведенческие или вегетативные симптомы должны быть проявлением прежде всего тревоги, а не быть вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли;

б) тревога должна быть ограничена только или преимущественно определенными социальными ситуациями;

в) избегание фобических ситуаций должно быть выраженным признаком.

Дифференциальный диагноз:

Часто выражены и агорафобия и депрессивные расстройства, и они могут способствовать тому, что больной становится прикованным к дому. Если дифференциация социальной фобии и агорафобии представляет затруднения, агорафобию следует кодировать в первую очередь как основное расстройство; не следует ставить диагноз депрессии, если только не выявляется полный депрессивный синдром.

Включаются:

- антропофобия;
- социальный невроз.

F40.2.3 Специфические (изолированные) фобии

Это фобии, ограниченные строго определенными ситуациями, такими, как нахождение рядом с какими-то животными, высота, гроза, темнота, полеты в самолетах, закрытые пространства, мочеиспускание или дефекация в общественных туалетах, прием определенной пищи, лечение у зубного врача, вид крови или повреждений и страх подвергнуться определенным заболеваниям. Несмотря на то, что пусковая ситуация является изолированной, попадание в нее может вызвать панику как при агорафобии или социальной фобии. Специфические фобии обычно появляются в детстве или молодом возрасте и, если остаются не леченными, могут сохраняться десятилетиями. Серьезность расстройства, возникающего в результате снижения продуктивности, зависит от того, насколько легко субъект может избегать фобическую ситуацию. Страх фобических объектов не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности, в противоположность агорафобии. Обычными объектами фобий

заболеваний являются лучевая болезнь, венерические инфекции и, с недавнего времени, СПИД.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза должны быть удовлетворены все нижеперечисленные критерии:

а) психологические или вегетативные симптомы должны быть первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким как бред или навязчивые мысли;

б) тревога должна ограничиваться определенным фобическим объектом или ситуацией;

в) фобическая ситуация избегается, когда только это возможно.

Дифференциальный диагноз:

Обычно обнаруживается, что другие психопатологические симптомы отсутствуют, в отличие от агорафобии и социальных фобий. Фобии вида крови и повреждений отличаются от остальных тем, что приводят к брадикардии и иногда - синкопам, а не к тахикардии. Страхи определенных заболеваний, таких как рак, болезни сердца или венерические болезни, должны классифицироваться под рубрикой «ипохондрическое расстройство» (F45.2), если только они не связаны со специфическими ситуациями, в которых заболевание может быть приобретено. Если убежденность в наличии заболевания достигает интенсивности бреда, используется рубрика «бредовое расстройство» (F22.0x). Пациенты, которые убеждены в наличии у них нарушения или уродства определенной части тела (часто лицевой), объективно не замечаемых окружающими (что иногда определяется как дисморфофобия), должны быть классифицированы в рубрике «ипохондрическое расстройство» (F45.2) или «бредовое расстройство» (F22.0x), в зависимости от силы и стойкости их убежденности.

Включаются:

- боязнь животных;
- клаустрофобия;
- акрофобия;
- фобия экзаменов;
- простая фобия.

Исключаются:

- дисморфофобия (небредовая) (F45.2);
- боязнь заболеть (нозофобия) (F45.2).

F40.8 Другие фобические тревожные расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное

Включаются:

- фобия БДУ;
- фобические состояния БДУ.

2.3. (F41) Другие тревожные расстройства

Расстройства, при которых проявления тревоги являются главными симптомами, не ограничиваются особой ситуацией. Могут также присутствовать депрессивные и obsessивные симптомы и даже некоторые элементы фобической тревоги, но они являются отчетливо вторичными и менее тяжелыми.

2.3.1. F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)

Основным признаком являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Как и при других тревожных расстройствах, доминирующие симптомы варьируют у разных больных, но общими являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация). Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя временами и дольше; их частота и течение расстройства довольно переменчивы. В панической атаке больные часто испытывают резко нарастающие страх и вегетативные симптомы, которые приводят к тому, что больные торопливо покидают место, где находятся. Если подобное возникает в специфической ситуации, например, в автобусе или в толпе, больной может впоследствии избегать эту ситуацию. Аналогично, частые и непредсказуемые панические атаки вызывают страх оставаться одному или появляться в людных местах. Паническая атака часто приводит к постоянному страху возникновения другой атаки.

Диагностические указания:

В этой классификации паническая атака, возникающая в установленной фобической ситуации, считается выражением тяжести фобии, которая в диагностике должна быть учтена в первую очередь. Паническое расстройство должно быть диагностировано как основной диагноз только при отсутствии любой из фобий в F40.-.

Для достоверного диагноза необходимо, чтобы несколько тяжелых атак вегетативной тревоги возникали на протяжении периода около 1 месяца:

- а) при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой;
- б) атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями;
- в) между атаками состояние должно быть сравнительно свободным от тревожных симптомов (хотя тревога предвосхищения является обычной).

Дифференциальный диагноз:

Паническое расстройство необходимо отличать от панических атак, возникающих как часть установленных фобических расстройств, как уже отмечено. Панические атаки могут быть вторичными по отношению к депрессивным расстройствам, особенно у мужчин, и если также выявляются критерии депрессивного расстройства, паническое расстройство не должно устанавливаться как основной диагноз.

Включаются:

- панический приступ;
- паническая атака;
- паническое состояние.

Исключается:

- паническое расстройство с агорафобией (F40.01).

2.3.2 F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (то есть она является «нефиксированной»). Как и при других тревожных расстройствах, доминирующие симптомы очень переменчивы, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области. Часто выражаются страхи, что больной или его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а

также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Это расстройство более характерно для женщин и часто связано с хроническим средовым стрессом. Течение различно, но имеются тенденции к волнообразности и хронификации.

Диагностические указания:

У больного должны быть первичные симптомы тревоги большинство дней за период, по крайней мере, несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев. Эти симптомы обычно включают:

- а) опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.);
- б) моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);
- в) вегетативную гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

У детей могут быть выраженными потребность быть успокаиваемыми и рецидивирующие соматические жалобы.

Транзиторное появление (на несколько дней) других симптомов, особенно депрессии, не исключает генерализованного тревожного расстройства как основного диагноза, но больной не должен соответствовать полным критериям депрессивного эпизода (F32.-), фобического тревожного расстройства (F40.-), панического расстройства (F41.0), обсессивно-компульсивного расстройства (F42.x).

Включаются:

- тревожное состояние;
- тревожный невроз;
- невроз тревоги;
- тревожная реакция.

Исключается:

- неврастения (F48.0).

2.3.3. F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Эта смешанная категория должна использоваться, когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы оправдать диагноз. Если имеется тяжелая тревога с меньшей степенью депрессии, используется одна из других категорий для тревожных или фобических расстройств. Когда присутствуют депрессивные и тревожные симптомы, и они достаточно выражены для отдельной диагностики, тогда должны кодироваться оба диагноза, а настоящая категория не должна использоваться; если из практических соображений можно установить только один диагноз, депрессии следует отдать предпочтение. Должны иметь место некоторые вегетативные симптомы (такие как тремор, сердцебиение, сухость во рту, бурление в животе и пр.), даже если они непостоянны; не используется эта категория, если присутствует только беспокойство или чрезмерная озабоченность без вегетативных симптомов. Если симптомы, отвечающие критериям этого расстройства, возникают в тесной связи со значимыми жизненными переменами или стрессовыми событиями жизни, тогда используется категория F43.2x, расстройство приспособительных реакций.

Пациенты с такой смесью сравнительно легких симптомов часто наблюдаются при первичном обращении, но их гораздо больше существует в населении, не попадающих во внимание медиков.

Включается:

- тревожная депрессия (легкая или неустойчивая).

Исключается:

- хроническая тревожная депрессия (дистимия) (F34.1).

2.3.4. F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

Эта категория должна использоваться для расстройств, соответствующих критериям F41.1 генерализованного тревожного расстройства и имеющих также явные (хотя часто кратковременные) признаки других расстройств в F40 - F49, не удовлетворяя при этом критериям этих других расстройств полностью. Обычными примерами являются обсессивно-компульсивное расстройство (F42.x), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.-), соматизированное расстройство (F45.0), недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1) и ипохондрическое расстройство (F45.2). Если симптомы, соответствующие критериям этого расстройства, возникают в тесной связи со значимыми жизненными переменами или стрессовыми событиями, используется категория F43.2x, расстройство приспособительных реакций.

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

Следует отметить:

В эту рубрику относятся фобические состояния, в которых симптомы фобии дополняются массивной конверсионной симптоматикой.

Включается:

тревожная истерия.

Исключается:

диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44.-).

F41.9 Тревожное расстройство неуточненное

Включается:

тревожность БДУ.

2.4. F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

Основной чертой являются повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. (Для краткости термин «обсессивный» будет использоваться впоследствии вместо «обсессивно-компульсивный» по отношению к симптомам). Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда тягостны (потому что они имеют агрессивное или непристойное содержание или просто потому, что они воспринимаются как бессмысленные), и больной часто пытается безуспешно сопротивляться им. Тем не менее, они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают произвольно и невыносимы. Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач. Их смысл заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, причиняющих вред больному или со стороны больного.

Обычно, хотя необязательно, такое поведение воспринимается больным как бессмысленное или бесплодное, и он повторяет попытки сопротивления ему; при очень длительных состояниях сопротивление может быть минимальным. Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения. Существует тесная

взаимосвязь между обсессивными симптомами, особенно обсессивными мыслями, и депрессией. У больных с обсессивно-компульсивным расстройством часто наблюдаются депрессивные симптомы, а у больных, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством (F33.-), могут развиваться обсессивные мысли в течение депрессивных эпизодов. В обеих ситуациях, нарастание или снижение тяжести депрессивных симптомов обычно сопровождается параллельными изменениями в тяжести обсессивных симптомов.

Обсессивно-компульсивное расстройство в равной степени может быть у мужчин и женщин, в основе личности часто выступают ананкастные черты. Начало обычно в детском или юношеском возрасте. Течение вариабельно и при отсутствии выраженных депрессивных симптомов вероятнее его хронический тип.

Диагностические указания:

Для точного диагноза, обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те, и другие должны иметь место наибольшее количество дней за период, по крайней мере, 2 недели подряд и быть источником дистресса и нарушения активности.

Обсессивные симптомы должны иметь следующие характеристики:

- а) они должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- б) должны быть, по крайней мере, одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной более не сопротивляется;
- в) мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным);
- г) мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

Следует отметить:

Выполнение компульсивных действий не во всех случаях обязательно соотносится с конкретными навязчивыми опасениями или мыслями, а может быть направлено на избавление от спонтанно возникающего ощущения внутреннего дискомфорта и/или тревоги.

Дифференциальный диагноз:

Дифференциальный диагноз между обсессивно-компульсивным расстройством и депрессивным расстройством может вызывать трудности, поскольку эти 2 типа симптомов часто возникают вместе. В остром эпизоде предпочтение должно отдаваться расстройству, симптомы которого возникли первыми; когда представлены оба, но ни один не доминирует, обычно лучше считать депрессию первичной. При хронических расстройствах должно отдаваться предпочтение тому из них, симптомы которого сохраняются наиболее часто при отсутствии симптомов другого.

Случайные панические атаки или легкие фобические симптомы не являются препятствием для диагноза. Однако, обсессивные симптомы, развивающиеся при наличии шизофрении, синдрома Жилье де ла Туретта, или органического психического расстройства, должны расцениваться как часть этих состояний.

Хотя обсессивные мысли и компульсивные действия обычно сосуществуют, целесообразно устанавливать один из этих типов симптоматики в качестве доминирующего у некоторых больных, поскольку они могут реагировать на разные виды терапии.

Включаются:

- обсессивно-компульсивный невроз;
- обсессивный невроз;
- ананкастный невроз.

Исключается:

- обсессивно-компульсивная личность (расстройство) (F60.5x).

2.4.1. F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)

Они могут принимать форму идей, психических образов или импульсов к действиям. Они очень различны по содержанию, но почти всегда неприятны для субъекта. Например, женщина мучается страхом, что она может случайно не устоять перед импульсом убить любимого ребенка, или же непристойных или богохульных и чуждых «я» повторяющихся

образов. Иногда идеи просто бесполезны, включая бесконечные квази-философские рассуждения по малосущественным альтернативам. Эти не приводящие к решению рассуждения по альтернативам являются важной частью многих других обсессивных размышлений и часто сочетаются с невозможностью сделать тривиальные, но необходимые в повседневной жизни решения. Взаимосвязь между обсессивными размышлениями и депрессией особенно тесная: диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства должно отдаваться предпочтение, только если размышления возникают или продолжают оставаться при отсутствии депрессивного расстройства.

F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

Большинство навязчивых действий (компульсий) касается соблюдения чистоты (особенно мытья рук), непрерывного контроля за предотвращением потенциально опасной ситуации или за порядком и аккуратностью.

В основе внешнего поведения лежит страх, обычно опасности для больного или опасности, вызываемой больным, а ритуальное действие является бесплодной или символической попыткой предотвратить опасность.

Компульсивные ритуальные действия могут ежедневно занимать помногу часов и иногда сочетаются с нерешительностью и медлительностью. Они в равной степени встречаются у обоих полов, но ритуалы мытья рук более характерны для женщин, а медлительность без повторения – для мужчин.

Компульсивные ритуальные действия менее тесно связаны с депрессией, нежели обсессивные мысли, и более легко поддаются поведенческой терапии.

Следует отметить:

Помимо компульсивных действий (навязчивых ритуалов) - действий, непосредственно связанных с навязчивыми мыслями и/или тревожными опасениями и направленными на их предотвращение, в эту рубрику следует относить и компульсивные действия, выполняемые больным в целях избавления от спонтанно возникающего внутреннего дискомфорта и/или тревоги.

2.4.2. F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

Большинство обсессивно-компульсивных больных имеют элементы как обсессивного мышления, так и компульсивного поведения. Эта субкатегория должна применяться, если оба расстройства в равной степени выражены, как часто бывает, но целесообразно устанавливать только одно, если оно явно доминирует, поскольку мысли и действия могут реагировать на разные виды терапии.

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

Эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяются не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного или другого из двух причинных факторов: исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. Хотя менее тяжелый психосоциальный стресс («жизненное событие») может провоцировать начало или способствовать проявлению очень широкого диапазона расстройств, классифицируемых в других рубриках этого класса, его этиологическое значение не всегда ясно и в каждом случае зависит от индивидуальной, часто особой уязвимости. Другими словами, наличие психосоциального стресса не необходимо и недостаточно для объяснения возникновения и формы расстройства. В отличие от этого, расстройства, рассматриваемые в данной рубрике, видимо, всегда возникают как прямое следствие острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы. Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором, и расстройство не возникло бы без их влияния. В эту категорию включаются реакции на тяжелый стресс и

расстройства адаптации во всех возрастных группах, включая детей и подростков. Каждый из отдельных симптомов, из которых складываются острая реакция на стресс и расстройство адаптации, может встречаться и при других расстройствах, но имеются некоторые особые признаки в том, как проявляются эти симптомы, что оправдывает объединение этих состояний в клинической единице. Третье состояние в этом подразделе посттравматическое стрессовое расстройство - имеет относительно специфические и характерные клинические признаки. Расстройства в этой секции могут таким образом рассматриваться как нарушенные адаптационные реакции на тяжелый пролонгированный стресс, в том смысле, что они препятствуют действию механизма успешной адаптации и поэтому ведут к нарушенному социальному функционированию. Акты самоповреждения, чаще всего самоотравления выписанными лекарствами, совпадающие по времени с началом стрессовой реакции или адаптационного расстройства, должны отмечаться с помощью дополнительного кода X из Класса XX МКБ-10. Эти коды не позволяют провести дифференциацию между попыткой суицида и «парасуицидом», так как оба понятия включены в общую категорию самоповреждения.

2.5. F43.0 Острая реакция на стресс

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных).

В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности; об этом свидетельствует тот факт, что это расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу. Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора - F44.2), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия (F44.0) эпизода. Если симптоматика сохраняется, то встает вопрос об изменении диагноза (и ведения больного).

Диагностические указания:

Должна быть обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики; начало обычно немедленное или через несколько минут. **Вдобавок, симптомы:**

а) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;

б) прекращаются быстро (самое большее - в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Этот диагноз не может быть использован для обозначения внезапных экастербаций симптомов у лиц, уже имеющих симптомы, которые отвечают критериям любого

психического расстройства, исключая таковые в F60.- (специфические расстройства личности). Однако предшествующее психическое расстройство в анамнезе не делает неадекватным использование этого диагноза.

Включаются:

- нервная демобилизация;
- кризисное состояние;
- острая кризисная реакция;
- острая реакция на стресс;
- боевая усталость;
- психический шок.

2.5.1. F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления). Предиспонирующие факторы, такие как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения.

Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее.

Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей.

С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразное, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0).

Диагностические указания:

Это расстройство не должно диагностироваться, если нет доказательств, что оно возникло в течение 6 месяцев от тяжелого травматического события. «Предположительный» диагноз возможен, если промежуток между событием и началом более 6 месяцев, но клинические проявления типичны и нет никакой возможности альтернативной квалификации расстройств (например, тревожное или обсессивно-компульсивное расстройство или депрессивный эпизод). Доказательства наличия травмы должны быть дополнены повторяющимися навязчивыми воспоминаниями о событии, фантазиями и представлениями в дневное время. Заметная эмоциональная отчужденность, оцепенение чувств и избегание стимулов, которые могли бы вызвать воспоминания о травме, встречаются часто, но не являются необходимыми для диагностики. Вегетативные расстройства, расстройство

настроения и нарушения поведения могут включаться в диагноз, но не являются первостепенно значимыми.

Отдаленные хронические последствия опустошающего стресса, то есть те, которые манифестируют спустя десятилетия после стрессового воздействия, должны классифицироваться в F62.0.

Включается:

- травматический невроз.

2.5.2. F43.2 Расстройство приспособительных реакций

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стрессор (стресс-фактор) может затрагивать индивидуума или также его микросоциальное окружение.

Более важную, чем при других расстройствах в F43.-, роль в риске возникновения и формирования проявлений адаптационных расстройств играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость, но, тем не менее, считается, что состояние не возникло бы без стрессового фактора. Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Индивидуум может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Тем не менее, дополнительно, особенно у подростков, могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или диссоциальное поведение).

Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе. Регрессивные феномены у детей, такие как энурез, детская речь или сосание пальца, зачастую являются частью симптоматики. При преобладании этих черт следует использовать F43.23.

Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев (кроме F43.21 - пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации). При сохранении симптоматики диагноз следует изменить в соответствии с имеющейся клинической картиной, а какой-либо продолжающийся стресс может быть закодирован с помощью одного из «Z» - кодов Класса XX МКБ-10.

Контакты с медицинской и психиатрической службами вследствие нормальных реакций горя, которые соответствуют культуральному уровню данного лица и обычно не превышают 6 месяцев, не должны обозначаться кодами этого Класса (F), а должны квалифицироваться с помощью кодов Класса XXI МКБ-10, такими как, Z-71.- (консультирование) или Z73.3 (стрессовое состояние, не классифицируемое в других рубриках).

Реакции горя любой длительности, оцениваемые, как аномальные вследствие их формы или содержания, должны кодироваться как F43.22, F43.23, F43.24 или F43.25, а те, которые остаются интенсивными и продолжаются более 6 месяцев, - F43.21 (пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).

Диагностические указания:

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

- а) формой, содержанием и тяжестью симптомов;
- б) анамнестическими данными и личностью;
- в) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессор относительно мал и если временная связь (менее 3 месяцев) не может быть установлена, расстройство следует классифицировать в другом месте в соответствии с имеющимися признаками.

Включаются:

- культурный шок;
- реакция горя;
- госпитализм у детей.

Исключается:

тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0).

При критериях расстройств адаптации клиническая форма или преобладающие признаки должны быть уточнены по пятому знаку.

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

Транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца по длительности.

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

Отчетливо выраженные тревожные и депрессивные симптомы, но их уровень не больше, чем в смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) или в другом смешанном тревожном расстройстве (F41.3).

F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций

Обычно симптомы нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или другого смешанного тревожного расстройства (F41.3), но они не являются столь преобладающими, чтобы могли быть диагностированы другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства. Эта категория должна использоваться и у детей, когда имеется регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальца.

F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения

Основным расстройством является нарушение поведения, то есть подростковая реакция горя, приводящая к агрессивному или диссоциальному поведению.

F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации

Явными характеристиками являются как эмоциональные симптомы, так и расстройства поведения.

F43.28 Другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

Следует отметить:

В эту рубрику относятся нозогенные реакции, возникающие в связи с тяжелым соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события).

Страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации, сочетающиеся с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания (невротические реакции). При затяжных реакциях на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с тщательной регистрацией малейших признаков телесного

неблагополучия, установлением щадящего «предохраняющего» от возможных осложнений или обострений соматической болезни режима (диета, главенство отдыха над работой, исключение любой информации, воспринимаемой как «стрессорная», жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.

В ряде случаев сознание происшедших патологических изменений в деятельности организма сопровождается не тревогой и страхом, но стремлением к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды («ипохондрия здоровья»). Обычным становится вопрос о том, как могла произойти катастрофа, поразившая тело. Доминируют идеи полного восстановления «любой ценой» физического и социального статуса, ликвидации причин заболевания и его последствий. Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, «модернизировать» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями, производимыми вопреки медицинским рекомендациям.

Синдром патологического отрицания болезни распространен преимущественно у больных с угрожающей жизни патологией (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.). Полное отрицание заболевания, сопряженное с убежденностью в абсолютной сохранности функций организма, встречается относительно редко. Чаще наблюдается тенденция к минимизации тяжести проявлений соматической патологии. В этом случае пациенты отрицают не заболевание как таковое, а лишь те его аспекты, которые имеют угрожающий смысл. Так, исключается возможность летального исхода, инвалидизации, необратимых изменений в организме.

Включается:

- «ипохондрия здоровья».

Исключается:

- ипохондрическое расстройство (F45.2).

F43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная

2.6. F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

Общие признаки, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой. Обычно существует значительная степень сознательного контроля над памятью и ощущениями, которые могут быть выбраны для непосредственного внимания, и над движениями, которые надо выполнить. Предполагается, что при диссоциативных расстройствах этот сознательный и элективный контроль нарушен до такой степени, что он может меняться от дня ко дню и даже от часа к часу. Степень потери функции, находящейся под сознательным контролем, обычно трудно оценить.

Эти расстройства обычно классифицировались, как различные формы «конверсионной истерии». Этот термин употреблять нежелательно в виду его многозначности. Предполагается, что описываемые здесь диссоциативные расстройства являются «психогенными» по происхождению, будучи тесно связанными по времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями.

Поэтому часто можно делать предположения и интерпретации относительно индивидуальных способов преодоления непереносимого стресса, но концепции, выводящиеся из частных теорий, таких как «бессознательная мотивация» и «вторичная выгода», не включены в число диагностических указаний или критериев.

Термин «конверсия» широко используется для некоторых из этих расстройств и подразумевает неприятный аффект, порожденный проблемами и конфликтами, которые индивидуум не может разрешить, и трансфигурованный в симптомы.

Начало и окончание диссоциативных состояний часто внезапны, но они редко наблюдаются за исключением специально разработанных способов взаимодействия или

процедур, таких как гипноз. Изменение или исчезновение диссоциативного состояния может ограничиваться длительностью этих процедур.

Все типы диссоциативных расстройств имеют тенденцию к ремиттированию спустя несколько недель или месяцев, особенно, если их возникновение было связано с травматическим жизненным событием. Могут развиваться иногда более постепенно и более хронические расстройства, особенно параличи и анестезии, если начало связано с неразрешимыми проблемами или расстроены межперсональными взаимосвязями. Диссоциативные состояния, которые сохранялись в течение 1-2 лет перед обращением к психиатру, часто резистентны к терапии. Пациенты с диссоциативными расстройствами обычно отрицают проблемы и трудности, которые очевидны для других. Любые проблемы, которые распознаются ими, приписываются больными диссоциативным симптомам.

Деперсонализация и дереализация сюда не включаются, поскольку при них обычно нарушаются лишь ограниченные аспекты личностной идентичности, и потери продуктивности в ощущениях, памяти или движениях при этом нет.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза должны быть:

- а) наличие клинических признаков, изложенных для отдельных расстройств в F44.-
- б) отсутствие какого-либо физического или неврологического нарушения, с которым могли бы быть связаны выявленные симптомы;
- в) наличие психогенной обусловленности в форме четкой связи по времени со стрессовыми событиями или проблемами или нарушенными взаимоотношениями (даже если она отрицается больным).

Убедительные доказательства психологической обусловленности может быть трудно найти, даже если они обоснованно подозреваются. При наличии известных расстройств центральной или периферической нервной системы диагноз диссоциативного расстройства должен устанавливаться с большой осторожностью. При отсутствии данных о психологической обусловленности диагноз должен быть временным, и следует продолжать исследование физических и психологических аспектов.

Следует отметить:

Все расстройства этой рубрики при их персистировании, недостаточной связи с психогенными воздействиями, соответствии характеристикам «кататонии под маской истерии» (стойкий мутизм, ступор), выявлении признаков нарастающей астении и/или изменении личности по шизоидному типу следует классифицировать в пределах псевдопсихопатической (психопатопоподобной) шизофрении (F21.4).

Включаются:

- конверсионная истерия;
- конверсионная реакция;
- истерия;
- истерический психоз.

Исключается:

- «кататония под маской истерии» (F21.4);
- симуляция болезни (сознательная симуляция) (Z76.5).

2.6.1. F44.0 Диссоциативная амнезия

Основной признак - потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью. Амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких, обычно она является парциальной и селективной. Генерализованность и полнота амнезии часто варьируют день ото дня и при оценке разными исследователями, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить в состоянии бодрствования. Полная и

генерализованная амнезия является редкой и обычно представляет собой проявление состояния фуги (F44.1). В этом случае она должна быть классифицирована в качестве таковой.

Аффективные состояния, которые сопровождают амнезию, очень разнообразны, но тяжелая депрессия является редкой. Могут быть очевидными растерянность, дистресс и разные степени поведения, направленного на поиск внимания, но иногда бросается в глаза позиция спокойной примиренности. Чаще всего заболевают в молодом возрасте, причем самые крайние проявления обычно имеют место у мужчин, подверженных стрессу сражений. У пожилых неорганические диссоциативные состояния являются редкими. Может наблюдаться бесцельное бродяжничество, обычно сопровождающееся гигиенической запущенностью и редко продолжающееся более одного-двух дней.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются:

а) амнезия, парциальная или полная, на недавние события травматической или стрессовой природы (эти аспекты могут выясниться при наличии других информантов);

б) отсутствие органических расстройств мозга, интоксикации или чрезмерной усталости.

Дифференциальный диагноз:

При органических психических расстройствах обычно имеются другие признаки нарушения нервной системы, что сочетается с явными и согласующимися с ними признаками помрачения сознания, дезориентировки и колебания осознания. Потеря памяти на совсем недавние события более характерна для органических состояний, безотносительно к каким-либо травматическим событиям или проблемам. Алкогольные или наркоманийные палимпсесты по времени тесно связаны со злоупотреблением психоактивными веществами, и утраченная память не может быть восстановлена. Потеря краткосрочной памяти при амнестическом состоянии (синдроме Корсакова), когда непосредственное воспроизведение остается нормальным, но утрачивается через 2-3 минуты, не обнаруживается при диссоциативной амнезии.

Амнезия после сотрясения или серьезной травмы мозга обычно является ретроградной, хотя в тяжелых случаях может быть и антероградной; диссоциативная амнезия обычно преимущественно ретроградная.

Только диссоциативная амнезия может модифицироваться гипнозом. Амнезия после припадков у больных эпилепсией и при других состояниях ступора или мутизма, обнаруживающаяся иногда у больных шизофренией или депрессией, обычно может дифференцироваться за счет других характеристик основного заболевания.

Труднее всего дифференцировать от сознательной симуляции, и здесь может потребоваться неоднократная и тщательная оценка преморбидной личности. Сознательная симуляция амнезии обычно связана с очевидными денежными проблемами, опасностью гибели в военное время или возможным тюремным заключением или смертным приговором.

Исключаются:

- амнестическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя или других психоактивных веществ (F10-F19 с общим четвертым знаком .6);
- амнезия БДУ (R41.3);
- антероградная амнезия (R41.1);
- неалкогольный органический амнестический синдром (F04.-);
- постиктальная амнезия при эпилепсии (G40.-);
- ретроградная амнезия (R41.2).

F44.1 Диссоциативная fuga

Диссоциативная fuga имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями, во время которых больной поддерживает уход за собой. В некоторых случаях принимается новая идентичность личности, обычно на несколько дней, но иногда на длительные периоды и с удивительной степенью полноты. Организованное путешествие может быть в места ранее известные и эмоционально значимые.

Хотя период фуги амнезируется, поведение пациента в это время для независимых наблюдателей может представляться совершенно нормальным.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза должны быть:

а) признаки диссоциативной амнезии (F44.0);
б) целенаправленное путешествие вне пределов обычной повседневности (дифференциация между путешествием и блужданием должна проводиться с учетом местной специфики);

в) поддержание ухода за собой (питание, умывание и пр.) и несложное социальное взаимодействие с незнакомыми людьми (например, больные покупают билеты или бензин, спрашивают, как проехать, заказывают еду).

Дифференциальный диагноз:

Дифференциация с постиктальной фугой, наблюдающейся преимущественно после височной эпилепсии, обычно не представляет трудности при учете эпилепсии в анамнезе, отсутствии стрессовых событий или проблем и менее целенаправленной и более фрагментированной деятельности и путешествий у больных эпилепсией.

Как и при диссоциативной амнезии может быть очень трудной дифференциация с сознательной симуляцией фуги.

Исключается:

- фуга после приступа эпилепсии (G40.-).

F44.2 Диссоциативный ступор

Поведение больного отвечает критериям ступора, но осмотр и обследование не выявляют его физической обусловленности. Как и при других диссоциативных расстройствах, дополнительно обнаруживается психогенная обусловленность в форме недавних стрессовых событий или выраженных межперсональных или социальных проблем.

Ступор диагностируется на основании резкого снижения или отсутствия произвольных движений и нормальных реакций на внешние стимулы, такие как свет, шум, прикосновение. Длительное время больной лежит или сидит по существу неподвижно. Полностью или почти полностью отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения.

Хотя может присутствовать некоторая степень нарушения сознания, мышечный тонус, положение тела, дыхание, а иногда и открывание глаз и координированные движения глаз таковы, что становится понятным, что больной не находится ни в состоянии сна, ни в бессознательном состоянии.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза должны быть:

а) вышеописанный ступор;
б) отсутствие физического или психического расстройства, которое могло бы объяснить ступор;

в) сведения о недавних стрессовых событиях или текущих проблемах.

Дифференциальный диагноз:

Диссоциативный ступор следует дифференцировать от кататонического, депрессивного или маниакального. Ступору при кататонической шизофрении часто предшествуют симптомы и поведенческие признаки, предполагающие шизофрению. Депрессивный и маниакальный ступор развиваются относительно медленно, поэтому решающее значение могут иметь сведения, полученные от других информантов. В связи с широким распространением терапии аффективного заболевания на ранних стадиях депрессивный и маниакальный ступор встречаются во многих странах все реже.

Исключаются:

- ступор кататонический (F20.2-);
- ступор депрессивный (F31 - F33);

- ступор маниакальный (F30.28).

F44.3 Транс и одержимость

Расстройства, при которых имеется временная потеря как чувства личностной идентичности, так и полного осознания окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством или «силой». Внимание и осознание могут ограничиваться или фокусироваться на одном-двух аспектах из непосредственного окружения и часто наблюдается ограниченный, но повторяющийся набор движений, лоз и высказываний. Сюда должны включаться только те транссы, которые являются произвольными или нежелательными и затрудняют повседневную деятельность за счет того, что возникают или сохраняются и вне рамок религиозных или других культурально приемлемых ситуаций.

Сюда не должны включаться транссы, развивающиеся в течение шизофрении или острых психозов с бредом и галлюцинациями, или расстройства множественной личности. Эту категорию не следует использовать и в тех случаях, когда предполагается, что состояние транса тесно связано с любым физическим расстройством (таким как височная эпилепсия или черепно-мозговая травма) или интоксикацией психоактивными веществами.

Исключаются:

- состояния, связанные с острыми или преходящими психотическими расстройствами (F23.-);
- состояния, связанные с расстройством личности органической этиологии (F07.0x);
- состояния, связанные с постконтузионным синдромом (F07.2);
- состояния, связанные с интоксикацией, вызванной употреблением психоактивных веществ (F10 - F19) с общим четвертым знаком .0;
- состояния, связанные с шизофренией (F20.-).

2.6.2. F44.4 - F44.7 Диссоциативные расстройства движений и ощущений

При этих расстройствах имеются потеря или затруднения движений или утрата ощущений (обычно кожной чувствительности). Поэтому больной представляется страдающим от физического заболевания, хотя таковое, объясняющее возникновение симптомов, не может быть обнаружено. Симптомы часто отражают представления больного о физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими или анатомическими принципами. Кроме того, оценка психического состояния больного и его социальной ситуации часто предполагает, что снижение продуктивности, вытекающее из утраты функций, помогает ему избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить зависимость или негодование. Хотя для других проблемы или конфликты могут быть очевидными, сам больной часто отрицает их наличие и свои неприятности приписывает симптомам или нарушенной продуктивности.

В разных случаях степень нарушения продуктивности, вытекающая из всех этих типов расстройств, может варьировать в зависимости от количества и состава присутствующих людей и эмоционального состояния больного. Другими словами, помимо основной и неизменной потери чувствительности и движений, которая не находится под произвольным контролем, в той или иной мере может отмечаться поведение, направленное на привлечение внимания.

У некоторых больных симптоматика развивается в тесной связи с психологическим стрессом, у других эта связь не обнаруживается. Спокойное принятие тяжелого нарушения продуктивности («красивое равнодушие») может бросаться в глаза, но не является обязательным; оно обнаруживается и у хорошо адаптированных лиц, перед которыми встает проблема явного и тяжелого физического заболевания.

Обычно обнаруживаются преморбидные аномалии личностных взаимосвязей и личности; причем физическое заболевание, с симптоматикой, напоминающей таковую у больного, может иметь место у близких родственников и друзей. Легкие и транзиторные варианты этих расстройств часто наблюдаются в подростковом возрасте, особенно у девочек,

но хронические варианты обычно встречаются в молодом возрасте. В отдельных случаях устанавливается рецидивирующий тип реакции на стресс в виде этих расстройств, который может проявляться в среднем и пожилом возрасте.

Сюда включаются расстройства лишь с потерей чувствительности, тогда как расстройства с дополнительными сенсациями, такими как боль, или другими сложными сенсациями, в формировании которых участвует вегетативная нервная система, помещены в рубрику соматоформных расстройств (F45.-).

Диагностические указания:

При наличии физических расстройств нервной системы и у ранее хорошо адаптированных лиц с нормальными семейными и социальными взаимосвязями диагноз должен устанавливаться с большой осторожностью.

Для достоверного диагноза:

- а) должны отсутствовать сведения о физическом расстройстве;
- б) нужно располагать достаточной информацией о психологической и социальной ситуации, в которой находится больной, и о его личностных взаимосвязях, чтобы можно было убедительно сформулировать причины возникновения расстройств.

Если имеются сомнения относительно фактических или возможных физических расстройств или если невозможно понять, почему развилось расстройство, то диагноз должен устанавливаться как вероятный или временный. В запутанных или неотчетливых случаях следует всегда иметь в виду возможность более позднего проявления тяжелых физических или психических расстройств.

Дифференциальный диагноз:

От диссоциативных расстройств движений и ощущений следует отличать начальные стадии прогрессирующих неврологических расстройств, особенно рассеянного склероза и системной красной волчанки. Особенно трудную проблему представляют больные, у которых реакция на начальные проявления рассеянного склероза проявляется дистрессом и поведением, направленным на привлечение внимания; прежде чем диагностические решения станут ясными, здесь может потребоваться относительно долгий период для оценок и наблюдения.

Множественные и нечетко определяемые соматические жалобы следует классифицировать в других рубриках, в соматоформных расстройствах (F45.-) или неврастении (F48.0).

Изолированные диссоциативные симптомы могут возникать и при других психических расстройствах, таких как шизофрения или тяжелая депрессия, но последние обычно очевидны и при кодировании должны устанавливаться в качестве основного диагноза.

От диссоциации часто очень трудно отличить сознательную симуляцию утраты движений и ощущений. Решение основывается на тщательном наблюдении и понимании личности больного, обстоятельств, связанных с началом расстройства и соотношением последствий выздоровления по сравнению со стойкой инвалидизацией.

2.6.3. F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

Самым частым вариантом диссоциативного расстройства моторики является утрата способности к движению конечности или ее части или к движению конечностей. Паралич может быть полным или частичным, когда движения слабы или замедленны. Могут проявляться различные формы и степени нарушения координации (атаксия), особенно в ногах, что обуславливает вычурную походку или неспособность стоять без посторонней помощи (астазия-абазия). Может иметь место преувеличенное дрожание одной или более конечностей или всего тела. Сходство может быть близким с почти любым вариантом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии или паралича.

Включаются:

- психогенная афония;
- психогенная дисфония.

F44.5 Диссоциативные конвульсии

Диссоциативные судороги (псевдоприпадки) могут очень точно двигательно имитировать эпилептические припадки, но при диссоциативных судорогах нет прикусывания языка, тяжелых кровоподтеков в связи с падениями и испускания мочи, потеря сознания отсутствует или имеют место состояния ступора или транса.

F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия

Области кожной анестезии часто имеют такие границы, что становится ясным, что они скорее отражают представления больного о телесных функциях, нежели находятся в соответствии с медицинскими знаниями. Могут быть изолированные потери в сферах чувств, которые не могут обуславливаться неврологическими повреждениями. Утрата чувственного восприятия может сопровождаться жалобами на парестезии.

Потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной и при нарушениях зрения чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о «сужении поля зрительного восприятия». Вопреки жалобам на потерю зрения часто удивительно хорошо сохраняются общая подвижность больного и его моторная продуктивность.

Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются диссоциативная глухота и anosmia.

Включается:

- психогенная глухота.

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

Здесь должно кодироваться смешение расстройств, описанных выше (F44.0 - F44.6).

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

Следует отметить:

В этой рубрике показываются и «расстройства множественной личности», при которых отмечается существование у индивидуума двух или более разных личностей, проявляющихся неодновременно и с проявлениями амнезии оригинальной личности на тот период, когда доминируют другие.

Включаются:

- синдром Ганзера;
- сложная личность (расстройство множественной личности);
- психогенное замешательство;
- психогенная спутанность;
- психогенное сумеречное состояние.

Исключается:

- шизофрения (F20.-).

F44.80 Синдром Ганзера

Описанное Ганзером сложное расстройство, которое характеризуется приблизительными ответами обычно в сопровождении некоторых других диссоциативных симптомов и в обстоятельствах, предполагающих психогенную этиологию.

F44.81 Расстройство множественной личности

Это редкое расстройство и степень его ятрогенности и культуральной специфичности дискутируется. Основным признаком является видимость существования у индивидуума двух или более разных личностей, проявляющихся не одновременно. Каждая из личностей обладает полнотой, характеризуясь собственными предпочтениями, памятью и поведением, что может заметно контрастировать с преморбидной личностью. При наиболее распространенной форме, когда имеются две личности, одна из них обычно является доминантной, но ни одна не имеет доступа к воспоминаниям другой, и обе они почти всегда не знают о существовании друг друга. Впервые смена одной личности на другую обычно внезапна и тесно связана с травматическими событиями. Последующие смены часто привязаны к драматическим или стрессовым событиям или возникают в течение терапевтических сеансов, включающих релаксацию или гипноз.

F44.82 Транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте

F44.88 Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства

Включаются:

- психогенная спутанность;
- сумеречное состояние.

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство неуточненное

2.7. F45 Соматоформные расстройства

Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности; это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов. Достижимая степень понимания причин симптоматики часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача.

При этих расстройствах часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований.

Дифференциальный диагноз:

Дифференциация от ипохондрического бреда обычно основывается на внимательном рассмотрении случая. Хотя идеи больного сохраняются длительно и кажутся противоречащими здравому смыслу, степень убежденности обычно снижается в какой-то мере и на короткое время под влиянием аргументации, успокоения и проведения новых обследований.

Кроме того, наличие неприятных и пугающих физических ощущений может рассматриваться как культурально приемлемое объяснение развития и сохранения убежденности в физическом заболевании.

Исключаются:

- диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.-);
- выдергивание волос (F98.4);
- лепетная речь (F80.0);
- детская форма речи (лепет) (F80.0);
- шепелявая речь (F80.88);
- сюсюканье (F80.88);
- кусание ногтей (F98.8);
- психологические и/или поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (F54);
- сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (F52.-);
- сосание пальца (F98.8);
- тики (в детском и подростковом возрасте) (F95.-);
- синдром Жилль де ла Туретта (F95.2);
- трихотилломания (F63.3).

2.7.1. F45.0 Соматизированное расстройство

Основным признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет, предшествовавших обращению пациента к психиатру. Большинство пациентов прошли длительный и сложный путь, включая первичную и специальную медицинскую службу, в ходе которого были получены негативные результаты обследований и могли быть выполнены бесполезные операции. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, регургитация, рвота, тошнота и т.д.), а также аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т.д.). Нередки сексуальные и менструальные жалобы.

Часто обнаруживается отчетливая депрессия и тревоги. Это может оправдать специфическое лечение.

Течение расстройства хроническое и флюктуирующее, часто сочетается с длительным нарушением социального, межперсонального и семейного поведения. Расстройство значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин, и часто начинается в молодом возрасте.

Нередко обнаруживается зависимость или злоупотребление лекарственными препаратами (обычно седатиками или анальгетиками) как следствие частых медикаментозных курсов.

Диагностические указания:

Достоверный диагноз требует наличия всех нижеприведенных признаков:

- а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;
- б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов, и отказ следовать их советам;
- в) некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

Дифференциальный диагноз:

Важна дифференциация со следующими расстройствами:

- а) Соматические расстройства.

Вероятность появления независимого соматического расстройства у таких больных не ниже, чем у обычных людей в том же возрасте. Особое внимание в случае смены акцентов в жалобах больных или их стабильности, когда нужно продолжение обследований.

- б) Аффективные (депрессивные) и тревожные расстройства.

Депрессия и тревога различной степени часто сопровождают соматизированные расстройства, однако их не следует описывать отдельно за исключением тех случаев, когда они достаточно явны и стабильны для того, чтобы оправдать собственный диагноз.

Появление множественных соматических симптомов в возрасте после 40 лет может свидетельствовать о манифестации первичного депрессивного расстройства.

- в) Ипохондрическое расстройство.

При соматизированном расстройстве акцент делается на самих симптомах и их индивидуальном проявлении, тогда как при ипохондрическом расстройстве внимание направлено больше на наличие предполагаемого прогрессирующего и серьезного болезненного процесса, а также его инвалидизирующих последствий. При ипохондрическом расстройстве пациент чаще просит об обследовании для того, чтобы подтвердить природу предполагаемой болезни, тогда как пациент с соматизированным расстройством просит о лечении для того, чтобы удалить имеющиеся симптомы.

При соматизированном расстройстве обычно имеется избыточное употребление препаратов, тогда как пациенты с ипохондрическим расстройством опасаются лекарств, их побочных эффектов и ищут поддержки и успокоения за счет частых визитов к различным врачам.

г) Бредовые расстройства (такие как шизофрения с соматическим бредом и депрессивные расстройства с ипохондрическими идеями).

Причудливые особенности идей, сочетающиеся с меньшим их числом и более постоянной природой соматических симптомов - наиболее типичны для бредовых расстройств.

Недлительное (менее 2-х лет) и менее выраженное по интенсивности сочетание симптомов лучше квалифицировать в качестве недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1).

Включаются:

- синдром множественных жалоб;
- множественное психосоматическое расстройство.

Исключается:

- симуляция болезни (сознательная симуляция) (Z76.5).

2.7.2. F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

Эта категория должна использоваться в случаях, когда соматические жалобы множественны, вариабельны и длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается.

Например, может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб, последние могут быть сравнительно малочисленны или может полностью отсутствовать нарушение социального и семейного функционирования. Основания для предположения психологической обусловленности могут иметь место, а могут и отсутствовать, но не должно быть соматических оснований для психиатрического диагноза.

Если все-таки существует отчетливая вероятность соматического расстройства, лежащего в основе жалоб, или если ко времени диагностического кодирования психиатрическое обследование еще не завершено, то следует использовать другие категории из соответствующих Классов МКБ-10.

Дифференциальный диагноз:

Как и для полного синдрома соматизированного расстройства.

Включается:

- недифференцированное психосоматическое расстройство.

2.7.3. F45.2 Ипохондрическое расстройство

Основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больными как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, тем не менее, степень убежденности в наличии заболевания обычно меняется от консультации к консультации, причем пациент считает более вероятным то одно заболевание, то другое. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное.

Часто присутствуют выраженные депрессия и тревога, которые могут оправдывать установление дополнительного диагноза. Расстройство редко впервые проявляется в возрасте после 50 лет, а симптоматика и нарушение продуктивности обычно имеют хронический и волнообразный характер. Не должно быть устойчивого бреда, тема которого касается функций или формы тела. Здесь должны кодироваться страхи наличия одного или более заболеваний.

Этот синдром встречается как у мужчин, так и у женщин, а особые наследственные характеристики здесь отсутствуют (в отличие от соматизированного расстройства).

Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках первичной медицинской помощи или непсихиатрических медицинских служб. Обращение к психиатру часто отвергается, если только его не удастся осуществить на ранних этапах в результате тактичного взаимодействия между врачом-непсихиатром и психиатром. Степень нарушения продуктивности очень разнообразна. Некоторые больные в результате имеющейся у них симптоматики главенствуют в семье и манипулируют ею, а также социальными структурами и лишь небольшая часть пациентов функционирует нормально.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза необходимо сочетание обоих критериев:

а) наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;

б) постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы.

Следует отметить:

В ряде случаев на первый план выходит стремление к преодолению «недуга» либо с помощью «подбора» собственных мер оздоровления организма, включающих физические нагрузки, не соответствующие медицинским рекомендациям виды диет, самостоятельное лечение различными медикаментозными средствами и др., либо изменение всего жизненного уклада с формированием особого щадящего режима («сверхценная ипохондрия»).

Дифференциальный диагноз:

Важна дифференциация со следующими расстройствами:

а) Соматизированное расстройство.

Для больных важнее само заболевание и его последствия, чем отдельные симптомы. При ипохондрическом расстройстве более вероятна озабоченность больного одним или двумя возможными соматическими расстройствами, которые постоянно фигурируют в беседе с ним, тогда как более вариабельные и встречающиеся в большем количестве предположения о природе вероятного заболевания более характерны для соматизированного расстройства.

При ипохондрическом расстройстве не отмечается отчетливых половых различий по частоте их регистрации, а также каких-либо особых семейных случаев.

б) Депрессивные расстройства.

В случае если депрессивные проявления особенно заметны, и они предшествуют формированию ипохондрических идей, депрессивное расстройство расценивается как первичное.

в) Бредовые расстройства.

Убежденность в наличии соматического заболевания при ипохондрическом расстройстве не обладает той устойчивостью, которая характерна для депрессивных и шизофренических расстройств, сопровождающихся соматическим бредом. Расстройства, при которых пациенты убеждены, что у них неприятная внешность или неправильное телосложение, должны относиться к рубрике «бредовое расстройство» (F22.-).

г) Тревожные и панические расстройства.

Соматические проявления тревоги иногда интерпретируются пациентами как признаки тяжелого соматического заболевания, однако при этих расстройствах пациентов обычно легко успокоить, дав им соответствующие физиологические объяснения, причем убежденность в наличии соматической болезни не формируется.

Включаются:

- расстройство, выражающееся в озабоченности собственным здоровьем;
- дисморфофобия (небредовая);

- ипохондрический невроз;
- ипохондрия;
- нозофобия.

Исключаются:

- «ипохондрия здоровья» (F43.8);
- бредовая дисморфофобия (F22.88);
- «ограниченная (circumscripta) ипохондрия» (F45.4);
- ипохондрия персекуторная (F23.8x);
- бред, фиксированный на функционировании или внешнем виде собственного тела (F22.88).

2.7.4. F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены физическим расстройством той системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, то есть сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или дыхательной системы. (Сюда частично относится и мочеполовая система). Наиболее частые и яркие примеры относятся к сердечно-сосудистой системе («невроз сердца»), дыхательной системе (психогенная одышка и икота) и желудочно-кишечной системе («невроз желудка» и «нервный понос»). Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство затрагиваемого органа или системы. Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, покраснение и тремор. Второй тип характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика). Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявляются.

В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

- а) симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, тремор, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;
- б) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;
- в) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;
- г) отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

Дифференциальный диагноз:

Дифференциация от генерализованного тревожного расстройства основывается на преобладании психологических компонентов вегетативного возбуждения при

генерализованном тревожном расстройстве, таких как страх и тревожные предчувствия, а также отсутствию постоянного отнесения других симптомов к определенному органу или системе. Вегетативные симптомы могут возникать и при соматизированных расстройствах, но по сравнению с рядом других ощущений они не обладают ни выраженностью, ни постоянством и также не приписываются все время к одному органу или системе.

Включаются:

- кардиальный невроз;
- синдром да Коста;
- гастроневроз;
- нейроциркуляторная астения;
- психогенная форма аэрофагии;
- психогенная форма кашля;
- психогенная форма диареи;
- психогенная форма диспепсии;
- психогенная форма дизурии;
- психогенная форма метеоризма;
- психогенная форма икоты;
- психогенная форма глубокого и частого дыхания;
- психогенная форма мочеиспускания;
- психогенная форма раздраженного кишечника;
- психогенная форма пилороспазма.

Исключаются:

- психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (F54).

Пятый знак используется для выделения отдельных расстройств этой группы с указанием органа или системы, которые рассматриваются больным в качестве источника симптоматики.

F45.30 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы

Включаются:

- невроз сердца;
- синдром да Коста;
- нейроциркуляторная астения.

F45.31 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно-кишечного тракта

Включаются:

- невроз желудка;
- психогенная аэрофагия;
- икота;
- диспепсия;
- пилороспазм.

F45.32 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы нижней части желудочно-кишечного тракта

Включаются:

- психогенный метеоризм;
- синдром раздраженного кишечника;
- синдром газовой диареи.

F45.33 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания

Включаются:

- психогенные формы кашля и одышки.

F45.34 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов

Включаются:

- психогенное повышение частоты мочеиспускания;
- психогенная дизурия.

F45.38 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Результатом обычно является отчетливое усиление поддержки и внимания со стороны отдельных лиц, либо медиков.

Сюда не включается боль предположительно психогенного происхождения, которая возникает в течение депрессивного расстройства или шизофрении. Боли, возникающие по известным или подразумеваемым психофизиологическим механизмам, такие, как боль мышечного напряжения или мигрень, но у которых предполагается психогенное происхождение, кодируются по шифру F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках), плюс - дополнительным кодом из других рубрик МКБ-10 (например, мигрень G43.-).

Следует отметить:

В ряде случаев состояние упорной соматоформной боли сопровождается сверхценным стремлением к преодолению патологических телесных сенсаций за счет разработки собственных методов лечения, отличающихся вычурностью и брутальностью, и в выраженных случаях может вызывать различной степени аутоагрессию («ограниченная (circumscripta) ипохондрия»).

Дифференциальный диагноз:

Наиболее часто приходится дифференцировать это расстройство с истерической переработкой органической боли. Пациенты с болями органического происхождения, у которых еще нет определенного соматического диагноза, могут легко становиться пугливыми или обиженными, что в свою очередь приводит к формированию поведения, ориентированного на поиск внимания. Различные боли весьма часты при соматизированном расстройстве, но при этом они не выделяются по своей силе и постоянству среди других жалоб.

Включаются:

- психалгия;
- психогенная боль в спине;
- психогенная головная боль;
- «ограниченная (circumscripta) ипохондрия»;
- соматоформное болевое расстройство.

Исключаются:

- боль в спине БДУ (M54.9);
- боль БДУ (R52.9);
- боль острая (R52.0);
- боль хроническая (R52.2);
- боль неустранимая (R52.1);
- головная боль напряженного типа (G44.2).

2.7.5. F45.8 Другие соматоформные расстройства.

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела; это контрастирует с

множественностью и изменчивостью интерпретаций происхождения симптомов и эмоциональных расстройств, обнаруживаемых при соматизированном расстройстве (F45.0) и недифференцированном соматоформном расстройстве (F45.1). Повреждений тканей при этом не имеется.

Сюда же следует относить любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями и проблемами или приводят к значительно возрастающему вниманию к пациенту либо со стороны отдельных лиц, либо медиков. Ощущения разбухания, движений по коже и парестезий (покалывание и/или онемение) представляют собой частые примеры.

Сюда следует включить следующие типы расстройств:

а) «истерический ком» (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию), а также другие формы дисфагии;

б) психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмоидными движениями (но исключая синдром Жилль де ла Туретта);

в) психогенный зуд (но исключая специфические кожные расстройства, такие как алопецию, дерматиты, экзему или уртикарию психогенного генеза (F54));

г) психогенную дисменорею (но за исключением диспареунии (F52.6) и фригидности (F52.0);

д) скрежетание зубами.

Включаются:

- психогенная дисменорея;
- психогенная дисфагия, включая globus hystericus;
- психогенный зуд;
- психогенная кривошея;
- скрежетание зубами.

F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное

Включаются:

- неуточненное психофизиологическое расстройство;
- психосоматическое расстройство БДУ.

2.8. F48 Другие невротические расстройства

2.8.1. F48.0 Неврастения

Картина этого расстройства подвержена значительным культуральным вариациям; существуют два основных типа, которые имеют много общего.

При первом типе основным симптомом являются жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, часто проявляется снижение профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах. Умственная утомляемость обычно описывается как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и непродуктивное мышление. При другом типе основным является физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, сопровождающаяся чувством боли в мускулах и невозможность расслабиться. При обоих типах обычными являются и другие неприятные физические ощущения, такие как головокружение, тензионные головные боли и чувство общей неустойчивости. Обычна также озабоченность по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительность, ангедония (потеря чувства радости, наслаждения) и небольшие степени подавленности и тревожности. Часто нарушены начальные и промежуточные фазы сна, однако выраженной может быть и гиперсомния.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются следующие признаки:

а) постоянные жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы или жалобы на слабость в теле и истощение после минимальных усилий;

б) по крайней мере, два из следующих симптомов:

- ощущение мускульных болей,
- головокружение,
- тензионная головная боль,
- нарушение сна,
- неспособность расслабиться
- раздражительность,
- диспепсия;

в) любые имеющиеся вегетативные или депрессивные симптомы не настолько продолжительны и тяжелы, чтобы соответствовать критериям более специфических расстройств, описываемых в данной классификации.

Дифференциальный диагноз:

Во многих странах диагноз «неврастения» используется редко. Многие подобные диагнозы, выставленные в прошлом, соответствовали бы существующим в настоящее время критериям депрессивного или тревожного расстройства. Однако есть и такие случаи, которые больше соответствуют описанию неврастения, чем любого другого невротического синдрома, и в одних странах такие случаи встречаются, видимо, чаще, в других - реже. Если предполагается наличие у пациента неврастения, прежде всего, необходимо исключить депрессивное заболевание или тревожное расстройство. Отличительной чертой синдрома являются жалобы пациента на утомляемость и слабость и его озабоченность по поводу снижения умственной и физической работоспособности (в отличие от соматоформных расстройств, где в клинической картине преобладают жалобы на физическое заболевание). Если неврастенический синдром появляется после физического заболевания (особенно гриппа, вирусного гепатита или инфекционного мононуклеоза), следует отметить и предшествующий неврастению диагноз.

Следует отметить:

Выделенные подтипы в случаях преобладания жалоб на умственную утомляемость и при наличии объективно выявляемых признаков снижения психической продуктивности необходимо дифференцировать с псевдоневрастеническими состояниями, обусловленными аффективным расстройством (астенической депрессией), а также с астеническими проявлениями «бедной симптоматики» шизофрении (F21.5).

Включается:

- синдром утомляемости.

Исключаются:

- астения БДУ (R53);
- опустошенность (состояние истощения жизненных сил) (Z73.0);
- послевирусный синдром утомляемости (G93.3);
- недомогание и утомляемость (R53);
- психастения (F48.8).

2.8.2. F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

Расстройство, при котором пациент жалуется, что его психическая активность, тело и/или окружение качественно изменились настолько, что кажутся нереальными, отдаленными или автоматическими. Он может чувствовать, что он больше сам не думает, не воображает, не вспоминает; что его движения и поведение как бы и не его; что его тело кажется безжизненным, удаленным или иным образом аномальным; окружение стало бесцветным и безжизненным и кажется искусственным, или похоже на сцену, на которой люди играют выдуманные роли. В некоторых случаях пациент может чувствовать так, как будто он видит себя со стороны или как будто он умер. Самым частым из этих разнообразных феноменов является жалоба на утрату эмоций.

Число пациентов, у которых это расстройство встречается в чистой или изолированной форме, невелико. Наиболее часто феномен деперсонализации встречается в рамках депрессивного расстройства, фобического и обсессивно-компульсивного расстройства.

Элементы этого синдрома могут появляться и у психически здоровых лиц при усталости, сенсорной депривации, галлюциногенной интоксикации или как гипнагогический/гипнапомпический феномен. Синдром деперсонализации-дереализации феноменологически близок к так называемым «предсмертным состояниям», связанным с моментами крайней опасности для жизни.

Диагностические критерии:

Для достоверного диагноза должны присутствовать признаки: а) или б) или оба, плюс в) и г):

а) симптомы деперсонализации, то есть пациент чувствует, что его ощущения и/или действия оторваны от него, удалены, не его собственные, утрачены и т.д.;

б) симптомы дереализации, то есть предметы, люди и/или окружение кажутся нереальными, отдаленными, искусственными, бесцветными, безжизненными и т.д.;

в) понимание, что это субъективное и спонтанное изменение, а не навязанное внешними силами или другими людьми (то есть наличие критики),

г) ясное сознание и отсутствие токсических состояний спутанности или эпилепсии.

Дифференциальный диагноз:

Следует отделять от других расстройств, при которых ощущается или присутствует «изменение личности», таких как шизофрения (бред метаморфозы или ощущения воздействия), диссоциативные расстройства (при которых не осознается изменение состояния) и некоторых случаев ранней деменции. В качестве вторичного феномена этот синдром может присутствовать в предиктальной ауре височной эпилепсии или некоторых постиктальных состояниях.

Если этот синдром наблюдается в рамках депрессивных, фобических, обсессивно-компульсивных расстройств или шизофрении, основным диагнозом следует считать их.

Следует отметить:

«Непроизвольность» жалоб, на которую указано во введении к рубрике, следует считать фигуральной характеристикой. Деперсонализационное расстройство неизменно протекает без формальных нарушений сознания. Даже в случаях депрессивной деперсонализации наблюдаемое расстройство может не исчерпываться проявлениями болезненной психической анестезии. Расстройства самосознания распространяются на всю психическую деятельность и, прежде всего, на когнитивные функции. Диагноз устанавливается по принадлежности к аффективным расстройствам (F30 - F39) либо к шизотипическим расстройствам (F21.-).

F48.8 Другие уточненные невротические расстройства

Эта категория включает смешанные расстройства поведения, убеждений и эмоций, которые имеют неопределенные этиологию и нозологическое положение и в некоторых культуральных условиях развиваются особенно часто. Примеры включают синдром Дата (неадекватная озабоченность ослабляющим эффектом извержения семени), коро (страх западения полового члена в брюшную полость, что приведет к смерти) и лата (имитирующее поведение с автоматической подчиняемостью).

Тесная связь этих синдромов с местными культуральными убеждениями и нормами поведения показывает, что, возможно, лучше считать их небредовыми.

Включаются:

- болезнь Брике;
- синдром Дата;
- коро;
- лата;
- профессиональный невроз, включая писчий спазм;
- психастения;
- психастенический невроз;
- психогенный обморок.

F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

Включается:

- невроз БДУ.

ГЛАВА 3. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

3.1. Трансакционный анализ.

Определение. Трансакционный анализ – психодинамический метод, центрированный на анализе личности, межличностного конфликта, анализе взаимодействия и человеческой судьбы.

3.1.1. История возникновения и развития.

Основатель трансакционного анализа Эрик Берн (1910 - 1970) (Эрик Леонард Бернштейн) родился в Монреале, в Канаде в бедной еврейской семье. Его отец врач общей практики часто брал сына с собой при посещении своих больных. Мать Берна была профессиональной писательницей и редактором. Берну было 11 лет, когда умер отец, что, безусловно, его травмировало. Мать больше не вышла замуж и только благодаря успешной литературной деятельности могла материально поддерживать Берна и его сестру. В 1935 году Берн окончил Мак-Гиллский Университет в Монреале и получил степень доктора медицины. Вскоре он эмигрировал в США, где начал получать последипломное образование в области психиатрии в Нью-Йоркском психоаналитическом институте у Поля Федерна, бывшего коллеги Фрейда. В 1946 году после увольнения из армии, где служил военным психиатром, Берн переезжает в Калифорнию и заканчивает обучение психоанализу под руководством Эрика Эриксона. С 1954 по 1958 гг. Берн обозначил основные направления трансакционного анализа: анализ Эго-состояний или структурный анализ; анализ индивидуальных транзакций, разрабатывая оригинальную теорию конфликта; анализ структуризации времени, описывая технологию психологических игр; анализ жизненных сценариев (скрипт-анализ). Научная деятельность Берна все дальше уводила его от ортодоксального психоанализа, вследствие чего, его заявление о членстве в психоаналитической ассоциации было отклонено в 1956 году. Большое влияние на Берна оказала его учеба в Институте психодрамы у Дж. Л. Морено.

С 1962 года издается журнал «Бюллетень трансакционного анализа», в 1964 году была учреждена Международная ассоциация трансакционного анализа (ИТАА). Основными задачами ИТАА были подготовка специалистов в области трансакционного анализа и их аккредитация. В Европе функции ИТАА выполняет Европейская ассоциация трансакционного анализа.

В России развивается оригинальное направление Т.А. – «Восточная версия трансакционного анализа». Наиболее авторитетным представителем, которой является проф. В. В. Макаров, д.м.н., вице-президент Европейской Ассоциации Психотерапевтов, президент Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги.

В Приморье трансакционный анализ появился в 1992 году и быстро завоевал популярность у врачей и психологов. Обучение специалистов было организовано проф. И. Г. Ульяновым, по приглашению которого семинары проводили проф. В. В. Макаров (Москва) и Е.А. Веселкова к.м.н. (Новосибирск). Образовательная программа проходила на базах Владивостокского Государственного Медицинского Университета и Краевого Наркологического Диспансера. В 1994 году Е.А. Веселковой была защищена первая в России диссертационная работа на соискание степени кандидата медицинских наук по детскому

трансакционному анализу, научный руководитель профессор Л. П. Яцков (ВГМУ, Владивосток). Более десяти лет сертификационные семинары по трансакционному анализу проводил профессор И. Г. Ульяновым на базах ДвФ НИИ Психического Здоровья ТНЦ СО РАМН, ВГМУ и Российской Психотерапевтической Ассоциации. Программа обучения состояла из 10 семинаров, общей продолжительностью 400 часов.

В России по трансакционному анализу изданы:

1. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. - Симферополь: «Реноме», 1998. – 496 с.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. – СПб.: Лениздат, 1992
3. Макаров В.В. Психотерапия каждого дня и всей жизни. М.: Пер. Сэ, ППЛ, 2001, 191 с.
4. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проект, 2000, 416 с.
5. Макаров В.В. Психотерапия Нового Века. М.: Академический проект, ППЛ, 2001. 496 с.

3.1.2. Теория личности.

В силу полученного психоаналитического образования Берн представлял личность в виде триады Эго-состояний, которые определял феноменологически, как последовательную систему чувств, связанных с объектом, операционно – как набор последовательных моделей поведения и прагматически – как систему чувств, которая мотивирует набор связанных между собой моделей поведения. Таким образом, Эго-состояния включают в себя: мышление, чувства, поведение. Э. Берн выделяет Эго-состояния: «Родителя», «Взрослого», «Ребенка». У каждого человека в любой момент времени присутствуют все три Эго-состояния, но на отдельном временном отрезке доминирует лишь одно из них. В русскоязычной литературе Эго-состояние «Ребенок» принято обозначать буквой Д – дитя.



Структурная диаграмма личности

Рис 27

Эго-состояния Берн изображает в виде трех кругов расположенных один над другим и описывает следующим образом:

1. Родитель, или экстеропсихическое Эго-состояние, - это набор чувств, убеждений, моделей поведения, стереотипов отношения к другим людям, которые напоминают чувства, убеждения, модели поведения и стереотипы отношения к другим людям характерные для людей имеющих опыт воспитания своих детей (родителей).
2. Взрослый или неопсихическое Эго-состояние, объективно оценивает окружающую реальность. Берн уподобляет Взрослого самопрограммирующему компьютеру, опирающемуся на критерии, выведенные из поступившей информации. Характерные черты Взрослого – организация, адаптируемость и интеллект. Взрослый играет роль арбитра в конфликте, разворачивающемся между Родителем и Ребенком. Именно к состоянию Взрослого обращается консультант.
3. Ребенок или археопсихическое Эго-состояние, - это набор чувств, убеждений и моделей поведения, которые являются архаичными пережитками детства индивида. В определенном смысле, состояние Ребенка проявляется в регрессивном и даже инфантильном поведении.



Описательная диаграмма личности

Рис. 28

Родительское Эго-состояние может быть представлено одной из двух форм: «Контролирующей» или «Заботящейся». «Контролирующий» Родитель проявляется как набор строгих, запретительных правил регламентирующих поведение индивида и призванных защитить его от возможных опасностей. Например: «нельзя переходить улицу на красный свет», «нельзя целоваться на первом свидании» и т.д. «Заботящийся» Родитель проявляется как стратегия опеки, поддержки, учитывающая собственные интересы человека. Например: «я самая красивая девочка в классе», «я всегда прав, потому что я самый умный». Диагностировать состояние Родителя можно по таким высказываниям: «я должен» и «мне нельзя», «всегда», «никогда», «итак, запомни», «сколько раз я тебе говорил», «милый мой» и

т.д. Мимическими признаками состояния Родителя являются нахмуренный лоб, поджатые губы, качание головой, «грозный вид», поглаживание другого человека по голове и т.д.

Эго-состояние Ребенка может проявляться в двух основных формах: «Адаптированной» и «Спонтанной». «Адаптированный» Ребенок характеризуется стремлением найти компромисс, даже в ущерб себе с Эго-состоянием Родителя. Берн называет это Эго-состояние «маленький профессор» и подчеркивает, что это та часть личности, которая желает быть принятой внутренним Родителем и находит психологические и социальные преимущества в следовании предписанным нормам поведения. «Спонтанный» Ребенок проявляет себя потаканием своим желанием и именно в силу этого качества обладает творческими способностями. Трактую творчество как спонтанность Берн, придерживается идеи Морено подчеркивавшего, что акт творения сиюминутен, не повторим, не предсказуем и не сохраняем. Спонтанный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творчество, увлеченность, капризность, агрессивность. Диагностируется Эго-состояние Ребенка на основании высказываний, выражающих чувства, желания, опасения: «я хочу», «я боюсь», «какое мне дело», «меня злит», «мне все равно».



Рис. 29

Функции Эго-состояния «Родителя» - это физических и психологических установление границ, как в семье, так и другой социальной группе. Поддержание социально-психологического гомеостаза, посредством иррациональных, не поддающихся критике убеждений. Эго-состояние «Взрослый» выполняет роль внутреннего компьютера, отвечающего за принятие взвешенного, рационального решения. Работа «Взрослого» человеком осознается, как процесс мышления. Эго-состояние «Ребенка» выполняет, прежде всего, функцию сомнения, это живое интуитивное сомнение помогающее продуцировать новое поведение.

Структурный анализ или анализ Эго-состояний, по мнению Э. Берна, позволяет исследовать и описать личностные особенности и диагностировать психологические проблемы индивида.

Так, например человек с гипертрофированным Эго-состоянием Родителя отличается педантичностью, приверженностью к консервативным убеждениям, стремлением контролировать окружающих. Окружающие воспринимают его, как авторитетного, уверенного к себе, жесткого, требовательного, обладающего мужскими чертами характера человека. В ситуации конфликта такие люди стремятся продемонстрировать «силу мышц», а не «силу души». Они предпочитают видеть мир в двух красках – белой и черной. Полутона, сомнения, доводы противника не понятны им и как следствие отвергаются. В зависимости от преобладания «Заботливого» или «Контролирующего» Родителя, контроль и доминирования проявляются в мягкой, подчеркивающей заботу о другом или жесткой, подчеркивающей собственные интересы формах. Например: «Обязательно надень шарф, иначе ты простудишься!» «Обязательно надень шарф, я хочу видеть своего ребенка красивым!»

Обратите внимание! К профессиям способствующим развитию Эго-состояния Родителя относятся: военная служба, менеджмент, работа в дошкольных учреждениях и т.д.

Гипертрофированное Эго-состояние Ребенка, - это креативность, эгоистичность, взбалмошность, пластичность, сентиментальность. О таком человеке говорят, что он артистичен, непредсказуем, отличается нестандартным подходом к ситуациям, в западной культуре эти черты часто соотносят с женским характером. В зависимости от преобладания «Бунтующего» или «Адаптированного» Ребенка, человек направляет свой протест против самих устоев общества либо остается в социально приемлемых рамках.

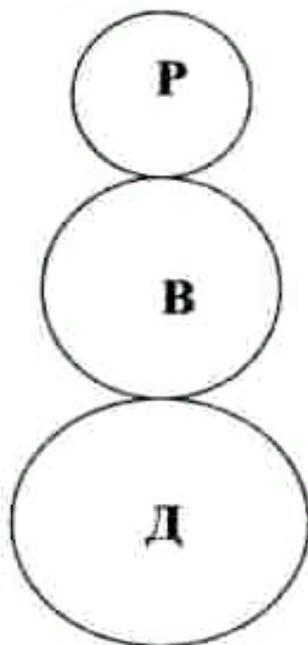


Рис. 30

Обратите внимание! Профессии, способствующие развитию Эго-состояния Ребенка: художник, музыкант, писатель, артист и т.д.

Гипертрофированное Эго-состояние Взрослого, по мнению Берна, встречается крайне редко и характеризуется способностью жить здесь-и-теперь, гармоничными, не конфликтными отношениями с окружающими, стремлением к самосовершенствованию. Таких людей воспринимают, как мудрых, скромных, доступных и в тоже время, непостижимых. К профессиям способствующим развитию Эго-состояния Взрослого можно отнести профессию священнослужителя, консультанта, врача, судьи и т.д. По мнению Берна, профессия способствует, но не гарантирует развитие определенного Эго-состояния.

Поддерживая идеи за Дж. Л. Морено Берн говорит, что к гипертрофии Эго-состояния приводит чрезмерная фиксация человека на определенной социальной роли. Согласно теории константности Дюсэй количество психической энергии у человека постоянная величина, и если энергия забрана у одного Эго-состояния, то ее избыток перетекает в другие Эго-состояния. Таким образом, человек с гипертрофированным Эго-состоянием Родителя, характеризуется дефицитом Детского или Взрослого состояний. Гипертрофированное Эго-состояние Ребенка, сочетается с недостаточно развитым состоянием Родителя или Взрослого. Развитие Эго-состояния Взрослого ведет к регрессии состояний Родителя или Ребенка.

Изменение Эго-состояний зависит от трех факторов: силы и продолжительности воздействия на каждое Эго-состояние, проницаемости границ между Эго-состояниями, и значимости каждого из Эго-состояний для личности, для сценарного процесса. Модель будущей деформации Эго-матрицы закладывается в детском возрасте под влиянием семейных ожиданий и примера значимых взрослых.

3.1.3. Теория конфликта.

Теория конфликта в транзакционном анализе описывается через концепции транзакционного взаимодействия, структуризации времени и сценарного процесса.

Транзакция – это единица взаимодействия. Транзакцией может быть фраза, одно слово, несущее смысловую нагрузку, например: «Привет». Жест, передающий то, что могло бы быть сказано. Например, рукопожатие приблизительно соответствует слову «Здравствуй». Транзакцией может быть даже выразительный взгляд, подчас говорящий больше любых слов.

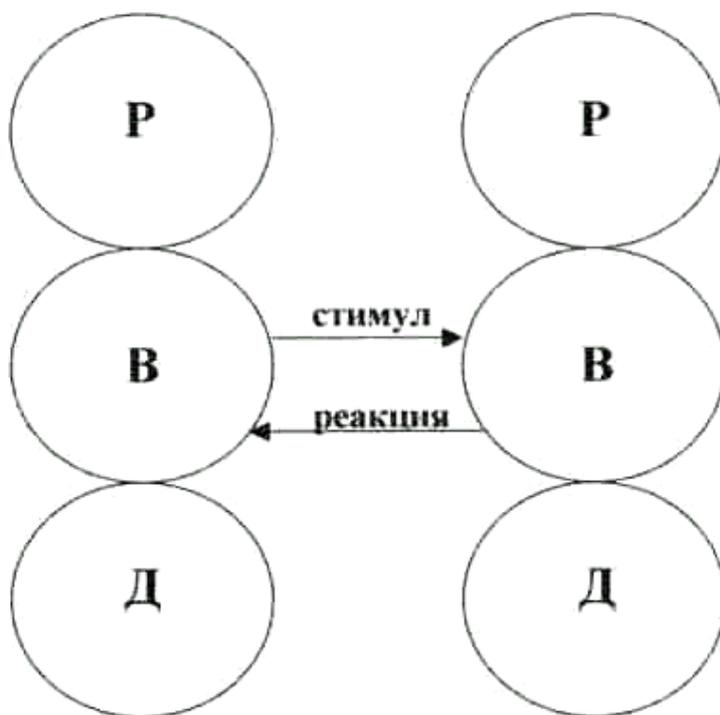


Рис. 31

Различают явные, осознаваемые участниками общения и скрытые транзакции, не осознаваемые участниками взаимодействия, проистекающие на бессознательном уровне. Скажем, на осознаваемом уровне два собеседника серьезно обсуждают деловую проблему. В тоже время на неосознаваемом, психологическом уровне между собой общаются и шалят два ребенка. Описывая подобные ситуации, участники говорят об «азарте», «спортивных состязаниях», о том, что «весь мир театр, а люди в нем актеры» (В. Шекспир).

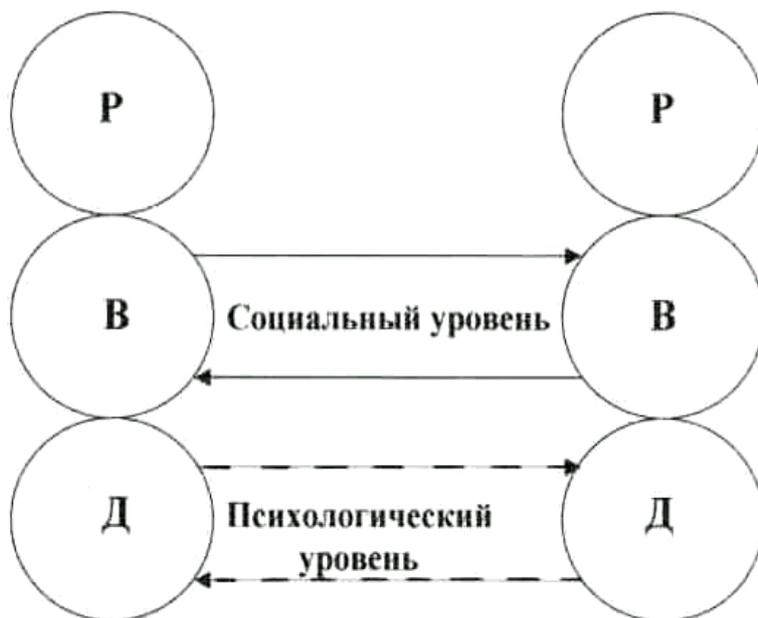


Рис. 32

Ситуация, рассмотренная выше, с точки зрения Э. Берна имела одну важную характеризующую ее особенность. Во время общения транзакции были параллельны друг другу и не перекрещивались. Подобное общение может длиться достаточно долго и доставляет удовольствие всем участникам.

Конфликтные ситуации связаны с несовпадением используемых собеседниками Эго-состояний, что приводит к перекрещиванию транзакций.

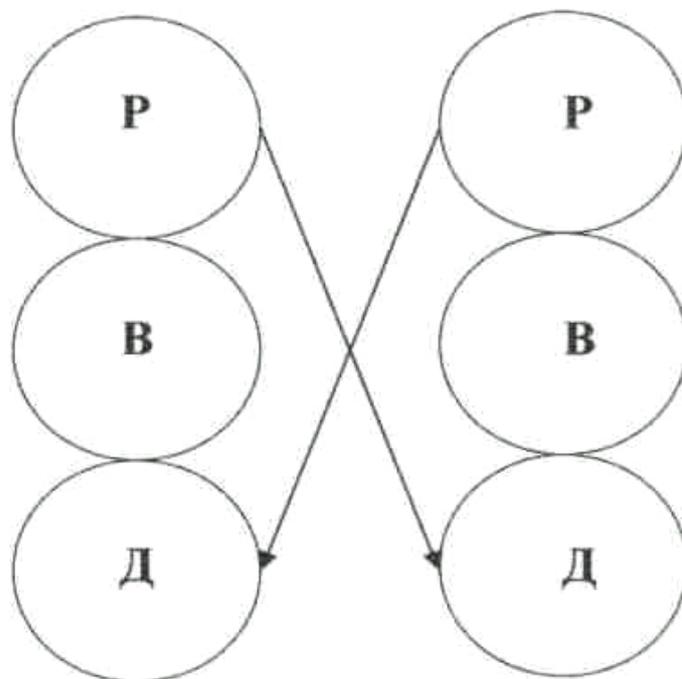


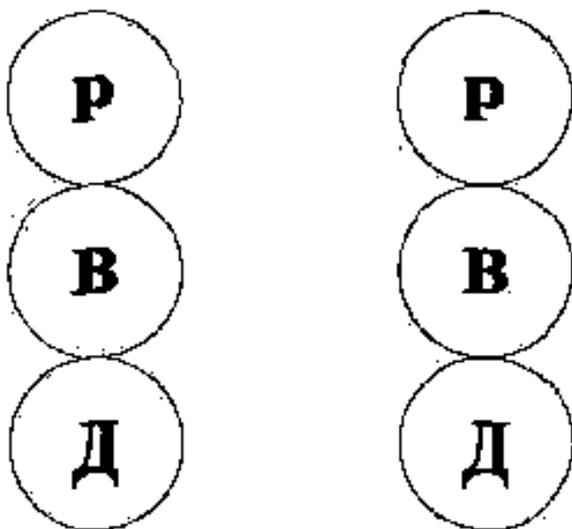
Рис. 33

Как показано на рисунке, два собеседника пытаются общаться друг с другом как Родитель с Ребенком. Такое общение непременно приводит к выяснению отношений: «Кто

главнее, умнее, сильнее». Каждый из собеседников при этом считает правым только себя и считает неприемлемым компромисс, и даже само понимание позиции другого. Пример подобной ситуации является конфликт: взрослого и подростка. С точки зрения взрослого подросток – это еще дитя неразумное, нуждающееся в опеке и наставлениях. В глазах подростка взрослый – это ретроград, ничего не понимающий в современной жизни.

Структуризация времени. По мнению Берна, один из самых важных вопросов который задают себе люди – «Что мне делать?». А одна из самых важных проблем, которые люди решают – «Как мне убить время?». Идем ли мы на вечеринку, просыпаемся ли в начале рабочей недели, вопрос структуризации, убийства времени является для нас важнейшим. Анализируя человеческое поведение, Берна предлагает 6 способов структуризации времени.

1. Игнорирование – ситуация, когда люди не вступают в коммуникацию: не разговаривают, не переглядываются, как бы не признают факт существования другого. Психологическая дистанция в этом случае самая большая, как и уровень безопасности. Пример. Два человека едут в одном вагоне электрички, сидят и смотрят в окно или читают или дремлют.



ИГНОРИРОВАНИЕ

Рис. 34

2. Ритуал – коммуникативная стратегия на уровне «Родитель» - «Родитель», призванная свести к минимуму риск приобщения. Допускаются только проверенные временем и известные собеседникам фразы и жесты. Фривольность и новшества не поощряются. Красота ритуала в его предсказуемости. Фраза за фразой, жест за жестом складывается цепочка ритуала. И каждая фраза своевременна, каждый жест уместен. В мире насекомых примером ритуального общения являются коммуникативные танцы пчел. Пчела, прилетев в улей, начинает перемещаться строго определенным образом, сообщая своим танцем новости, другие пчелы, повторяя ее движения, понимают эти новости. В мире людей ритуал получил очень большое распространение, в каком-то смысле, человеческая культура представляется набором ритуалов. Мы пожимаем руку, здороваясь, улыбаемся, если хотим показать другому свое расположение, ставим свечу в церкви, поминая покойного и т.п. Ритуал – бездушен, хотя может быть наполнен аффективными переживаниями, безличен. Ритуал

превращает человека в детальку, шестеренку общества и государства, но в обмен дает безопасность предсказуемости. Преимущество имеет тот, кто знает ритуал лучше: жрец или просто более старый человек. В условиях сильной агрессивности родо-племенного, феодального социума ритуал способствует самому существованию общества, помещая человеческую агрессию в «прокрустово ложе» условностей и предписаний. Ритуал – это сублимированная агрессия и сексуальность. В условиях быстрых изменений окружающего мира, ритуал снижает адаптивные возможности человека. Примером может служить исторический факт единственной битвы между войском японского императора и отрядом монгольской конницы. Японцы превосходили врага численностью и мощью вооружения. Сила их духа и бесстрашие, воплощенные в кодексе воина «буси-до» вошли в легенду. Самурай гордился своей способностью использовать психо-физиологические ресурсы человеческого организма. Казалось бы, императора ждет быстрый военный триумф. Однако реальность оказалась иной. Столетия жизни на изолированных от других стран островах, постоянные междоусобицы привели к возникновению строгих ритуальных правил проведения сражений. Самурай обязан был представиться противнику до сражения, так как поединок мог состояться только между равными по социальному положению. Самурай не мог осквернить свой меч кровью простолюдина и даже просто менее знатного бойца. Представившись врагу, японские воины ждали от противника аналогичного поведения. Монголы не были знакомы с японским этикетом ведения войны. Они засыпали самураев стрелами и в ходе стремительной кавалерийской атаки вырезали всю японскую армию. Психологическая дистанция при ритуальном общении меньший, нежели при стратегии «игнорирование», однако уровень безопасности достаточно высок.

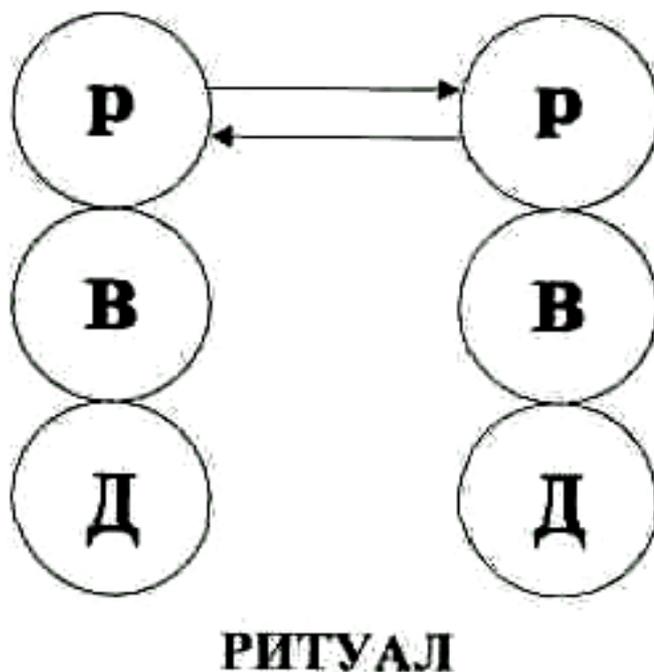


Рис. 35

3. Работа – коммуникативная стратегия, приводящая к какому-либо результату. Само общение в этом случае становится профессией. В современном обществе достаточно много таких специальностей, например, психолог-консультант.

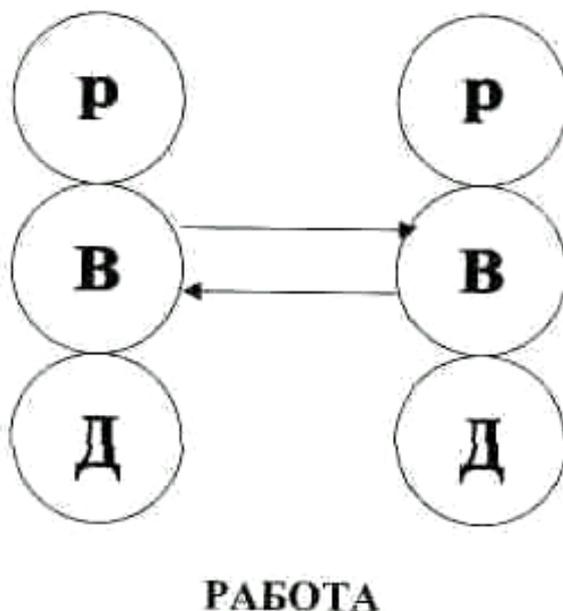
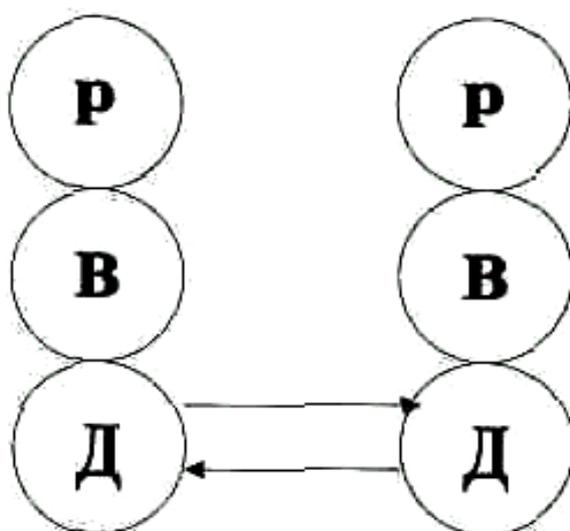


Рис. 36

4. Времяпрепровождение – внешне очень похоже на «работу». Люди разговаривают, обмениваются информацией, однако, в их индивидуальной и совместной реальностях ничего не меняется, ничего не происходит - нет результата. Берн в качестве примера приводит клубное общение разговоры о спорте, автомобилях, детях и т.п. В свете современных представлений о важности процессуальности отношений в менеджменте, бизнесе, консультировании тема разговора уже не может выступать определенным диагностическим критерием. Например, в ходе проведения консультации терапевт может использовать «безопасные темы» для установления контакта с клиентом, для снижения напряжения во время сессии, для смены ритма консультации и тем самым улучшать результативность терапии. По всей видимости, именно результат является критерием позволяющим дифференцировать «времяпрепровождение» и «работу». Времяпрепровождение – это разговор двух детей, эмоционально насыщенный и мало предсказуемый. Разговор, постоянно меняющий тему и критерии своего существования. Берн в некотором смысле осуждает эту коммуникативную стратегию, считает времяпрепровождение пустой тратой времени, однако если мы посмотрим на нее с точки зрения «внутреннего ребенка», то увидим определенную пользу. Возможно, одной из причин обилия невротических реакций у современного, западного человека, является культуральное осуждение времяпрепровождения: «Нечего языком молотить», «Только и знают, как языки чесать». Придя домой после трудного рабочего дня, западный мужчина: ужинает, лежит на диване, читает газету или смотрит телевизор. В теории структуризации времени его поведение описывается как «игнорирование». Дети предпочитают компьютерные игры, опять же позволяющие не общаться с другими людьми. В восточных культурах преобладает иной стереотип отдыха. Вернувшись с работы, мужчина окунается в общение с семьей и друзьями. Разговоры ни к чему не обязывают, плавно переходят с темы на тему. Поощряются настольные игры, не мешающие разговору и не стимулирующие азартное поведение. Дети предпочитают коллективные игры, в которых учатся тонкостям общения с удовольствием и без результата.



ВРЕМЯПРЕПРОВОЖДЕНИЕ

Рис. 37

5. Игра – коммуникативная стратегия, в отличие от описанных выше стратегий, включающая в себя не только социальное общение, но и упорядоченный алгоритм общения, на психологическом уровне. Описание алгоритма психологической игры – это жемчужина не только Трансакционного анализа, но и всей современной психологии. Выделив психологическую игру, как самостоятельную коммуникативную стратегию присущую людям, Берн, бесспорно, обессмертил свое имя. Игра, как и времяпрепровождение – это общение детских Эго-состояний. В этом секрет ее привлекательности и вечной новизны. Несмотря на то, что спонтанность базовое свойство ребенка, в случае с игрой, под вуалью спонтанности скрывается железный алгоритм, являющийся скорее атрибутом ритуала. Игра начинается как искрометное, увлекательное времяпрепровождение, но неожиданно превращается в бездушный ритуал, страшный в своей неотвратимости и гарантированно приводящий к аффективному состоянию. По словам Берна, игра похожа на рыбную ловлю. На крючок насаживается наживка. Подплывшая рыбка видит наживку, но не видит крючка. Рыбка принимает предложение и заглатывает наживку. Убедившись, что рыбка на крючке, рыбак подсекает и вытаскивает ее на воздух. Рыбка, искавшая удовольствие (еду), получает смерть. Берн описывает игры во многих областях человеческой жизни. Он классифицирует их по степени выраженности на три уровня: а) игры о которых безопасно рассказывать в своем социальном окружении; б) игры о которых сообщают только самым близким людям; в) игры к которым в процессе их развития привлекаются профессионалы. Например, психологическая игра «Динамо» степени а). Молодой человек видит на вечеринке симпатичную девушку, она улыбается ему и он воспринимает это за предложение знакомства (наживка). Молодой человек подходит к девушке и приглашает ее на танец (заглатывает наживку). Девушка в обидной форме отказывает ему (подсекает и вытаскивает на воздух). Игра «Динамо» степени б), начинается, как и игра степени а). Девушка дает согласие на танец, в ходе которого провокационно приближается своими губами к губам молодого кавалера. После вечеринки молодой человек провожает девушку, во время прощания ситуация повторяется. Молодой человек целует ее и получает пощечину, девушка выставляет его в глазах общих знакомых насильником. Молодому человеку стыдно рассказывать об этой ситуации окружающим. Игра

степени в), начинается также, но во время своего развития превращается в игру «изнасилование», после чего в нее включаются профессионалы: юристы, врачи, милиционеры и т.д. Несмотря на внешнюю примитивность и предсказуемость психологическая игра бессмертна! Биографии многих звезд спорта и шоу бизнеса являются тому подтверждением.

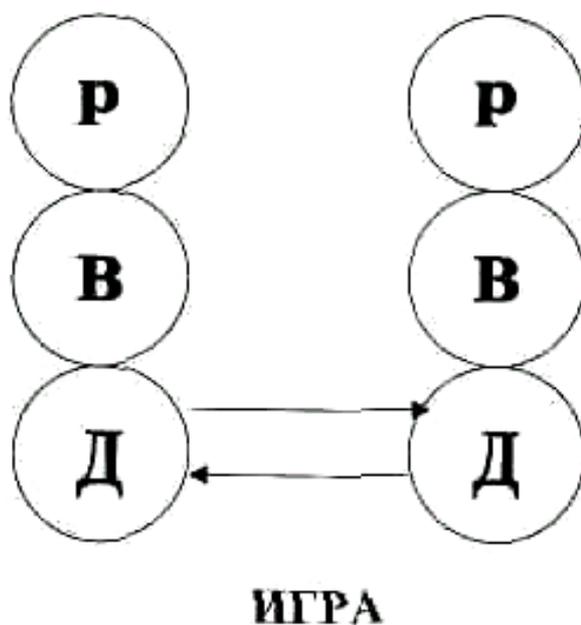
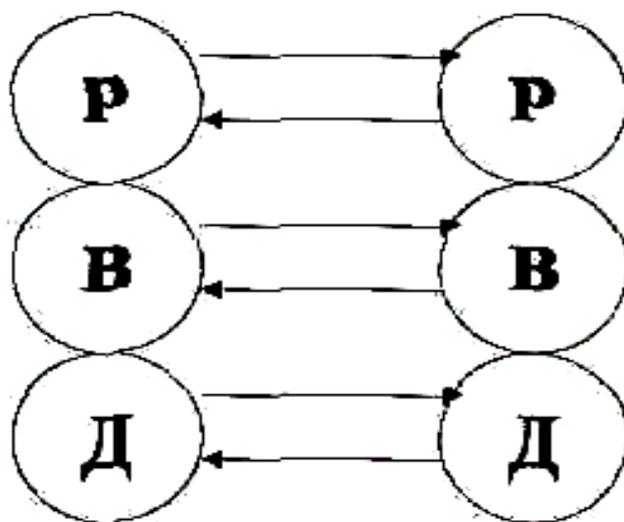


Рис. 38

6. Интимность – это коммуникативная стратегия, являющаяся квинтисенцией человечности. Интимность подразумевает общение без «психологических масок». Берн пишет, что интимность – это любовь в широком смысле этого слова. Интимность, прежде всего, подразумевает ответственность перед партнером и заботу о своем благополучии. Отсюда использование в общении всех трех Эго-состояний, однако, при этом транзакции не пересекаются, что позволяет общаться с удовольствием. Любопытно, что научение способности общаться, используя стратегию интимности, по мнению Берна, способствует достижению цели Транзакционного анализа - состояния «автономности», характеризующегося ответственностью перед собой и другими. Автономность – это «осознанность», «спонтанность» и «интимность». Несмотря на провозглашаемую важность понятия «интимность», Берн описывает его крайне схематично и безлико. Исчезают присущие ему юмор и яркость образов. Возможно, тема «интимности» - «слепое пятно» родоначальника Транзакционного анализа.



ИНТИМНОСТЬ

Рис. 39

Во время консультирования встречаются все 6 стратегий структуризации времени. Клиент «игнорирует» консультанта, делает вид, что самой такой профессии не существует. После того, как клиент примет решение все же обратиться к психотерапевту, наступает этап ритуального общения названный Карлом Виттакером «борьбой за структуру». На этом этапе стороны договариваются о правилах совместной работы, и заключается психотерапевтический контракт. «Работа» и «времяпрепровождение» сливаются в терапевтический коктейль, в котором преобладание определенного ингредиента зависит от метода, который использует консультант, его личностных особенностей, культуральных традиций и преобладающей в данный момент времени моды. Психологическая игра – кошмар начинающих консультантов. Если ее инициатором выступил психотерапевт его «прорабатывают» на супервизии, а в случае, когда первую скрипку сыграл клиент, размер полученного консультантом ущерба определяется степенью сыгранной игры. Ситуация взаимопонимания и психотерапевтического резонанса возникающие в процессе профессиональной психодинамической терапии очень похожа на стратегию интимности.

Сценарный процесс. Трансакционные аналитики считают, что каждый из людей проживает свою жизнь не спонтанно, но по определенному сценарию. Прототипами жизненных сценариев, выступают древнегреческие мифы (сценарии Сизиф, Прометей, Эдип, персей и т.д.) и сказки (сценарии Красная шапочка, Синяя борода, Гуси-лебеди и т.д.). Ребенок получает установки о базовых параметрах своего жизненного сценария от родителей, которые нашли друг друга и вступили в брак, также выполняя сценарные предписания (ряд специалистов прослеживает до семи поколений однотипных сценарных процессов). В Эго-состояние Родитель закладываются приказы, правила, будущие достижения. В Эго-состояние Ребенок - контр-приказы, иррациональные убеждения, правила игр. Свобода выбора ребенка ограничена этими предписаниями. Он не может создать для себя сценарий, принципиально отличающийся от родительского, он может выбрать нюансы, призванные подчеркнуть отличия современности.

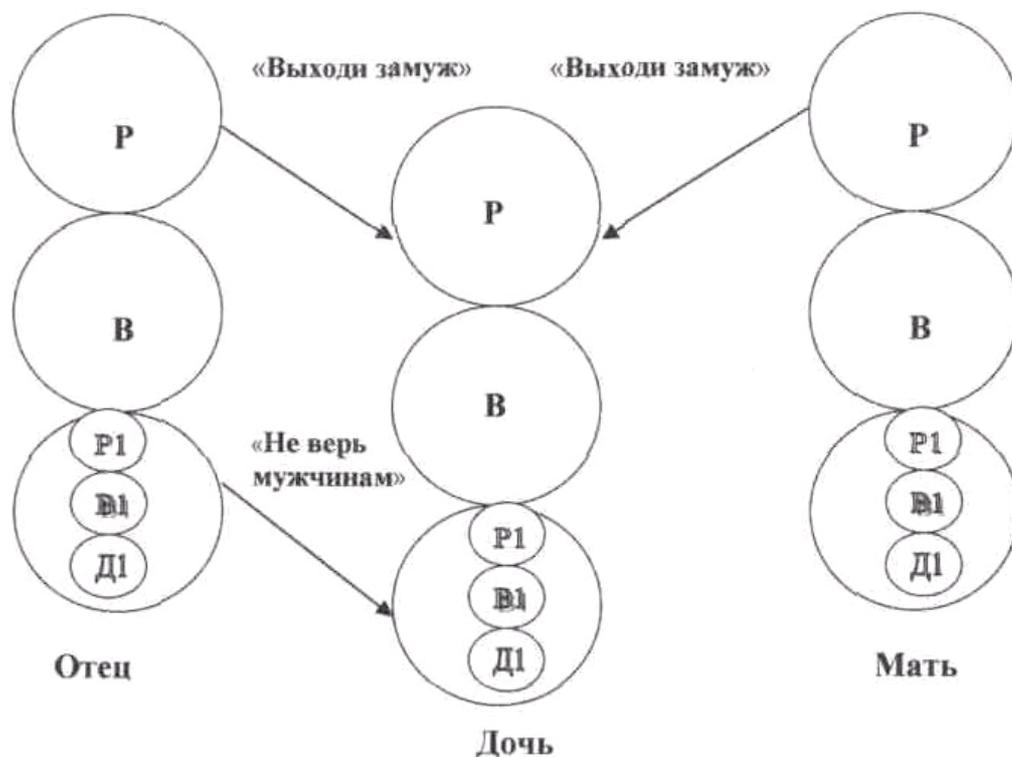


Рис. 40

Важнейшим в создании жизненного сценария является выбор концовки. Что будет в конце Вашей жизни? Как вы умрете? Какая эпитафия будет на Вашей могиле? Кто придет на Ваши похороны? Что будут говорить о Вас после смерти? Ответы на эти вопросы ребенок находит до трех лет. С трех до пяти создается основная фабула сюжета и определяется отношение к миру. Возможны следующие варианты:

1. «Я + Ты -» – я хорош и всегда буду лучше тебя, ты плох, ты хуже меня и всегда таким останешься. Установка ведет к дискриминации других людей по различным признакам. Эта установка, часто выдается за позицию «победителя», «удачника», что, конечно же, неправильно, так как в этом случае если и возможна, то только «Пиррова победа».
2. «Я - Ты +» – я плох, у меня некрасивая внешность, я глуп, слаб физически и морально, ты хорош, тебе повезло при рождении, в лучшем случае я могу быть твоим слугой, если ты будешь обо мне заботиться, решать, что мне делать.
3. «Я - Ты -» – я плох и ты плох, все люди плохи, весь мир ужасен. Всемирная катастрофа неизбежна, ничто хорошего нас не ждет.
4. «Я + Ты +» – наиболее зрелая установка, характеризующая автономную личность, способную к интимности. Я хорош и ты тоже, я уважаю себя и тебя. Я забочусь о себе, но уважаю и твои права.

В подростковом возрасте человек отрабатывает анти-сценарий, пробует «другую колею», но даже эти эксперименты проводятся в рамках семейного сценария. После того как найдена «вторая половинка», а критерий, по которому она идентифицируется – это готовность к участию в качестве партнера в совместных «психологических играх», и создания собственной семьи человек возвращается в сценарный процесс написанный им ранее. Далее все движется к выбранному когда-то окончанию жизни.

3.1.4. Специфические техники.

Заключение психотерапевтического контракта. Перед началом транзакционного анализа консультант и клиент заключают договор, в котором регламентируются взаимоотношения во время терапии, оговариваются цель терапии и критерии ее достижения. «Как мы оба узнаем о том, что вы получили то, за чем пришли?». Заключение контракта является важной техникой, которая призвана предотвратить «психологические игры» между клиентом и консультантом.

Применение эгограмм. Дюссей в 1989 году предложил использовать в структурном анализе диаграмму, схематично изображающую степень, в которой каждое из Эго-состояний человека испытывает катексис. Эгограмма имеет вид столбчатого графика и показывает, сколько личной энергии содержится в пяти функциональных состояниях: в Критическом Родителе (КРд); в Заботящемся Родителе (ЗРд); во Взрослом (В); в Свободном Ребенке (СРб) и Адаптивном Ребенке (АРб).

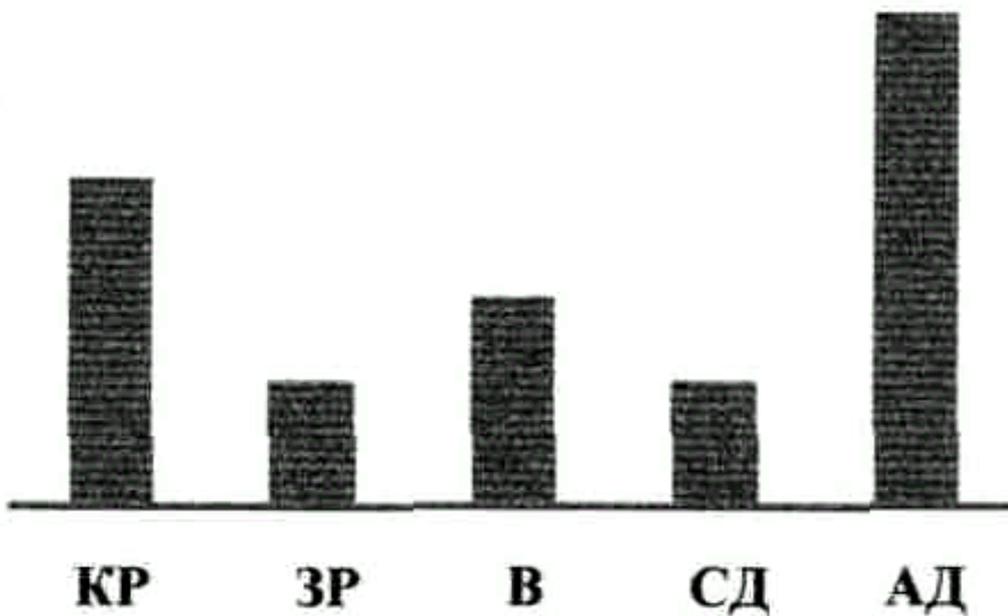


Рис. 41

Проанализировав эгограмму, представленную на рисунке, можно предположить, что часть энергии, затрачиваемую на Эго-состояние Адаптивный Ребенок (АРб), следует уменьшить, а освободившуюся энергию направить на развитие Эго-состояний Взрослого (В) и Свободного Ребенка (СРб).

Анализ матрицы чувств. Матрица чувств похожа на эгограмму, в виде столбчатой диаграммы отмечают: способность принимать, способность дарить, просить чувства. После составления матрицы чувств, консультант помогает клиенту проанализировать сценарные запреты в области чувств.

Анализ сценарной сказки. Консультант предлагает клиенту вспомнить любимую детскую сказку. Пересказать ее, пересказ всегда будет отличаться от оригинального текста. С каким сказочным героем отождествляет себя клиент? Что хотелось бы клиенту в этой сказке изменить? В дальнейшем возможно ролевое проигрывание сказки.

3.2. Позитивная Психотерапия.

Определение. Позитивная психотерапия – краткосрочный психотерапевтический метод с психодинамической моделью, гуманистическим мировоззрением и транскультуральным подходом.

3.2.1. История возникновения и развития.

Основатель Позитивной Психотерапии Носрат Пезешкиан (N. Pesechian) родился в 1933 году в Иране. Родители Пезешкиана были вынуждены иммигрировать из страны после обрушившихся на них религиозных преследований. Религия Бахаи, которую исповедует Пезешкиан, официально запрещена в исламском Иране, а ее последователям угрожает тюремное заключение. С 1954 года Пезешкиан живет и работает в Висбадене (Германия). Образование получил в Германии, Швейцарии, США.

На формирование Н. Пезешкиана как психотерапевта повлияли: его жизненная ситуация, опыт эмиграции в другую страну и проживание в иной культуре; религиозный опыт; гуманистическое движение в психотерапии. В 1968 году Носрат Пезешкиан, опираясь на результаты проведенных транскультуральных исследований в более чем 20 различных культурах, создал новый конфликт-центрированный гуманистический метод. В 1977 году им был основан Висбаденский институт подготовки психотерапевтов и семейных терапевтов (WIPF), аккредитованный государственной медицинской палатой для последипломного образования врачей в области психотерапии. С тех пор более 4000 врачей в Германии были обучены позитивной психотерапии. Согласно нового германского закона о психотерапии, в 1999 году была сформирована Висбаденская академия психотерапии (WIAP), получившая лицензию Государственного Министерства медицинских профессий на последипломное обучение психологов. Основное направление исследований и практики академии находится в области психодинамической психотерапии.

С 1974 г. Метод позитивной психотерапии распространился более чем в 80 странах мира, и в конце 80-х – начале 90-х были основаны первые центры позитивной психотерапии. Европейская Федерация Центров Позитивной Психотерапии (EFCPP) особенно много занималась развитием психотерапии в Восточной Европе, и сегодня в таких странах как Россия, Болгария и Румыния позитивная психотерапия является одним из наиболее известных и обосновавшихся психотерапевтических методов. Благодаря энтузиазму многих позитивных психотерапевтов был сделан определённый вклад в формулирование законов о психотерапии в некоторых странах. Только в России существует более 20 региональных центров позитивной психотерапии. За пределами Европы позитивная психотерапия особенно хорошо представлена в Китае, Индии, Боливии и Южной Африке. В этих странах тысячи докторов, психологов и учителей прошли обучение во время сотен семинаров по позитивной психотерапии. Транскультуральные исследования всегда были важны в позитивной психотерапии, которая претендует на то, что является транскультуральным психотерапевтическим методом. Результаты этих исследований были представлены на многочисленных национальных и международных конференциях, около 20 кандидатских и докторских диссертаций было успешно защищено по темам, связанным с позитивной психотерапией. Книги по позитивной психотерапии были опубликованы на многих европейских языках и были среди первых в восточной Европе. Члены EFCPP были основной силой, стоящей за двумя Всемирными конгрессами позитивной психотерапии.

Сорок лет назад Носрат Пезешкиан женился и до сих пор живет с Маниже Пезешкиан, у них двое детей и несколько внуков. Сыновья Хамид и Навид - дипломированные специалисты в области психиатрии и психотерапии, работают в Висбаденской Академии Психотерапии.

С 2003 года новым президентом ICPP избран старший сын основателя метода – Х. Пезешкиан, восемь лет прожив в России, он внес неоценимый вклад в становление этого метода в нашей стране. Работы Х. Пезешкиана в области транскультурного подхода, в частности, сравнительное исследование специфики обучения, условий проживания и особенностей работы, российских и германских психотерапевтов получили заслуженное признание в научных кругах. Х. Пезешкиан под руководством профессора Б. Д. Карвасарского защитил диссертационную работу на соискание степени доктора медицинских наук в НИИ Психоневрологии им. Бехтерева.

Дискуссия об оценке эффективности того или иного метода не прекращается несколько десятилетий, что влияет и на политику государственного лицензирования консультантов и на политику оплаты их услуг страховыми компаниями. Данные исследования требуют смелости приверженцев метода, организационных и финансовых усилий. Возможно, этими субъективными и объективными сложностями объясняется крайне малое количество подобных исследований. В 1997 г. В Германии было проведено исследование в области гарантии качества медицинских услуг, результаты которого доказывают высокую эффективность метода Позитивной Психотерапии, после полученных результатов Н. Пезешкиан был награжден одной из самых престижных премий Германии - Премией Ричарда-Мартина. Сегодня существует более 15 основных книг по позитивной психотерапии, некоторые из которых были опубликованы на более чем 20 языках.

Метод позитивной психотерапии впервые был представлен в России - тогда еще в СССР - в 1989 году. Первые семинары состоялись в 1989 и 1990 гг. в Научно-исследовательском Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге, а позднее также в Москве. С 1991 года Позитивная Психотерапия, применяется в различных областях: в клинической практике, в повышении квалификации и постдипломном образовании психологов и врачей, в научных исследованиях и университетском преподавании. Подобная разносторонность приводит к постоянной перепроверке теории в повседневной транскультуральной практике и позволяет избежать сужения или односторонней идеализации метода.

В Приморском крае Позитивная психотерапия появилась в марте 1995 года, когда на региональной конференции, организованной В. Ю. Слабинским, И. О. Кириллов провел презентацию этого метода. В августе 1995 года по приглашению профессора И. Г. Ульянова сын основателя метода Хамид Пезешкиан, д.м.н. начал трехлетнюю программу подготовки специалистов по стандартам Висбаденского института подготовки психотерапевтов и семейных терапевтов (WIPF), - это была первая в Приморье образовательная программа в области консультирования, проводимая иностранным тренером по международным стандартам. В 1996 году Слабинский и Кириллов на Первом Всемирном Конгрессе Психотерапевтов (WCP) в Вене (Австрия) прошли интенсивный курс Позитивной психотерапии под руководством Н. и Х. Пезешкианов. В 1997 году Кириллов прошел стажировку в Висбаденском институте подготовки психотерапевтов и семейных терапевтов (WIPF) и в 1998 году получил диплом тренера Базового курса Позитивной Психотерапии, в этом же году в рамках Приморского Краевого отделения РПА им была создана секция «Позитивная Психотерапия». В 1999 году на Втором Всемирном Конгрессе Психотерапевтов (WCP) в рамках секции Позитивной Психотерапии прошла встреча руководства Висбаденской Академии Психотерапии, Международного Центра Позитивной Психотерапии (ICPP) в лице Н. и Х. Пезешкианов и инициативной группы Приморских психотерапевтов (Ульянов, Кириллов, Слабинский). В результате переговоров был подписан договор «о намерении создания в Приморском крае регионального центра Позитивной психотерапии». С этого момента в Приморском крае регулярно проходит обучение специалистов по программе Базового курса Позитивной Психотерапии. Осенью того же года по просьбе ICPP И. О. Кириллов переехал на постоянное место жительства в г. Хабаровск, где создал группу специалистов изучающих Позитивную психотерапию. На следующий год ICPP попросил его

переехать для проведения аналогичной работы в г. Москву. В связи с этими событиями председателем секции «Позитивная Психотерапия» ПКО РПА был избран Слабинский, который и руководит ее работой по настоящее время.

В 2000 году во Владивостоке был создан Институт Позитивной Психотерапии, Транскультурной Семейной Терапии и Психосоматической медицины (председатель Совета профессор И.Г. Ульянов, д.м.н., директор В. Ю. Слабинский, к.м.н.). В том же году на Втором Всемирном Конгрессе Позитивных Психотерапевтов в Висбадене (Германия) институт был аккредитирован Висбаденской Академией Психотерапии и Международным Центром Позитивной Психотерапии как региональное представительство ICPP и вошел в состав Европейской Федерации Центров Позитивной Психотерапии (EFCPP). В рамках пре-конгресса на базе Бёдинггенского центра Позитивной Психотерапии прошел первый международный семинар тренеров Позитивной Психотерапии. После его окончания четыре Дальневосточных тренера получили право преподавать Базовый курс Позитивной Психотерапии. На прошедшем в рамках конгресса совете директоров ICPP И.О. Кириллов был избран секретарем по России и странам СНГ. В 2001 году на втором международном семинаре тренеров Позитивной Психотерапии был подписан договор о создании Хабаровского регионального центра Позитивной Психотерапии (директор центра М. А. Гончаров). По окончании семинара Кириллов и Слабинский получили дипломы тренеров Мастер-курса Позитивной Психотерапии. В том же году начал издаваться научно-практический журнал «Positum», межрегиональной ассоциации Позитивная психотерапия (главный редактор Кириллов, зам. главного редактора Слабинский) и начал реализовываться одноименный интернет-проект Института Позитивной Психотерапии www.positum.ru. Спустя год в русскоязычном интернете насчитывалось уже более десяти ресурсов по Позитивной Психотерапии.

Для Приморья 2001 год ознаменовался началом обучения по программе Мастер-курса Позитивной Психотерапии, в рамках которой прошел семинар директора Турецкого центра Позитивной Психотерапии доцента клинической психологии Н. Fisiloglu. В 2002 году в НИИ Психоневрологии им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург) были защищены две диссертационные работы на соискание степени кандидата медицинских наук (И. О. Кириллов – «Супервизия в Позитивной психотерапии», В. Ю. Слабинский «Реактивные расстройства у пострадавших от землетрясения и их психотерапия»). В том же году по модальности «Позитивная Психотерапия» четыре специалиста (Кириллов, Слабинский, Гончаров, Фролов) в числе первых ста Российских специалистов были награждены «Европейским Сертификатом Психотерапевта» и внесены в Единый реестр Европейской Ассоциации Психотерапевтов. Профессор И. Г. Ульянов получил диплом тренера Мастер-курса Позитивной Психотерапии, В. Ю. Слабинский был избран в совет директоров Европейской Федерации Центров Позитивной Психотерапии.

В последние годы в Институте Позитивной психотерапии созданы специализированные программы психотерапии: для ветеранов локальных войн (автор Слабинский) и цикл семинаров для женщин (автор З. В. Лютик).

В России по Позитивной Психотерапии опубликованы:

1. Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории в позитивной психотерапии. СПб.: Изд-во Единение, 1995. - 238 с.
2. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. – 464 с.
3. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. М.: Медицина, 1995. – 336 с.
4. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия. М.: Изд-во Март, 1996. – 336 с.
5. Пезешкиан Н. 33-и и одна форма партнерства. М.: Медицина, 1998. – 288 с.
6. Пезешкиан Х. Основы Позитивной Психотерапии. – Архангельск: Изд. Архангельского мед. ун-та, 1993. – 116 с.
7. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в Российской психотерапии: Дисс. в виде научного доклада на соискание учёной степени доктора мед. Наук/ СПб. НИИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 1998. – 83 с.

8. Пезешкиан Н., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия – транскультуральный и междисциплинарный подход// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1993, № 4. – С. 63-77.
9. Реммерс А. Пять способностей психотерапевта // Материалы 1-го Всемирного конгресса позитивных психотерапевтов. – СПб – М., 1997
10. Кириллов И. О. Супервизия в позитивной психотерапии: Дисс. на соискание учёной степени канд. мед. наук / СПб. НИИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 2002. – 115 с.

3.2.2. Теория личности.

В позитивной психотерапии личность рассматривается через способности, реализуемые человеком в повседневной жизни. Данная модель консультирования исходит из позитивного видения человека, как способного к изменениям, самопомощи и помощи членам своей семьи. Позитивное видение идёт дальше гуманистического тезиса о том, что человек – «существо прирождённо активное, борющееся, самоутверждающееся и повышающее свои возможности, с почти безграничной способностью к позитивному росту», утверждая, что каждый человек, без исключения, хорош по своей природе, и от рождения обладает «всеми способностями, которые сравнимы с семенами скрытых возможностей, которые, однако, ещё нужно развить» (Пезешкиан Х., 1998). В данном случае под развитием имеется в виду, скорее, раскрытие уже заложенного потенциала, а не наполнение извне. Внешний мир предоставляет условия и инструменты самопознания и самораскрытия, подобно тому, как плодородная почва и подходящий климат помогают зерну превратиться в дерево. Иными словами, человек изначально не «*tabula rasa*» (чистый лист), на котором родители и педагоги гордо вписывают собственные изречения знания и мудрости, а врач назначает «должное лечение», скорее можно сказать, что он – «лист непрочитанный» (Кириллов И. О., 2002)

Модель «Баланса». Позитивная Психотерапия – метод исповедующий целостность человека, многообразие его жизни. Условно можно выделить четыре сферы личности и реализации человеческого потенциала:

1. Сфера «Тело» - человек телесен, он обладает определенной физической формой и физиологией. Потребности, удовлетворяемые в этой сфере: сон, питание, сексуальность, расслабление.
2. Сфера «Деятельность» - потребность структурировать, изменять, преобразовывать мир является одной из базовых потребностей человека. Основные понятия этой сферы: деятельность, работа, достижения, успехи.
3. Сфера «Контакты / Традиции» - потребность в признании своего существования со стороны других, социализация, общение с себе подобными, правила регламентирующие данное общение.
4. Сфера «Фантазий» - потребность в духовной жизни реализуется человеком через интуиции, сны, мистический опыт, фантазии, воспоминания.

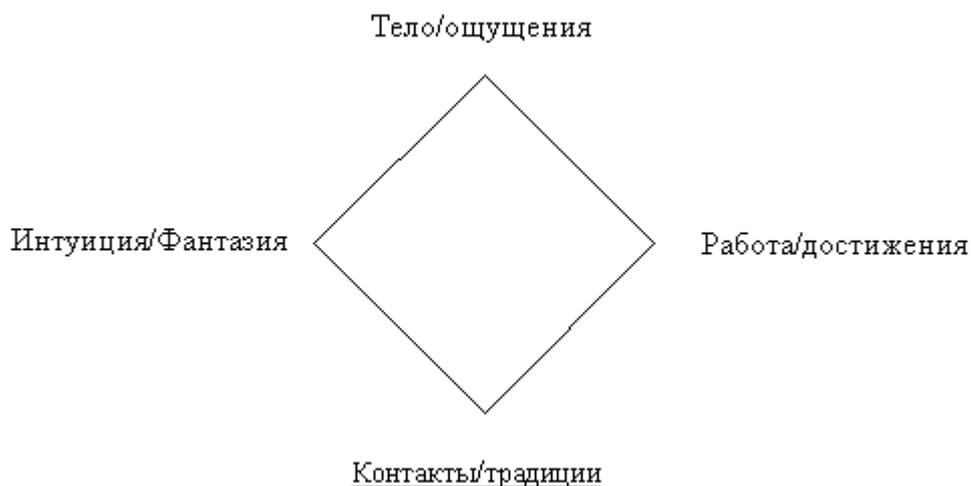


Рис. 42

Актуальные способности. Основным описательным и операционным инструментом дифференциального анализа (один из разделов Позитивной Психотерапии) являются актуальные способности, которые характеризуют важнейшие параметры в становлении характера человека, содержании и мотивах человеческого поведения, межличностном взаимодействии, конфликтогенезе и терапии.

Актуальные способности дифференцируются и развиваются из базовых способностей к любви и познанию под воздействием окружающей среды, эпохи (экзогенные факторы) и состояния организма (эндогенные факторы). Из способности любить развиваются первичные способности (терпение, общительность, сексуальность, доверие, оптимизм, вера, уверенность, скептицизм, целостность, способность чувствовать время и т.д.), из способности познавать – вторичные (пунктуальность, чистоплотность, аккуратность, послушание, вежливость, честность, верность, справедливость, усердие, бережливость, обязательность, точность, добросовестность и т.д.).

Очевидно, что при такой сложности и многофакторности воздействий способности развиваются неравномерно и по-разному у разных людей. Какие-то из них могут оказаться развитыми до виртуозности, а другие пребывать в зачаточном состоянии. Можно, например, любить порядок, но быть нетерпеливым. Если определённые ожидания относительно развития своих или чужих актуальных способностей не оправдываются, это может стать причиной конфликта. Уникальность личности человека обуславливается сочетанием различно выраженных актуальных способностей, образующих своеобразный профиль способностей.

Актуальные способности выполняют целый ряд функций:

1. Описательные категории. Поведение человека, межличностные и внутренние, душевные конфликты, выходящие за рамки нормальных (приемлемых в данном обществе), могут быть описаны в терминах актуальных способностей.
2. Переменные величины социализации. Актуальные способности являются содержанием воспитания. Общество посредством воспитания определяет характерный для него уровень развития определённых актуальных способностей. Например, для индустриального общества характерно известное пренебрежение первичными способностями. Чтобы быть принятым в этом обществе, человек должен соответствовать предъявляемым требованиям.
3. Суррогатные заменители религии. В этом случае одна или несколько актуальных способностей абсолютизируются, становятся вне своей функциональной роли средоточием мировоззрения, картины мира и образа человека, его внутреннего мира.

«Если кто-то открыто высказывает сопротивление старшим (учтивость), мне кажется, что мир рушится. Меня начинает трясти, я могу разрыдаться. После этого я два- три дня болею. Мы не должны противоречить старшим. Люди, которые это делают, недостойны называться людьми» (Женщина, 48 лет, бухгалтер, психосоматические расстройства).

4. Маскировка. В некоторых случаях для достижения цели человеку кажется целесообразным притвориться, изобразить те актуальные способности, которых у него на самом деле нет. Это притворство не всегда осознанно. «Я никогда сам не мог сидеть на работе от звонка до звонка, но моему нынешнему боссу это нравится, поэтому я сам мучаюсь с этим и требую этого от сотрудников. Если кто-то опаздывает, я просто взрываюсь» (Мужчина, 36 лет, зав. отделом рекламы, жалобы на раздражительность и головные боли).
5. Оружие или средства защиты. Когда проявление или отсутствие актуальных способностей вызывает аффект, они становятся своего рода оружием.

Согласно теории Позитивной Психотерапии формирование человека, развитие его профиля актуальных способностей проходит в четырех сферах модели «Подражания» или «Идентификации»:

1. сфера «Я» – отношение человека себе, самооценка. Выделяют женскую часть Я и мужскую часть Я, что влияет на оценку не только себя, но и других людей, например женщина, отвергающая женскую часть Я, характеризуется подчеркнуто «мужским» поведением. В какой-то мере можно говорить о влиянии концепций К. Юнга, описывающих базовые архетипы человека на понимание структуры данной сферы. На формирование сферы Я влияет отношение значимых близких к ребенку, но оно не заканчивается в детском возрасте. В течение жизни на развитие «Я» человека влияют прочитанные им книги, любимые фильмы, с героями которых он идентифицируется, перефразируя известное изречение, можно сказать: «Я – то, что смотрю и читаю».
2. сфера «Ты» - отношение человека с партнером, «Ты» больше, чем «Я + Я». Это диада, имеющая общие внешние границы, и границы внутренние. На формирование этой сферы влияет пример того, как родители ребенка относились друг к другу. Сфера «Ты» развивается всю человеческую жизнь и напрямую связана с процессом взросления. Отношения, складывающиеся в психотерапии между консультантом и клиентом, являются не только диагностическими, но и коррекционными для сферы «Ты», другими словами в Позитивной Психотерапии внимание уделяется не только анализу переноса, но и его реформированию.
3. сфера «Мы» - отношения с другими, не входящими в группу принадлежности, исповедующими иные ценности, практикующими непривычное поведение. Понятия «общности» и «чуждости» формируются в детстве под влиянием отношения значимых взрослых к «чужим». Границы толерантности в этой сфере пересматриваются на протяжении всей жизни под влиянием не только психологических, но и социальных факторов.
4. сфера «Пра-Мы» - отношения с предками и потомками, архаический опыт, формирующий до-психологические концепции и влияющий на базовые смыслы существования, осознание себя звеном в ленте жизни, чувство принадлежности к роду. На формирование сферы «Пра-Мы» влияет мировоззрение значимых взрослых, их отношение к религии, вере, конечности или бесконечности существования жизни.

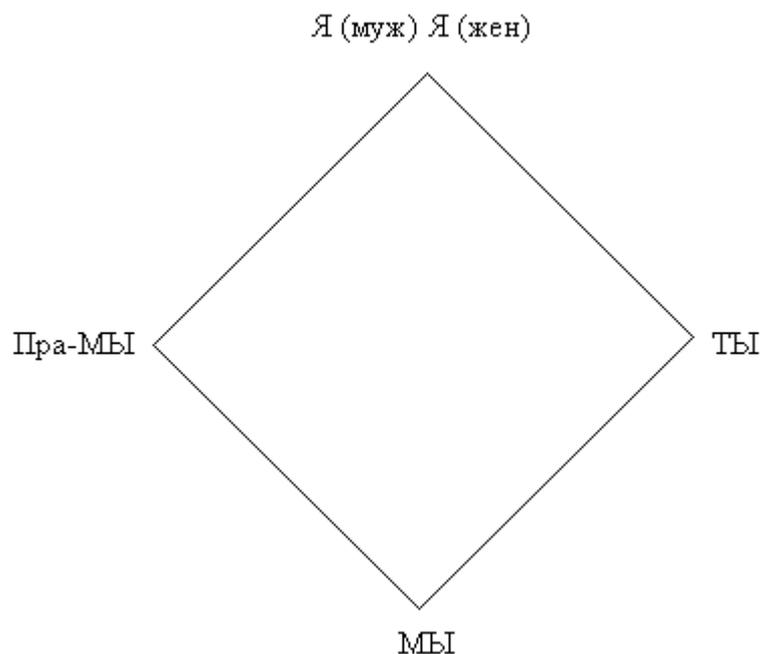


Рис. 43

3.2.3. Теория конфликта.

В рамках позитивной психотерапии все предъявляемые клиентом симптомы и проблемы рассматривались как символическая манифестация внутреннего конфликта. Эта манифестация сама по себе является неосознанной попыткой самоисцеления. Хронизации расстройства (истощения механизмов адаптации и возникновения органических нарушений) происходит, если внутренний конфликт своевременно не замечен, его причина не распознана и продолжает существовать (реально или как травматичное воспоминание). Внутренний конфликт предопределяется базовым конфликтом и реактивируется в актуальном конфликте (рисунок 44).

Базовый конфликт формируется в процессе развития на основе фрустрации или активации потребности к любви в ответ на спонтанные проявления тех или иных способностей. Так, за определённым отношением к конкретным способностям и их проявлениями фиксируется сильная эмоция. Базовая ситуация и базовый конфликт определяют структуру личности во всём богатстве её поведенческих и чувственных проявлений. Для исследования базового конфликта используется модель «Подражания» или «Идентификации».

Актуальный конфликт возникает при столкновении человека с меняющейся реальностью. События, вызывающие конфликт, разделяются на макротравмы (значительные происшествия и изменения) и микротравмы (небольшие, но повседневные, аккумулирующиеся эмоциональные реакции на несовпадение ожидаемого («правильного»), и реально существующего («позитивного») развития и проявления своих или чужих актуальных способностей). Только события, резонирующие с эмоционально заряженным базовым конфликтом, вызывают внутренний конфликт.

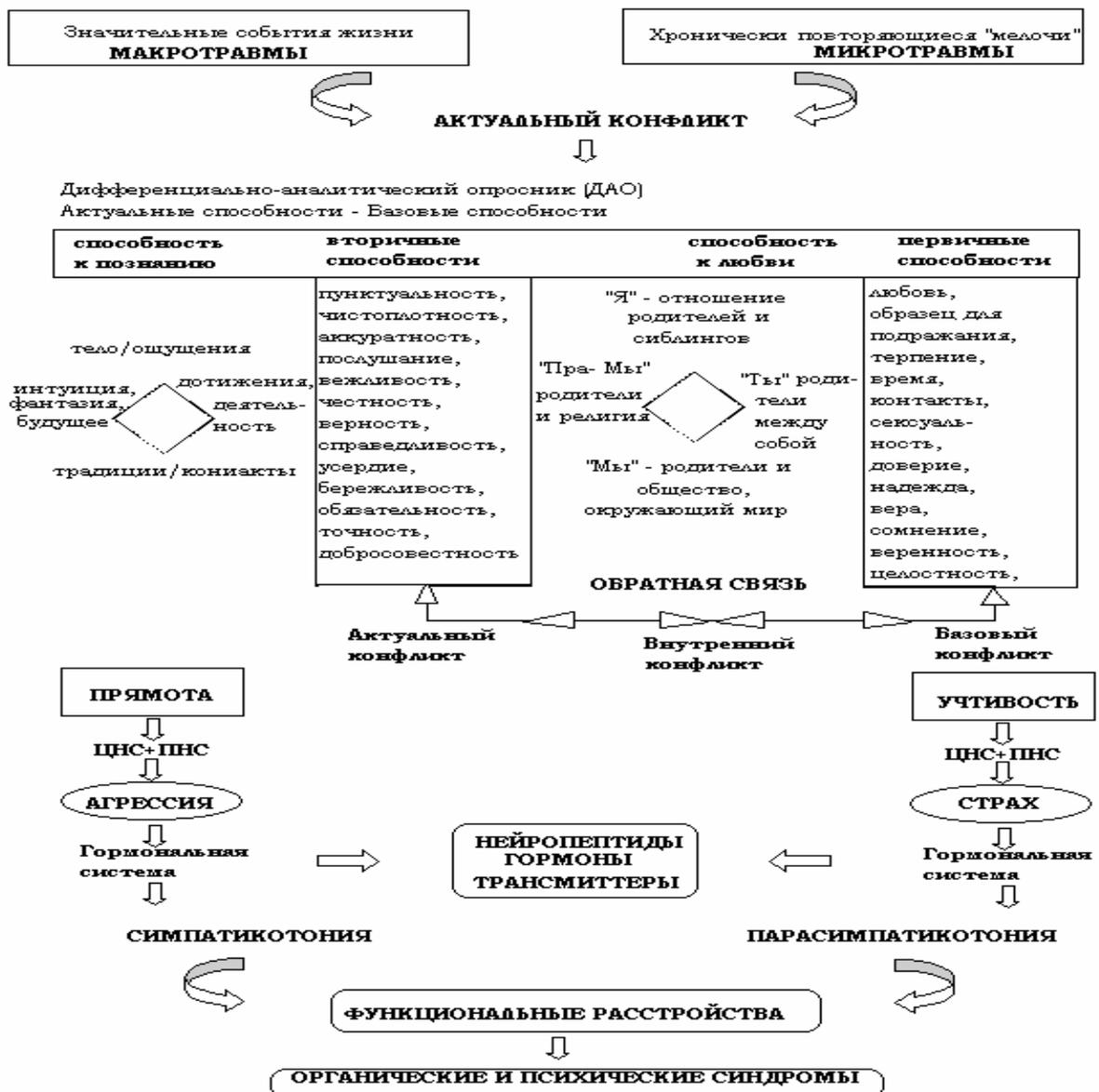


Рис. 44

Модель конфликтогенеза в позитивной психотерапии (Пезешкиан Х., 1998).

Модель реакции на конфликт в четырёх измерениях модели баланса помогает разобраться с тем, как меняется энергетический баланс в ответ на изменения ситуации в связи с влиянием времени, социальных условий (рисунок 2).

Так возможны:

1. бегство в болезнь или игнорирование телесных потребностей;
2. бегство в работу или дезорганизация;
3. бегство в общение или изоляция;
4. бегство в мечты или отрицание будущего.

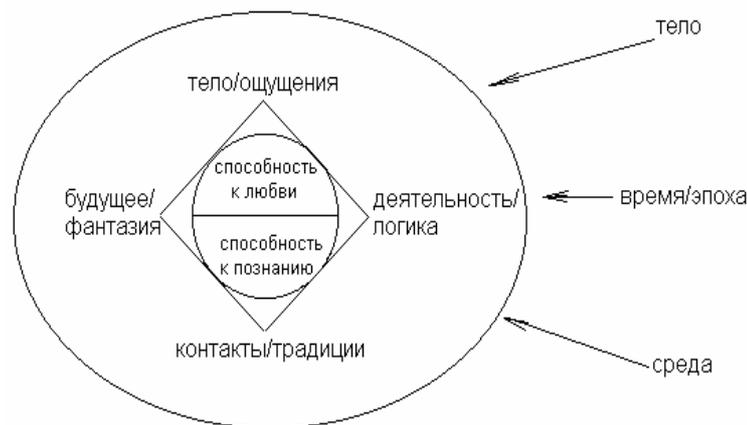


Рис. 45

Модель реакции на конфликт в четырех сферах модели баланса (Кириллов И.О., 2002).

3.2.4. Специфические техники консультирования.

Метод позитивной психотерапии основан на транскультуральных исследованиях, проводившихся более чем в 20 различных культурах и основанных на трёх основных принципах:

1. Принцип надежды. Термин Positive psychotherapy происходит от латинского «Positum» - имеющий место, реально существующий, а не от «positivum» – положительный. Это подчеркивает важность проработки и позитивных и негативных аспектов проблемы и жизни пациента. В позитивной психотерапии консультант не призывает клиента смотреть на жизнь через «розовые очки», но считает, что «человек – это неиссякаемый источник бесконечных добродетелей, он подобен руднику полному драгоценных камней». Клиент рассматривается как человек, обладающий способностями не только к образованию проблем и конфликтов, но и способностями к их разрешению. В Позитивной Психотерапии, согласно правилу «от периферии к центру», общаясь с клиентами, коллегами, в своей семье терапевт подчёркивает наличие и важность позитивного содержания ситуации и лишь затем постепенно переходить к проблеме. Исходя из концепции Позитивной Психотерапии «здоров не тот, у кого нет проблем, а тот, кто умеет справляться с возникающими проблемами». В то время как в традиционной, применяемой сегодня, медицине между врачом и пациентом главным образом стоит болезнь, в Позитивной психотерапии между психологом и клиентом находятся способности, другими словами, если человек смог создать проблему, то у него достаточно сил и способностей для ее разрешения.

терапевт	болезнь	пациент
----------	---------	---------

Традиционный подход

терапевт	Возможности способности	пациент
----------	-------------------------	---------

Позитивный подход

Таблица 1

Восточная история «Король и сон»: Одному восточному королю приснился страшный сон. Ему приснилось, что у него один за другим выпали все зубы. Обеспокоившись, он позвал своего толкователя снов. Тот озабоченно выслушал сон и сообщил Королю; «Я должен сообщить Тебе печальную весть. Так же, как ты потерял зубы, так же одного за другим ты потеряешь всех своих родных». Толкование разгневало короля. Он повелел бросить

прорицателя в темницу. Потом он позвал другого толкователя снов. Этот, выслушав сон, сказал: «Я счастлив, что могу сообщить тебе радостную весть: ты станешь старше всех своих родных, ты их всех переживешь». Король был счастлив и богато наградил толкователя снов. Придворные удивлялись этому: «Ведь ты не прибавил ничего нового к тому, что сказал твой бедный предшественник. И как же случилось, что он был наказан, а ты награжден?» — спрашивали они. Толкователь снов отвечал: «Мы оба одинаково растолковали сон. Но дело не только в том, что сказать, но и как это сказать».

В современном обществе, ориентированном на ценности достижения, болезнь рассатривается как ограничение возможности работать и получать удовольствие от жизни. Зачастую работа и получение удовольствия воспринимаются как синонимы. Болезнь же воспринимается как нечто отдельное от обычной жизни, как трагедия, обрушившаяся на человека извне. В таком случае болезнь - это состояние, повлиять на которое сам пациент не может. С этой точки зрения вопрос о позитивных аспектах симптома поделён на области, которые игнорируются, и связан с процессуальным пониманием болезни. На её значимость для переработки пациентом свои переживаний, на её значимость как индикатора дисгармонии жизненной ситуации и на понимание болезни как способа реагирования в конфликте. Позитивные реинтерпретации - это не ярлыки, которые даются пациенту взамен прямого диагноза, это, скорее, программа, содержащая новые способы переработки конфликта.

С помощью позитивной интерпретации терапевт воздействует не только на конкретную болезнь, как на субъективное представление о болезнях, которые сложились в традициях данной семьи (Пезешкиан Н., 1996)

Традиционная интерпретация

Позитивная интерпретация

	страх	
Неспособность находиться в трудных ситуациях, трусость		Способность избегать угрожающих ситуаций, объектов, субъектов
	Страх одиночества	
Неспособность справиться с самим собой		Ярко выраженная потребность в общении с другими людьми
	Нарушение потенции	
Неспособность к сексуальным действиям или к сексуальному удовлетворению		Способность избегать конфликтной сферы сексуальности
	упрямство	
Неспособность подчиниться установленному порядку		Способность сказать «нет», возразить авторитетам
	Запущенность / беспризорность	
Неспособность регулировать ежедневные насущные потребности, беспорядок, неопрятность, асоциальное поведение		Способность игнорировать определённые нормы, и действовать вопреки им
	депрессия	

Чувство подавленности при преимущественно пассивном поведении		Способность глубоко эмоционально реагировать на конфликты
	лень	
Недостаток трудолюбия, слабый характер		Способность отказаться от явно завышенных потребностей
	фригидность	
Отсутствие оргазма		Способность сказать телом «нет»
	Соперничество между братьями и сёстрами	
Ревность, напряжённые отношения, отсутствие готовности в чём-либо уступить		Возможность учиться партнёрским отношениям, отстаивать свои интересы, способность выстоять, пережить агрессию
	Инфаркт миокарда	
Снижение активности сердечной мускулатуры вследствие закупорки сердечных коронарных сосудов. Факторы риска: злоупотребление алкоголем, повышенное содержание жиров в крови		Патологическое происшествие в сердце, вызванное факторами риска, которые кроме всего прочего спровоцированы переутомлением и односторонним образом жизни. Сигнал тревоги к тому, чтобы снизить нагрузки, больше обращать внимания на эмоциональные переживания и сделать образ жизни более гармоничным

Таблица 2. Хамид Пезешкиан «Основы Позитивной Психотерапии»

Смена точки зрения на болезнь позволяет пациенту более дистанцированно относиться к своему конфликту. Изменения же отношения открывает новые перспективы не только в терапии, но и в дальнейшей жизни пациента как разрешение конфликта и окончание курса терапии

Позитивный подход позволяет использовать надежду как лекарство не только для решения внутренних проблем пациента, но и, прежде всего, для улучшения отношений в семье и социальном окружении. Таким образом, речь идёт о переоценке прежних концепций, приведших к возникновению проблемы. Не к тотальному их отрицанию, но к тщательному обсуждению: дифференцированию. Приобретение пациентом навыка позитивных интерпретаций своих конфликтов, использование этого навыка в семейных консультациях и обсуждениях – первый шаг на пути к помощи самому себе и тому, чтобы пациент стал психотерапевтом для своей собственной семьи и социального окружения. В Позитивной Психотерапии, помимо позитивной интерпретации мы используем межкультуральный подход.

В традиционной, по преимуществу западно-ориентированной психотерапии, культуральные факторы почти не имеют отражения. Отсутствие «культуральной чувствительности» (Kleiwmann A., 1996) приводит к ошибочным диагнозам не только в этнических меньшинствах, но и у представителей преобладающих национальностей. Современное общество характеризуется культуральным многообразием. Благодаря миграции беженцев, всё увеличивающейся мобильности одиночек, возрастает количество межнациональных браков, становится пластичным понятие национальной идентификации. На

Западе или Востоке, по всей видимости, нельзя найти больше ни одной мононациональной страны.

Встреча психотерапевта и пациента, по мнению многих исследователей является особенной, ориентированной на «здесь и теперь». Зачастую это не просто встреча представителей двух разных семей, но и двух различных культур. Без анализа факторов, влияющих на диалог в психотерапии, помощь пациенту не может быть действительно успешной.

Восточная история «Про ворону и павлина»: В парке дворца на ветку апельсинового дерева села черная ворона. По ухоженному газону гордо расхаживал павлин. Ворона прокаркала: «Кто мог позволить такой нелепой птице появляться в нашем парке? С каким самомнением она выступает, будто это султан собственной персоной. Взгляните только, какие у нее безобразные ноги. А ее оперение - что за отвратительный синий цвет. Такой цвет я бы никогда не носила. Свой хвост она тащит за собой, будто лисица». Ворона замолкла, выжидая. Павлин помолчал какое-то время, а потом ответил, грустно улыбаясь: «Думаю, что в твоих словах нет правды. То плохое, что ты обо мне говоришь, объясняется недоразумением. Ты говоришь, что я гордячка потому, что хожу с высоко поднятой головой, так что перья у меня на плечах поднимаются дыбом, а двойной подбородок портит мне шею. На самом же деле я — все что угодно, только не гордячка. Я прекрасно знаю все, что уродливо во мне, знаю, что мои ноги кожистые и в морщинах. Как раз это больше всего и огорчает меня, поэтому-то я и поднимаю так высоко голову, чтобы не видеть своих безобразных ног. Ты видишь только то, что у меня некрасиво, и закрываешь глаза на мои достоинства и мою красоту. Разве тебе это не пришло в голову? То, что ты называешь безобразным, как раз больше всего и нравится во мне людям».

(По Пезешкиан)

В Позитивной Психотерапии транскультурные различия рассматриваются не как препятствия, а как возможность для психотерапевта и пациента прикоснуться к сокровищам мировой культуры. Обогащать себя новыми представлениями о привычных вещах.

Западная культура	Восточная культура
<p>Болезнь Когда человек болен, ему необходим покой. Его мало кто посещает. Визиты воспринимаются как социальный контроль.</p>	<p>Болезнь Когда человек заболевает, его кровать ставят в гостиной. Больной оказывается в центре внимания, его посещают родственники и друзья. Для них не прийти означало бы нанести больному оскорбление, продемонстрировать свою неприязнь.</p>
<p>Страх одиночества Ожидания и сообщения в основном адресуются индивидам или малым группам. Например, в гости приглашают только избранных. Человек разочарован, если кто-то отказывается от приглашения или не приходит. «Почему он не пришел? у меня ему почему-то не нравится?» «Если он так ненадежен, нам не стоит больше его приглашать».</p>	<p>Страх одиночества Простая коммуникация заменена сложной, которая обеспечивает социальные гарантии против страха изоляции. Человек приглашает не только тех гостей, отсутствие которых вызвало бы большое разочарование, но и много других людей. Если кто-то опоздает или не придет, присутствие других гарантирует успех вечера.</p>
<p>Тревожность Современная психотерапия выделяет три основных вида тревожности. Страх прошлого и страх настоящего называют исторически пережитой тревогой, а страх будущего - экзистенциальной тревогой. Молитва и медитация вынесли испытание временем как средство борьбы со страхом будущего, а работа - как средство, вселяющее веру и надежду. Проблемы возникают лишь, если молитва препятствует активному конструированию будущего.</p>	<p>Тревожность Восточные философы различают три типа тревожности, которые они называют базовыми: страх прошлого (причина: несправедливость; лечение: прощение); страх настоящего (выражается в одиночестве; лечение: уход от социального окружения и аскетизм); страх будущего (выражается в чувстве утраты смысла и целей; лечение: молитва).</p>
<p>Свободное время «Когда мой муж приходит домой, ужин должен быть уже готов. После еды он садится перед телевизором и пьет пиво, а затем ложится в постель и читает свою газету!»</p>	<p>Свободное время «Мой муж лучше всего расслабляется, когда он беседует с гостями. Таким образом, моя основная работа - обслужить вечером гостей».</p>
<p>Нарциссизм «Я работал для вас весь день и настаиваю, чтобы вы тоже со мной считались и принимали мои правила игры». Эта интерпретация имеет нарциссическую основу. Член семьи, который требует уважения и покоя после работы, в то же время требует признания семьей его успехов.</p>	<p>Нарциссизм «Я достиг того, что могу доставить вам всем радость, я обеспечил вам все своим трудом и успехами в делах». Восточная концепция иллюстрирует экстравертированный нарциссизм. Отец не удовлетворяется семьей, а нуждается в форме для удовлетворения своего нарциссизма.</p>

<p>Сила Я Это выражение относится к модели буржуазного общества: модели свободной воли, в которой социальная компенсация и фантазия уступают место борьбе с действительностью, побуждаемой мотивом достижения. В психоанализе сила эго (Я) и зрелость это являются центральными понятиями.</p>	<p>Сила Я Основой идентификации является скорее не Я, а Мы. Я могу быть в порядке, только если живу в гармонии со своим социальным окружением.</p>
<p>Солидарность Считаются желательными уверенность в себе и автономия. Дети рано покидают дом: «Я достаточно взрослый и могу стоять на своих ногах!» «Ты уже достаточно взрослый и должен понимать, что делаешь». Слишком большая близость к родительской семье переживается как угроза уверенности в себе.</p>	<p>Солидарность Большой акцент на семейной солидарности. Родители часто посылают своих детей учиться за тысячи километров и знают, что через «социальную пуповину», контакты, письма и т.д. несмотря на расстояние, сохраняется зависимость от родителей и социальные узы.</p>
<p>Одиночество «Сильный сильнее всего в одиночку». Способность быть уверенным в себе, независимым и одиноким рассматривается как сила. Никто не находит ничего дурного в том, что кто-то идет гулять один или погружается в свои мысли.</p>	<p>Одиночество Поиск одиночества и уход от общественных событий воспринимаются как нарушение доверия. Возникают опасения: Что с ним случилось? Он обижен? Мы, конечно же, можем помочь, если он страдает.</p>
<p>Уважение Шумное поведение рассматривается как невежливое, как признак непослушания и неуважения. «Когда мы были детьми, нам разрешалось говорить только тогда, когда нас спрашивали». «Во время дневного отдыха играть нельзя!» «Не шуми так, ты ведь знаешь, что соседи жалуются!»</p>	<p>Уважение Считается нормальным, когда кто-то шумит, особенно дети. На соседей обращают меньше внимания, впрочем, их обычно также не беспокоит шум детей.</p>
<p>Страдание Человек страдает, как правило, в одиночку, либо потому, что хочет «решить свою собственную проблему», либо потому, что у других нет времени на него, или они говорят: «Посмотрим, как он сам справится». Вдобавок страдающий нередко сталкивается с безразличием, отвержением и садизмом со стороны других.</p>	<p>Страдание Страдающего - от материальной ли нужды, от психологической или физической боли - принимают в социальное лоно расширенной семьи и заботятся о нем. Ответственность коллективно делится. Эта вовлечённость дает страдающему человеку определенную эмоциональную устойчивость.</p>
<p>Алкоголизм Алкоголь может быть назван массовым наркотиком. В этом смысле алкоголь - болезнь народов и распространен</p>	<p>Алкоголизм Моисей не оставил заповедей или запретов относительно алкоголя. В Евангелии Иисуса Христа мы тоже не найдем никаких</p>

<p>практически во всем мире. Снисходительное отношение к алкоголю имеет долгую и богатую историю. Алкоголь, подобно большинству других токсических веществ, имеет сакральное значение. Нормы вежливости предусматривают обычай употреблять алкоголь в определенных случаях. Их диапазон - от дипломатического приема до пропускания кружки после сдачи экзамена. Так как потребление алкоголя составляет часть социальных ритуалов, трезвеннику трудно уклониться от этой «обязанности». Он легко становится чужаком и его считают невежливым. Французский виноградарь интегрирован обществом несмотря на употребление им алкоголя. Ни он, ни его окружение не найдут его поведение ненормальным.</p>	<p>выраженных запретов. Однако согласно смыслу христианского учения умеренность необходима во всех сферах жизни. В исламе содержится строгий запрет на алкоголь. Даже умеренное потворство алкоголю угрожает репутации человека. Вера Бахаи осуждает снисходительное отношение к алкоголю за исключением случая медицинских показаний. «Опыт свидетельствует, сколько воздержание от табака, вина и опиума приносит здоровья, силы, душевного счастья, остроты ума и жизненной энергии».</p>
<p><u>Наркотики</u> Зависимый от наркотиков человек быстро скатывается к поведению маргинала, а, возможно, и преступника. Он обречен на социальный остракизм, если только употребление им наркотиков не оправдывается физической болью. Здесь границы допустимого очень узки благодаря пониманию обществом смертельной опасности, стоящей перед ним в связи с наркотиками.</p>	<p>Наркотики Вы можете встретить людей, которые, несмотря на употребление наркотиков, в течение всей жизни оставались уважаемыми членами общества и не демонстрировали заметных физических или психических отклонений. Курение гашиша также широко распространено там, где алкоголь запрещен, что, возможно, наносит еще больший вред и так же противоречит воле Пророка, хотя, быть может, и не так явно. Но здесь тоже можно видеть, что регулярное употребление наркотиков ограничено преимущественно маргинальными слоями общества.</p>
<p>Шизофрения С помещением в клинику близкие люди, которые ранее ухаживали за пациентом, как бы освобождаются от своей обязанности ухаживать за ним и сотрудничать с лечебным учреждением. Отношения с пациентом, сотрудничать с лечебным учреждением. Отношения с пациентом, которые существовали вначале, часто ослабевают за время его пребывания в клинике. Пациент попадает в настоящую изоляцию, что затрудняет реабилитацию. Пациент часто ищет причины своей болезни во внешних событиях, например, воображая, что ему повредил полицейский радар. Такие проявления со стороны</p>	<p>Шизофрения Здесь пациент как можно дольше остается в семье. Часто расширенная семья даже сопротивляется изоляции ее больного члена. Окружение демонстрирует большую заботу и помощь в виде визитов, подарков и т.д. Здесь кроется опасность, что эта народная терапия может быть не очень объективной и вызывать у пациента эмоциональную подавленность, чувство ограничения и тревогу. Пациент часто считает, что причиной его болезни является насланное соседями или родственниками колдовство. Такое объяснение кажется восточному сознанию правдоподобным и гарантирует страдающему человеку уси-</p>

<p>пациента рассматриваются как патологические симптомы и в то же время ведут к его отчуждению.</p>	<p>ленную эмоциональную поддержку наряду с впечатляющей терапией. Репутация одержимого может выдвинуть ранее незаметного человека в центр внимания, придав ему на время значительное влияние.</p>
<p><u>Депрессия</u> У средневропейцев и североамериканцев депрессивное настроение развивается из-за недостатка контактов, изоляции и нехватки эмоционального тепла. Содержание депрессии во многом различается. На передний план выступают страхи, которые могут быть связаны с внешним видом, красотой и Сексуальностью, а также с социальной изоляцией, порядком, чистотой и особенно бережливостью.</p>	<p><u>Депрессия</u> На Востоке депрессия чаще всего развивается потому, что люди чувствуют себя чрезмерно обремененными тяжестью своих социальных обязательств и уз, из которых они не могут выбраться. По содержанию на первый план выступают тревоги относительно способности к воспроизводству потомства, социального облика и отношения к будущему</p>

Таблица 3.

2. Принцип баланса. Согласно модели Позитивной Психотерапии конфликты и заболевания возникают только в тех сферах, где наблюдается дисбаланс. Либо на них не обращают внимание, их не развивали и тогда это будет проблема дефицита, либо сфера гипертрофированно развивалась – это будет проблема избытка. Для диагностики субъективного дисбаланса и в качестве терапевтической интервенции, позволяющей ознакомить пациента с принципом баланса (гармонизации). В Позитивной Психотерапии ему даётся следующая инструкция: принимая во внимание, что вся ваша энергия составляет 100%, покажите, как в процентном отношении она распределяется у вас и у вашего партнёра по конфликту.

Пример

Женщина жалуется на отсутствие духовности в отношениях с мужем: у него нет на неё времени. Распределение энергии по 4 сферам она графически изобразила таким образом

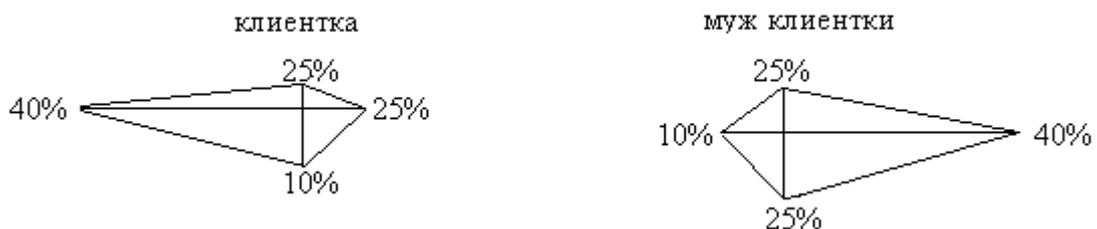


Рис. 46

При анализе становится очевидно, что клиентка перерабатывает конфликт в сфере контактов и традиций через уход в себя (проблема дефицита) и в сфере фантазий через уход в грезы (проблема избытка). Клиентка вспоминает, что действительно, когда она обижается на своего мужа, она ждёт, что она первым пойдёт на уступки, наказывает его: объявляет ему бойкот и т.д. И что «лучшими собеседниками для меня являются книги, их герои живут в мире действительно духовных отношений»

В то же время, по ее словам, муж неоднократно жаловался на то, что ему некогда взять книгу в руки (сфера фантазий, проблема недостатка), что его работа выжимает его полностью (сфера деятельности, проблема избытка).

Другой возможностью анализа дисбалансов в 4 сферах переработки конфликта является анализ времяпрепровождения, в этом случае клиенту предлагается следующая инструкция: принимая во внимание, что 24 часа составляют 100 %, как в процентном отношении вы распределяете время в сутках по 4 сферам.

Исходя из принципа баланса (гармонизации), задача позитивного психотерапевта научить пациента равномерно распределять энергию по 4 сферам переработки конфликта. Это означает, что 25% своей энергии (но не времени) пациент посвятит своим телесным потребностям (сну, питанию, сексуальности, физическим контактам, физической активности, расслаблению), 25% своей энергии он направит на свою деятельность, достижение успеха в профессиональной сфере, в учёбе и домашней работе, 25 процентов энергии – на общение и поддержание традиций (семья, друзья, коллеги). И ещё 25% - отдавать на поиск ответов на вечные вопросы: в чём смысл жизни, есть ли жизнь после смерти, что будет со мной и близкими мне людьми завтра, о чём напоминают сны и т.д.

Конечно, такое распределение энергии является идеальным. К нему можно лишь стремиться. В этом смысле можно говорить о принципе баланса (интеграции) в сочетании с принципом надежды

Вопросы позволяющие проанализировать распределение энергии и времени по четырем сферам.

Сфера Тело/ощущения.

1. Какие у вас есть физические жалобы? Какие части вашего тела болят?
2. Нравится ли вам ваш внешний вид?
3. Вы относитесь к своему телу как к другу или как к врагу?
4. Важно ли для вас как выглядит ваш партнёр?
5. Какие из 5 чувств наиболее важны для вас?
6. Какая/ие часть/и вашего тела вовлечены, когда вы гневаетесь?
7. Как реагирует ваш партнер (семья) когда вы заболеваете?
8. Как болезнь меняет ваш взгляд на жизнь и отношение к будущему?
9. Уделялось ли в вашей родительской семье большое внимание внешнему виду, еде, спорту, физическому здоровью?
10. Кто в семье вас больше обнимал, целовал, «возился» с вами?
11. Продолжаете ли вы работать и делать дела, даже если вы больны?

Сфера Работа/достижения.

1. Что вас больше интересует (физическая, интеллектуальная, художественная активность, административная работа и т.д.)
2. Легко ли вам признавать достижения вашего партнера, детей, родителей?
3. Когда вы знакомитесь с человеком, насколько важно для вас его образование и интеллект?
4. Чувствуете ли вы себя комфортно, когда вам нечем заняться?
5. Для кого из ваших родителей достижения были наиболее важны?
6. Кто из членов семьи играл с вами в детстве?
7. Как вас наказывали, когда вы ошибались?
8. Объясняли ли вам ваши родители, зачем вы должны делать то, что они вам говорят?

Сфера Контакты/традиции.

1. Кто из ваших родителей чаще приглашал друзей в гости?
2. Что наиболее вероятно удержит вас от приглашения друзей: траты, беспорядок и гора невымытой посуды после гостей, что к этому нужно готовиться и т.д.?
3. Как вы себя чувствуете, когда вы среди большого количества людей на вечеринке?
4. Вы придерживаетесь семейных (политических, религиозных, бытовых) традиций?
5. Сильно ли вас заботит, что скажут другие?
6. Кто из ваших родителей был более общителен?
7. Много ли друзей было у вас в детстве?
8. Много ли внимания ваши родители уделяли правильному поведению и учтивости?

Сфера Интуиция/фантазия.

1. Чем наиболее часто заняты ваши фантазии: телом (секс, сны, спорт и т.д.), карьерой (успех), общением, будущим (желания, мечты, философия, религия)?
2. Часто ли вы погружаетесь в воспоминания?
3. Думаете ли вы о том, какова была бы ваша жизнь с другим супругом, с другой профессией, если бы...?
4. Нравится ли вам размышлять о будущем? Читать фантастику?
5. Думали ли вы когда-нибудь о возможности самоубийства?
6. Если бы у вас была возможность уехать с кем-нибудь на недельку, кто бы это был?

Почему?

7. Кто из членов вашей семьи лучше понимает (понимал) ваши мечты, планы?
8. Как вы относитесь к искусству? Вы рисуете? Что ваши картины выражают?
9. Кто из ваших родителей больше интересовался религией, философией?
10. Какой религии/философии придерживаются (придерживались) ваши родители?
11. Молились ли ваши родители? Если да, то кто из них молился с вами?
12. Какова цель в жизни ваших родителей? Какова ваша цель?
13. Размышляете ли вы о смерти и о жизни после смерти?

3. Принцип консультации. Пятишаговая модель в Позитивной Психотерапии является стратегией, в рамках которой соотносятся основные положения индивидуальной, семейной, групповой терапии, супервизии и самопомощи. Восточная поговорка гласит «если тебе нужна рука помощи, то ищи её на конце своей собственной руки», советский афоризм спасение утопающих – дело рук самих утопающих.

Пять ступеней психотерапии ориентируются на четыре формы переработки конфликта, а их целью является расширение репертуара переработки конфликтов

1. Стадия наблюдения и дистанцирования.

Восточная история «Любопытные и слон»: Слона выставили для обозрения ночью и в темном помещении. Любопытные толпами устремились туда. Так как было темно, люди не могли ничего увидеть, тогда они стали его ощупывать, чтобы представить себе, как он выглядит. Слон был огромен, а потому каждый из посетителей мог ощупать только часть животного и таким образом составить свое представление о нем. Один из посетителей ухватил слона за ногу и стал объяснять всем, что слон похож на огромную колонну; другой потрогал бивни и сказал, что слон - это острый предмет; третий, взяв животное за ухо, решил, что он напоминает веер; четвертый, который гладил слона по спине, утверждал, что слон такой же прямой и плоский, как лежанка.

В момент обращения за психологической помощью конфликт, как правило, находится в острой фазе и уже приобрел определенную инерцию. Клиент и другие участники вовлечены в конфликт и уже не могут посмотреть на происходящее со стороны. Часто истинные причины конфликта уже забыты и вместо них появляются вторичные травмирующие факторы, т.е. защитные реакции партнёра на поведение пациента. По выражению Пезешкиана участников конфликта можно сравнить с людьми, которые так близко подошли к картине, что видят фактуру, холст, сгустки краски, но не могут увидеть сам образ. В этом случае высказывания могут касаться недостаточно хорошо загрунтованного холста, небольших дефектов рамы и других деталей, обсуждение которых уводит от понимания произведения.

На этой стадии основной задачей является изменение масштаба, поиск дистанции, с которой клиент будет способен увидеть ситуацию в целом. Уже при заполнении первого интервью, терапевт интересуется конфликтом, его связью с самыми различными сторонами жизни пациента. Клиент восстанавливает контекст возникновения и динамики конфликта. Клиент должен приглядеться к своему окружению и записать, с кем, в каких ситуациях он вступает в конфликты. Одновременно консультант спрашивает, а как клиент хотел бы

поступить в этих случаях, и как, на его взгляд, поступили бы другие люди – его друзья, представители другой культуры, книжные и киногерой.

Наблюдение: клиенту предлагается следить за поведением партнера по конфликту, записывать, что раздражает, а что радует. Руководящие вопросы для клиента: «С кем и когда Вы чувствовали себя рассерженным или подавленным? Что порадовало Вас и дало Вам ощущение счастья? Что Вам нравится в Вашем партнере? Что не нравится? Что Вас соединило, и что удерживает вместе?» Подразумевается, что общий дискомфорт примет, таким образом, форму, которая позволит найти новые аспекты и будет способствовать переориентации в поле взаимоотношений. Ведение дневника наблюдений, кроме того, выполняет дополнительно функцию клапана: клиент занимается своим конфликтом, но не обостряет его.

Воздержание от критики: клиенту во время наблюдения за партнером по конфликту запрещается критиковать его. Рекомендуется отмечать способности проявляемые партнером по конфликту, например, неспособность чувствовать время, педантичность, грубость и так далее. Благодаря отстраненному наблюдению и воздержанию от критики конфликт может быть раскрыт. Повседневное взаимодействие воспринимается теперь с новой точки зрения. Такие привычки, как игра в критику, отбрасываются, по крайней мере на время, что разрушает связанные с ними установки и ожидания.

Запишите распорядок дня (недели): клиенту дается задание подробно записать и проанализировать, как он проводит свой день, неделю. Это упражнение на самоконтроль. Можно обнаружить и диспропорции, и области интересов, и игнорируемые области. Для анализа используется модель Баланса. Это упражнение помогает раскрыть центральные концепции человека и его семьи.

Улаживание проблемы с партнером: клиенту подчеркивается, что проблемы - дело личное, запрещается обсуждать их с кем-то третьим. Вместо того, чтобы говорить о тревоге, агрессии и депрессии, клиенту предлагается обратить внимание на условия, в которых они возникают. Обсуждение проблемы рекомендуется ограничить кругом тех, кто непосредственно вовлечен в нее. Таким образом, избегается раздувание конфликта, когда конфликт никак не улаживается не потому, что участники не могут справиться с ним, а потому, что о нем не могут забыть другие люди.

Реальные и идеальные действия: клиенту предлагается спланировать реальные и идеальные действия в конфликтной ситуации. Акцент делается на новые, неожиданные, альтернативные действия. Уменьшение эмоциональной вовлеченности клиента в конфликт открывает для него дорогу к пониманию происходящего, показывает, что люди способны на различные поступки, не только те которые кажутся обязательными, с точки зрения семейных концепций и личных догм. Клиент описывает реальную конфликтную ситуацию. Реальное действие описывает его реакцию, исходящую из некоторой концепции. Идеальное действие включает в себе контр-концепцию, которая представляется клиенту как осуществимая альтернатива.

Антистрессовая сыворотка: клиент обучается приемам самопомощи помогающим бороться со страхом, гневом, нерешительностью. Консультант оказывает психологическую поддержку клиенту, находящемуся в ситуации конфликта. Многие люди боятся столкновения со своими конфликтами и проблемами, потому что из-за них эти люди чувствуют себя неуверенными и беспокойными, они страдают, когда не могут избежать конфликтов. Но психотерапия требует именно столкновения с ними. По выражению Пезешкиана, - это очень похоже на посещение зубного врача, который сверлит больной зуб. Усиление боли происходит только до определенной степени. Затем врач пломбирует канал, и боль прекращается.

2. Стадия инвентаризации.

Восточная история «Угроза». У муллы украли осла. Разгневанный потерпевший бежит по базару и кричит во всю глотку: «Тот, кто украл моего осла, должен немедленно его привести». Возмущенный, с покрасневшим лицом и вздувшимися жилами на шее мулла

продолжает вопить, прерывающимся голосом: «Если мне немедленно не вернут осла, произойдет нечто ужасное, я сделаю то, чего я не должен делать». Толпа любопытных заметно напугана этими словами, и вдруг неожиданно осел оказывается около муллы, хотя никто не видел, кто его привел. Тем не менее, все рады, что дело так благополучно закончилось. Но тут один солидный человек спрашивает муллу: «Скажи мне, что бы ты сделал, чего тебе нельзя делать, если бы тебе немедленно не вернули осла?» Тогда мулла ответил: «Что бы я сделал? Я купил бы себе другого осла. Но теперь ты скажи мне, разве это было бы разумно при моем тощем кошельке?»

На этой стадии клиент с помощью консультанта проводит ревизию конфликтной ситуации. Взвешивает все «за» и «против», оценивает собственный боевой арсенал и арсенал партнера по конфликту. Проведя ревизию, клиент выбирает «снаряжение» из имеющегося в наличии или конструирует новое.

Актуальные способности: Консультант выясняет, какие актуальные способности, по мнению клиента, задействованы в конфликте, различие в развитии каких способностей наносит микротравмы, какие способности недостаточно сформированы, какие гипертрофированы и т.д.

Механизмы реакции на конфликты: клиент совместно с консультантом анализирует как, проблемы и конфликты влияют на профессиональную деятельность и общее состояние, отношения с партнёром, на отношения в семье и другие межличностные отношения, на вопросы смысла жизни, на перспективы и планы его самого и партнера по конфликту. Исследуется «цена вопроса», оставляет ли ситуация возможность заинтересованным сторонам уступить друг другу, без «потери лица». Стоит ли возможный выигрыш переносимых участниками конфликта страданий.

Эталонные образы: консультант помогает клиенту исследовать «корни» конфликта, как он связан с ситуацией в родительской семье, похожи ли отношения в конфликте на отношения с матерью или отцом, братьями, сёстрами, другими значимыми фигурами детства. Консультант проясняет, какие употребляемые клиентом пословицы и поговорки, девизы и концепции лежат в основе конфликта.

3. Стадия ситуативного одобрения.

Восточная история «Иногда отчаянье дает нам шанс». Расскажу вам, как один любящий человек долгие годы страдал от разлуки с возлюбленной и как его пожирал огонь этих мучений. Могучая сила любви лишило его сердце терпения, а тело его устало от жизни. Жизнь без любимой казалась ему пустой, лишённой смысла, и чем дальше, тем больше он угасал. Сколько дней и бессонных ночей юноша провел в тревоге и тоске, с болью в сердце, думая о ней. Он весь превратился в тень, а раненое сердце — в горестный стон. Он готов был отдать тысячу жизней только за то, чтобы на один миг испытать упоение от ее присутствия. Но ему это не было суждено. Ни один врач не мог исцелить больного, а друзья стали избегать его. У врачей нет средств, чтобы излечить от любви, только прикосновение руки возлюбленной смогло бы ему помочь.

В конце концов, дерево его тоски породило плод отчаяния, а пламя его надежды погасло, превратившись в пепел. И вот однажды вечером несчастный влюбленный, уставший от жизни, покинул свой дом и отправился в путь. Вдруг он заметил, что его догоняет ночная стража. Он попытался спастись бегством, но стражники преследовали его по пятам, их становилось все больше и больше, и, наконец, все пути для спасения были отрезаны. В отчаянии он простонал: «Все ясно, стража — это Израиль, мой ангел смерти, он спешит поймать меня, это палач, который вот-вот схватит меня». Измученный, едва чувствуя под собой ноги, с бьющимся сердцем он подбежал к стене, окружавшей сад, и с великим трудом взобрался на нее. Оказавшись наверху, он увидел ее головокружительную высоту, но, забыв об опасности, бросился вниз, в сад.

И какое же зрелище предстало его взору! Там была его возлюбленная с лампой в руке. Она искала потерянное кольцо. И когда он, потерявший свое сердце, увидел ту, которая похитила его, вздох облегчения вырвался из груди юноши, и он воскликнул, подняв руки к

небу: «О господи, пошли моим преследователям славу, богатство и долгую жизнь, потому что теперь я понял, что стража была для меня ангелом Габриэлем, который пел меня, или Израфилом, ангелом жизни, который мне, измученному, придавал свежие силы».

Этот человек был прав, ибо, сколько справедливости и милосердия скрывалось за кажущейся жестокостью стражи. Преследуя его, она привела страждущего в пустыне страдания к морю любви и развеяла мрак разлуки светом свидания. Она направила томившегося в одиночестве в сад близости и страждущую душу к врачу сердцу.

(по Н. Пезешкиан)

Ситуативное поощрение и сопровождающий его позитивный процесс занимают центральное место в Позитивной Психотерапии. Консультант смещает фокус внимания клиента на то, что удерживает его и партнёра по конфликту вместе. Акцент делается на ресурсы, а не на проблемы. Что удерживает вместе? Одна голова хорошо, а две лучше. Тем самым появляется общий контекст, в рамках которого можно изменять ситуацию. Клиент учится видеть относительность собственных ценностей. Убеждения партнёра по конфликту исследуются в связи с его биографией, нормами его родительской семьи, культуральными аспектами.

Поощрение положительных качеств: консультант дает клиенту задание поощрять положительные качества партнера по конфликту, говоря, например: «Это здорово, что ты сделал». Клиент поощряет и позитивные стороны нового поведения, проводя позитивную интерпретацию: «Я привык думать, что ты не считаешься с мнением и потребностями других, теперь же я заметил, как хорошо ты добиваешься своего в отношениях с другими людьми и как мало ты поддаешься их влиянию. Я же слишком большое значение придаю тому, что думают другие». Другой техникой позитивного подхода является сбалансированная критика, при которой одновременно отдается должное партнеру, и делаются оговорки: «Ты - пример для меня в том, что касается профессиональных обязанностей и я был бы рад, если бы мы стали товарищами» или «Конечно, мне хотелось бы, чтобы у тебя было больше времени на меня, в тоже время одиночество дает мне возможность поразмышлять о себе и развить собственные интересы».

Психологическая сыворотка: Одним из способов познакомить пациента с дифференцированными концепциями и контрконцепциями является использование медитативных техник. После релаксационного тренинга (аутогенной тренировки, прогрессирующей мышечной релаксации, медитации), в спокойную минуту - например, перед сном – консультант предлагает клиенту образно представить себе концепцию лежащую в основе конфликта и сопровождающую ее контр-концепцию. В Позитивной Психотерапии такая альтернативная концепция называется психологической сывороткой. Это - цели и смыслы, сокращенные в представлении до формулы. Психологическая сыворотка вырабатывается, чтобы дать возможность пациенту исправить свое конфликтогенное поведение и укрепить сознательный импульс, который облегчает изменение поведения. Примеры психологической сыворотки: «Учись различать вежливость искренность» (для людей, игнорирующих интересы других из-за стремления к правде); «Учись различать порядок и терпение» (в случае трудностей в воспитании ребенка, возникающих у родителей из-за его непоседливости); «Учись различать любовь и справедливость» (для пациента, который хотел бы отомстить за неверность жены) и так далее.

4. Стадия вербализации.

Восточная история «Идеальный верблюд». Много лет тому назад четверо ученых брели с караваном по пустыне Кавир. Вечером они все вместе сидели у большого костра и делились впечатлениями. Все в один голос хвалили верблюдов: их непритязательность, выносливость, сила и непостижимое терпение приводили друзей в восторг. «Мы все владеем пером, - сказал один из них. - Давайте напишем или нарисуем что-нибудь в честь верблюда и прославим его». С этими словами он взял пергаментный свиток и направился в шатер, освещенный лампадой. Спустя несколько минут он вышел и показал свое произведение друзьям. Он нарисовал верблюда, встающего после отдыха. Рисунок так хорошо удался, что было впечатление, будто

верблюды живой. Второй вошел в шатер и вскоре вернулся с кратким деловым очерком о той пользе, какую приносят верблюды. Третий написал очаровательное стихотворение. Наконец, четвертый отправился в шатер и попросил его не беспокоить. Прошло несколько часов, огонь в костре давно погас и друзья спали, а из слабо освещенного шатра все еще доносился скрип пера и монотонное пение. Напрасно друзья ждали своего товарища целых три дня. Шатер спрятал его так же надежно, как земля, что сомкнулась за Алладином. Наконец, на пятый день, наиприлежнейший из всех прилежных вышел из шатра. Черные тени обрамляли его глаза, щеки впали, подбородок оброс щетиной. Усталой походкой и с кислым выражением лица, будто съел зеленых лимонов, он подошел к друзьям и с досадой бросил перед ними связку пергаментных свитков на ковер. На внешней стороне первого свитка было написано крупными буквами во всю ширь: «Идеальный верблюд, или Верблюд, каким ему надлежало бы быть...»

(по Н. Пезешкиан)

На стадии вербализации фокус консультирования находится на противоречии вежливость-искренность. Эти способности берутся в конкретной ситуации и подвергаются углубленному анализу. Вежливость означает пренебрежение собственными потребностями ради потребностей и интересов других людей. Искренность же, напротив, означает противопоставление собственных интересов потребностям других людей.

Консультант рассматривает базовый конфликт пациента через призму вежливости-искренности. Вместе с клиентом он выясняет особенности формирования его убеждений, касающихся этих способностей.

В Позитивной психотерапии клиент учится тому, что до момента обсуждения конфликта на стадии вербализации надо пройти ещё три стадии, а именно: дистанцирование, инвентаризацию, ситуативное поощрение. Только после того, как пройдены все три этапа, состоится разговор о проблеме. Благодаря этому алгоритму в Позитивной Психотерапии неосознанные конфликты конкретизируются. Консультант советует клиенту раз в неделю обсуждать свои проблемы с партнёром по конфликту, семьёй и социальным окружением. Само обсуждение должно быть организовано, назначено время, выбрано место. В остальное время объявляется мораторий на конфликты.

Клиент	Партнёр по конфликту
Вежливо слушает	
Спрашивает себя и партнёра о том, какое значение проблема имеет для него, с какого времени его это беспокоит и как он с этим справляется.	Отвечает, находя равновесие между учтивостью и прямоотой
Пытается совместно с партнёром решить проблему	Пытается совместно с партнером решить проблему

Таблица 4

Правила ведения диалога:

- конфиденциальность: участники разговора обязуются его не разглашать
- смелость и открытость: лишняя осторожность приносит больше вреда, чем своевременный открытый разговор
- конструктивность – не критиковать, а предлагать, как можно исправить положение.

1. Стадия расширения целей.

Восточная история «О вечной жизни». Царь Ановширван, которого народ называл также Справедливым, однажды отправился в паломничество по стране как раз в то время, когда родился пророк Мухаммад. На освещенном солнцем склоне горы он увидел сгорбившегося над работой почтенного старого человека. В сопровождении своих придворных царь подошел к нему и увидел, что старик сажает маленькие, не больше года, саженцы. «Что

же ты делаешь?» - спросил царь. «Я сажаю ореховые деревья», - ответил старик. Царь удивился: «Ведь ты уже так стар. Зачем тебе саженцы, листву которых ты не увидишь, в тени которых не будешь отдыхать и не вкусишь их плодов?» Старик взглянул на него и ответил: «Те, кто был до нас, сажали, а мы пожинали плоды. Теперь мы сажаем, чтобы те, кто будет после нас, тоже могли бы пожинать плоды».

Основной целью этой стадии является расширяющаяся контр-концепция. Консультант в беседах с клиентом, используя анализ его поведения в повседневной жизни, проводит тест на экологичность проводимых им вмешательств и провозглашенных целей консультирования. Клиент учится использовать освободившуюся после разрешения конфликта энергию. Учится распределять её, учитывая своё знание 4 сфер переработки конфликта. Следуя концепции Позитивной Психотерапии, клиент, исходя из своих фантазий и планов, учится развивать в себе недостаточно сформированные способности, находит дополнительные эталонные образцы, развивает не доминантные сферы переработки конфликта. «Новая жизнь прямо сейчас» и «изменение – это средство, а не цель» вот лозунги этой стадии. Поощряемый консультантом, клиент ставит перед собой новые цели. Стремится стать психотерапевтом для своей семьи и социального окружения.

На каждой стадии терапии человек рассматривается как существо, наделённое бесконечным числом добродетелей, живущее в сообществе. Вследствие конфликтов, возникающих в социуме, развивается способность человека помогать самому себе и другим. Для позитивного психотерапевта пятишаговая модель является руководством, которое помогает ему структурировать терапию, картой, посредством которой он может корректировать свой собственный терапевтический подход, воздушным шаром, с которого он может наблюдать ход лечения, самого себя, пациента. Она позволяет ему сохранить собственную идентичность в чужом для него мира пациента и его семьи. Терапевтическое взаимодействие происходит на двух уровнях.

Уровень 1. Поскольку ситуация требует профессиональной компетенции вмешательство осуществляется терапевтом. Способы воздействия могут быть самыми разнообразными: они зависят от индивидуальной и профессиональной подготовки консультанта. Вне зависимости от диагноза и плана консультирования позитивный психотерапевт должен быть способен:

- терпеливо слушать, сочувствовать и предлагать различные точки зрения: обеспечивать условия поддержки, искренности, приятия, транскультурного и позитивного изменения взглядов;
- Задавать точные вопросы, определять содержание, хронологию, динамику и возможности. Определять психогенез, соматогенез, социогенез и предоставлять пациенту полное понимание ситуации, основанное на систематизированном первом интервью и структуре терапии;
- Сопровождать пациента на пути к самопомощи: путь к самопомощи, что означает веру в способности клиента и знание способа их развития;
- Фокусировать на конфликтах путем консультаций и осознавать ответственность за последствия изменений. Практиковать честность, открытость, терпение и вежливость в решении конфликтов;
- Предвидеть будущее пациента после разрешения конфликта и окончания курса терапии: использовать надежду как лекарство не только для решения внутренних проблем пациента, но и для улучшения отношений в семье и социальном окружении пациента;
- Обмениваться с коллегами и терапевтическими институтами результатами исследований терапевтического влияния и результатами специального образования по Позитивной Психотерапии в разных странах;
- Соблюдать и осознавать сущность терапевтических отношений.

Уровень 2. На этом уровне понимания терапевтический процесс рассматривается как процесс самопомощи. Клиент отказывается от пассивной роли и начинает пересматривать свои взаимоотношения, со своей семьёй, пробовать другие модели поведения. Таким образом он приобретает навыки, необходимые для разрешения своих конфликтов. Пятишаговая модель помогает пациенту составить собственную картину терапевтического процесса и взять на себя решение задачи последовательной помощи самому себе и своему окружению.

Использование историй в психотерапии. Позитивная Психотерапия - это метод, опирающийся на психотерапевтические традиции различных культур. От западной традиции взята научная объективность, структурность, ориентация на результат, метод анализа. Из восточной культуры воспринята традиция к восприятию пациента в семейном контексте, понимание важности духовного опыта и, конечно же, использование историй, мудрых высказываний, пословиц. Как хорошее лекарство, данное в нужное время в правильной дозировке, история, в нужное время рассказанная клиенту, играет большую терапевтическую роль.

Несмотря на своё разнообразие, истории могут быть распределены на две группы.

1. Истории, подтверждающие нормы, принятые в культуре.
2. Истории, которые рассматривают эти нормы как относительные.

Несмотря на кажущуюся противоречивость, обе группы дополняют друг друга. Во-первых, смысл каждой истории зависит от контекста, в котором она была рассказана, от личности пациента, от контекста, в котором она была рассказана, от акцентов, расставленных терапевтом, рассказавшим историю. Во-вторых, когда человек постигает один из смыслов истории, то начинает понимать остальные смыслы, содержащиеся в ней. «Смена позиций» происходит не за счет утраты ценностей, а за счет приобретения навыка многоуровневой метафорической коммуникации. И наоборот, усиление акцента на существующие, общепринятые нормы приводит к возникновению тени сомнения. Так, ярко светящая лампа позволяет увидеть тень от предмета.

Можно сказать, что истории позволяют терапевту научить пациента «танцу с миром», а всякий танец содержит как обязательные фигуры, так и импровизации.

Процессы, приводящие к переживанию и духовной переработке истории в Позитивной Психотерапии, называются функциями историй.

Функции историй по Н. Пезешкиану:

1. Функция зеркала – образность историй, даёт возможность увидеть схожесть ситуации с ситуацией героев. Облегчает идентификацию с ними. Найти собственный смысл в их высказываниях. Эти реакции, в свою очередь, могут стать предметом терапевтической работы. Снимая эмоциональное напряжение, истории помогают клиенту увидеть свои проблемы со стороны. Таким образом, пациент может определить своё отношение к привычным возможностям решения конфликтов. История становится зеркалом, которое отражает реальность, превращая её в ассоциативные образы.
2. Функция модели. Истории - это по своей сути модели. Они отображают в виде алгоритмов конфликтные ситуации и предлагаются различные варианты разрешения проблем. Однако модель, которая предлагается в истории, не статична, а способна меняться вслед за изменением клиента. В этом случае в истории клиент находит новые грани, открывает для себя точку зрения другого персонажа.
3. Функция медиатора. Клиент, пришедший на приём к консультанту, находится в затруднительном положении. Для него многое непривычно: манера разговора, необходимость быть откровенным, важность доверия в отношениях. Клиенту бывает трудно расстаться с привычным и, как ему кажется, единственными возможными представлениями. Сложно осознать, что реальность может и отличаться от его

внутренней мифологии. «Подобно тому, как не умеющий плавать боится отпустить спасательный круг, клиент боится расстаться с привычными способами самопомощи, хотя они и затащили его в заколдованный круг конфликтов».

4. Часто эта ситуация связана с недоверием клиента, с его неуверенностью в том, что врач может ему предложить нечто равноценное или лучшее. Клиент начинает показывать своё недоверие самыми различными способами: молчанием, пропуском психотерапевтических сеансов, прямой конфронтацией с консультантом, обсуждением стоимости лечения сетованием на то, что это для него дорого, объяснением, что если консультант не поможет ему за 1-2 сеанса, то он не сможет из-за своей занятости ходить дальше. Ситуация недоверия воспринимается консультантом как сопротивление в терапии. Эта ситуация неприятна и для консультанта и для клиента. В зависимости от своих индивидуальных особенностей и от особенностей практикуемого метода, консультант может применить самые различные способы проработки сопротивления. Подобная проработка не всегда бывает приятной для пациента и может вызвать усиление защитных механизмов. В Позитивной психотерапии консультант в таких случаях использует истории, ослабляя тем самым противостояние консультант-клиент. Рассказанная о ком-то другом история успокаивает пациента, в то же время удовлетворяет его нарциссические желания. Обсуждая историю, клиент говорит как бы не о себе, а только о персонаже истории. Критикуя поведение этого персонажа, клиент способен объединиться с консультантом. Так ситуация консультант-клиент меняется на ситуацию консультант-история-клиент. Функция истории как посредника в дальнейшем может использоваться для решения супружеских конфликтов или конфликтов, связанных с воспитанием детей. Особенно в тех случаях, когда партнёр по конфликту готов к агрессивной реакции.
5. Функция пролонгирования. Вследствие того, что истории рассказываются из поколения в поколение, из них уходит лишнее. Портреты героев становятся яркими, язык - сочным, характеры - выпуклыми. Благодаря своей образности, истории легко запоминаются. Клиент вспоминает их и после окончания сеанса, вносит в них свои изменения, рассказывает другим людям. Таким образом, история выполняет функцию хранения опыта, помогает клиенту стать психотерапевтом для собственной семьи.
6. Истории как носитель традиций. В историях запечатлены культурные традиции, семейные истории, индивидуальные ситуации. О чем бы ни шла речь в истории, это всегда будет типичная, неоднократно повторяющаяся ситуация. В этом смысле истории направляют мысль за пределы индивидуального опыта. Обогащают пациента ассоциациями, размышлениями, находками других поколений и культур. Многие школы психотерапии используют истории для объяснения своих теоретических концепции. История царя Эдипа в психоанализе признаётся метафорой центрального конфликта. В транзакционном анализе истории составляют суть жизненных сценариев.
7. Истории как межкультурные посредники. В качестве носителей традиций истории представляют различные культуры. Истории содержат общепризнанные понятия, нормы поведения, стереотипы решения конфликтов. Истории, принадлежащие другим культурам, передают информацию о тех жизненных принципах, которые считаются вечными в этих культурах. С этим связан процесс снятия эмоциональных границ и предрассудков. Зачастую истории, переходя в другую культуру, адаптируются к ней. У персонажей появляются другие имена, изменяется контекст, история начинает восприниматься как своя и тем самым обогащает принявшую её культуру. «Узнавая иной образ мыслей, можно многое позаимствовать для себя. Конечно, истории не знакомят нас со способом мышления, характерным для современного общества. Но, как побуждение к сомнению, к размышлению относительно правильности существующих

представлений, как посредник при ознакомлении с иными, неизвестными нам жизненными понятиями, они, хотя и являясь анахронизмами, способствуют расширению горизонта и постановке новых целей»

8. Истории как помощники в регрессии. Атмосфера, в которой рассказывается история, может быть первоначально различной, но сам факт рассказа истории меняет отношения между клиентом и консультантом. Терапевтическая атмосфера становится в каком-то смысле семейной, непринуждённой, дружественной, партнёрской. Через истории консультант обращается к фантазии, интуиции, творческим способностям клиента. Ситуация в терапии начинает напоминать ситуации в семье, когда ребёнку на ночь рассказывали сказки. Клиент получает разрешение вернуться к своему детскому опыту. Обогащается воспоминаниями о ситуациях опёк и заботы. Этот возврат на ранние стадии развития направляется выбором темы и истории. Консультант учитывает индивидуальные особенности клиента и регулирует скорость и глубину регрессии
9. Истории как контр-концепции. С помощью истории консультант предлагает клиенту не теорию и контр-концепцию, которая может быть воспринята по-разному. Истории дают возможность терапевту и клиенту придать общению глубину, многозначность, помогая тем самым пациенту принять ответственность за своё поведение. В психотерапевтической ситуации контр-концепции могут предлагаться в виде рецепта. Консультант даёт пациенту задание прочесть историю в книге, обдумать её, высказать своё суждение устно или письменно. В определённых случаях консультант может настаивать на том, чтобы пациент ознакомил с историей членов своей семьи и обсудил её с ними.
10. Изменение концепции. Большая часть историй не просто информируют клиента о чём-либо. Они неожиданно вызывают новое переживание, подобное тому, какое бывает при оптических обманах: в сознании человека без особого труда происходят изменения позиции, которые воспринимаются с изумлением и вызывает переживание «ага!»

3.3. Методики Релаксации.

Определение. Релаксация (от лат. Relaxatio - расслабление), метод консультирования использующий техники изменяющие психофизиологическую активность человека.

3.3.1. История возникновения и развития.

История развития методик Релаксации своими корнями уходит в глубокую древность. В традициях многих народов можно найти оригинальные методики, позволяющие человеку быстро восстановить силы, сконцентрироваться на решении задачи, продемонстрировать нетипичные способности. Методики Релаксации находили свое применение в религиозных мистериях, в особенности ритуалах инициации и духовного развития. Зачастую само прохождение обряда становилось возможно, только если человек, проходивший испытание, владел этими методиками, в противном случае у него практически не было шансов справиться с заданием. Системы боевой подготовки профессиональных воинов обязательно включали в себя изучение психофизиологических методов саморегуляции. Зачастую в бою побеждал не самый сильный, но самый медитативный боец. В подготовке рожениц, также использовались определенные «настои» и тренинг. В настоящее время, спорт высших достижений не мыслим без психофизиологических тренировок, психологической реабилитации спортсменов.

Современная история методик Релаксации, началась с работ Франса Месмера (1734 - 1815). Ф. Месмер родился в Австрии, в 1766 году получил степень доктора медицины

Венского университета за диссертационную «О влиянии звезд и планет как лечебных сил». Позже этот университет закончили такие яркие терапевты и исследователи как З Фрейд, Дж. Морено, З. Фуолкс, Э. Гуссерль. Под влияние преобладающих в его время научных идей Ф. Месмер сформулировал понятие «животного магнетизма», образующегося под влиянием универсального флюида. Ф. Месмер полагал, что, находясь в состоянии гипнотического сна, некоторые люди могут предвидеть будущее, видеть далекое прошлое, внутренние органы других людей и т.д. Любопытно, что традиция идеализировать возможности человека практикующего методики Релаксации, не изжита и в настоящее время. Возможно, с этим связан феномен их широкой распространенности в среде непрофессиональных консультантов, хелперов, целителей, суррогатных психотерапевтов. Сущность механизма лечебного магнетизма для Ф. Месмера была наполнена, прежде всего, физиологическим, а не психологическим содержанием. Ф. Месмер вошел в историю психотерапии, прежде всего благодаря разработанному им методу внушения. Этот метод индукции и использования транса, как в групповом, так и в индивидуальном варианте был полностью невербальным. Ф. Месмер ввел используемый по настоящее время термин «раппорт» описывающий особый контакт, благодаря которому происходит передача флюида от магнетизера к пациенту. Термин «гипноз» впервые был введен английским врачом Дж. Бредом в 1843 году и с конца 70-х годов девятнадцатого столетия вошел в практику психотерапии. Прежде всего, стоит упомянуть Сальпетриерскую школу Ш. Шарко и Нансийскую школу Г. Бернгейма соперничество которых послужило мощным катализатором научных исследований в области гипноза. В нашей стране наибольший вклад в изучение гипноза внесли В. М. Бехтерев (1857-1927) и И. П. Павлов (1849 - 1936). Авторитет этих ученых был настолько велик в научных кругах, что известен случай отмены Европейского конгресса, в связи с отсутствием представителей России.

В Приморском крае применение гипносуггестивной психотерапии в целом и методик Релаксации, в частности связано с работой профессора Л. П. Яцкова, д.м.н. (1937 - 2001). Несомненной заслугой Л. П. Яцкова стало открытие во Владивостокском Государственном Медицинском Университете пятой в СССР кафедры психотерапии, что явилось поворотным моментом в развитии не только психотерапии, но и психологии и социальной работы на Дальнем Востоке.

Леонид Петрович Яцков родился 15 октября 1937 года в крестьянской многодетной семье в селе Субочь Хмельницкой области. Средняя школа, которую он окончил с золотой медалью, находилась за 20 км от села. В детские годы пережил немецкую оккупацию. С 1957 года служил в артиллерийских войсках в п. Смоляниново Приморского края, в годы службы работал и на целинных землях Казахстана, Кустанайской области, участвовал в битве за урожай пшеницы. В 1959-1964 гг. учился и с отличием окончил Владивостокский Государственный Медицинский Институт.

Учебу в институте совмещал с работой в психиатрической больнице: до 3-го курса санитаром, затем мед братом. В 1966 окончил ординатуру по неврологии. В 1968 г. прошел специализацию в Харьковском Институте усовершенствования врачей по специальности психиатрия. В 1970 году успешно защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Клиническая характеристика заболевания у пораженных медузой-крестовиком» и перешел преподавать с кафедры нервных болезней на кафедру психиатрии. В 1974 г. был утвержден в звании доцента на кафедре психиатрии.

В 1987 г. блестяще защитил в Москве докторскую диссертацию на тему: «Психические нарушения церебрально-органического генеза». В 1989 г. Л.П. Яцкову было присвоено звание профессора психиатрии.

С 1994 г. до последних дней заведовал созданной им кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом сексологии. Основными направлениями исследований кафедры были: морская психиатрия, психические заболевания населения края, профилактика наркомании и др. Постоянно вел прием больных города и края, часто выезжал в командировки, изучал психическое здоровье малочисленных народностей, беженцев,

занимался оказанием помощи населению в зонах катастроф и кризисных состояний, организовывал морские медицинские экспедиции.

В 1996г. Леониду Петровичу было присвоено звание академика Международной Славянской Академии и академика Тихоокеанской Международной Медицинской Академии. Под его руководством защищено 5 докторских и 23 кандидатских диссертации. Благодаря его авторитету, энергии и организаторским способностям во Владивостоке ежегодно с 1990 г. проводились международные конференции по вопросам психического здоровья. Он автор более 250 научных работ. В течение последних 10 лет директор созданного по его инициативе Дальневосточного филиала НИИ Психического здоровья ТНЦ СО РАМН, участник конгрессов и съездов психиатров, конференций, проводимых в других городах России и за рубежом.

Леонид Петрович – основоположник психиатрической и психотерапевтической школы в Приморье. Много лет он был главным краевым психотерапевтом, председателем Приморского филиала Всероссийского общества психиатров. Основал на базе ВГМУ факультет клинической психологии, курсы валеологии и сексологии. Отличник здравоохранения, имел награды от губернатора Приморского края. В 1999 г. был награжден Орденом почета. Основал, развивал и до последних дней поддерживал научно-практические связи с коллегами Японии, Китая, США, Канады, Чехии, Польши, Австралии. Занесен в психотерапевтическую энциклопедию как основатель метода пролонгированной психотерапии.

Именем профессора Л. П. Яцкова названа Городская клиническая психиатрическая больница № 1 г. Владивостока.

Учась на 2-м курсе, Леонид Петрович встретил свою супругу, с которой и прожил более сорока лет, воспитал 3-х сыновей и 3-х внуков. Л. П. Яцков писал стихи, пьесы, рисовал, любил работать на даче, ежедневно выполнял сложные физические упражнения, в течение всей жизни он не употреблял спиртное, не курил и вел абсолютно здоровый образ жизни. Талантливый педагог, воспитал целую школу специалистов, в числе которых можно назвать профессоров И. Г. Ульянова, Н. Д. Белокобыльского, С. П. Генайло. В настоящее время дело отца продолжает сын – Петр Леонидович Яцков.

Говоря об опыте вне клинического применения методик Релаксации, можно отметить работу В. Ю. Слабинского, активно использовавшего данные методики в работе организованного им психологического клуба «Катарсис» (1993 - 1995). Клуб «Катарсис» был первым учреждением подобного рода в Приморье и пользовался большой популярностью у специалистов, студентов и людей, интересующихся практической психологией. В настоящее время во Владивостоке действует несколько подобных клубов.

3.3.2. Возможности применения.

В психоаналитических исследованиях (З. Фрейд изучал гипноз у Ш. Шарко), акцент делается на инстинктах человека. Состояния измененного сознания соответственно рассматриваются как ситуации конфликта между потребностями и социально обусловленными сдерживающими факторами и описываются как феномен «переноса».

По И. П. Павлову гипноз – это частичный сон, состояние переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется «сторожевой» очаг в коре больших полушарий головного мозга, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизером и гипнотизируемым.

Иван Петрович Павлов (1849-1936) — выдающийся русский физиолог, в возрасте 50 лет начал исследовать функции мозговых полушарий собак, и посвятил этому остаток своей жизни. В истории науки Павлов широко известен, прежде всего, благодаря открытию им условного рефлекса, но его исследованиями не ограничивались этой темой и были многоплановыми

Павлов объединял в одно целое инстинкты и рефлексы и считал, что это неизбежный ответ организма на внутренние и внешние стимулы. Однако сам Павлов предпочитал использовать термин «рефлекс», так как этот термин, по его мнению, изначально имел научный оттенок. Вся нервная деятельность животных основана на врожденных рефлексах, которые могут быть либо связаны с процессами возбуждения, либо с процессами торможения. Такие рефлексы «представляют собой регулярные причинные связи между определенными внешними стимулами, действующими на организм, и рефлекторной реакцией организма» (Павлов И.П., 1927). Одни только врожденные рефлексы не могут обеспечить длительное существование организма, поэтому более специализированное взаимодействие между животными и окружающей средой обеспечивается посредством деятельности мозговых полушарий: «Наиболее общая функция полушарий — это реакция на сигналы, представленные бесчисленными стимулами, которые могут быть взаимозаменяемыми» (Павлов И.П., 1927).

В своей книге «Условные рефлексы» Павлов описывает меры, которые были приняты при строительстве лаборатории с целью достижения как можно большего контроля над стимулами, воздействующими на экспериментальное животное. Перед началом определения интенсивности слюнного рефлекса всем собакам, участвовавшим в эксперименте, была произведена несложная операция — отверстие слюнного протока было выведено из слизистой оболочки рта наружу (на кожу). В экспериментальной лаборатории собаку обычно помещали в станок, изолированный от экспериментатора.

В следующем эксперименте условный рефлекс был сформирован путем соединения действия нового стимула с безусловным рефлексом. Участвовавшую в эксперименте собаку помещали в обычную обстановку, в которой звучание метронома было связано с кормлением. Если собаку затем помещали в экспериментальные условия, ее слюнные железы оставались нефункционирующими, пока не начинал действовать какой-либо специальный стимул. Однако когда собака слышала звуки метронома, слюноотделение начиналось у нее через 9 секунд, и в течение 45 секунд выделялось 11 капель слюны. Кроме того, в ходе этого эксперимента собака поворачивалась в том направлении, откуда она обычно получала пищу, и начинала энергично облизывать губы. В ходе другого эксперимента животному показывали пищу. Через 5 секунд начиналось слюноотделение, и за 15 секунд выделялось 6 капель слюны. При проведении еще одного эксперимента пищу вкладывали собаке в рот, и слюноотделение начиналось через 1-2 секунды.

Вкус пищи, находящейся во рту, приводит в действие врожденный рефлекс, в отличие от зрительного восприятия пищи или ассоциации пищи со стуком метронома. Этот рефлекс обусловлен физическим и химическим действием пищи на слизистую оболочку рта и языка. Слюноотделение, начинающееся при виде пищи, — это приобретенный рефлекс, так же как и слюноотделение, связанное со звуком метронома.

Условия проведения другого эксперимента, в котором участвовала та же самая собака, отличались от обычных — включение метронома не сопровождалось кормлением. Метроном включали через каждые две минуты, при каждом включении он работал в течение 30 секунд. Описывая подробности, Павлов указывает на увеличение продолжительности латентного периода перед началом слюноотделения и уменьшение количества капель выделившейся слюны в последующих опытах. Павлов пишет, что ослабление рефлекса на условный стимул, который неоднократно был повторен без подкрепления, можно назвать угасанием условного рефлекса. Действительно, если бы данный эксперимент был продолжен, условный рефлекс исчез бы полностью.

Первая фаза

Безусловный стимул (БС)
(пища)



Безусловная реакция

Вторая фаза

Условный стимул (УС)
(метроном)
подкрепленный



безусловным стимулом (БС)

Безусловная реакция (БР)
(слюноотделение)

Третья фаза

Условный стимул (УС)
(метроном)



Условная реакция (УС)

Четвертая фаза

Условный стимул (УС)
(метроном, больше
не подкрепленный)

Угасающая условная
реакция (УУР)
(уменьшение/отсутствие
слюноотделения)

Таблица 5

Пища во рту — это безусловный стимул (БС), который автоматически вызывает врожденную реакцию слюноотделения (БР). При повторяющемся подкреплении (звучание метронома сопровождается кормлением) метроном превращается в условный стимул (УС). Таким образом, звук метронома сигнализирует о пище и вызывает условную реакцию слюноотделения (УР). Однако, если звук метронома (УС) больше не подкрепляется кормлением, условная реакция (УР) угасает или даже исчезает (УУР).

Научение условной реакции в данном варианте стали называть классическим, или респондентным, обусловливанием. Павлов и его коллеги исследовали природу многих стимулов, но эти исследования здесь не описываются. Достаточно будет сказать, что экспериментаторская деятельность Павлова в течение длительного времени оказывает фундаментальное влияние на поведенческий подход к консультированию.

Применения методик Релаксации является эффективным способом устранения клинических проявлений острой стрессовой реакции и состояний дезадаптации. Состояние клиента изменяется по нескольким показателям:

- Снижается психофизиологическая активность, возникает гипометаболическое бодрствование.
- Преобладают реакции парасимпатической нервной системы.
- Снижается активность лимбической и гипоталамической областей головного мозга.
- Снижается тревожность.
- Возрастает уверенность в собственных силах, повышается самооценка.
- Улучшается сон, нормализуется аппетит.
- Улучшаются взаимоотношения с окружающими.

3.3.3. Возможные негативные эффекты.

Длительное время считалось, что методики Релаксации абсолютно безопасны для клиента, однако Эверли и Розенфельд (1985) в своем исследовании выявили пять типов негативных эффектов, которые могут развиваться при неквалифицированном применении этих методик:

- Утрата контакта клиента с реальностью, что может проявляться развитием острых галлюцинаторных состояний (как слуховых, так и зрительных), деперсонализацией (потерей контакта с окружающей действительностью), дереализацией (потерей чувства собственной реальности), чрезмерным фантазированием.
- Потенцирование действия лекарственных, особенно инсулина, сердечно-сосудистых и психотропных препаратов.
- Панические атаки, характеризующиеся высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля клиента при проведении Релаксации. Повышение тревоги может вызвать появление у клиента сексуально окрашенных или агрессивных эмоций.
- Преждевременное высвобождение вытесненных эмоций и представлений, которые могут восприниматься клиентом, как деструктивные, пугающие. Клиент может начать воспринимать себя как человека глубоко порочного и опасного для окружающих, неспособного справиться с «истинными» стремлениями души.
- Чрезмерное снижение психофизиологической активности клиента: снижение артериального давления ниже границ нормы, выраженная сонливость, апатия, нарушение обычной жизнедеятельности, головокружение, обморок, тошнота.

Возможность появления негативных эффектов, призывает консультанта со всей возможной аккуратностью подходить к применению методик Релаксации в своей работе. Как гласит известная пословица: «Семь раз отмерь, один - отрежь». При всей кажущейся простоте применения методики релаксации являются мощными психотерапевтическими техниками и требуют уважительного к себе отношения.

3.3.4. Методики Релаксации.

Ниже приводятся тексты нескольких методик Релаксации. В этих текстах используются лингвистические конструкторы соответствующие устной речи. Кажущиеся неправильности, повторы, не логичности, встречающиеся во фразах, консультантом используются осознанно для усиления процессов торможения в коре головного мозга. Тон голоса спокойный, громкость уменьшается в конце фразы. Многоточием обозначены паузы длительностью 10 – 15 секунд, если не указана другая длительность паузы. Во время процедуры выведения клиента из состояния релаксации тон голоса становится более твердым, громкость голоса в конце фразы повышается.

«Прогрессирующая мышечная релаксация» (по Peseschkian, N. ,1977; Jacobson, 1938) проводится по следующей формуле.

Пожалуйста, сядьте поудобнее... Ваши руки положите на живот или бедра... Если Вы лежите, руки покоятся вдоль Вашего тела... Вы слышите мой голос... Посторонние звуки воспринимаются все равнодушнее. Вы дышите спокойно и равномерно и расслабляетесь, насколько Вы можете...

А теперь сконцентрируйтесь на Ваших ступнях и ногах... Если Вы сидите, поднимите обе ноги так, чтобы колени были полностью согнуты. Лежа согните ноги только в коленях, а теперь подтяните носки ног в направлении лица... Подтяните их как можно больше, осознавая напряжение... А теперь расслабьте стопы и ноги, как будто Вы «бултыхнули мокрый мешок» и теперь испытываете совсем другое ощущение в ногах и стопах, это ощущение расслабления

(пауза около 30 секунд)... Пожалуйста, повторите упражнение: снова согните обе ноги и обе стопы и т. д...

Вторая группа упражнений начинается так же, как и первая: снова поднимите обе ноги до тех пор, пока колени не будут согнуты до предела; на этот раз носки ног оттяните в направлении от лица, к полу... Почувствуйте иное напряжение в мышцах ног и стопах... И расслабьтесь... Повторите это еще раз очень быстро и получите удовольствие от расслабления... Пожалуйста, повторите упражнение: снова поднимите обе ноги и т. д...

Теперь сконцентрируйтесь на Вашей тазовой мускулатуре. Напрягите мышцы таза и удерживайте это напряжение некоторое время... И расслабьте, отпустите мышцы очень быстро... (пауза около 30 секунд)... Пожалуйста, повторите упражнение...

Мышцы живота напрягайте следующим образом: сначала выпячивая брюшную стенку так, чтобы она была совсем твердой... Теперь втяните живот, напрягая его, таким образом, удерживайте напряжение... и еще раз выпятите живот... А теперь расслабьтесь, полностью расслабьтесь... и отчетливо ощутите это расслабление... Возможно, Вы испытываете те же ощущения, что и после чудесного, приятного массажа... Пожалуйста, повторите упражнение...

Теперь сконцентрируйтесь на мускулатуре спины (осторожно при грыжах межпозвонкового диска и других ортопедических проблемах; посоветуйтесь со своим врачом!)... Медленно прогнитесь, ощутите напряжение во всей спине... расслабьтесь... Если хотите, Вы можете не только ощутить расслабление, но и получить от этого удовольствие... Пожалуйста, повторите упражнение...

Теперь напрягаем мускулатуру грудной клетки. В порядке исключения Вы можете сейчас один раз глубоко вдохнуть (через нос) «неправильно» (только в грудную клетку)... Задержите дыхание и почувствуйте напряжение... А теперь расслабьтесь снова: выпустите воздух, Ваше дыхание сейчас ровное и спокойное, незаметное для Вас... Пожалуйста, повторите упражнение...

Сконцентрируйтесь теперь на своих плечах. Напрягайте мышцы плеч, поднимая их как можно выше, пока голова совсем не окажется между плечами... Отведите плечи вперед... а теперь назад; почувствуйте это напряжение очень отчетливо... и расслабьтесь снова... Вы освободили все свои мышцы и можете снова вкушать приятное расслабление... Пожалуйста, повторите упражнение... Теперь очередь шейной и жевательной мускулатуры следующее упражнение выполняйте, пожалуйста, только в замедленном темпе; (осторожнее при ортопедических проблемах, см. выше!).

Пожалуйста, медленно отклоните голову назад... медленно поворачивайте ее круговым движением вправо так, чтобы правое ухо легло на правое плечо... затем вращайте дальше вперед, пока подбородок не будет прижат к груди... и дальше через левое ухо... и снова по кругу назад, возвращая голову в исходное положение... А теперь по кругу вращаем ее в обратную сторону через левое ухо... через прижатый к груди подбородок... и через правое ухо... в исходную точку... А затем расслабьтесь, полностью расслабьтесь. В положении сидя голова снова находится в удобном и расслабленном положении, в позе лежа она свободно покоится на подушке... Пожалуйста, повторите упражнение...

Теперь напрягите свою лицевую мускулатуру как можно сильнее: сожмите крепко зубы, зажмурьте глаза и наморщите лоб... И расслабьтесь, расправьте лоб, а также малые мышцы вокруг рта и глаз. Язык совершенно свободно лежит во рту, челюсть полностью расслаблена... Пожалуйста, повторите упражнение...

Сконцентрируйтесь теперь на своих руках. Вытяните их вперед, как будто хотите что-то потрогать впереди. Вы чувствуете напряжение в руках, включая и плечи, растопырьте пальцы и разведите кисти рук... вытяните, растопырьте, разведите... и расслабьте, дайте свободно упасть своим рукам, просто бросьте их... почувствуйте расслабление... Пожалуйста, повторите упражнение...

Последняя группа упражнений также для рук. Сожмите пальцы в кулаки, медленно сгибайте руки в локтях, плотно прижмите кулаки к верхней части грудной клетки,

почувствуйте напряжение в мышцах рук, включая плечи... и расслабьте, опустите руки... руки снова лежат свободно, почувствуйте расслабление... Пожалуйста, повторите упражнение...

А теперь, после этого заключительного упражнения Вы можете некоторое время оставаться в состоянии физического расслабления и наслаждаться им... (в этот момент пациентам предлагается к визуализации заранее выбранная «психосыворотка» по N. Peseschkian, 1977,) Мы подходим к окончанию тренинга. Оставляйте глаза закрытыми, пока я буду считать от одного до пяти. На каждый счет делайте глубокий вдох и выдох, на счет пять откройте глаза, потянитесь и Вы почувствуете себя бодрым и свежим, в полном сознании возвращаясь в состояние бодрствования...

Теперь я начинаю считать: 1... 2... 3... 4... 5... откройте глаза! Вы свежи, бодры и активны. Повращайте теперь, пожалуйста, пару раз руками... (а если Вы лежали, медленно поднимите верхнюю половину тела и спустите ноги на пол); теперь еще раз повращайте руками... затем медленно встаньте и пройдите по комнате. Двигайтесь энергичнее... Упражнение окончено!

Обратите внимание!

- Мышцы напрягают для того, что бы лучше почувствовать расслабление.
- Напряжение мышц усиливают постепенно, сбрасывают напряжение – резко.
- Медленному напряжению мышц сопутствует медленный вдох.
- Расслабление сопровождается выдохом.

«**Релаксационный тренинг**» (по N. Peseschkian, 1977) использующийся в Позитивной Психотерапии, является модифицированной формой суггестивного, релаксационного тренинга, в которой воссоединены три разделенные ступени: покой — тяжесть — тепло. Начинается релаксационный тренинг с дыхательных упражнений. Для усиления суггестивного воздействия фразы могут повторяться медленно и с акцентом. Приятная музыка также помогает достичь хорошей релаксации.

«Сейчас Вы очень удобно лежите на кушетке. Медленно через нос вдохните воздух, почувствуйте, как он проникает в Ваши легкие. Выдохните, почувствуйте воздух у кончика Вашего носа. Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Ваши руки совершенно спокойно лежат слегка согнутыми вдоль Вашего тела. Ваши ступни расслаблены, носки смотрят врозь. В этом расслабленном состоянии сконцентрируйтесь на том, что я Вам говорю... Слово обладает мощной возможностью воплотиться в жизнь... Ваши руки и ноги становятся совершенно спокойными, теплыми и тяжелыми... Ваши руки и ноги становятся совершенно спокойными, теплыми и тяжелыми... Ваши руки и ноги становятся совершенно спокойными, теплыми и тяжелыми... Ваши руки и ноги становятся совершенно спокойными, теплыми и тяжелыми... Ваши руки и ноги становятся совершенно спокойными, теплыми и тяжелыми... Ваше чувство тяжести становится все интенсивнее и распространяется по всему телу. Улучшается кровоснабжение... Все Ваше тело от головы до кончиков ног, вплоть до самых малых клеточек все лучше и лучше насыщается питательными веществами... Благодаря усиленному кровообращению все Ваше тело отдыхает. Напряжение в Вашем теле все уменьшается... Ваше тело теперь совершенно спокойное, тяжелое и приятно теплое... Тепло наполняет все Ваше существо и овладевает каждой клеточкой Вашего организма Покой — Тяжесть — Тепло... Покой — Тяжесть — Тепло... Покой — Тяжесть — Тепло... Любое давление и напряжение медленно и постепенно исчезают... Вы спокойны и расслаблены... Расслабление распространяется на все тело... В этом расслабленном состоянии направьте свое внимание на следующие слова: **«Я различаю учтивость и прямоту»**... Думайте о своей учтивости и своей искренности... Вспомните ситуации, в которых Вы проявили вежливость и открытость... (Пациент остается в этом расслабленном состоянии около 10 мин.).

Сейчас Вы снова слышите мой голос... (Постепенно повышая голос). Мы подходим к концу нашего тренинга... Когда я досчитаю до шести, Вы проснетесь и будете бодры и свежи:

на 1 — сила в ногах, пожалуйста, слегка пошевелитесь. На 2 — сила в руках, пожалуйста, слегка пошевелитесь. На 3 — сила в руках и ногах. На 4 — Вашу правую руку — поднимите вверх, Вашу левую руку — поднимите вверх. На 5 — глубоко вдохнуть, выдохнуть. На 6 — открыть глаза, Вы проснулись, Вы бодры и свежи...».

Клиентам, которые не могут достаточно хорошо расслабляться, рекомендуется начинать с аутогенной тренировки по Schultz (1970) с упражнений на достижение ощущения покоя в руках и ногах. «Психосыворотка» применяется только в терапии, при которой пациент хотя бы раз прошел через тренинг по Jacobson или аутогенную тренировку по Schultz и обучался применению «психосыворотки». Кроме этого, используя «психосыворотку» пациент может помогать себе сам в промежутках между терапевтическими беседами. Применение психосыворотки должно быть ограничено во времени, чтобы избежать пресыщения ею.

«Гипноз-отдых» (по Л. П. Яцкову). Данная методика в основном используется в медицинских учреждениях, может проводиться врачом-психотерапевтом или клиническим психологом. Благодаря педагогическому мастерству Л. П. Яцкова, эта методика является одной из самых распространенных методик Релаксации в Приморском Крае.

Установка на удобную позу. Ложитесь... Примите удобную позу... Итак, положение тела, принятое вами, удобное, закройте глаза... Успокаивайтесь... Успокаивайтесь... Находитесь в состоянии покоя и отдыха.

Адресование внушения к кинестетическим анализаторам. Мышцы рук, ног расслаблены, нет ни малейшего напряжения... В них нет ни малейшего напряжения, они расслаблены. Все тело приятно отяжелело... Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Постепенно тяжелеют ваши веки. Веки тяжелеют все больше и больше. Они тяжелые и плотно-плотно слиплись. Начинают расслабляться мышцы вашего тела. Расслабляется лоб, расслабляются щеки... Вы чувствуете расслабление глазных мышц. Расслаблен язык... Расслаблен язык... Расслаблены мышцы нижней челюсти. Постепенно расслабились мышцы лица. Вашего лицо расслабилось. Расслабление переходит на мышцы шеи. Расслабляются мышцы груди. Расслабляются мышцы живота. Расслабляются мышцы спины. Расслабляются мышцы туловища. Ваше тело расслаблено. Начинают расслабляться руки. Расслабляются плечи. Расслабляются предплечья. Расслабляются кисти рук. Начинают расслабляться ноги. Расслабляются бедра. Расслабляются голени. Расслабляются стопы. Расслабляются все ваши ноги. Расслабляется все ваше тело. Расслабляются все мышцы. Мышцы вашего тела полностью расслабились.

Адресование внушения к внутренним органам. Вы ощущаете расслабление внутри головы. Внутри груди. Вы ощущаете расслабление внутри живота. Расслабляется каждый нерв. Расслабляется каждая нервная клеточка. Все расслаблено. В вашей голове нет ни малейшего напряжения. Расслаблены все ваши внутренние органы.

Адресование внушения к органам дыхания, сердечно-сосудистой системе. Дыхание ваше стало ровным, спокойным, ритмичным. Ваше дыхание спокойно. Вы дышите легко, без напряжения. С каждым вдохом вы чувствуете легкость, это приятно для вас. Ваше дыхание стало ровным, спокойным, ритмичным. С каждым вдохом ваше сердце бьется все спокойнее, ритмичнее. Приятная теплота разливается по всему вашему телу. С каждым толчком сердца тело становится теплее, теплее, оно становится тяжелым, вам приятны эти ощущения.

Установка на отключение от окружающего мира. Окружающие звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от вас. Вам не мешают звуки, шумы, шорохи, разговоры. Они слышатся все хуже и хуже... Отдаляются все дальше и дальше. Вы слышите только мой голос, который воспринимается все лучше и лучше. Вы почти не слышите посторонних раздражителей... Они перестают доходить до вашего сознания. Вы отключаетесь от происходящего вокруг вас. Вы отключились от окружающих звуков. Вы слышите только мой голос. Окружающие шорохи, звуки, разговоры как бы отделились от вас. Они ушли от вас на большое расстояние.

Посторонние звуки уходят от вас все дальше и дальше. Вы не воспринимаете посторонние раздражители. Они не доходят до вашего сознания. Вы слышите только мой голос.

Установка на отключение от личностных переживаний. Вы постепенно успокаиваетесь... Успокаиваетесь... С каждым вдохом покой становится глубже... Вы вдыхаете покой... С каждым ударом сердца становится спокойнее и спокойнее. Вы переходите в состояние отдыха и расслабления. Успокаивается каждая клеточка вашего организма... Успокаивается вся ваша нервная система... По мере успокоения нервной системы успокаиваются все внутренние органы. Успокаивается сердце, желудок, печень. Успокаивается все ваше тело. Все тревоги, заботы, волнения рассеиваются и уходят все дальше и дальше. Вы спокойны.

Адресование внушения ко второй сигнальной системе. Течение мысли в голове пассивно следует внушению. Мысли текут спокойно, как широкая глубокая река. Мысли пассивно следуют внушению, ни на чем постороннем не фиксируются. Вас покинули все тревоги, заботы, печали. Все, что раньше волновало и угнетало, все ушло и сейчас не имеет никакого значения. Вам спокойно, хорошо, мысли текут спокойно и пассивно следуют внушению.

Фиксация покоя. Вы уже успокоились. Вы совершенно спокойны, отдыхаете. Отдыхает нервная система. Отдыхают все ваши органы... Отдыхают все ваши мышцы... Ничто вас не волнует, не нарушает вашего сосредоточения и покоя... Ни душевного, ни телесного... Все, что прежде беспокоило вас, ушло, рассеялось, забылось. Вы испытываете чувство внутреннего покоя и полного умиротворения. Сейчас вы испытываете чувство полного покоя и умиротворения. Чувство спокойствия нарастает. Успокаивается каждый нерв. Успокаивается каждая нервная клеточка. Успокаивается нервная система. Все ваши волнения рассеиваются. Спокойствие все больше и больше выражено. Вы слышите только мой голос. Вы чувствуете, как ваше тело наполняется приятным покоем. Каждая клеточка тела, каждый нерв, каждая мышца наполняются покоем. Ничто не волнует вас. Ничто не нарушает вашего покоя, ни душевного, ни телесного.

Переход покоя в дремоту. Мускулы туловища, мускулы рук, мускулы ног, мускулы всего вашего тела расслабляются. В них нет ни малейшего напряжения. Вам не хочется двигать мышцами рук, мышцами ног. В них нет ни малейшего напряжения. Вам не хочется шевелиться. Вы спокойны. Ваше спокойствие сочетается с ощущением сонливости, дремоты... Это состояние вам приятно... Вам приятно погружаться в состояние дремоты... Постепенно вы погружаетесь в дремотное состояние. Приятная дремота обладает всем вашим телом. Никакие посторонние звуки не доходят до вашего сознания. Никакие ощущения со стороны внутренних органов не воспринимаются вашим сознанием. Вы приятно и спокойно отдыхаете. Ни о чем не думаете... Сонливость усиливается с каждым моим словом... Вы слышите только мой голос... Ваше дыхание стало спокойным, глубоким, ритмичным. С каждым вдохом сонливость все больше охватывает вас. Вам дышится легко, ваше сердце сокращается спокойно, ритмично, в автоматическом режиме. С каждым его ударом вас все больше охватывает сонливость. Вы не чувствуете своего сердца, как не чувствует сердца каждый здоровый человек.

Формирование раппорта. Окружающие звуки, шумы отошли далеко. Вы уже не воспринимаете их... Вы ничего не слышите, кроме моего голоса. Вы слышите только мой голос. Он действует на вас успокаивающе, на каждую клеточку вашего тела, на каждый ваш мускул. На вас действует только мой голос. Каждую секунду внушение действует на вас успокаивающе. Вы отключились от окружающего и воспринимаете только мой голос.

Перевод дремоты в гипнотический сон. Вы все глубже погружаетесь в дремоту. Дремлет все ваше тело. Дремлет ваше сознание. Дремлет ваша нервная система. Дремлет весь ваш организм. Дремать надо. Это полезное для вас состояние. Вы погружаетесь в дремоту. Вы погружаетесь в гипнотический сон. Вам приятно погружаться в гипнотический сон. Это особое состояние нервной системы. Вы слышите то, что я говорю, вы будете все помнить, однако это не обычная беседа. Вы находитесь в состоянии гипнотического сна. Это состояние

полезно для вас. Дремота охватывает все ваше тело, и, слушая мой голос, вы погружаетесь в состояние гипнотического сна.

Потенцирование гипнотического сна. Глубина гипнотического сна нарастает. Гипноз – это особенное состояние нервной системы. Во время гипноза восстанавливается здоровье человека. Во время гипноза восстанавливается, нормализуется деятельность каждой клеточки вашего тела. Восстанавливается деятельность каждого органа. Нормализуется деятельность каждой системы организма. Сейчас организм приходит в оптимальное свое состояние... В оптимальное состояние приходит нервная система... Восстанавливаются нервные клетки. В оптимальное состояние приходит сердечно-сосудистая система... Сердце бьется ровно, с каждым ударом оно все больше отдыхает. В оптимальное свое состояние приходит дыхательная система, пищеварение. В оптимальное состояние приходят все системы организма. Из гипнотического состояния вы выйдете иным. Вы будете чувствовать себя отдохнувшим, обновленным. Гипноз – это не беседа, это не сон. Гипноз – это особое состояние организма, при котором мои слова оказывают особо сильное влияние. Сейчас вы чувствуете, как под влиянием моего внушения ваше тело будет совершать движения, выполняя их без вашего влияния.

Внушение общетерапевтического действия. Во время гипноза наступает внутреннее расслабление. Расслабляются все мышцы внутренних органов. Вы ощущаете приятное расслабление в голове... Вы ощущаете приятное расслабление в груди... Вы ощущаете приятное расслабление в брюшной области... Это расслабление выражено все больше и больше. Все больше расслабляются гладкие мышцы внутренних стенок кровеносных сосудов. Расслабляются полностью все кровеносные сосуды. Проходят спазмы кровеносных сосудов. Кровеносные сосуды всего тела расширяются. Ваше тело от этого начинает тяжелеть. Тяжелеют ваши руки, тяжелеют ноги... Вы чувствуете, как ваше тело становится тяжелым. Появляется ощущение, что ваше тело тяжелое и массивное. Вы чувствуете тяжесть. Это полезное изменение. Появляется приятная тяжесть в голове, это так же полезное ощущение. Расширяются кровеносные сосуды головы... Расширяются кровеносные сосуды головного мозга... От расширения кровеносных сосудов снижается повышенное артериальное давление. Артериальное давление снижается до нормального для вашего организма уровня. Тяжесть во всем организме нарастает. Голова все глубже уходит в подушку. Ноги тяжелые, стопудовые. Сердце работает спокойно, ритмично. Вы чувствуете себя спокойно. Вы входите в более глубокое состояние расслабления. Вы начинаете ощущать приятное тепло в области сердца. Вы чувствуете, как сердце прогревается теплом. В области «солнечного сплетения» за грудиной загорается теплое ласковое солнце. Расширяются кровеносные сосуды, питающие сердечную мышцу. Улучшается кровоснабжение сердечной мышцы. Сердечная мышца становится сильнее. Сердце работает спокойно. Сердце укрепляется с получением новых порций кислорода. Сердце работает спокойно. Каждая мышечная волоконец сердечной мышцы получает все больше и больше кислорода и питательных веществ. Тепло в области сердца расширяет коронарные сосуды сердца. Это оказывает очень благоприятное воздействие на них. Это повышает их силу. Приток кислорода повышает выносливость и работоспособность вашего сердца. Сердце бьется спокойно. Тепло в области сердца оказывает хорошее профилактическое действие на весь ваш организм. Вы начинаете чувствовать, как во всем теле, наряду с тяжестью появляется ощущение тепла, руки теплые и тяжелые. Вы чувствуете, что ваши ноги теплые и тяжелые. Все ваше тело теплое и тяжелое. Сейчас каждая клеточка вашего тела получает еще больше питательных веществ из крови. Каждая клеточка вашего тела становится здоровее. Каждая клеточка вашего тела накапливает сейчас запас жизненной энергии. Улучшение состояния каждой клеточки вашего тела приводит к улучшению состояния всего вашего организма. Вы чувствуете, что ваше здоровье укрепляется. С каждым вдохом вы чувствуете себя все более и более здоровым. С каждым ударом сердца вы чувствуете себя все более и более здоровым.

Внушение чувства комфорта. Сейчас вы чувствуете себя хорошо. Ваше дыхание свободное, спокойное, автоматическое. Ритмичность вашего дыхания сейчас осуществляется

автоматически. Вы находитесь в состоянии релаксации. Автоматическая регуляция дыхания становится более совершенной. Ваше сердце также работает свободно, ритмично, автоматически. Вы находитесь в состоянии релаксации. Автоматическая регуляция деятельности сердца становится более совершенной. Совершенной становится автоматическая регуляция артериального давления. С каждым сеансом релаксации автоматическое регулирование артериального давления в вашем организме становится более и более совершенной. Также улучшается автоматическое регулирование других систем организма: пищеварительной, эндокринной и других. От этого возникает ощущение комфорта. Вы находитесь в состоянии релаксации, вы чувствуете комфорт... Ощущение комфорта сохраниться у вас и после завершения этого сеанса. Ощущение комфорта сохраниться у вас и после выхода из этого состояния. С каждым сеансом чувство комфорта в вашем теле будет ощущаться все более и более явным... С каждым сеансом чувство комфорта в вашем теле будет ощущаться все более и более явным... Это чувство комфорта вызвано тем, что под влиянием релаксации все системы вашего организма, все органы вашего организма и даже все клетки вашего организма начинают действовать оптимально. Все реакции приходят к норме. Сейчас вы чувствуете состояние комфорта. Вам приятно это состояние релаксации и комфорта. Находясь в состоянии комфорта, вы можете испытывать приятное чувство расслабления, можете испытывать приятное чувство тепла. Сейчас вы чувствуете состояние комфорта.

Внушение чувства спокойствия. Вы сейчас чувствуете себя совершенно спокойным. Успокоилась сердечно-сосудистая система... Успокоилось ваше сердце. Ваше сердце спокойно. Успокоилась нервная система... Успокоились все ваши нервы... Успокоилась каждая нервная клеточка... Успокоилась дыхательная система... Успокоилось ваше дыхание... Ваше дыхание спокойно. Успокоились все системы вашего организма. Успокоились все органы вашего организма... Каждая клеточка вашего организма успокоилась... Спокойствие разливается по всему вашему организму. Вам тепло и спокойно. Это спокойствие закрепляется в вашем организме с каждым сеансом релаксации. С каждым сеансом релаксации спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашей нервной системе. Вы спокойно реагируете на то, что раньше вас затрагивало. Спокойствие закрепляется в каждом вашем нерве, в каждой вашей клеточке... Спокойствие закрепляется в сердечно-сосудистой системе. Ваше сердце бьется спокойно. То, что раньше вызывало учащение биения сердца, теперь не волнует вас. Спокойствие закрепляется в каждой клеточке вашего тела. Спокойствие закрепляется в вашей дыхательной системе. Вы дышите легко и спокойно. То, что заставляло вас задерживать дыхание, то, что мешало вам дышать, теперь не заботит и не волнует вас. Вы дышите легко и спокойно. Ваше спокойствие становится непоколебимым. Ничто не может нарушить вашего спокойствия. Ситуации, которые вас волновали, не могут нарушить вашего спокойствия. Вы можете сохранить спокойствие в любой ситуации. Вы спокойны в любой ситуации. Ваше спокойствие становится непоколебимым. Спокойствие становится основной чертой вашего характера. Вы – спокойный человек, потому, что вы всегда чувствуете спокойствие. Ничто не может нарушить вашего спокойствия. В любых ситуациях вы чувствуете себя совершенно спокойно. Ваше спокойствие непоколебимо. Спокойствие становится основной чертой вашего характера.

Лечебное внушение при кардиофобии. Вы находитесь в состоянии полного внутреннего покоя. Сердце укрепляется. Оно работает ровно, четко, ритмично. Приятное тепло разливается по грудной клетке. В области сердца ощущение легкости, тепла, покоя. Проходят боли и неприятные ощущения в области сердца. С каждым днем ваше самочувствие будет улучшаться. Пульс ритмичный, вы спокойны за свое сердце. Ваше сердце бьется легко, спокойно, ритмично. Страхи уходят все дальше и дальше, вы спокойны за свое сердце.

Лечебное внушение при неврастении. С каждым сеансом будет улучшаться ваше самочувствие. Ко всему происходящему вы относитесь спокойно, доброжелательно. Чувствуете себя в обстановке спокойствия. Дома, на работе, на улице вы всегда чувствуете себя спокойно. Внутреннее успокоение сопровождает вас всюду, где бы вы ни находились и

куда бы вы ни попали. Душевное равновесие всегда с вами. Когда раздражение проходит, ваш ночной сон постепенно нормализуется. Вы можете засыпать самостоятельно. Вы можете засыпать самостоятельно. Вид постели действует на вас успокаивающе. Когда вы ляжете в постель, вас неудержимо потянет ко сну. Сон придет сам по себе, без каких-либо усилий с вашей стороны. Вы сможете спать крепким сном до самого утра. Вы всегда спокойны и уверены в себе. Постепенно с каждым сеансом головные боли будут уменьшаться, боли уходят с течением времени, они вас полностью покинут. Голова становится легкой, свежей, ясной. Утром после ночного сна будете просыпаться хорошо отдохнувшим, с ощущением бодрости, легкости и свежести в голове. С каждым днем самочувствие будет улучшаться. Вы всегда спокойны и уверены в себе.

Лечебное внушение при амнезии. Вы совершенно спокойны. Сейчас мозг отдыхает, набирается сил. Мозг восстанавливает свое кровоснабжение. Нервные клетки укрепляются с каждым сеансом. Память становится все лучше и лучше. Вы лучше запоминаете даты, числа, имена. Вы уверены, что память полностью восстановится. С каждым сеансом вы помните все большую часть своей жизни. Память становится все лучше и лучше. Память – это инструмент, который вам никогда не отказывает. Вы всегда спокойны и уверены в себе. Память – это ваш незаменимый помощник. С каждым сеансом вы чувствуете все большую уверенность.

Лечебное внушение при астении. Отдыхает нервная система. Нервная система восстанавливается. Все функции организма улучшаются. Улучшается деятельность каждой нервной клеточки, каждого нерва. Нервные окончания становятся менее чувствительными, и вы спокойно реагируете на все сигналы. Под влиянием релаксации восстанавливаются функции нервных клеток. Вы чувствуете себя все лучше и лучше. Вы ощущаете, как с каждым днем улучшается ваше здоровье. Вы чувствуете, как возрастает ощущение силы и спокойствия. Вы чувствуете себя все лучше и лучше. Все ваши ощущения связаны со спокойствием. Вы очень спокойно воспринимаете все происходящее. С каждым сеансом увеличивается ощущение внутренней силы. Силы вливаются в вас под влиянием моего голоса. Вы становитесь сильнее и сильнее. Вы в состоянии справиться со всеми жизненными ситуациями. Вы всегда спокойны и уверены в себе.

Лечебное внушение при табакокурении. Вы всегда спокойны и уверены в себе. Под влиянием внушения у всех, находящихся в состоянии релаксации, изменяется реакция организма на вид табака и запах табачного дыма. Вкус табака становится отвратительным. С каждым днем все более неприятным становится запах табачного дыма. Вкус табака становится отвратительным. С каждым днем все сильнее укрепляется чувство неприятия вида табака и запаха табачного дыма. Становится неприятным вид курения и курящего человека. Неприятно видеть сигареты. Неприятно видеть табак и все курительные принадлежности. Вы всегда спокойны и уверены в себе. С каждым сеансом организм все больше привыкает к здоровью и выгоняет из себя табачный яд. Табачный яд выгоняют из себя легкие. Табачный яд выгоняют из себя почки. Табачный яд выгоняют из себя мышцы. Табачный яд выгоняют из себя все клеточки нервной системы. Вкус табака становится отвратительным. Неприятна сама мысль о курении. Табачный яд выгоняют из себя все клеточки вашего организма. Вы никогда не возьмете в рот сигарету, вам противен вкус табака. Вид курильщика вызывает рвоту. Табачный яд выгоняют из себя все клеточки вашего организма. Вы всегда спокойны и уверены в себе. С каждым сеансом организм все больше привыкает к здоровью и выгоняет из себя табачный яд. Табачный яд выгоняют из себя легкие. Табачный яд выгоняют из себя почки. Табачный яд выгоняют из себя мышцы. Табачный яд выгоняют из себя все клеточки нервной системы. Вкус табака становится отвратительным. Неприятна сама мысль о курении. Табачный яд выгоняют из себя все клеточки вашего организма. Вы никогда не возьмете в рот сигарету, вам противен вкус табака. Вы свободны от курительной привычки. Вы уверены в себе. Вам легко и хорошо. Все системы вашего организма функционируют спокойно, легко. Вы здоровы. Вы всегда спокойны и уверены в себе.

Лечебное внушение при детских страхах. Ты всегда будешь чувствовать себя сильным, смелым. Ты всегда будешь чувствовать себя спокойным и уверенным. Никогда не будешь

бояться темноты. Ты всегда спокоен и уверен в себе. В темную комнату будешь заходить смело. Ты всегда спокоен и уверен в себе. Ты будешь успокаивать других, ты будешь учить их, как быть смелым и отважным. Если когда-нибудь и появится небольшой страх, ты вспомнишь все, чему тебя учили во время релаксации и сможешь сам преодолеть свои опасения. Ты всегда спокоен и уверен в себе.

Лечебное внушение при логоневрозе. Ты всегда спокоен и уверен в себе. Ты не испытываешь напряжения при разговоре. Ты будешь говорить без волнения, уверенно и спокойно. Ты всегда спокоен и уверен в себе. Твоя речь льется плавно и легко. Тебя не беспокоит то, что могут подумать окружающие. Ты можешь спокойно и без напряжения высказывать то, что захочешь сказать. Ты всегда спокоен и уверен в себе. Твоя речь льется легко и свободно. Ты всегда спокоен и уверен в себе. Ты любишь поговорить на интересующие тебя темы. Ты всегда спокоен и уверен в себе. Ты можешь разговаривать с любым человеком. Твоя речь льется легко и свободно. Ты всегда спокоен и уверен в себе.

Пролонгирование лечебного действия. Под влиянием моего внушения в вашем организме произошли лечебные изменения, ваш организм стал лучше работать. С каждым сеансом лечебное действие закрепляется. Внушения будут действовать и после того, как вы выйдете из гипнотического состояния. С каждым сеансом лечебное действие будет возрастать.

Вы хорошо отдохнули... Оздоровился весь ваш организм... Исчезли неприятные ощущения, мысли, волнения... Вы испытываете полное внутреннее успокоение... Вам легко и приятно. Когда вы придете на последующие занятия, и я вам предложу закрыть глаза, вы сразу почувствуете тяжесть век, ваши мышцы расслабятся, посторонние мысли исчезнут. Вы будете слышать только мой голос... С каждым занятием состояние отдыха, покоя и лечебного сна будут углубляться... С каждым днем ваше самочувствие будет улучшаться все больше и больше... Сейчас вы будете выходить из гипнотического состояния. Проходит тяжесть в вашем теле, появляется приятная легкость, свежесть. Голова становится легкой, руки становятся легкими, ноги становятся легкими, все ваше тело легкое. Спокойствие остается. Остается ощущение приятного тепла в области сердца. Во всем теле ощущение комфорта. Вы выходите из состояния релаксации и чувствуете себя отдохнувшим, спокойным, здоровым. У вас хорошее настроение, вам приятно. Вы выходите из состояния релаксации. Я начинаю считать. Со счетом «три» вы свободно, спокойно откроете глаза и будете чувствовать себя хорошо. Сегодня вечером вы быстро заснете и ночью будете спать крепким и приятным сном. Считаю – один, вы выходите из состояния релаксации, чувствуете себя хорошо. Два – вы чувствуете себя хорошо отдохнувшим. Три – вам приятно и хорошо. Вы легко и приятно себя чувствуете. Ощущение такое, как будто вы находились в состоянии глубокого и приятного сна.

3.4. Телесно-ориентированное консультирование.

3.4.1. История возникновения и развития.

Телесно-ориентированный подход к консультированию зародился как одна из ересей психоаналитического движения. Известный факт, что З. Фрейд для облегчения возникновения свободных ассоциаций массировал некоторым клиентам голову и плечевой пояс. Возникшее в ходе формирования психоанализа в мета-метод табу на прикосновения консультанта к клиенту не могло быть абсолютно поддержано членами Венского кружка, видевшими в психоанализе прежде всего метод исследования человеческой психики.

Ученик З. Фрейда Вильгельм Райх (1897 - 1957), развивая идеи классического психоанализа, ввел в психотерапию проблему телесности как базового условия человеческого существования. Он рассматривал ум и тело как нерасторжимые части одного целого, потеря

связи между которыми и лежит в основе невротического конфликта современного человека. Его научные интересы сочетали классический психоанализ, изучение вербальной стороны психотерапии, исследование соотношения психологических и соматических аспектов характера, телесные проявления невроза. В. Райх одним из первых начал пропагандировать холистические и экологические идеи в психологии. Он рассматривал психотерапию, как средство восстановления целостности человека и его связи со всем мирозданием. В. Райх делал акцент на раскрепощении человека, на распускании защитного мышечного панциря, восстановлению способности чувствовать, любить. Разработанные В. Райхом теоретические построения и специфические техники легли в основу различных методов современной психотерапии, можно назвать: Биоэнергетический анализ Лоуэна, структурную интеграцию Рольфа, Холотропное дыхание Грофа, Танатотерапию Баскакова, терапию первичным криком Янова, методы Фельденкрайса и Александера и др. Идеи В. Райха реализовываются не только в психотерапии и психологии, но и в соматической медицине, так, несомненное родство прослеживается с современными методами массажа и мануальной терапии: кинезиологией и хиропрактикой.

В Приморском Крае появление телесно-ориентированного консультирования связано с доцентом ДВГУ, заведующим кафедрой психологии В. Семеновым, который совместно с Н. М. Ахмедзяновой в 1994 – 1996 годах организовал во Владивостоке семинары В. Баскакова. Активно работают в этом методе консультирования и много сделали для его популяризации психотерапевт Я. Н. Субачев, изучавший возможность сочетания кристалло-терапии и телесно-ориентированного консультирования и организовавший в 1998 году секцию телесно-ориентированной терапии ПКО РПА, а так же психологи И. П. Штителъман и И. В. Герасимова. Интересные исследования в 1995 – 1996 годах были проведены Слабинским и Кирилловым, разрабатывавшим на базе отделения Семейной психотерапии, психологии и социальной работы Центра социально помощи семье и детям технологии лечения психосоматических расстройств, сочетающие психотерапию, мануальную терапию, игло-рефлексотерапию, медикаментозную терапию и социально-психологическое воздействие на семью больного. Проанализировав более ста терапевтических случаев, они выявили взаимосвязь между жизненными установками по Пезешкиану и мануальным диагнозом.

В настоящее время в Приморье телесно-ориентированная психотерапия широко используется не только в качестве самостоятельного метода, но и как набор инструментария для групповой терапии и тренинга, которые, пожалуй, невозможно представить без этих упражнений. Можно упомянуть программы Центра Трансперсональной Психологии и Психотерапии, руководит которым ученица С. Грофа Т. Белявская.

3.4.2. Теория личности.

В. Райх рассматривает человека, прежде всего как существо энергетическое и расширяет представления классического психоанализа сути либидо. Под либидо он предлагается понимать все основные биологические и психологические процессы. Развивая теорию «сопротивления» В. Райх связывает «перенос» с мышечным напряжением. «Панцирь характера» оказывается функционально тождественным с перенапряжением мышц, мышечным панцирем. Эта функциональная тождественность означает не что иное, как тот факт, что мышечные паттерны и черты характера служат одной и той же функции в психическом аппарате: они могут влиять друг на друга и заменять друг друга. По существу они не могут быть разделены; по функции они тождественны» (цитируется по Карвасарский Б. Д., 1998). На энергетическом уровне В. Райх предложил выделять в структуре личности три автономно функционирующих уровня:

- «Поверхностный» - это «притворно-социальный уровень», образующийся под воздействием социальных ценностей общества, одобряющего только определенные формы межличностной коммуникации.

- «Промежуточный» - «антисоциальный» уровень состоит из «вторичных» импульсов, включающих агрессивнo-садистические и сексуальные влечения.
- «Биологическое ядро» - «глубинный уровень» состоит из природно-социальных импульсов, имеющих «подлинно человеческий» характер, включая чувства свободы и любви.

Развивая энергетическую теорию, В. Райх в 50-х годах двадцатого века предложил рассматривать «оргонную энергию» как энергию космического происхождения, связывая ее с теорией «панспермии жизни». Согласно этой теории жизнь является базовым свойством материи, космос насыщен спорами жизни, при помощи которых она распространяется на планетах. Таким образом, человек уже при своем появлении как вид подчинен «законам космоса». В норме либидо здорового человека свободно циркулирует по автономным уровням и осуществляет связь человека и космоса.

Блокирование тока энергии происходит по семи кольцам, расположенным под прямым углом к позвоночнику. Основные сегменты мышечного панциря расположены в области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота, таза.

Ученик В. Райха Александр Лоуэн на основе кругов формирования мышечной брони выделяет 9 типов характера: оральный, мазохистический, истерический, фаллически-нарциссичекий, пассивно-женственный, шизофренический, шизоидный.

3.4.3. Теория невроза.

По мнению В. Райха, генез невроза связан не столько с личностными особенностями человека, сколько с условиями его общественной жизни. Под влиянием социальных институтов буржуазного общества природно-социальные импульсы перерождаются в агрессивнo-сексуальные проявления. На поверхностном уровне они не могут проявиться, что приводит к неизбежному внутри личностному конфликту. Таким образом, социокультурные условия существования индивида в современном обществе неизбежно приводят к возникновению невроза. Невроз становится обязательным условием существования современного человека, его платой за комфорт и безопасность техногенной цивилизации. Такое понимание природы психотических расстройств перекликается с представлениями современника В. Райха Дж. Морено, также видевшего принципиальный путь развития психотерапии в реформировании социальных институтов общества. В. Райх считал необходимой «сексуальную революцию», так как полагал, что запреты в сфере сексуальности подавляют не только личность человека, но и мешают развитию общества в целом. В. Райха можно считать одним из предтеч сексуальной революции 60-х годов прошлого века. Знаменитый лозунг хиппи: «Любовь вместо войны», удивительно перекликается с теоретическим построением В. Райха, писавшего, что: «Неврозы – это результат застоя сексуальной энергии» и далее «ликвидация сексуального застоя посредством оргастической разрядки устраняет любые невротические проявления». Авторитарное общество подавляет естественное проявление сексуальности человека, искажает само понимание человеческой любви. Поощряемые агрессивные варианты поведения, формируют невротический характер, проявляющийся в воинственном поведении, социальном насилии, компульсивном потреблении. На телесном уровне давление социума вызывает хронические мышечные зажимы, блокирующие три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев, сексуальное возбуждение. Раскрепощение сексуальности способно изменить общество, разрушить буржуазные принципы морально-этического регулирования человеческого поведения.

А. Лоуэн на примере формы живота клиента иллюстрирует основные идеи неврозогенеза. Он выделяет три разновидности живота: «здоровый отпущенный», «напряженный заблокированный», «пузо».

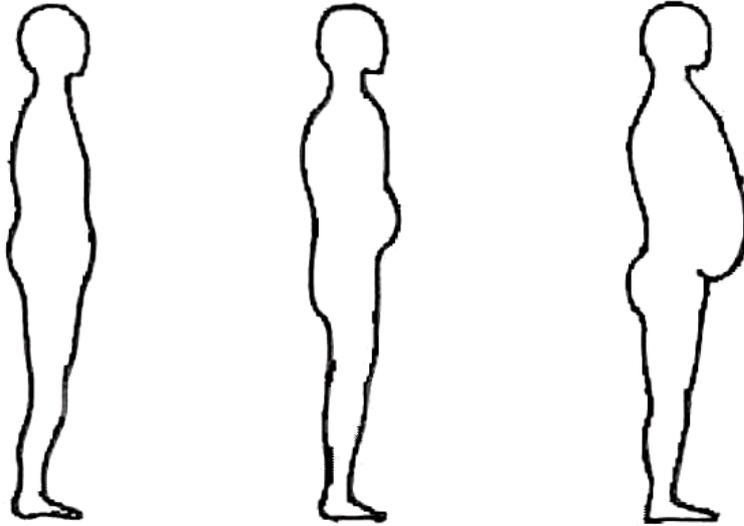


Рис. 47

«Отпущенный» живот не препятствует току энергии в организме, способствует посредством возможности глубокой разрядки превращению секса в экспрессию любви. Он воспринимается окружающими как сексуальный и подчеркивает свободу человека. Культуральные представления принуждают держать правильную осанку: «живот подобрать, плечи развернуть, грудь колесом». Для поддержания подобной осанки женщины Викторианской эпохи зажимали свое тело в жесткий корсет. Психологический корсет, который носит современный человек, даже более эффективен. Хронически наполненная воздухом грудь – мешает свободному дыханию, провоцирует развитие эмфиземы. Психологически такой человек рассматривается как неполнозрелый подросток, лишенный настоящей сексуальности. Компенсаторно для торможения сексуальных импульсов человек строит в своем теле на уровне пупочного кольца энергетическую дамбу и образует «блокированный» живот. Тормозящаяся сексуальная энергия аккумулируется в жировой ткани, быстро образующейся над блоком. Когда вес жировой ткани превышает критическое значение, мышцы живота, оставаясь напряженными, деформируются и образуется «пузо». Для избавления от «пуза», лишнего веса и сопровождающих их соматических заболеваний, по мнению А. Лоуэна, необходимо понять природу социального давления, изменить психологическое отношение к социальным стереотипам, «отпустить» живот, расслабив соответствующие мышцы и стать свободным.

3.4.4. Техники телесно-ориентированного консультирования.

Идея телесно-ориентированного консультирования по В. Райху состоит в работе с мышечным панцирем. Предлагается посредством специально подобранных упражнений последовательно снимать напряжение в каждом из его семи сегментов. Каждый сегмент более или менее независим и консультант самостоятельно выбирает, в какой последовательности с ними работать.

В распускании панциря используют три разновидности средств:

1. накопление в теле энергии посредством глубокого дыхания;
2. прямое воздействие на хронические мышечные зажимы посредством массажных приемов (растирание, пощипывание, выкручивание, похлопывание и т.д.);
3. анализ и переструктурирование возникающих при этом у клиента эмоций, работа с воспоминаниями о травмирующих ситуациях.

Цель такого консультирования – оживить тело, вернуть ему подвижность и природную способность вибрировать. Человек, обладающий таким телом, способен к полному выражению удовольствия и боли, радости и разочарования. А. Лоуэн предложил для достижения этой цели использовать ряд упражнений.

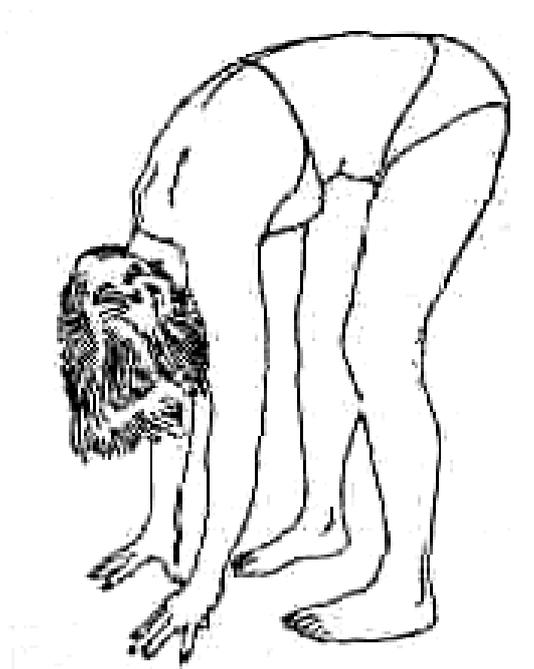


Рис. 48

Упражнение 1. Базовое заземление и вибрация.

Консультант предлагают клиенту встать, расставив стопы на расстояние около 25 сантиметров и развернув ступни вовнутрь так, чтобы слегка потянуть мышцы голени. Наклониться вперед и коснуться пола пальцами обеих рук, как показано на рисунке. Колени должны быть слегка согнуты. Вес тела должен приходиться на стопы, руки лишь касаются пола, но не поддерживают тело. Шея максимально расслаблена, голова свободно висит. Дышать надо через рот свободно и глубоко. Дыхание через нос запрещается.

После того, как клиент примет базовое положение, ему предлагают позволить весу тела «перетечь» вперед так, чтобы он пришелся на передние части стоп. Пятки могут чуть-чуть отрываться от пола, но только чуть-чуть. Далее осторожно распрямить ноги, пока не почувствуются подколенные сухожилия. Ноги, однако, не должны выпрямиться полностью, а также не должны быть заблокированы. Данное положение необходимо удерживать около минуты.

Клиенту напоминают, что если дыхание сдерживается, вибрации не возникнут. Для их возникновения необходимо так же слегка согнуть колени, а затем распрямить их, приняв исходную позицию.

Вопросы для анализа:

- Вы дышите свободно или что-то мешает вашему дыханию?
- Чувствуете ли вы вибрационную активность в ногах?
- Каков характер вибраций? Слабые они или сильные, равномерные или порывистые? В некоторых случаях люди буквально подпрыгивают, не в силах сдержать возбуждение. Не случилось ли такого с вами?



Рис. 49
Упражнение 2. Арка или дуга

Это упражнение похоже на предыдущее. Отличие заключается в том, что оно заставляет тело под влиянием стресса открыть дыхание и больше загрузить ноги. Корректное выполнение этого упражнения помогает избавиться от напряжения в животе, которое как раз и создает - «пузо». Схожие упражнения есть в китайской гимнастике Тайцзи.

Консультант предлагают клиенту встать, расставив стопы на расстояние около 50 сантиметров, слегка развернув ступни вовнутрь. После чего дается инструкция опереться кулаками в поясницу так, чтобы костяшки больших пальцев были развернуты вверх и, не отрывая пяток от пола, согнуть оба колена, насколько это возможно.

После того как клиент займет базовое положение, дается указание прогнуться назад, не убирая кулаков с поясницы, а как бы поверх них. Обязательно необходимо следить за тем, чтобы вес оставался смещенным вперед и приходился на передние части стоп. Дыхание глубокое – животом.

Внимание клиента обращают на то, что если ноги расслаблены, напряжения не чувствуется нигде, кроме лодыжек и стоп, которые удерживают вес тела.

Вопросы для анализа:

- Чувствуется ли боль или напряжение в мышцах бедер или коленях?
- Начинают ли ноги вибрировать?
- Удастся ли сохранять максимально выгнутую позу? Таз отведен назад или вперед?
- Чувствуется ли боль или напряжение в основаниях бедер или в районе колен?
- Начинают ли ноги вибрировать?



Рис. 50
Упражнение 3. Вращение бедер

Данное упражнение помогает протестировать сексуальную отзывчивость клиента и проработать энергетический блок в области таза.

Консультант предлагают клиенту встать, поставив ноги на ширине около 25 сантиметров. Ступни ног параллельны друг другу. Ноги слегка согнуты в коленях, вес тела смещен на передние части стоп. Плечи опущены вниз, грудь расслаблена, живот отпущен вперед. Кисти рук положить на бедра.

После того как клиент займет базовое положение, ему предлагают начать медленное вращение бедер по кругу справа налево. Движение должно главным образом совершаться тазом, торс и ноги практически не подвижны и лишь чуть-чуть помогают ему. После определенного количества вращений направление меняется на противоположное.

Внимание клиента обращают на то, что если живот подтянут и жесток, клиент блокирует собственное сексуальное чувствование.

Вопросы для анализа:

- Что происходило с дыханием? Не сдерживали ли вы его?
- Подобран ли живот?
- Удалось ли удерживать колени присогнутыми?
- Удалось ли удерживать вес тела на передних частях стоп, или они отрывались от пола поверхности?
- Чувствовали ли вы боль или напряжение в нижней части спины или бедрах?

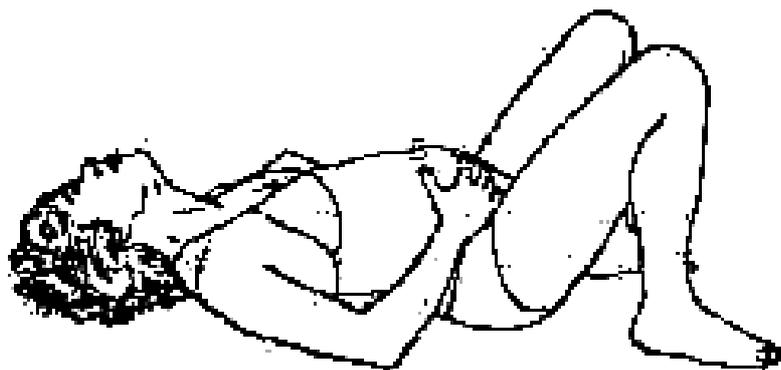


Рис. 51

Упражнение 4. Прогибание спины и движение тазом.

Еще одно упражнение для тестирования сексуальной чувствительности, так же позволяющее снятию тазового блока.

Консультант предлагает клиенту лечь на пол. Колени согнуты, стопы параллельны друг другу и плотно стоят на полу. Необходимо прогнуть поясницу и надавить ягодицами на поверхность пола. Как только клиент займет базовое положение, консультант рекомендует ему сделать вдох, отпустив при этом насколько это возможно живот. Живот, словно пузырь должен «надуться воздухом». Следующий вдох сопровождается, одновременным движением таза вперед. Для чего стопы слегка упираются в пол. Данное движение выполняется несколько десятков раз, в такт дыханию.

Консультант обращает внимание клиента на то, что если стопы теряют контакт с полом, таз не двигается свободно. Это упражнение дает хорошую возможность прояснить собственное отношение к сексу. При всей сексуальной просвещенности большинство людей переживают глубинный стыд, осознавая собственную сексуальность в этих мягких волнующих движениях таза. Если при выполнении этого упражнения таз начинает двигаться спонтанно, человек начинает переживать чувство любви. Однако следует сразу отметить, что это - не оргазм, Генитальные органы не возбуждаются, пока клиент не начинает умышленно фантазировать относительно сексуального взаимодействия. Консультант объясняет это клиенту и не рекомендует подобные фантазии, поскольку они фокусируют внимание на гениталиях и отрывают от ощущения того, что происходит в области таза.

Обратите внимание! Если это упражнение делается во время терапевтической сессии или на специально организованных групповых занятиях, клиенты редко испытывают генитальное возбуждение.

Вопросы для анализа.

- Когда таз подавался вперед, напрягались ли живот?
- Напрягались ли ягодичные мышцы во время движения таза?
- Все ли время Вы ощущали стопы, стоящие на поверхности пола?
- Удалось ли почувствовать, как дыхательные движения охватывают область таза?
- Переживали ли стыд или смущение, выполняя этот сексуальный опыт?



Рис. 52
Упражнение 5. Прогибание назад.

Данное упражнение помогает снять энергетические блоки в спине. Трудно переоценить важность пребывания в контакте с собственной спиной и с тыльной стороной тела. Без этого трудно поддерживать положение тела в пространстве. Недостаточно иметь позвоночник (наше анатомическое строение обеспечивает нам это), человеку необходимо ощущать его. Он должен чувствовать, когда позвоночник слишком жесток, ригиден, а когда — чрезмерно податлив и мягок. Если позвоночник излишне жесток, то человек не способен легко прогнуться в ситуации, которая требует именно этого. Если же позвоночник слишком мягок, то он не обеспечивает достаточной жесткости, позволяющей удержаться в условиях стресса. Чрезмерная жесткость возникает из-за хронических напряжений мускулатуры длинных мышц спины. Излишняя пластичность появляется, когда мышечный тонус снижен, а также присутствует спастичность мелкой мускулатуры, расположенной в области позвоночника. В обоих случаях спина оказывается «не совсем живой» и не может обеспечить агрессивные действия, которые необходимы в жизни. Ригидный человек не может прогнуться, то есть отступить при конфронтации, в то время как слишком податливый — не может выстоять в сложной ситуации и сдается.

Консультант предлагает клиенту сесть на стул, поднять руки и прогнуться назад, запрокидываясь за спинку стула и удерживать это положение тела пол минуты. Дыхание через рот, глубокое, свободное. После того как клиент вернется в исходное положение, консультант предлагает ему попробовать осознать тенденцию движения вперед.

Вопросы для анализа:

- Почувствовали ли, как спина давит на спинку стула?
- Ощущаете ли, что она напряжена?
- Испытываете ли вы болевые ощущения?
- Удастся ли легко дышать в таком положении?
- Когда вы поднимаете и откидываете назад руки, ощущаете ли вы напряжение в плечах?
- Ощущаете ли потребность снова прогнуться назад, преодолев привычное положение сгорбиться или ссутулиться?



Рис. 53
Упражнение 6. Радость жизни.

Консультант предлагает клиенту занять базовое положение, описанное в упражнении 1. Выпрямиться, вытянуть руки вперед, поднять их вверх, а затем, разводя их в стороны, медленно опустить, держа ладони немного развернутыми в стороны относительно середины линии туловища. Руки необходимо простираť медленно, координируя это движение с дыханием. Когда руки вытянуты вперед, клиенту предлагается выдохнуть со звуком. Следующий выдох, когда руки подняты вверх, затем — когда руки разведены в стороны, а потом — когда руки уже опустились вниз. Упражнение необходимо повторить несколько раз.

Данное упражнение направлено одновременно вверх и вниз. Если первое движение «заземляет» человека, то второе - вытягивает вверх. Когда клиент простирает руки вперед или вверх, ноги должны сохранять контакт с поверхностью.

Вопросы для анализа:

- Чувствовали ли Вы вибрацию во время выполнения этого упражнения?
- Легко ли было вам удержать равновесие?
- Какие эмоции вы испытывали во время разведения рук?
- Появилось ли у вас чувства единения с миром, открытости ему?
- Чувствовали ли вы себя мостом между землей и небом?
- Испытывали ли вы ощущения в спине?

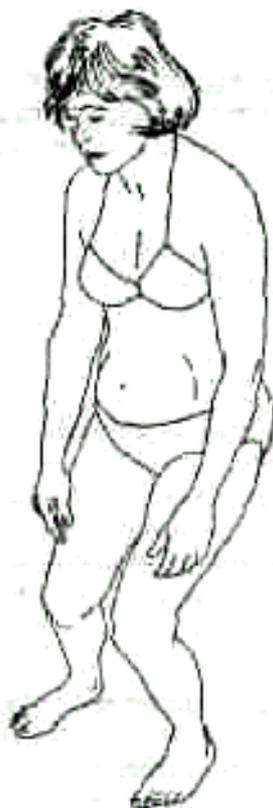


Рис. 54

Упражнение 7. Удерживание веса тела на одной ноге.

Консультант предлагает клиенту встать прямо: стопы стоят параллельно друг другу на ширине около 20 см, вес тела смещен вперед, таз опущен и чуть отведен назад, живот спокойно выпячен, корпус прямой и расслабленный. После того, как клиент займет базовую позицию, ему предлагается опустить таз, согнуть левое колено и медленно переместить вес тела так, чтобы он пришелся на левую стопу. Правая стопа не отрывается от пола. Дыхание свободное и глубокое. Эту позицию необходимо сохранять, пока не появится ощущение заметного дискомфорта. Далее необходимо переместить вес тела на правую ногу, медленно согнув правое колено и т.д. Упражнение рекомендуют повторить несколько раз.

Обратите внимание! Во время выполнения этого упражнения возможно высвобождение энергии страха и тревоги. Большие трудности испытывают клиенты, стремящиеся доминировать в социальной жизни, трудоголики. Страх падения в их случае сочетается со страхом неправильно выполнить упражнение. Только ослабив собственный контроль, они могут справиться с этим упражнением. Человек, проработавший свои энергетические блоки, делая это упражнение, испытывает чувства счастья и радости.

Вопросы для анализа:

- Удалось ли «стечь» в левую и правую сторону, или вы почувствовали что одно или оба колена «одеревенели»?
- Сдерживали ли вы дыхание?
- Сильно ли вибрировали ноги?
- Не боялись ли вы что колени «подломятся» под весом тела и вы упадете?

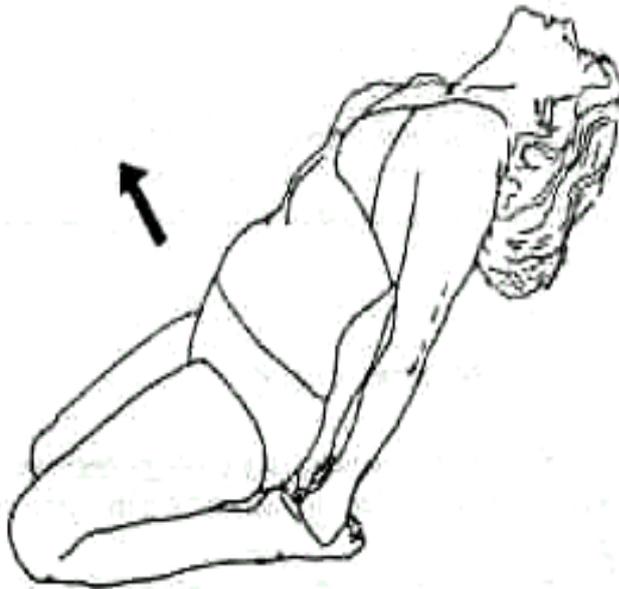


Рис. 55
Упражнение 8. Растяжка бедер.

Консультант предлагают клиенту сесть на колени на пол. Клиент опускается на пятки, стопы отставлены назад. Он упирается кулаками в подошвы; пальцы сжатых в кулаки рук развернуты назад. Консультант для того, чтобы снять напряжение в голених, рекомендует клиенту надавить кулаками на подошвы. После того, как клиент займет исходное положение, ему необходимо приподнять бедра, откинуть голову назад, выгибая тело аркой и сохранять эту позицию как можно дольше. Упражнение повторяют несколько раз.

Обратите Внимание! Таз должен двигаться свободно, это позволяет проработать блок в мышцах бедер. Во время упражнения может возникнуть чувство энергии, поднимающейся по позвоночному столбу от крестца к голове. Может возникнуть чувство холода между лопатками, болезненные ощущения в мышцах рук. Упражнение позволяет не только улучшить физиологическое состояние клиента, но и проработать глубинные психологические запреты. Может возникнуть чувство вины или стыд. Упражнение необходимо делать медленно, концентрируясь не только на физических ощущениях, но и на возникающих чувствах, мечтах, воспоминаниях.

Вопросы для анализа:

- Вызывало ли это упражнение у вас боль в стопах?
- Испытали ли вы боль в других мышцах?
- Удалось ли вам почувствовать сокращение бедренной мускулатуры?
- Испытывали ли вы болезненные ощущения в руках?
- Какие чувства вы испытали во время упражнения?
- Испытали ли вы дрожь в теле?
- Испытали ли вы дрожь в бедрах?
- Что вы чувствовали после завершения упражнения?
- Какие фантазии пришли вам в голову после завершения упражнения?

- Какой рисунок вы хотите нарисовать после завершения упражнения?
- Хочется ли вам повторить упражнение?

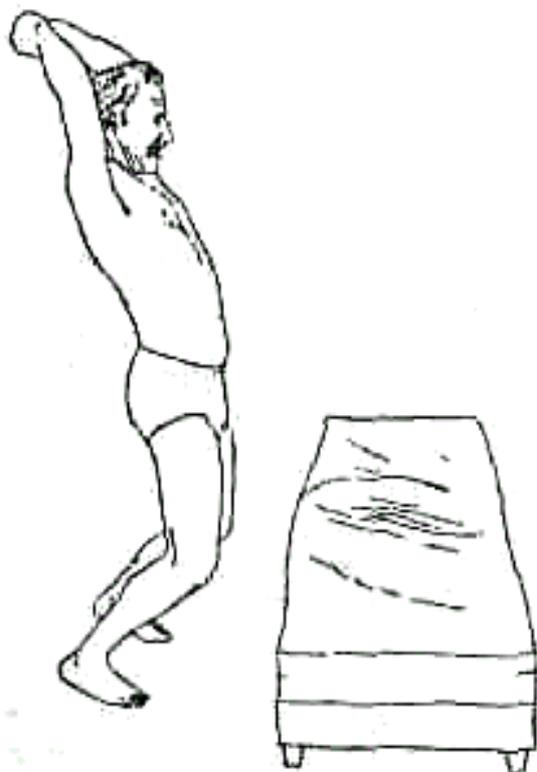


Рис. 56
Упражнение 9. Экспрессия злости.

Человеку необходима определенная степень свободы, чтобы он мог, когда это необходимо, физически выразить злость. Многие люди сталкиваются с тем, что порой бывают вынуждены бороться с потребностью, физически выразить злость, вынуждены тратить много энергии на контролирование своего поведения и все же в провоцирующей ситуации ведут себя как агрессивные животные. В современной западной культуре существует стойкое табу, не позволяющее нам поколотить кого-нибудь. Насилие и агрессия считаются социально-недопустимыми, поскольку невинные люди в этом случае оказываются беспомощными перед хулиганством. Но потребность никуда не исчезает, в какой-то степени феноменальный успех фильма американского режиссера Давида Финчера - «Бойцовский клуб» спровоцирован потребностью физически выразить негативные эмоции. Герой Брэда Питта быстро завоевывает популярность у незнакомых людей, предложив способ социализации агрессивного поведения в рамках «Бойцовского клуба». Дискуссия о том, чего в человеке больше - животного или духовного? - не прекращается уже много столетий. За социализацию мы расплачиваемся психосоматическими расстройствами, в частности, заболеваниями позвоночника.

Консультант предлагает клиенту встать напротив кровати или кушетки. Стопы параллельны, находятся на расстоянии около 50 сантиметров друг от друга, колени слегка согнуты. Лучше всего, если кушетка будет достаточно мягкой. Можно воспользоваться резиновым или поролоновым матрасом, чтобы не повредить себя или мебель. Консультант предлагает клиенту поднять руки над головой и сжать кулаки. Локти необходимо поднять как можно выше, так, чтобы кулаки оказались позади головы. Клиенту необходимо сильно, акцентированно ударять обоими кулаками по кушетке. Удары наносятся с небольшими паузами, необходимыми для достаточной концентрации силы. Во время ударов клиент

поощряется к эмоциональному выкрикиванию следующих выражений: «Отстань!», «Нет, не буду!», «Ненавижу тебя!», «Будь ты проклят!» и т.п.

Обратите внимание! Это упражнение особенно важно для людей, испытывающих чувство напряжения в плечевом поясе, поскольку именно напряженность не позволяет использовать руки для борьбы. Существует несколько вариантов этого опыта.

Вопросы для анализа:

- Каковы по вашим ощущениям удары: эффективны они или бессильны?
- Почувствовали ли вы физическую усталость после выполнения упражнения?
- Появилось ли ощущение психологической опустошенности после выполнения упражнения?
- Удалось ли почувствовать эмоцию во время осуществления опыта?
- Боролесь ли вы со своей потенциальной яростью?
- Испытали ли вы чувства вины и стыда после выполнения упражнения?
- Звучал ли во время упражнения в вашей голове «родительский голос»?
- Хочется ли вам повторить упражнение?

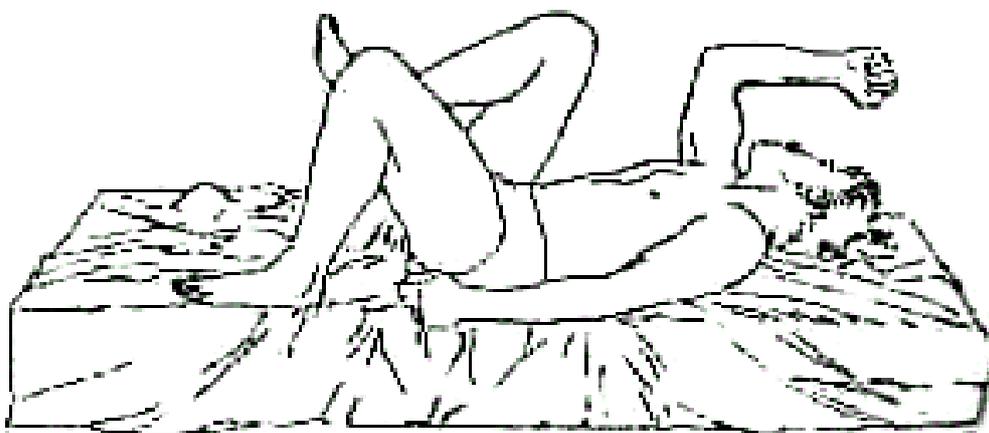


Рис. 57
Упражнение 10. Вспышка гнева.

Консультант предлагает клиенту лечь на кушетку, лучше, если кушетка будет покрыта мягким матрасом. Колени согнуты, стопы плотно стоят на матрасе. Консультант предлагает клиенту, не разгибая коленей попеременно ударять стопами по мату. После каждого удара колени необходимо поднимать по направлению к груди достаточно высоко, что позволяет задействовать мышцы бедра. После нескольких ударов стопами, клиент добавляет удары кулаками по мату. Удары наносятся одновременно руками и ногами. После того, как клиент освоит технику нанесения ударов, консультант предлагает ему поворачивать голову вправо-влево и произносить эмоционально заряженные выражения: «Отстань!», «Нет, не буду!», «Ненавижу тебя!», «Будь ты проклят!» и т.п. Постепенно, высказывания могут перейти в крик и даже в нечленораздельный рев.

Обратите внимание! Очень важна координация движений рук, ног и головы. Левая рука и левая нога двигаются вместе и одновременно ударяют по матрасу, голова в это же время поворачивается влево. Далее правая рука и правая нога двигаются вместе и одновременно ударяют по матрасу, голова в это же время поворачивается на право и т.д. При правильно осуществлении этого упражнения тело двигается как веретено. В случае неправильного выполнения упражнения возможны чувства головокружения, тошноты и т.п. Данное упражнение из-за его экспрессивности и сильной эмоциональной заряженности

рекомендуется выполнять на индивидуальных сессиях и не рекомендуется выполнять в тренинговых группах.

Вопросы для анализа:

- Каковы по вашим ощущениям удары: эффективны они или бессильны?
- Почувствовали ли вы физическую усталость после выполнения упражнения?
- Появилось ли ощущение психологической опустошенности после выполнения упражнения?
- Удалось ли почувствовать эмоцию во время осуществления опыта?
- Боролись ли вы со своей потенциальной яростью?
- Испытали ли вы чувства вины и стыда после выполнения упражнения?
- Звучал ли во время упражнения в вашей голове «родительский голос»?
- Хочется ли вам повторить упражнение?

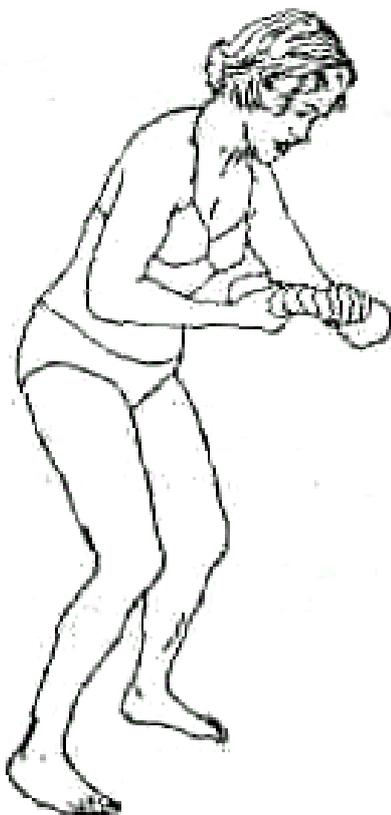


Рис. 58

Упражнение 11. Выкручивание агрессии.

Агрессия – это «движение по направлению к...». Агрессивным считается человек, стремящийся к достижению своих целей, проявляющий при этом определенную настойчивость. Отсутствие агрессии означает пассивность, выжидание, лень, неспособность достичь необходимое. Однако социальные запреты на выражение агрессии, как уже говорилось выше, достаточно сильны.

Консультант предлагают клиенту встать, расставив стопы на расстояние около 50 сантиметров, слегка развернув ступни вовнутрь, взять в руки полотенце среднего размера и свернуть его. Выкручивать полотенце необходимо без спешки, плавно наращивая прилагаемое физическое усилие. В упражнении участвуют не только мышцы предплечий, но и плеч, спины, шеи. Когда полотенце скручено достаточно сильно, консультант предлагает клиенту произносить эмоционально заряженные выражения: «Дай мне это!», «Я все равно это заберу!».

«Отдай!» и т.п. В состоянии максимального напряжения необходимо остановиться и удерживая выкрученное полотенце вдумчиво проговорить: «Это будет моим!».

Вопросы для анализа:

- Возникло ли у вас чувство, что вы можете получить то, что хотите?
- Удалось ли вам уловить момент, когда вы почувствовали, что можете получить то, что хотите?
- Был ли ваш голос достаточно требовательным и уверенным?
- Слабели ли ваши руки после каждого требования?
- Были ли у вас не приятные ощущения?
- Понравилось ли вам это упражнение?

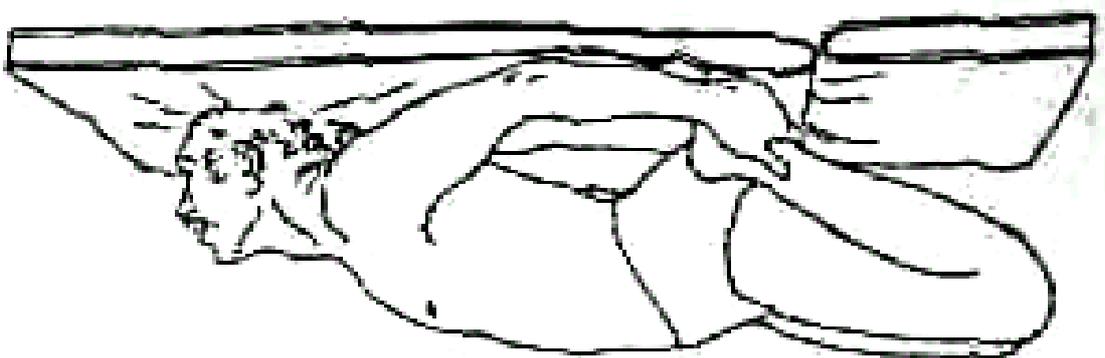


Рис. 59

Упражнение 12. Кольцо или полная арка.

Консультант предлагают клиенту сесть на колени на пол. Клиент опускается на пятки, стопы отставлены назад. Консультант предлагает клиенту взяться руками за лодыжки и, откинувшись назад, лечь на пол. После того, как клиент займет базовое положение, консультант предлагает ему прогнуться, подталкивая вперед туловище и откидывая назад голову. Заключительная позиция напоминает борцовский мост. При правильном положении тела с матом должны соприкасаться только голова, плечи и стопы ног. Мышцы расслаблены, анус не напряжен, таз свободно «висит». Упражнение способно вызвать глубокие, связанные с переживанием раннего психологического опыта.

Обратите внимание! Это упражнение позволяет сильно растянуть бедренную мускулатуру. При выполнении данного упражнения таз «подвешен» между ногами и плечами, что позволяет ему свободно вибрировать, если клиенту удастся расслабиться в этом положении. Напряжение мышц бедер не позволяет свободно раскачиваться «тазовому маятнику». Если эти мышцы напряжены, то оно сопровождается довольно сильными болезненными ощущениями.

Вопросы для анализа:

- Удалось ли удержать тело в «полной арке», сохраняя при этом дыхание животом?
- Вибрировал ли таз в этой позиции?
- Удалось ли не напрягать ягодицы?
- Что вы чувствовали при выполнении данного упражнения?
- Какие фантазии пришли вам в голову при выполнении данного упражнения?
- Какие воспоминания пришли вам в голову при выполнении данного упражнения?
- Испытали ли вы во время этого упражнения чувство агрессии, злость?

- Испытали ли вы во время этого упражнения чувство вины, стыд?
- Хочется ли вам повторить это упражнение?

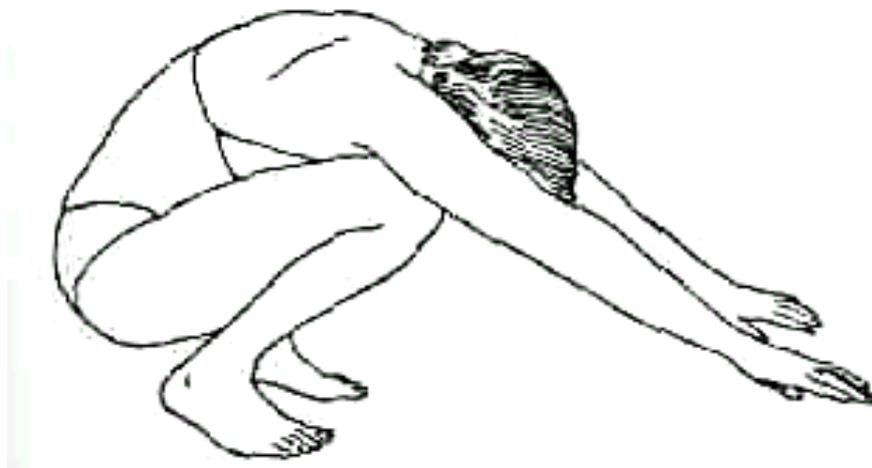


Рис. 60

Упражнение 13. Сгибание стоп – возвращение в приседание.

Большинству людей не удастся в достаточной степени ощутить стопы из-за напряжения в лодыжках. Между тем стопы крайне важны для нас. Чувство уверенности напрямую связано с ощущением устойчивости. Кому не знаком холодок, пробегающий по телу при внезапной потере опоры или равновесия. В методах релаксации и гипноза клиента просят особенное внимание обратить на стопы ног, удобно ли им, что они чувствуют.

Консультант предлагает клиенту сесть на колени на пол. Клиент опускается на пятки, стопы отставлены назад. Необходимо встать левой ногой на пол, стопа располагается на 10-15 сантиметров позади правого колена. Вес тела максимально переносится на левую ногу, при необходимости можно развернуть в сторону правое колено. Далее необходимо встать правой ногой на пол, стопы на одном уровне параллельны друг другу. После того, как клиент займет базовую позицию, консультант предлагает ему как можно дальше вперед вытянуть руки, слегка прикасаясь кончиками пальцев к полу. Пятки необходимо слегка приподнять, оторвать от пола, смещая при этом вес тела на переднюю часть стоп. Данное положение нужно удерживать как можно дольше, дыхание свободное, глубокое.

Вопросы для анализа:

- Удалось ли почувствовать, что происходит в глубине таза, когда вы находитесь в положении приседания?
- Удалось ли сохранить эту позицию хотя бы полминуты, ощущая при этом глубину собственного дыхания.
- Помогает ли эта позиция почувствовать область ягодиц?
- Удалось ли вам почувствовать собственный живот?
- Смогли ли вы расслабить спину?
- Вспоминался ли вам акт дефекации?
- Какие фантазии приходили вам в голову?
- Испытывали ли вы чувство вины, стыд во время упражнения?

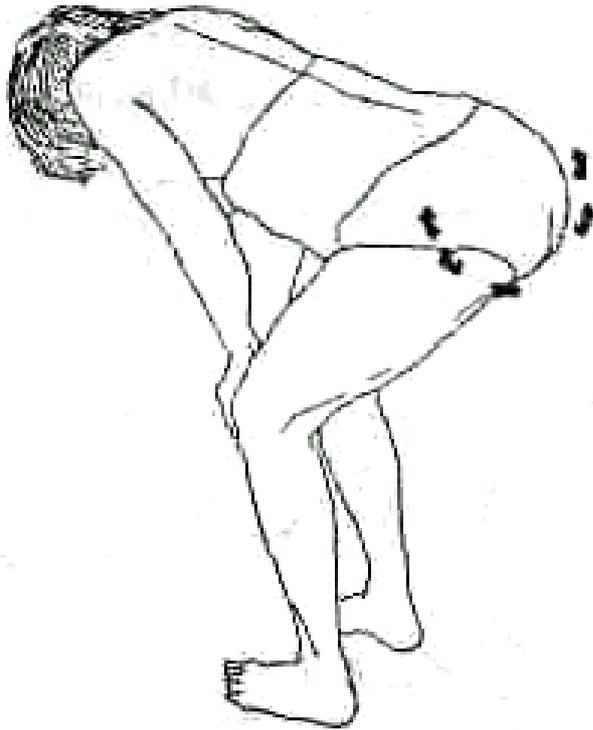


Рис. 61
Упражнение 14. Утиный хвостик.

Консультант предлагают клиенту встать, расставив стопы на расстояние около 50 сантиметров, слегка развернув ступни вовнутрь. Вес тела приходится на переднюю часть стоп. Клиенту надо медленно отвести таз назад, выгибая нижнюю часть спины и концентрируясь на ощущениях в длинных мышцах спины. Движение осуществляется медленно, скорость движения напрямую зависит от скорости осознания изменения напряженности мышц спины. При этом вес тела продолжает приходиться на носки ног, пятки плотно прижаты к полу. Ноги необходимо согнуть в коленях. Таз приподнимается вверх. После того, как клиент займет базовую позицию, консультант ему дает указание медленно двигать тазом влево и вправо. Внимание клиента сосредоточено на изменении напряжения мышц. Корпус остается неподвижным. Стопы плотно стоят на полу, вес равномерно распределяется на обе ноги. Голова опущена вниз. Дыхание животом - свободное, глубокое.

Обратите внимание! Движения должны быть медленными и плавными, резкие, быстрые движения недопустимы, так как могут привести к травме. Похожие движения используются при подготовке спортсменов в восточных единоборствах и ритуалах инициации африканских племен. Японцы уделяют большое внимание схожим упражнениям, наделяя их эзотерическим смыслом. Они считают, что эти движения позволяют совершающему их человеку развивать жизненную энергию – «хару». По их мнению, человек, накопивший достаточное количество «хару», становится великим воином. Китайские мастера цигун рекомендуют их для укрепления «поля киновари» и выращивания пилюли «истинного бессмертия». В русском языке слово «Жизнь» напрямую связано со словом «живот».

Вопросы для анализа:

- Удалось ли вам удержать вес на передней части стоп?
- Распределялся ли вес равномерно на обе ноги?
- Как вы дышали во время этого упражнения?
- Удалось ли свободно двигать тазом?
- Что вы чувствовали во время выполнения упражнения?

- Испытали ли вы во время упражнения чувство вины, стыд?
- Были ли у вас сексуальные фантазии во время упражнения?

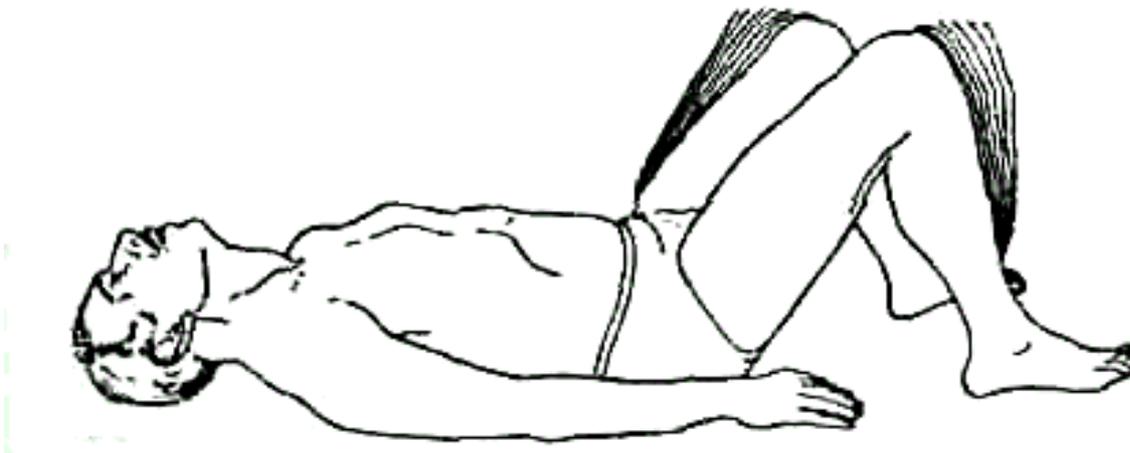


Рис. 62
Упражнение 15. Вибрация коленей.

Консультант предлагает клиенту лечь на пол. Колени согнуты, стопы параллельны друг другу и плотно стоят на полу. Необходимо прогнуть поясницу и надавить ягодицами на поверхность пола. Консультант предлагает клиенту, занявшему базовое положение, медленно, не перемещая стопы, развести колени в стороны. Движение коленей должно быть очень небольшим, не следует форсировать его, напрягая мускулатуру. Колени просто немного «разваливаются» в стороны. Консультант напоминает, что движения клиента должны быть осознанными.

После некоторой паузы необходимо медленно и легко соединить колени друг с другом, не сжимая их. Важно, чтобы движение было медленным. Клиенту рекомендуется прислушаться к возникшей в коленях вибрации. Упражнение повторяется несколько раз, усиливая вибрацию. Дыхание свободное, глубокое.

Обратите внимание! Во время упражнения стопы остаются неподвижными! Мышцы, сводящие бедра вместе часто называют «моральными мышцами». В современной культуре человек сидящий с раздвинутыми коленями воспринимается сексуально агрессивным. Женщины вынуждены сидеть, прижав одну ногу к другой. Американская актриса Шерон Стоун, героиня которой в фильме «Основной инстинкт», меняя положение тела, раздвинула колени, стала секс-символом.

Раскрывая колени во время этого упражнения, клиент не только расслабляет мускулатуру тазового дна, но и прорабатывает психологические комплексы, вызванные социальными запретами. В случае сильных моральных запретов мышцы трудно расслабить. Если в процессе упражнения не возникает вибрация, это свидетельствует о том, что не удалось полностью расслабить мышцы.

Вопросы для анализа:

- Удалось ли почувствовать вибрацию ног?
- Обратили ли вы внимание, что спонтанно начали глубже дышать, когда вибрация усилилась?
- Что вы чувствовали во время выполнения упражнения?
- Пережили ли приятные ощущения в области тазового дна и внутренней стороны бедер?
- Какие воспоминания пришли вам в голову во время выполнения этого упражнения?
- Испытали ли вы во время упражнения чувство вины, стыд?
- Были ли у вас сексуальные фантазии во время упражнения?

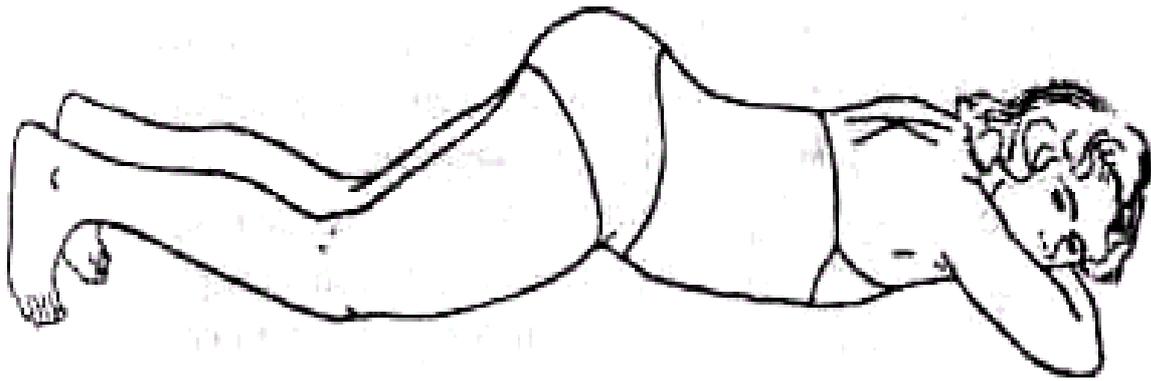


Рис. 63
Упражнение 16. Удары тазом.

Консультант предлагает клиенту лечь ничком на пол, на подстеленный мат. Руки кладутся на пол, сгибаются в локтях и разводятся в стороны. Клиент кладет голову на кисти рук, повернув ее вправо или влево. После того как клиент займет базовое положение, консультант предлагает ему упереться пальцами ног в мат, слегка согнуть колени и развернуть их строго вниз к поверхности пола. Удерживая живот неподвижно на поверхности пола, отвести таз назад как можно дальше. Необходимо зафиксировать это положение, сильно надавливая пальцами ног на поверхность мата. Дыхание животом, свободное, глубокое. После небольшой паузы необходимо резко и быстро подать таз вперед так, чтобы получился удар, одновременно продолжая надавливать на мат пальцами ног и коленями. Повторить упражнение несколько раз, контролируя дыхание.

Обратите внимание! Начальная позиция с отведенным назад тазом предполагает заряд и готовность к движению вперед. Движение начинается со стоп! Если в движение включен только таз, то он остается жестким, а это уничтожает сексуальное чувствование и может привести к травме. Во время упражнения не должно быть болевых ощущений. Для мобилизации полного сексуального заряда очень важно, чтобы ноги были заземлены. Этого можно достичь, только если стопы во время движения таза во что-то упрутся. Упражнение рекомендуется делать во время индивидуальных сессий, так как оно значительно усиливает сексуальное чувствование и ведет к непосредственному переживанию получения заряда для толчкового движения. Упражнение в силу его сильной эмоциональной заряженности не рекомендуется для групповых занятий и тренингов.

Вопросы для анализа:

- Чувствовали ли вы, как во время упражнения живот давит на мат?
- Дышали ли вы во время упражнения животом?
- Чувствовали ли вы вибрацию таза?
- Распределялся ли вес равномерно на обе ноги?
- Как вы дышали во время этого упражнения?
- Удалось ли свободно двигать тазом?
- Переживали ли вы позыв к толчковому движению?
- Пережили ли приятные ощущения в области тазового дна и внутренней стороны бедер?
- Какие воспоминания пришли вам в голову во время выполнения этого упражнения?
- Испытали ли вы во время упражнения чувство вины, стыд?
- Были ли у вас сексуальные фантазии во время упражнения?



Рис. 64
Упражнение 17. Работа с лицом.

Данные действия призваны высвободить лицевую мускулатуру и разрушить маску, которую многие люди бессознательно носят на лице. Цель предлагаемых упражнений — восстановить полный спектр экспрессивности вашего лица.

Консультант предлагает клиенту встать прямо: стопы стоят параллельно друг другу на ширине около 20 см, вес тела смещен вперед, таз опущен и чуть отведен назад, живот спокойно выпячен, корпус прямой и расслабленный. После того как клиент займет базовую позицию, ему предлагается:

А. Выдвинуть нижнюю челюсть вперед, показать зубы и придать лицу выражение злости. Делая это упражнение, необходимо издавать агрессивные звуки.

Б. Несколько раз с напряжением приподнять и опустить выдвинутую вперед нижнюю челюсть, сопровождая это действие вокализацией.

В. Подвигать выдвинутой вперед нижней челюстью вправо и влево. Это упражнение нужно проделать медленно, сдвигая челюсть в сторону как можно дальше.

Г. Высунуть язык как можно дальше, сопроводить это действие подходящим звуком, который выражал бы презрение к другому человеку.

Д. Несколько раз энергично сморщить нос.

Е. Поднять брови как можно выше и опустить их. Прodelать это упражнение несколько раз.

Ж. Расслабить нижнюю челюсть, чтобы она подалась назад и вниз, вытянуть вперед губы, как маленький ребенок во время сосания. Рот должен быть приоткрыт. Это действие проделать в медленном темпе несколько раз.

Вопросы для анализа:

- Как вы дышали, осуществляя эти опыты?
- Чувствовали ли вы некую вибрацию в губах или дрожь в нижней челюсти?
- Ощущали ли вы покалывания на лице?
- Лучше ли вы ощущаете лицо?
- Стало ли ваше лицо подвижнее и свободнее после этого упражнения?

3.5. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (по Б. Д. Карвасарскому).

Определение. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии. Это отечественный психотерапевтический метод, представляющий собой дальнейшее развитие учения В. Н. Мясищева (1893-1973) о неврозах и их психотерапии.

3.5.1. История возникновения и развития.

На становление психотерапии в России существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева еще в 30-40-х годах.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия разрабатывается в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в русле отечественных и, прежде всего Санкт-Петербургских исследований в области психологии, психиатрии, неврологии. Необходимо подчеркнуть, что формирование любого метода психотерапии невозможно без оригинальной теории личности. Начало исследования личности как системы отношений в нашей стране связано с именем основателя русской медицинской психологии В. М. Бехтерева, организовавшего в 1886 году первую в мире психологическую лабораторию. В 1924 году он писал: «Термин «лично-больной» был введен мной в научную литературу уже несколько лет назад. Этот термин соответствует обозначению самих болезненных состояний как болезней личности, ибо на самом деле ни старый термин «сумасшедший» или «помешанный», ни позднейшие термины «психический» или «душевнобольной» не могут быть признаны подходящими с точки зрения объективного знания, которое не знает существования души, а под психикой понимает исключительно субъективную сторону личности, старые же термины «сумасшедший» и «помешанный», в сущности, уже давно выведены из употребления частью по их бессодержательности, частью потому, что они благодаря вульгаризации до такой степени стали грубыми, что граничат с ругательством» (цитируется по Бехтерев В. М. Будущее психиатрии: Введение в патологическую рефлексологию. – СПб. Наука, 1997. – 330 с.).

В дальнейшем исследования Бехтерева были продолжены и развиты его учеником В. Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка еще в 30-40-х годах указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины, и в особенности — к учению о неврозах и психотерапии. Одним из фундаментальных положений этой концепции явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Становление личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как самостоятельного метода психотерапии может быть отнесено к началу 70-х годов и связано, прежде всего, с работой руководителя отделения неврозов НИИ Психоневрологии им. В.М. Бехтерева профессора Б. Д. Карвасарского, д.м.н., заслуженного деятеля науки Р.Ф.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия включает в себя:

1. концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой;
2. биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается, прежде всего, как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений;
3. систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений

(коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия – это первый отечественный метод психотерапии, обладающий всем набором конструктов необходимых для современного психотерапевтического метода: оригинальной теорией личности, теорией невроза (конфликта), оригинальными приемами консультирования и технологией обучения специалистов. Это метод развивающий богатые традиции отечественной психологии и психотерапии. Метод, впитавший культуральные особенности общностей, проживающих на территории нашей страны. Особенности, которые западные специалисты, испытывающие сложности в понимании русской души, зачастую укладывают в прокрустово ложе западничества и называют посттоталитарной психологией.

В Приморском Крае личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия делает свои первые шаги. В 1995 году на международной конференции (организованной во Владивостоке профессорами И. Г. Ульяновым и Л. П. Яцковым) состоялось знакомство с этим методом, когда Б. Д. Карвасарским были прочитаны несколько лекций. Первый обучающий семинар для психологов и психотерапевтов по этому методу был проведен в мае 2003 года в рамках «Бехтеревских чтений в Приморье-2003» профессорами Б. Д. Карвасарским, А. А. Александровым, д.м.н., заведующим кафедрой клинической психологии Медицинской Академии Последипломного Образования, С. А. Кулаковым, д.м.н. и кандидатом медицинских наук С. А. Подсадным. Организован семинар был ДвФ. НИИ Психического здоровья ТНЦ СО РАМН и Институтом Позитивной Психотерапии.

Дополнительно о методе можно прочесть:

1. Психотерапевтическая энциклопедия / Под редакцией Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер Ком, 1998. – 752 с.
2. Психотерапия / Под редакцией Б.Д. Карвасарского. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 544 с.

3.5.2. Теория личности.

Подход к проблеме личности неразрывно связан с вопросом о соотношении биологического и социального в человеке. Задавая себе вопрос, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, Мясищев отвечает на него так: «Считая, что личность представляет собой высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необходимость разграничения понятий «условия личности» и «сама личность», я полагал, что в понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности»

Главная характеристика личности, по Мясищеву — система ее отношения, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного

и бессознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность проявляется в разных областях, и, прежде всего, в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

Особое значение категории отношения («психологического отношения») для разработки проблемы личности в отечественной, в том числе в медицинской, психологии, отмечали Ананьев, Ломов и др.

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений лечения и предупреждения.

3.5.3. Теория невроза.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обуславливают ее невыносимость в той или иной ситуации. Мясищевым были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности;

неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, не способной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

3.5.4. Цели, задачи и специфические техники консультирования.

Теория личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии содержит представления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия пациента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах и пр.

Первоначально цели и задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии формулировались следующим образом:

1. глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;
2. выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;

3. достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;
4. изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом;
5. при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Дальнейшее развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которое во многом связано с широким использованием групповой психотерапии, позволило на основе анализа опыта практической работы и научных исследований в данной области более четко и конкретно сформулировать основные теоретические положения этой психотерапевтической системы в целом применительно и к индивидуальной, и к групповой ее формам, и прежде всего ее цели и задачи, а также представления о механизмах лечебного действия.

Сформулированные вначале задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии по сути дела отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса — от изучения личности пациента и пациентом, через осознание, к коррекции нарушенных отношений личности — и фокусируют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах. Однако личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) — сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфике личностных нарушений, что, в свою очередь, определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного направления цели и задачи психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств.

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

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

- связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;
- какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;
- связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением
- особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;
- как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;
- существующее расогласование между собственным образом Я и восприятием себя другими;
- собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
- характерные защитные психологические механизмы;
- внутренние психологические проблемы и конфликты;
- более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

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

В целом задачи интеллектуального осознания в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «ситуация — личность — болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;
- пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;
- пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
- научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;
- стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;
- научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;
- раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);
- модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;
- произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

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

3. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с боязнью субъективно сложных ситуаций;
развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

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

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

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

Хотя в общении с врачом система жизненных отношений больного и находит известное отношение, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе умело проводимых психотерапевтических бесед. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в терапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему событию, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удастся изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

Психотерапевт осуществляет «дело перестройки личности и отношений больного», опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). «Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, - пишет Мясищев, - в той или иной из многочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение, социальных условиях». И далее: «Именно в этом смысле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений, использовавшееся ранее преимущественно по отношению к детям и в плане психоаналитического их лечения».

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

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация, понимаемая как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. В ходе индивидуальной психотерапии

«инструментом» обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее содержание, сколько отражает различные аспекты психологической реальности пациента, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, так как осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Каждый участник за счет обратной связи получает разнообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, какие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, насколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует или препятствует достижению этих целей и насколько они реалистичны, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведением видят другие и пр. Обратная связь дает участнику группы возможность осмыслить и оценить значение собственного Я в типичных для него межличностных ситуациях и, соотнося прошлое и настоящее, понять собственные проблемы и особенности своих отношений. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Конфронтация пациента с отраженным образом Я, во многом не согласующимся с существующим представлением о себе, способствует осознанию новых аспектов собственной личности и интеграции полученной информации, что приводит к расширению образа Я и его большей адекватности. Однако материал осознания, хотя и относится, прежде всего, к личности пациента, включает и иные аспекты, связанные с более адекватным пониманием других людей, особенностей их переживаний и поведения, а также определенных общих аспектов функционирования человеческой психики, взаимоотношений и взаимосвязи психических и соматических процессов межличностного взаимодействия, иными словами, всего того, что можно обозначить как развитие психологической культуры в широком смысле. Очевидно, что групповая психотерапия создает более благоприятные условия для такого осознания, поскольку являет собой реальное эмоциональное взаимодействие, в котором во всей полноте раскрываются психологические особенности каждого участника группы и представляет более широкие возможности для сопоставления собственных отношений, установок и позиций с отношениями, установками и позициями других людей. Такое сопоставление способствует не только более глубокому пониманию самого себя, но и повышению чувствительности к другим, принятию и уважению ценности и значимости других людей, несмотря на существующие личностные различия, а это, в свою очередь, ведет к улучшению межличностного взаимодействия снижает напряжение и уменьшает сложности во взаимоотношениях.

Корректирующий эмоциональный опыт (или корректирующее эмоционально переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом, признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, вторая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корректирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к

себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия. Корректирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленив эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корректирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени переработать эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

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

В системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Условно можно выделить определенную последовательность в поведении врача в процессе индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. При первой встрече с пациентом он минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом его представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болезни у пациента, врач обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины невроза кроются не в органических изменениях, и уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет больному соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного. Постепенно в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции

болезни (эмоциональные факторы или патогенные ситуационно-личностные позиции, или отношения — потребности или мотивы — невротический конфликт — симптоматика). Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт снова увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведения.

В течение лечебного курса при использовании этого метода на всех его этапах постоянно осуществляются 2 взаимосвязанных психологических процесса — осознание и реконструкция отношений личности. 1-й процесс — осознание, инсайт — заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного, связанном с необходимостью понимания им истинных источников собственных невротических расстройств; 2-й — реконструкция отношений личности — в соответствии со степенью осознания проявляется в коррекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Что же может осознать пациент в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии? Психотерапевт помогает больному осмыслить связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенных значимыми для него отношениями и возникновением невроза.

Врач выступает здесь в роли проводника в познании больным своего внутреннего мира. На трудности этого пути указывал Павлов. «Надлежит, — писал великий физиолог, — отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малейшего внимания».

В условиях личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психотерапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

В отличие от психоанализа, при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Самое главное и самое трудное при обсуждении заключается в том, чтобы помочь больному понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним конфликтом, в основе которого лежат его неадекватные отношения и малосовместимые потребности, вследствие чего он не способен разрешить свои проблемы. Конфликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизирующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи психотерапевт и помогает осознать больному.

Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности больного не приводит; оно должно быть завершающим звеном процесса осознания, эмоционально насыщенного в своей сущности.

Глубина осознания может быть разноуровневой. 1-й уровень может касаться понимания пациентом некоторых новых представлений о своем дезадаптивном поведении, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими больными, медперсоналом и психотерапевтом, 2-й уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его невротического поведения. На этом уровне осознания больной не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. 3-й уровень глубины понимания пациентом генеза своего невроза (особенно важно это бывает при невротических развитиях, требующих длительной психотерапии) связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе неправильно сформированных в ходе развития личности отношений.

При анализе жизненной истории психотерапевту приходится обращать особое внимание пациента на развитие его чувств и форм поведения начиная с детства, когда в силу условий воспитания могла формироваться неадекватность системы его отношений. В процессе психотерапии не всегда удается достичь всех указанных уровней. Что же способствует достижению осознания (инсайта), если такая цель ставится психотерапевтом? Во-первых, прогностически полезными могут быть такие свойства, как способность больного к самонаблюдению, психологическая настроенность на самоанализ, рефлексия, склонность к самораскрытию, достаточный уровень интеллекта. Психологическая настроенность и самораскрытие пациента могут повышаться в процессе психотерапии. Во-вторых, важны такие условия, как эмпатический подход психотерапевта, доверительность в контакте и катарсис, кроме того, обратная связь (восприятие себя в реакциях других).

Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее — ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Недостаточно адекватные вследствие «изъянов» развития личности отношения в определенных жизненных обстоятельствах могут быть не столько условием внешних и внутренних конфликтов, сколько причиной неспособности человека успешно решать эти конфликты. Именно эта неспособность и является основой развития невротических состояний. Задача психотерапии — путем реорганизации системы отношений сделать личность способной к разрешению трудностей. В отличие от рациональной и гипносуггестивной психотерапии, подобная психотерапия и может быть названа реконструктивной, так как реконструкция отношений личности — это главная и отличительная ее цель. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходят 2 процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем — во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента. Изменение отношений во внутренней структуре личности осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов — идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и поведения пациента. Как правило, она является следствием удовлетворяющего определенные потребности больного (например, в

признании или опеке) контакта с психотерапевтом. Пациент пытается усвоить одобряемые психотерапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Обычно этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация в ряде случаев может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который осуществляется с помощью механизмов интернализации и интериоризации. Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия больного психотерапевтом, интенсивность и глубина процесса осознания, конструктивное использование конфронтации в системе психотерапевтических воздействий.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения пациента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением больного. Это сопротивление — реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациента. Представляя собой, проявление психологической защиты, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения.

Сопротивление больного проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной их переработки.

Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовместимости установок больного и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от него откровенности или активности, при неверии психотерапевта в возможности больного и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония) и т. д. Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками больного, как низкая мотивация к лечению вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм. Изменения в системе отношений больного, и прежде всего в самооценке, тесно связаны с перестройкой его поведения. Важными являются направленная коррекция малоадаптивных форм поведения и выработка новых, более адекватных достигнутому уровню интеграции внутреннего мира пациента.

В последние годы, основываясь на известной пластичности и открытости системы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и учитывая преимущественно психодинамическую ее направленность, ее авторы стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов второго и третьего направлений современной психотерапии — гуманистического и бихевиористского. Трехкомпонентный характер отношений, представляющий собой основной системообразующий фактор в принятой концепции личности, создает предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов.

Следует лишь подчеркнуть, что, в то время как личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия направлена на достижение основной стратегической цели — реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений личности, послужившей главной причиной невротической декомпенсации, другие психотерапевтические приемы решают скорее тактические задачи, в целом повышая эффективность и экономичность психотерапевтических воздействий.

3.6. Поведенческое консультирование.

Определение. Поведенческое консультирование – это, по Вольпе, «... терапия обусловливания, подразумевающая использование сформулированных в процессе экспериментирования принципов научения с целью изменения неадекватного поведения, неадаптивные привычки ослабляются, адаптивные привычки напротив вводятся и усиливаются».

3.6.1. История возникновения и развития.

Джон Бродус Уотсон (1878-1958), которого часто считают основателем бихевиоризма, родился в Гринвилле, штат Южная Каролина в США. Мать Уотсона была энергичной и религиозной женщиной, отец же был несерьезным человеком, чрезмерно интересующимся противоположным полом (он покинул семью, когда Уотсону было 13 лет). Уотсон вел необычный образ жизни, он получил образование в Фурмановском университете в Гринвилле и в Чикагском университете - его докторская диссертация посвящена вопросам дрессировки животных. Уотсон женился в возрасте 25 лет. В 30 лет он стал профессором психологии в Университете Джона Гопкинса в Балтиморе, а в 36 лет был избран президентом Американской психологической ассоциации. В 1910-х годах Уотсон перенес акцент с наблюдения за животными и экспериментирования на них на изучение поведения человека.

В личной жизни Уотсон во многом был похож на своего отца. Его первая жена мирилась с его адюльтерами до тех пор, пока отношения Уотсона с другой женщиной не стали действительно серьезными. В 1919 году Уотсон, которому было тогда 41 год, встретил «непреодолимый стимул» в лице 19-летней студентки-дипломницы Розали Рейнор. Год спустя, в результате большого скандала, он уволился из Университета Джона Гопкинса, так как ему предъявили обвинение в прелюбодеянии со студенткой, причем ни один другой университет не должен был принимать его на работу. В конце 1920 года Уотсон развелся с женой, в январе 1921 года он женился на Розали и жил с нею до ее трагической смерти в 1936 году.

Покинув университет, Уотсон работал рекламным менеджером. Кроме того, он написал несколько популярных психологических книг. Двое детей Уотсона от второго брака воспитывались на основе бихевиористских методов; в частности, родители не демонстрировали им своей привязанности, чтобы дети могли вырасти независимыми. Старший сын Билли стал психиатром, специализировался в области фрейдовского психоанализа и покончил с собой через несколько лет после смерти своего отца. Младший – Джимми, также увлекался психоанализом, но как пациент; он прошел полный курс психоаналитической терапии.

Основные книги Уотсона: «Дрессировка, поведение, психология животных с точки зрения бихевиориста», «Психологическая забота о младенце и ребенке и бихевиоризм».

Альберт Эллис родился в 1913 году в Питтсбурге, штате Пенсильвания, и вырос в Нью-Йорке. Альберт был старшим из трех детей. Семья была неблагополучной, отец большую часть времени проводил вне дома. Его мать-еврейка смотрела на это сквозь пальцы и, как пишет Эллис: «думала больше о собственных удовольствиях, чем о благополучии своих детей». Дети часто оказывались без присмотра, и, как следствие, в возрасте четырех с половиной лет Альберт чуть не умер от тонзиллита, осложнившегося нефритом, и в течение последующих нескольких лет часто попадал в больницу. Развод в такой семье был неизбежен и он произошел, когда Эллису было 12 лет. В детстве и юности Эллис был необычайно застенчив, он был сосредоточен на себе на учебе и очень боялся говорить публично.

В 1934 году Эллис получил степень бакалавра по руководству бизнесом в Университете Нью-Йорка. После окончания университета Эллису был назначен начальником отдела кадров фирмы, торгующей подарками и галантереей. Как многие молодые люди в то время, он мечтал о лаврах романиста, однако успеха не имел и, столкнувшись с первыми

трудностями, обратился к научной литературе и, прежде всего, сосредоточился на эпатажных темах, имеющих отношение к «сексуальной революции».

Желание «глаголом жечь сердца людей» сублимировалось у него в стремление стать психологом-консультантом. В 1942 году Эллис поступил на ускоренные курсы клинической психологии в Университет Колумбии и год спустя получил степень магистра. Вскоре после этого Эллис открыл частную практику. В основном он занимался брачным консультированием и консультированием, связанным с вопросами секса. В 1947 году Эллис получил докторскую степень по философии (аналог Российской степени кандидата наук) в Университете Колумбии, закончив написание диссертации, политкорректно посвященной составлению и использованию личностных вопросников. Первоначально намеченное исследование любви было заброшено в связи с возможными трудностями при защите.

Материальное положение и после защиты оставляло желать лучшего, слава также заставляла себя ждать и Эллис решает стать «великим психоаналитиком». Для того, чтобы приблизиться к своей цели, он прошел через обучающий анализ с аналитиком из группы Карен Хорни и затем начал заниматься психоанализом под руководством своего преподавателя. С 1948 по 1952 год Эллис работал в Клинике психической гигиены Нью Джерси. Кроме того, он продолжал консультировать частным образом в Нью-Йорке. В 50-ые годы конъюнктура в американской психотерапии изменилась, и Эллис начал активно выступать против психоанализа, он начал утверждать, что является скорее психотерапевтом, чем психоаналитиком.

Новые направления психотерапии появлялись в послевоенном мире, как грибы после дождя, и в 1956 году Эллис объявляет о создании собственного метода. В 1959 году Эллис основал некоммерческую организацию - «Институт рациональной жизни». В 1964 году Институт купил большой нью-йоркский особняк, где он и размещается до сих пор. В настоящее время в нескольких городах в Соединенных Штатах и в других странах Институт имеет отделения, занимающиеся распространением рационально-эмотивного поведенческого подхода.

Работа является главным интересом Эллиса. Семейные отношения у него не сложились, он был дважды женат и разведен, а также имел много внебрачных связей. Детей у Эллиса нет, он считал, что они могут помешать ему реализоваться в работе.

Работа Эллиса по-разному оценивается специалистами, хотя он по праву считает себя отцом РЭПК и дедушкой когнитивного поведенческого консультирования. Эллис был удостоен многочисленных наград, включая главную награду Американской психологической ассоциации за выдающийся профессиональный вклад в развитие знания (The American Psychological Association's major award for Distinguished Professional Contributions to Knowledge) и главную награду за профессиональное совершенствование Американской ассоциации консультирования (The American Counseling Association's major Professional Development Award).

Аарон Темкин «Тим» Бек родился 18 июля 1921 года в Провиденсе, Род-Айленд. Он был четвертым сыном (но третьим выжившим ребенком) еврейских иммигрантов — выходцев из России. В 1919 году родители Бека потеряли единственную дочь во время эпидемии гриппа. Это событие ввергло мать Бека в глубокую депрессию, которая продолжалась на протяжении всей ее оставшейся жизни. В возрасте семи лет Бек перенес очень тяжелое заболевание, что привело к усилению тревоги матери, находившей выход в сверхзаботе. Отец Бека, руководивший печатным бизнесом, поощрял интерес сына к науке и природе. Во время учебы в средней школе Бек редактировал школьную газету, ко времени окончания школы он был первым в классе.

В 1942 году Бек окончил университет Брауна, его основными специализациями были английский язык и политология. Параллельно Бек учился на подготовительных медицинских курсах и в 1946 году получил степень доктора медицины в Школе медицины при Йельском университете. С 1946 по 1948 год он учился в интернатуре и затем работал ординатором в

больнице Род-Айленда. В 1950 году Бек поступил в ординатуру по неврологии в Кашингской больнице управления ветеранов во Фрэмминге, штат Массачусетс. Из-за нехватки ординаторов на психиатрическом отделении Бек, как и многие его коллеги-ровесники, был вынужден пройти шестимесячное усовершенствование по психиатрии. Он решил остаться в этой профессии, и в 1953 году Американская Ассоциация психиатрии и неврологии выдала Беку диплом психиатра, а в 1958 году Бек окончил Филадельфийский психоаналитический институт.

В 1954 году Бек стал преподавателем на факультете психиатрии Медицинской школы университета штата Пенсильвания. С 1959 по 1971 год он делает карьеру от ассистента кафедры до профессора. После болезненных размышлений Бек отказывается от психоанализа и сосредотачивается на когнитивном подходе.

В 1979 году Бек получил награду от фонда Американской психиатрической ассоциации за проведенные им исследования в области терапии депрессии и за развитие когнитивной терапии. В 1989 году Бек был награжден Американской психологической ассоциацией за большой вклад в развитие психологии и за ее практическое применение. В 1987 году Бек был избран членом Британского Королевского Колледжа Психиатров.

С 1950 года Бек женат, его жена добилась больших профессиональных успехов, став судьей в Верховном суде штата Пенсильвания. У Беков четверо детей и много внуков.

В Приморском Крае становление и развитие поведенческого подхода в консультировании связано с большой популяризаторской и научной работой доцента кафедры психологии Института Психологии, Педагогике и Социальной работы ДВГУ Н.Г. Щитова, к.философ.н. Несмотря на популярность этого подхода среди психологов и врачей в Приморье, институционально он еще не оформился и существует скорее как набор теоретических идей, нежели как имеющий соответствующую инфраструктуру метод.

3.6.2. Теория личности.

По мнению Уотсона: «Личность – это производное наших систем привычек». Поведенческий психотерапевт изучает не личность человека, а его поведение. Кроме того, бихевиорист рассматривает психологию как вполне объективное экспериментальное направление естествознания и считает теоретическими целями психологии предсказание и контроль поведения. В опубликованной в 1913 году программной статье «Психология, какой ее видит бихевиорист» (*Psychology as the behaviorist uiens it*) Уотсон отмечает, что он посвятил почти 12 лет экспериментированию на животных и, естественно, что он разрабатывал свои теоретические позиции в соответствии со своей экспериментальной работой. То, что можно наблюдать, составляет реальную область психологии, а то, за чем можно наблюдать, состоит из того, что организм делает или говорит, то есть из его поведения. Бихевиоризм изначально противопоставил субъективизму других школ – «строгий научный метод». Любопытно, что И. П. Павлов, которого бихевиористы считают научным предтечей, незадолго до своей смерти пришел к признанию Бога, как единственного условия способного объяснить сложные психические процессы. В своей знаменитой работе «Условные рефлексы», имеющей подзаголовок «Исследование физиологической активности коры головного мозга», Павлов описывая поведение собаки, у которой не произошло выработки обусловленного рефлекса, вводит термин «рефлекс свободы». С помощью нового странного с точки зрения бихевиоризма термина, он пытается объяснить полученный не укладывающийся в рамки теории результат.

Уотсон полагал, что психология, будучи объективной и экспериментальной отраслью естествознания, нуждается в концепциях основанных на субъективном опыте так же мало, как химия или физика. Поскольку поведение животных может быть исследовано без обращения к сознанию, таким же образом можно исследовать и поведение человека. Фактически «поведение человека и поведение животных следует рассматривать в одной и той же плоскости, как в одинаковой степени существенное для общего понимания поведения».

Стимул, реакция и обусловливание – это ключевые понятия поведенческой психологии. В процессе эволюции у людей развились органы чувств, такие, как глаза, кожа и внутренние органы, которые наиболее чувствительны к различным видам стимулов. Стимул, или предмет, который вызывает реакцию, может исходить от объектов, находящихся во внешней окружающей среде. На людей также постоянно воздействуют стимулы, происходящие из их внутренней окружающей среды (возникновение этих стимулов является результатом изменений, которые происходят в тканях различных органов) Посредством обусловливания диапазон стимулов, на которые реагируют люди, все более расширяется.

Стимулы вызывают реакции, которые обычно заставляют организм двигаться или изменяться таким образом, что данные стимулы перестают вызывать реакцию. Все реакции можно разделить на открытые и скрытые, или на приобретенные и врожденные. Врожденные реакции включают в себя все, что делают люди с первых дней младенчества. В частности, к ним относятся потение и дыхание, а также обусловливание и формирование привычек, которые порождают приобретенные реакции. Уотсон отмечал, что лейтмотив человеческой деятельности состоит в продуцировании реакций на соответствующие стимулы.

Другими словами, с точки зрения поведенческой психологии вся совокупность душевных переживаний человека может быть редуцирована к условно-рефлекторному поведению. Например, любовь – это реакция самца на самку, имеющая целью снять неприятные ощущения, вызванные чрезмерной продукцией половых гормонов.

3.6.3. Теория невроза (конфликта).

Бихевиоризм рассматривает все психологические проблемы и способы их решения в схематизированном виде, используя при этом термины «стимул» (или, в более сложных случаях, «ситуация») и «реакция» (общепринятыми являются сокращения S и R). В идеальном мире бихевиориста при каждой реакции можно найти, вызвавшие ее стимулы, а при наличии данных стимулов можно предсказать реакцию. Таким образом, невротический конфликт – это, прежде всего, «неправильные» реакции на ряд стимулов.

Нерешенная проблема

S.....	R
Задан	? (Следует определить)
S.....	R
? (Следует определить)	Задана

Решенная проблема

S.....	R
(Определен)	(Определена)

Таблица 6.

3.6.4. Специфические техники консультирования.

Поведенческое консультирование, прежде всего, опирается на рациональный анализ неправильного поведения. Исправлять это поведение предлагается, используя разум и силу воли.

Когнитивные ошибки. Дисфункциональные убеждения, внедренные в когнитивные схемы, вносят вклад в возникновение систематических когнитивных ошибок, которые характеризуют психопатологию и способствуют ее сохранению.

Произвольное умозаключение. Выведение определенных заключений при отсутствии доказательств, подтверждающих верность сделанных выводов, причем иногда даже тогда, когда реальность явно противоречит заключениям. Пример произвольного вывода — работающая мать, которая в конце трудного дня приходит к заключению «Я — ужасная мать».

Избирательная абстракция. Избирательное проявление внимания к детали, вырванной из контекста, при одновременном игнорировании другой, более существенной информации. Пример избирательной абстракции — возлюбленный, который начинает ревновать, видя, что его подруга наклоняет голову к собеседнику на шумной вечеринке, чтобы лучше его слышать.

Генерализация. Выведение общего правила или заключения из одного или нескольких изолированных случаев. Слишком широкое применение этого правила, в том числе к ситуациям, не имеющим к нему отношения. Пример генерализации — женщина, которая после разочаровавшего ее свидания приходит к следующему выводу: «Мужчины меня всегда будут отвергать».

Преувеличение и преуменьшение. Неправильная оценка, рассмотрение конкретных событий как гораздо более или гораздо менее важных, чем они есть на самом деле. Пример преувеличения — студент, который предрекает катастрофу: «Если я стану хоть немного нервничать, я непременно провалюсь». Пример преуменьшения — человек считающий, что «Дважды снаряд в одну воронку не падает, на этот раз все обойдется».

Персонализация. Наличие тенденции связывать внешние события с собой при отсутствии адекватных доказательств. Например, 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», «или — или», поляризованное мышление — все это синонимы термина «дихотомическое мышление». Это мышление, характеризующееся максимализмом. Например, студент думает «Если я не сдам этот экзамен на «отлично», я — неудачник».

Туннельное зрение. Туннельное зрение связано с избирательной абстракцией. Люди воспринимают только то, что соответствует их настроению, хотя воспринимаемое событие может быть лишь частью гораздо более масштабной ситуации. Пример туннельного зрения — муж, который не видит ничего положительного, сделанного для него женой.

Пристрастные объяснения. Если отношения причиняют людям боль, они склонны приписывать друг другу отрицательные чувства мысли и действия. Люди могут с чрезмерной готовностью допускать что за «оскорбительными» действиями партнера скрываются злые намерения или недостойные мотивы. Например, один из партнеров может объяснять возникновение семейных проблем плохим характером другого партнера.

Наклеивание отрицательных ярлыков. Эта ошибка совершается на базе пристрастных объяснений. Партнеры постоянно приклеивают критические ярлыки к действиям друг друга. При этом партнеры остро реагируют на ярлыки, которые они приклеили друг к другу (например, на такие обвинения как «невнимательный» или «хулиган»), как будто эти ярлыки являются реальными вещами. В худшем случае партнеры могут «демонизировать» друг друга.

Чтение мыслей. Здесь можно выделить две следующие ошибки: «Я могу узнавать, что думает мой партнер» и «Мой партнер, должно быть, способен читать мои мысли». Партнеры могут наносить вред своим отношениям, делая предположения, основанные на любой из этих ошибок.

Субъективная аргументация. В основе субъективной аргументации лежит следующее ошибочное убеждение, что если человек испытывает какую-то очень сильную эмоцию, — эта эмоция оправданна.

Проявление внимания. Человек, желающий учиться новому поведению, должен внимательно изучать новое поведение, стремясь, по возможности, точно его запомнить. Один набор переменных внимания включает в себя такие характеристики стимулов, как пригодность, отчетливость (ясность), привлекательность и функциональная ценность нового

поведения. Другой набор переменных внимания включает в себя характеристики наблюдателя, такие, как уровень возбуждения, привычки восприятия и т.д.

Сохранение. Для того, чтобы научение было эффективным, оно должно запоминаться. Сохранение подразумевает либо образное хранение информации, либо (что имеет место гораздо чаще) кодирование предполагаемого поведения и превращения его в легко применимые вербальные символы. В практике когнитивные навыки и структуры наблюдателей могут усиливать сохранение. В сохранении определенную роль играет мотивация к обучению, хотя мотивационные стимулы являются скорее вспомогательными, чем необходимыми.

Продуцирование. На определенной стадии консультирования символические представления нового поведения требуется перевести в эффективное действие. Это достаточно сложный процесс, на который влияет прежде всего эффект продуцирования, заключающийся в переключении энергии старого поведения в новое русло.

Мотивация. Следует проводить четкое различие между научением и исполнением в связи с тем, что люди не мотивируются воплощать в действие все, чему они учатся. Клиент, вероятнее всего, примет смоделированное поведение, если оно:

- а) приносит внешние выгоды,
- б) внутренне положительно оценивается,
- в) приносит пользу другим людям, и это можно наблюдать.

Моделирование мыслительных процессов. По мнению бихевиористов, клиент может научиться навыкам мышления, наблюдая за мышлением консультанта, выступающего в качестве модели. Однако скрытые мыслительные процессы часто неадекватно передаются моделируемыми действиями. Например, модель может решать проблему когнитивно, а клиент видит только результирующие действия, не понимая процессов мышления, ведущих к совершению этих действий. Подход к научению когнитивным навыкам должен быть таким — консультанту следует проговаривать в слух мысли, возникающие у него в процессе решения проблемы. Целесообразно сочетать невербальное и вербальное моделирование. При этом невербальное моделирование позволяет проявлять внимание и удерживать его, кроме того, существует возможность передачи через открытое поведение дополнительного значения когнитивных процессов. Когнитивные навыки наблюдателей, вероятно, еще более улучшатся при наличии моделей, которые демонстрируют и действия, и процессы мышления, а не одни только действия.

Роль подкрепления. В соответствии с социально-когнитивной точкой зрения, научение через наблюдение не обязательно требует внешней награды (вознаграждения). Такое научение происходит через когнитивную обработку информации в ходе моделирования, причем до того, как наблюдатели осуществляют, какие бы то ни было реакции. По Скиннеру такое научение через наблюдение достигается тогда, когда подкрепляются реакции, соответствующие действиям модели, не соответствующие же действиям модели реакции либо не вознаграждаются, либо наказываются. Таким образом, поведение других становится стимулом для формирования соответствующих реакций. Однако это объяснение научения через наблюдение имеет недостатки. Клиент может исполнять моделируемое поведение не в той обстановке, в которой оно моделировалось. И консультант, и клиент могут не получить подкрепления, так как новое поведение может появиться через несколько дней и даже недель. Таким образом, консультант не в состоянии объяснить, как новые структуры реакции приобретаются через наблюдение. Стимулы в научении через наблюдение играют главную роль скорее до, чем после моделирования. Например, внимание клиента можно повысить, обещая награды за использование нового поведения. Кроме того, ожидаемая награда может побуждать клиента к символизации и повторению новых действий. Стимулы являются скорее вспомогательными, чем необходимыми факторами.

Научение в действии. Научение в действии, или научение через опыт, распространено чрезвычайно широко. Существует различие между знанием и навыком. Во многих областях люди должны выходить за пределы структур знания, чтобы развивать навыки действия.

Систематическая десенсибилизация. Систематическая десенсибилизация — это методика поведенческого консультирования, важным компонентом которого является релаксация. Ее целесообразно использовать, если в ходе процедуры поведенческой оценки у клиента выявляются специфические тревоги или фобии, а не просто общая напряженность. Однако следует отметить, что поведенческие оценки должны быть адекватными. Например, клиент может испытывать чувство тревоги при тестировании или при необходимости принятия профессионального решения потому, что он не имеет навыков принятия решений. В таких случаях тревогу, вероятно, целесообразнее будет уменьшить посредством обучения соответствующим навыкам, чем с помощью систематической десенсибилизации. Систематическая десенсибилизация включает в себя три элемента:

- а) обучение глубокой мышечной релаксации,
- б) выстраивание иерархий стимулов, вызывающих тревогу,
- в) предложение клиенту воображать, пребывая в состоянии релаксации, объекты из иерархий, вызывающие тревогу.

Разумное объяснение. Перед проведением систематической десенсибилизации поведенческие консультанты обычно стараются в доходчивой форме объяснить клиентам, в чем суть данной методики. При этом консультанты учитывают жалобы клиентов, выявленные при проведении поведенческой оценки. Объяснение может включать в себя изложение сути принципа методики, далее следует также кратко описать три элемента систематической десенсибилизации. Кроме того, консультант должен отметить, что приобретение навыка релаксации позволяет справляться с ситуациями, вызывающими тревогу.

Выстраивание иерархий. Вольпе пишет: «Иерархия тревог — это своего рода список вызывающих тревогу стимулов, оцениваемых в соответствии с уровнем чувства тревоги, которое они вызывают». Существует целый ряд особенностей выстраивания иерархий десенсибилизации:

1. консультант при расспросе клиента определяет темы, которые смогли бы объединить стимулы, вызывающие тревогу. Стимулам, которые наиболее часто нарушают функционирование клиентов, уделяется больше всего внимания. Для определения тем используются поведенческие оценки. Эти темы могут иметь отношение к любой из множества вызывающих тревогу ситуаций, например к публичному выступлению, сдаче экзаменов, еде в общественном месте, общению с представителями противоположного пола, половому контакту.
2. консультант знакомит клиента с понятием «субъективная шкала тревоги или страха». Потенциал вызывающих тревогу стимулов из иерархии оценивается следующим образом: принимается, что оценка 0 соответствует полному отсутствию чувства тревоги, а оценка 100 соответствует максимальной выраженности чувства тревоги, которое может возникнуть в связи с данным видом стимула. Таким образом, конкретные виды стимулов могут быть оценены по тому, какую позицию они занимают на субъективной шкале тревоги.
3. клиент для каждой темы определяет соответствующие пункты иерархии. Консультант просит клиента подробно и четко описать соответствующие ситуации. Консультант определяет, какие формулировки будут оптимальными. Для определения пунктов иерархии могут быть использованы данные, собранные при проведении поведенческих оценок, данные, взятые из контрольных дневников клиентов, предположения консультанта или клиента, ответы, полученные при анкетном опросе.
4. клиент перечисляет пункты каждой конкретной темы в иерархическом порядке, для оценки пунктов используется их субъективная шкала тревоги и расположение их в соответствующем порядке. Часть этой работы может быть проделана клиентом при выполнении домашнего задания.

Возможно, в процессе консультирования консультанту придется изменить порядок перечисления пунктов иерархии, изменить некоторые формулировки, ввести дополнительные пункты. Некоторые консультанты перечисляют по порядку пункты на карточках (или просят сделать это клиентов), чтобы облегчить перечисление, разрывы по субъективной шкале тревоги не должны превышать десяти единиц.

Иерархия тревог, выстроенная консультантом для клиента, который испытывает страх перед экзаменами.

1	Оценен в 5	Размышление об экзаменах (при подготовке к ним на своем рабочем месте) за три месяца до экзаменов
2	Оценен в 10	Размышление об экзаменах (при подготовке к ним на своем рабочем месте) за два месяца до экзаменов
3	Оценен в 15	Размышление об экзаменах (при подготовке к ним на своем рабочем месте) за месяц до экзаменов
4	Оценен в 20	Размышление об экзаменах (при подготовке к ним на своем рабочем месте) за неделю до экзаменов
5	Оценен в 25	Размышление об экзаменах (при подготовке к ним на своем рабочем месте) ночью перед экзаменами
6	Оценен в 30	Поездка на автомобиле на экзамены
7	Оценен в 35	Пробуждение утром перед экзаменом
8	Оценен в 40	Подход к доске объявлений, чтобы узнать результаты экзамена
9	Оценен в 50	Ожидание за пределами экзаменационной комнаты
10	Оценен в 60	Вхождение в комнату, где проходит экзамен
11	Оценен в 70	Первый взгляд на экзаменационный билет
12	Оценен в 80	Размещение в экзаменационной комнате
13	Оценен в 90	Пребывание в экзаменационной комнате и размышления о неизбежности пребывания в течение трех часов в помещении, полном людей
14	Оценен в 95	Переживание приступа паники во время экзамена с возникновением острого желания уйти
15	Оценен в 100	Вынужденный уход из экзаменационной комнаты из-за сильной паники

Таблица 7

Представление пунктов иерархии. При проведении десенсибилизации консультант просит клиента расслабиться и вообразить различные сцены. Основное исходное положение заключается в том, чтобы клиент воображал сцены так, будто они представляют ситуации, возникающие в реальной жизни. Голдфрид и Дэвисон отмечают: «Именно поэтому важно проверять до начала процедуры, может ли встревожить клиента определенный образ». Они советуют оценивать способность клиента к воображению, предлагая ему вообразить, не расслабляясь, ситуацию, которая, по данным оценки, вызывает у него чувство тревоги в реальной жизни. Консультант может помочь клиенту вообразить сцены, предлагая описать словами, соответствующими оценке ситуации.

Проведение десенсибилизации начинают с обучения клиента релаксации. После того, как консультант убеждается, что клиент научился достигать состояния глубокой релаксации, он переходит к работе со сценами. Например, консультант может сказать: «Теперь вообразите, что вы думаете об экзаменах. Итак, до экзамена остается 3 месяца, вы готовитесь к ним, сидя за своим столом...». Консультант в начале занятия предлагает клиенту представить сцену, вызывающую у них наименее выраженное чувство тревоги (в соответствии с выстроенной иерархией), и просит клиента поднимать указательный палец при ощущении любой тревоги. Если клиент не чувствует никакой тревоги, через 5-10 секунд консультант просит его прекратить представление данной сцены и вновь расслабиться. Через 30-50 секунд консультант еще раз просит клиента вообразить ту же самую сцену. Если эта сцена вновь не вызывает чувства тревоги, консультант отменяет ее, в течение некоторого времени проводит процедуру расслабления и переходит к следующему пункту иерархии.

В тех случаях, когда клиент поднимает указательный палец, чтобы сообщить о возникновении чувства тревоги, сцену немедленно отменяют. Консультант просит клиента глубоко расслабиться и затем снова представить данную сцену один или несколько раз, если сцена неоднократно вызывает тревогу, консультант рекомендует клиенту представить пункт иерархии, вызывающий менее выраженное чувство тревоги.

В основе систематической десенсибилизации лежит следующее исходное положение: если пункт, вызывающий относительно слабую тревогу, например, соответствующую 10 единицам, перестал порождать тревогу, все другие пункты в иерархии становятся на 10 единиц менее тревожащими. Таким образом, пункт, соответствовавший 100 единицам, становится пунктом, соответствующим 90 единицам, и так далее. Обычно при проведении десенсибилизации консультант предлагает клиенту только стимулы, вызывающие слабую тревогу.

При проведении десенсибилизации консультант может работать с несколькими иерархиями. Фактически десенсибилизация может проводиться в рамках интервью, в ходе которых консультант сосредоточивается на других проблемах, использует иные методики. Все представляемые сцены описываются, результаты также фиксируются.

Консультант может создавать программы позитивного подкрепления сам или с помощью значимых других. Программа консультирования, включающая в себя процедуры подкрепления, должна состоять из четырех основных элементов. Во-первых, подкрепление должно быть достаточно мощным для того, чтобы побуждать клиента продолжать осуществление желательного поведения. Во-вторых, подкрепление должно применяться систематически. В-третьих, связь между демонстрацией желательного поведения и применением подкрепления должна быть достаточно четкой. В-четвертых, консультант должен быть способен выявить поведение, которое он планирует поддерживать. Особенно важно, чтобы при возникновении желательного поведения подкрепление, связанное с этим поведением, осуществлялось немедленно, иначе его эффект может быть ослаблен. Приобретение желательного поведения может быть следствием подкрепления либо элементов данного поведения, либо связанных с ним вариантов поведения. В таких случаях можно добиться желательного поведения посредством последовательного приближения.

Консультант может использовать непрерывное подкрепление, чтобы изначально закрепить новое поведение. Впоследствии он может использовать прерывистое подкрепление, так как сопротивление угасанию тем больше, чем меньшее количество реакций подкрепляется. Подкрепление можно осуществлять непосредственно (с помощью реальных подкрепляющих стимулов) или косвенно (с помощью символов, которые могут позже быть обменены на подкрепляющие стимулы). Кроме того, подкрепление может быть опосредованным, когда клиент наблюдает за моделью — человеком, который получает награду за желательное поведение. Примером прямого подкрепления является использование конфет для подкрепления желательного поведения неуспевающих учеников, посещающих дополнительные занятия по чтению. Например, первому ученику, который сел за парту,

дают конфету, говоря: «Это за то, что ты сел на место». По мере прогрессирования учеников награждают за другие виды поведения.

Положительное подкрепление может вознаграждать неправильное поведение. Например, помещенные в больницу пожилые люди могут получать социальную награду — внимание — за зависимое и беспомощное поведение, в то время как независимое поведение нередко оказывается невознагражденным. При работе с такими находящимися в больнице пожилыми людьми осуществление программы позитивного подкрепления должно способствовать повышению вероятности возникновения у пациентов соответствующих независимых реакций.

Жетоны — это вещественные условные подкрепляющие стимулы, которые могут быть обменены на такие резервные подкрепляющие стимулы, как право участия в каких-либо специфических видах деятельности, ценные призы, лакомства и т. п. Программы жетонного подкрепления должны включать в себя четкие правила обмена, определяющие, какое количество жетонов требуется для получения резервных подкрепляющих стимулов. Жетонные системы, или программы жетонного подкрепления, применяются при работе со школьниками, преступниками и пациентами, находящимися в больнице. Применение жетонных систем при обучении детей, занимающихся в начальных и средних классах, приводит к повышению успеваемости учеников при освоении ими навыков чтения, письма и счета. При испытании одной американской программы ученики первого класса получали определенное количество очков за свои успехи. Полученные очки дети могли обменивать на призы, ценность которых варьировалась от 0,05 до 1,50 долларов (эти призы можно было получить в «магазине хорошей учебы», организованном в классе). Жетонные системы используются не только в психотерапии, но и в маркетинге с целью улучшить продвижение товара.

За удалением символического подкрепления обычно следует угасание желательного поведения. Для компенсации этой закономерности можно планировать генерализацию. Соппротивление угасанию можно увеличивать следующим образом: обучать такому поведению, которое будет подкрепляться и после завершения обучения. Можно поступать и по-другому: постепенно сводить на нет жетонное подкрепление, предлагая при этом некоторую замену подкреплению, например похвалу. Сохранения поведенческих достижений можно также добиться посредством поощрения клиента использовать самоподкрепление (клиент выдает сам себе подкрепляющие стимулы, зависящие от степени осуществления желательного поведения).

Программы подкрепления и жетонная система могут включать в себя сотрудничество со значимыми другими из окружающей среды клиентов и их обучение. Например, консультант может посчитать необходимой работу с преподавателями или родителями с целью создания процедур подкрепления для отдельных детей или для детских групп. Кроме того, как преподаватели, так и родители должны отдавать себе отчет в том, что они могут по неосторожности подкрепить некоторые виды поведения, которые, по их словам, они пытаются устранить. Обучение навыкам эффективного подкрепления подразумевает как теоретическую учебу, так и соответствующую практику. Кроме того, консультанту следует поддерживать преподавателей и родителей и направлять их в нужном направлении, когда те пытаются применять полученные на занятиях навыки в обстановке реальной жизни.

Тайм-аут — это процедура, которую поведенческий консультант использует при работе с детьми, имеющими «взрывной» характер. Тайм-аут предполагает удаление клиента из ситуаций, в которых он получает подкрепление. Например, поведение ребенка в классной комнате, нацеленное на привлечение внимания, может подкрепляться вниманием преподавателя и одобрением сверстников. Но и то, и другое оказывается недоступным, когда ребенка заставляют покинуть классную комнату на какой-то период времени. Процедура тайм-аута подразумевает четкое инструктирование и адекватное предупреждение клиента о том, что процедура тайм-аута индуцируется нежелательным поведением. Если же сделанное предупреждение остается без внимания, применять тайм-аут следует систематически и

беспристрастно. Немерофф и Кароли, отмечают: «Наиболее эффективные программы работы с детьми включают в себя использование тайм-аута продолжительностью от 5 до 20 минут, если же дети очень маленькие, может быть эффективным тайм-аут продолжительностью от 1 до 5 минут».

Использование издержек реакции подразумевает удержание некоторой доли собранных клиентом подкрепляющих стимулов тогда, когда клиент демонстрирует нежелательное поведение. Например, клиентов, по отношению к которым применяется жетонная система, могут лишить части жетонов. Так же, как и другие процедуры наказания, данная процедура должна применяться в сочетании с позитивным подкреплением желательного или альтернативного поведения.

ГЛАВА 4. ЭТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

4.1. Общая характеристика.

Этические рекомендации для консультантов – это больше, чем административные и правовые документы, они не являются лишь перечнем правил, которыми должны руководствоваться члены профессиональной группы для определения правильного поведения и недопущения отклонений от него. Этические рекомендации символизируют принципы, по которым профессиональная группа идентифицирует себя и отличает себя от других групп. Несомненно, традиция выработки профессионалами таких правил своими корнями уходит в давние времена можно, например, упомянуть кодексы гильдий ремесленников в средневековой Европе и клятву врача, известную еще в древней Греции (например, клятва Гиппократова). Этические рекомендации как таковые отражают мировоззрение, моральные ценности, зачастую не поддающиеся точной и законченной формулировке. Консультанту рекомендуется в сложных, регламентированных недостаточно конкретно ситуациях действовать исходя из духа, а не буквы этических рекомендаций.

Особое внимание общества вызывают вопрос сексуальных отношений в процессе консультирования между клиентом и консультантом. Например, Фрейд, обозначивший предельно четкую профессиональную позицию, не допускающую возможность сексуальной эксплуатации клиентов, столкнулся с фактами нарушения этих принципов некоторыми своими учениками. Так, одной из причин ухода из психоаналитического сообщества Юнга были получившие широкую известность многочисленные случаи сексуального принуждения и сексуальной эксплуатации клиенток.

По данным Т. Байрам Карасу (1998) контакты на эротической почве устанавливают до 10% психотерапевтов, со значительной разницей между специалистами разных направлений. Так, если среди представителей психо-динамической психотерапии 86% процентов опрошенных психиатров и психологов считают неэтичными и недопустимыми любые эротические контакты с пациентами, то у бихевиоральных психотерапевтов уже только 61% считают недопустимыми такие контакты.

Мотивацией таких отношений является утверждение, что именно сексуальные контакты позволяют достичь наибольшей психологической и духовной близости и приводят к выздоровлению даже в самых тяжелых случаях. При этом стыдливо умалчивается или вытесняются следующие факты: такие «терапевтические» половые отношения чаще всего возникают между мужчинами психотерапевтами и молодыми, сексуально привлекательными пациентками, и достаточно редки случаи «лечебного» контакта со старыми, полными, некрасивыми женщинами. К тому же имеются подробно задокументированные свидетельства о появлении синдрома психологической травмы: чувств гнева, бессилия и утраты доверия со стороны пациенток в результате «сексуального психотерапевтического вмешательства». Известны случаи сексуальных нарушений и со стороны консультантов, имеющих

гомосексуальную ориентацию, в том числе принуждение клиентов к перемене сексуальной ориентации на гомосексуальную.

К сожалению, данная проблема острее всего стоит в молодых профессиональных сообществах, где этические стандарты еще не получили должного распространения. Дальневосточный регион в этом плане не является исключением, более двадцати случаев сексуальных нарушений получили известность в профессиональных кругах. Этические рекомендации предписывают консультанту особенно строго относиться к своему поведению в отношении клиента, не допускать «двойственных» ситуаций и, уж тем более, поступков, которые могут быть истолкованы, как сексуальное принуждение, так как подобные преступные инциденты наносят непоправимый урон репутации профессии «консультант» в целом.

Не меньшую проблему представляют отношения консультантов со средствами массовой информации. Необходимость таких отношений вызвана многими причинами и, прежде всего, необходимостью сделать понятной для общества собственную профессию. Заманчивой представляется и возможность использования современных коммуникационных технологий для увеличения количества людей, имеющих возможность получить профессиональную помощь. В тоже время, не все происходящее в последнее время представляется безупречным, достаточно вспомнить теле-сеансы психотерапевта Кашпировского и его последователей. Остаются вопросы и относительно возможности использования интернет, газет и журналов, прямых теле-эфиров для консультативной помощи. К сожалению, зачастую огромные возможности, предоставляемые новыми технологиями, используются не в интересах клиента, не в интересах науки, а с целью наживы.

Развитие любого вида деятельности невозможно без научных исследований и консультирование здесь не исключение. Этические вопросы в последние годы приобрели особенную значимость и для ученых планирующих эксперимент. Невозможность учесть все последствия эксперимента для его участников и для общества в целом, необходимость максимально уменьшить вред от исследования не вызывает сомнения. Но как технически обеспечить выполнение этих благих намерений? Европейская Ассоциация Психотерапевтов, объединившая в своих рядах наиболее опытных психологов, психотерапевтов и специалистов по социальной работе европейского континента рекомендует опираться на этический кодекс.

Ниже в качестве примера приводится текст этических рекомендаций к методу Позитивной психотерапии. Этический кодекс изложен кратко, что облегчает процедуру знакомства с ним клиента и в тоже время содержит в себе все необходимые разделы:

1. описание особенностей метода, позволяющих клиенту осознанно выбрать необходимого специалиста среди прочих;
2. правила оказания консультативной помощи;
3. сферы профессиональной ответственности консультанта;
4. обязательства консультанта;
5. навыки (способности), необходимые консультанту для оказания квалифицированной помощи.

4.2. Этические рекомендации Международного Центра Позитивной Психотерапии (ICPP). Действуют с 1978 года.

Если Вы хотите привести страну в порядок, сначала приведите провинции в порядок. Если Вы хотите привести провинции в порядок, вы должны привести сначала в порядок города. Прежде чем приводить в порядок города, вы должны привести в порядок семьи. Если Вы хотите привести в порядок семьи, сначала Вы должны привести в порядок свою семью. Если Вы хотите привести в порядок свою семью, вы должны привести в порядок самого себя.

(Восточная Мудрость)

Метод Позитивной Психотерапии относится к гуманистическим, транскультурным, психодинамическим психотерапевтическим методам. Этот конфликт-центрированный и ориентированный на способности метод был разработан доктором медицины Носсратом Пезешкианом в 1968.

1. Этот метод базируется на 9 Тезисах, 3 Измерениях и 5 Ступенях. Он основан на новом позитивном понимании человека, как хорошего от природы и наделенного четырьмя способностями: физической, ментальной, социальной и духовной.
2. Позитивная Психотерапия верит, что человеческое существование – это единство тела, разума, эмоций и духа. Целью терапевтического процесса является помощь пациенту в развитии осознанных им способностей и гармонизации его повседневной жизни.
3. Болезни и расстройства рассматриваются в новом позитивном свете. С помощью историй, анекдотов и примеров из других культур пациент воодушевляется на новую, более активную, роль в процессе своего исцеления. Терапевт оказывает пациенту поддержку во время лечения.
4. С помощью терапевта пациент становится консультантом для собственной семьи и окружения. Психотерапевт с уважением относится к личным ценностям пациента в течение терапевтического процесса.
5. Элементы других психотерапевтических методик используются в Позитивной Психотерапии настолько, насколько это согласовывается с лечением пациента и для того, чтобы представить каким образом различные методы могут работать вместе (междисциплинарный подход).
6. Главное назначение Позитивной Психотерапии - это забота о физическом, психическом, социальном и духовном здоровье личностей, семей и групп.
7. Позитивная Психотерапия имеет дело с первичными человеческими способностями: она понятна людям всех стран и социальных слоев, благодаря чему эффективно справляется с транскультурными разногласиями.
8. Международный Центр Позитивной Психотерапии и его Европейские Подразделения обеспечивают услугами и программами обучения всех независимо от расы, цвета кожи, религии, происхождения, пола или национальности.

Психотерапевт несет профессиональную ответственность за:

1. Содействие в развитии теории, методологии и практики Позитивной Психотерапии и применении её с транскультурной и междисциплинарной точек зрения;
2. Подготовку и переподготовку специалистов;
3. Содействие в развитии сознания того, что «человек - бесценен как источник всех добродетелей»;
4. Содействие во взаимопонимании и терпимости между различными культурами;
5. Разработку программ решения семейных проблем.

Психотерапевт обязан:

1. Получить профессиональное образование;
2. Пройти курс личной терапии;
3. Профессионально совершенствоваться;
4. Контролировать качество своей работы с помощью супервизий.

Исследование обучающих программ по Позитивной Психотерапии показало, что качество терапевтических отношений зависит от таких факторов как:

1. Поддержка в решении конфликта;
2. Понимание и ясность;
3. Оптимизм, в поиске и содействии результативности психотерапии.

Психотерапевт должен быть способен:

1. Терпеливо слушать, сочувствовать и предлагать различные точки зрения: обеспечивать условия поддержки, искренности, приятия, транскультурного и позитивного изменения взглядов;
2. Задавать точные вопросы, определять содержание, хронологию, динамику и возможности. Определять психогенез, соматогенез, социогенез и предоставлять пациенту полное понимание ситуации, основанное на систематизированном первом интервью и структуре терапии;
3. Сопровождать пациента на пути к самопомощи: путь к самопомощи означает веру в способности пациента и знание способа их развития;
4. Фокусировать на конфликтах путем консультаций и осознавать ответственность за последствия изменений. Практиковать честность, открытость, терпение и вежливость в решении конфликтов;
5. Предвидеть будущее пациента после разрешения конфликта и окончания курса терапии: использовать надежду как лекарство не только для решения внутренних проблем пациента, но и для улучшения отношений в семье и социальном окружении пациента;
6. Обмениваться с коллегами и терапевтическими институтами результатами исследований терапевтического влияния и результатами специального образования по Позитивной Психотерапии в разных странах;
7. Соблюдать и осознавать сущность терапевтических отношений.

Эти Этические Рекомендации предназначены для организаций, являющихся членами ICPP. Они применимы к психотерапевтам, тренерам, студентам, супервизорам и профессионалам, работающим в рамках Позитивной Психотерапии во всем мире.

4.3. Изложение этических принципов для Европейских психотерапевтов

Приведенные далее этические рекомендации обязательны к выполнению для членов Европейской Ассоциации Психотерапевтов, объединяющей в своих рядах консультантов разных специальностей: врачей, психологов, специалистов по социальной работе. Данный вариант этических рекомендаций является результатом многолетних усилий комитета по этике EAP. Комментарий помогает глубже понять смысл положений этических рекомендаций, соотносит их с российским контекстом.

Вступление.

- Психотерапевты уважают достоинство индивидуума и выступают в защиту основных прав человека.
- Их усилия направлены на постижение людьми самих себя, умножение знаний о человеческом поведении и на использование этих знаний во благо человечества.
- Цель работы психотерапевтов - защита благополучия того, кто прибегает к их услугам, его окружения (если это не идёт вразрез с нуждами клиента) и всех испытуемых, которые могут быть объектом изучения.
- Психотерапевты уважают своих коллег, в том числе и по смежным специальностям и стремятся сделать уважение взаимным. Учитывая потребности клиента и собственную подготовленность, они стремятся к постоянному обмену информацией с коллегами.
- Они используют своё мастерство только в целях, не противоречащих этим ценностям, и не позволяют сознательного злоупотребления им.
- Требуя независимости исследований и взаимоотношений, психотерапевты принимают на себя ответственность за личную компетентность, объективность в применении навыков и

действие в лучших интересах клиентов, коллег, студентов, испытуемых и общества в целом.

- В достижении этих целей психотерапевты следуют этическим принципам в следующих сферах:
 - 0. - ответственность,
 - 0. – компетентность,
 - 0. - моральные и официальные обязательства.
 - 0. – конфиденциальность,
 - 0. - благополучие клиента,
 - 0. - профессиональные публичные заявления.
 - 0. - использование навыков,
 - 0. - исследования.
- Психотерапевты тесно сотрудничают со своими профессиональными, национальными, европейскими организациями и ассоциациями и с Европейской ассоциацией психотерапевтов (European Association for Psychotherapy, EAP), точно и полно отвечая на запросы и требования любого, правильно сформированного, этического или профессионального комитета той ассоциации или организации, членом которой они являются или к которой относятся.
- В соответствии с правилами Регистром Европейского сертификата психотерапевта (European Certificate Psychotherapy) психотерапевты обязаны следовать этим принципам.

Комментарий. Регистр Европейского сертификата психотерапевта объединяет наиболее опытных специалистов в области консультирования, подтверждает их квалификацию, качество оказываемых ими услуг. Европейский сертификат психотерапевта дает его обладателю право практиковать в странах Европейского союза. В 2002 году только 96 российских специалистов были включены в Реестр Европейского сертификата, в их числе и 3 дальневосточных консультанта.

Принцип 1. Ответственность.

Главный принцип. Оказание психотерапевтических услуг должно проходить на высочайшем профессиональном уровне. Психотерапевты принимают на себя ответственность за возможные последствия своих действий и прилагают все усилия, чтобы гарантировать соответствующее применение своих услуг.

Комментарий. Консультант осознает социальную значимость своей профессии, как профессии связанной с изменением других людей.

1.а. В качестве практиков психотерапевты осознают, насколько велика их ответственность перед обществом за свои профессиональные действия и рекомендации, способные повлиять на жизнь людей. Затрагивая вопросы личности, социальной, организационной, финансовой, или политической ситуации, окружающей среды, они действуют осторожно и подавляют действия, могущие привести к злоупотреблению их влиянием.

Комментарий. Консультант добровольно налагает на себя обязательства, регламентирующие их отношения с клиентами, коллегами и обществом в целом.

1.б. Психотерапевты заранее разъясняют клиенту все трудности, которые могут возникнуть в совместной работе. Они избегают взаимоотношений, могущих ограничить их объективность или привести к столкновению интересов.

Комментарий. Консультант аккуратен и порядочен в своих отношениях с клиентом, он стремится избегать ситуаций содержащих конфликт интересов. В фильме «По семейным обстоятельствам», где впервые была показана работа психолога-консультанта. Психолог, разбирающая конфликтную ситуацию клиентки, обнаружила что клиентка – любовница ее (психолога) мужа, и именно она (психолог) является истинным партнером по конфликту. Следуя этическим рекомендациям консультант, оказавшийся в подобной ситуации, обязан проинформировать клиента о ее возникновении или существовании.

1.в. Психотерапевты обязаны стараться предотвратить искажение, злоупотребление или сокрытие полученных данных институтом или агентством, которым они наняты.

Комментарий. Консультант, прежде всего, защищает интересы клиента, даже в ситуациях оплаты третьей стороной.

1.д. Оставаясь членами национальной или организационной структуры, психотерапевты должны соответствовать высоким требованиям своей профессии.

Комментарий. Консультант, следуя Этическим рекомендациям профессиональной организации, в которой он состоит, в тоже время стремится повысить уровень этих рекомендаций.

1.е. Как преподаватели или тренеры, психотерапевты признают, что их первейшее назначение - помогать другим овладевать знаниями и навыками. Они обеспечивают высокий уровень преподавания путём объективного, подробного и точного предоставления информации.

Комментарий. Консультант, занимающийся обучением студентов и коллег, придерживается принципа открытости, предоставляет всю необходимую информацию, требующуюся для овладения профессией консультанта. Консультант берет на себя ответственность за компетенцию и профессиональную пригодность своих учеников.

1.ж. В качестве исследователей психотерапевты несут ответственность за выбор темы и методов исследования, анализа и формы отчёта. Они планируют исследования с целью свести к минимуму возможность причинения вреда. Посредством обсуждения они налагают ограничения на документы, особенно, когда их работа касается социальной политики или может быть использована во вред людям через специфику возрастных, половых, этических, социо-экономических или иных социальных групп. При публикации отчётов своей работы они никогда не используют неподтверждённые данные. Они признают существование альтернативной гипотезы и иного толкования своих выводов. Психотерапевты берут разрешение только на ту работу, которую они действительно планируют сделать. Они заранее разъясняют всем заинтересованным людям и агентствами предположительное использование результатов исследования. Вмешательство с поправками в эти данные должно быть сведено к минимуму.

Комментарий. Консультант, выступающий в качестве исследователя, возлагает на себя ответственность за то, как будут использоваться полученные им результаты, особенно в случае социальной и общественной значимости исследований.

Принцип 2. Компетентность.

Главный принцип Достижение высокого уровня компетентности - обязательство, принимаемое всеми психотерапевтами в интересах общества и профессии в целом. Психотерапевты осознают сферу своей компетентности и ограничения техник. Они оказывают только такие услуги и используют только такие техники, которые им позволяют использовать опыт и образование. В тех областях, где ещё не существуют общепризнанные стандарты, психотерапевты принимают меры предосторожности для защиты благополучия своих клиентов. Они сохраняют и преумножают существующие знания в области здравоохранения, науки и профессиональной деятельности, связанные с оказываемыми услугами.

Комментарий. Консультант осознанно относится к своим профессиональным возможностям и ограничениям. В новых или непривычных областях практики он склонен преуменьшать уровень собственной компетентности.

2.а. Психотерапевты предоставляют точную информацию о своей компетентности, образовании, обучении и опыте. В качестве доказательств образовательной и профессиональной тренерской квалификации, они требуют только те подтверждения, которые получены от общепризнанных или признанных ЕАР образовательных институтов. Они гарантируют, что адекватно отвечают минимальным профессиональным стандартам, утверждённым Европейской Ассоциацией Психотерапевтов, Национальной аккредитированной организацией (Interational Awarding Organisation, NAO) или Европейской

аккредитированной зонтичной организацией (European Wide Accrediting Organisation) в тех сферах метода, где они существуют на настоящее время. Они с уважением относятся к иным источниками полученного обучения, тренинга и опыта.

Комментарий. Консультант стремится улучшить качество оказываемых им услуг, для чего способствуют развитию профессиональных стандартов. Консультант способствует развитию профессионального сообщества. Национальная аккредитированная организация (Interational Awarding Organisation, NAO) – общенациональная профессиональная ассоциация, получившая от ЕАР право проводить обучение специалистов по программе Европейского сертификата психотерапевта. В России Национальной аккредитированной организацией признана Профессиональная Психотерапевтическая Лига. Европейская аккредитированная зонтичная организация (European Wide Accrediting Organisation) – общеевропейская, профессиональная организация, объединяющая специалистов, практикующих один метод консультирования и имеющая самостоятельные отделения в различных странах Европы. Примером такой организации является Европейская Федерация Центров Позитивной Психотерапии (EF CPP).

2.б. Как практики и как преподаватели, психотерапевты основывают свои обязанности на тщательной подготовке, поэтому их практика находится на высоком уровне, их взаимоотношения порядочны, уместны и по существу.

Комментарий. Консультант стремится выполнять свои обязательства на максимально возможном уровне качества. Не навязывает свои услуги клиентам, в них не нуждающимся. Оказывая услуги, стремится выполнить свою работу в максимально экономичной манере.

2.в. Психотерапевты осознают необходимость продолжения обучения, личного развития и всегда готовы принять нововведения и перемены в достижениях и планах на будущее.

Комментарий. Консультант стремится повышать уровень своего образования, признает необходимость профилактики синдрома «эмоционального выгорания» как части необходимого образования, готов в случае появления принять и по возможности выполнить новые требования к сертификации и аккредитации специалиста.

2.г. Психотерапевты признают существование различий между людьми, которые могут быть связаны с возрастом, полом, социально-экономической и этической подоплёкой или особыми требованиями тех, кто может находиться в специфически затруднительном положении. Они получают необходимый тренинговый опыт или совет, чтобы быть уверенными в компетентности и помощи таким людям.

Комментарий. Консультант работает только с теми категориями клиентов и групп, опыт работы с которыми он приобрел во время обучения.

2.д. Психотерапевты ответственны за решения, связанные с методиками, основанными на результатах тестов, обладают пониманием психологических или образовательных аспектов тестовых методик.

Комментарий. Консультант, использующий в своей деятельности методики психологического тестирования или пользующийся результатами такого исследования, проведенного другим специалистом, берет на себя ответственность за валидность используемых тестовых методик, достоверность полученных с их помощью данных, корректность формулировок выводов, результатов, психологических портретов. Консультант берет на себя ответственность за возможный вред, причиненный клиенту в результате использования тестовых методик.

2.е Психотерапевт признаёт, что личные проблемы и конфликты могут влиять на эффективность работы. Также они воздерживаются от деятельности, в которой их личные трудности могут привести к случайному причинению вреда пациенту, коллеге, студенту или испытуемому. Если они вовлечены в деятельность, которая становится причиной появления личных проблем, они должны воспользоваться компетентной профессиональной поддержкой, чтобы определить, как можно приостановить, завершить, либо ограничить такую профессиональную деятельность.

Комментарий. Консультант берет на себя ответственность за свое психическое здоровье и психологическое состояние. Он понимает недопустимость работы с клиентом в период собственного психического нездоровья. В комментарии к пункту 1.б. приводится ситуация, попав в которую, консультант обязан не только уведомить клиента о «конфликте интересов», но и отказаться от работы с ним по причине наличия собственных психологических проблем, схожих с проблемами, принудившими клиента обратиться за помощью. Далее консультант обязан обратиться за профессиональной поддержкой к коллегам: супервизору или своему психотерапевту.

Принцип 3. Моральные и юридические стандарты.

Главный принцип. Моральные и этические нормы поведения имеют для психотерапевтов такое же значение, как и для остальных людей, за исключением тех случаев, когда это может воспрепятствовать выполнению их профессиональных обязанностей или может уменьшить веру в психотерапию и психотерапевтов. Проявляя уважение к нормам профессиональной этики, психотерапевты восприимчивы к преобладанию общественных норм, а при возникновении конфликта профессиональной этики и общественной морали поступаются своими профессиональными нормами. Психотерапевты должны обходить возможное столкновение их общественного поведения со способностями коллег выполнять их профессиональные обязанности.

Комментарий. Консультант уважает и выполняет законы страны, где он живет и практикует. Консультант руководствуется нормами международного права и несет ответственность за их нарушения. Например, во время Второй Мировой войны Юнг работал главным психиатром гитлеровской Германии. Выполняя служебные обязанности, он оказался причастным к уничтожению психически больных, сожжению книг по психиатрии и психотерапии (в том числе трудов своего учителя - Фрейда), гонениям на коллег еврейской национальности и коллег, находившихся в оппозиции к фашистскому режиму.

3.а. Будучи профессионалами, психотерапевты действуют согласно принципам Европейской ассоциации психотерапевтов (ЕАР), Национальной аккредитированной организации (НАО) стандартов их институтов или ассоциаций и руководств, имеющих практическое значение. Психотерапевты также придерживаются соответствующих официальных законов и предписаний. Когда европейские, национальные, местные, организационные или институтские законы, предписания или действия расходятся с ЕАР, НАО или стандартами и руководствами их институтов и ассоциаций, психотерапевты извещают об этом ЕАР, НАО, стандарты и руководства их институтов и ассоциаций и, насколько возможно, пытаются устранить расхождение. Как профессионалы, они заинтересованы в развитии тех официальных и неофициальных предписаний, которые служат лучшим интересам общества и работают над устранением тех, которые бесполезны с точки зрения общества.

Комментарий. Консультант берет на себя ответственность за развитие этических стандартов института, организации в которых он работает. Консультант признает приоритетными этические рекомендации Европейской ассоциации психотерапевтов.

3.б. В качестве работодателей или служащих, психотерапевты не должны вовлекаться в любую негуманную, незаконную и несправедливую деятельность или способствовать таковой. Эти действия включают в себя, но не ограничиваются тем, что основываются на обсуждении расы, физических и умственных недостатков, возраста, происхождения, половых предпочтений, религии, национальности при приеме на работу, продвижении по службе или тренингах.

Комментарий. Консультант признает недопустимость нарушения законодательства (уголовного, налогового, трудового и др.) страны, в которой он живет и практикует и норм международного права.

3.в. В своих профессиональных действиях психотерапевты избегают злоупотреблений и ограничений, касающихся человеческих, юридических и гражданских прав клиентов и людей, имеющих к ним отношение.

Комментарий. Консультант уважает права других людей и способствует их реализации.

3.г. В качестве практиков, учителей, тренеров и исследователей, психотерапевты осведомлены о том, что их личные предпочтения могут влиять на взаимоотношения, на использование техник, выбор и представление взглядов или материалов, осуществление или природу исследований. Обращаясь к темам, которые могут нанести оскорбление, они сознают и уважают различные позиции и личное восприятие, которое клиент, студент, тренер может иметь в таких ситуациях.

Комментарий. Консультант уважает мнение коллег, он не допускает высказываний и действий, которые могут быть расценены как дискредитирующие или унижающие по отношению к другим методам консультирования и коллегам, работающим в этих методах. Недопустимы следующие высказывания: «Этот метод давно устарел и доказал свою неэффективность», «В развитых странах этот метод больше не используют», «Коллега не может помочь клиенту, так как практикует неэффективный метод консультирования», «Метод, который я использую, во много раз эффективнее всех остальных».

Принцип 4. Конфиденциальность.

Главный принцип. Первейшая обязанность психотерапевтов – соблюдать конфиденциальность в процессе работы в качестве психотерапевта. Они передают профессиональную информацию другим только с согласия клиента, или его официального представителя, за исключением особых обстоятельств, в которых утаивание этой информации может нанести вред клиенту или остальным людям. Психотерапевты извещают своих клиентов об юридических ограничениях конфиденциальности. Согласие лица на передачу личной информации другим должно быть письменно подтверждено.

Комментарий. Консультант признает право любого человека на «тайну личности». Он прилагает все усилия для обеспечения возможности реализации данного права своими клиентами и другими людьми. В ряде стран консультант обязан уведомить правоохранительные органы, в случае если он получил информацию о преступлении, которое совершил или планирует совершить его клиент.

4.а. Информация, полученная в клинике или на консультации, данные тестирований, касающиеся детей, студентов, персонала, обсуждается только в профессиональных целях, и только с людьми, имеющими непосредственное отношение к данной ситуации. В письменных или устных докладах такая информация может быть представлена лишь в качестве оценки или ссылки. Все усилия должны быть направлены на избежание посягательств на личную жизнь.

Комментарий. Консультант принимает на себя ответственность за возможный вред, причиненный клиенту в случае некорректного использования полученной консультантом информации.

4.б. Психотерапевты, предоставляющие информацию личного характера, полученную в процессе профессиональной работы, в докладах, лекциях и других формах публичных выступлений либо заранее получают соответствующее согласие, либо должным образом скрывают все идентификационные данные.

Комментарий. Консультант заранее оговаривает с клиентом объем информации, которую он планирует использовать в своем докладе, статье и т.д. и форму подачи этой информации.

4.в. Психотерапевты обеспечивают условия конфиденциальности при хранении и передаче записей, даже в случае их очевидной бесполезности.

Комментарий. Консультант принимает на себя ответственность за хранение полученной во время консультирования информации и за возможный вред, который может нанести клиенту распространение данной информации.

4. г. В работе с несовершеннолетними или иными лицами, неспособными дать добровольное объективное согласие, психотерапевт принимает особые меры для защиты интересов таких лиц и соответствующим образом консультирует всех, вовлечённых в данную ситуацию.

Комментарий. В ситуации работы с несовершеннолетними или лицами, неспособными в полной мере нести ответственность за принятые решения и свои поступки, консультант с особым тщанием подходит к вопросу сохранения «тайны личности клиента».

Принцип 5. Благополучие клиента.

Главный принцип. Психотерапевты уважают целостность и оберегают благополучие людей и групп, с которыми они работают. В случае возникновения конфликта между клиентами и работодателем психотерапевта, психотерапевты проясняют сущность своих прав и обязанностей всем сторонам. Психотерапевты подробно информируют всех клиентов о целях и сущности любой оценочной, терапевтической, образовательной и тренерской работы, и открыто признают, что клиенты, студенты, тренеры или испытуемые имеют свободу выбора отношения к своему участию. Принуждение людей прибегнуть к услугам психотерапевта или продолжать ими пользоваться считается неэтичным.

Комментарий. Выполняя служебные обязанности, консультант уважает права своих клиентов и других людей. В ситуации оплаты третьей стороной или работы по контракту с работодателем, консультант открыто информирует клиентов, испытуемых, студентов, тренеров и т.д. об объеме, содержании информации, которую он планирует включить в отчет и форме написания данного отчета. Консультант уважает право клиента, испытуемого, студента, тренера отказаться от участия в консультации, тестировании или тренинге.

5.а. Психотерапевты всегда имеют представление о своих личных потребностях и о потенциально влиятельной позиции на тех, с кем они взаимодействуют: клиентов, студентов, тренируемых, субъектов, и подчинённых. Они избегают злоупотребления доверием и зависимостью этих людей. Психотерапевты прикладывают все усилия для избежания двусмысленности отношений, которая может навредить их профессиональному суждению или увеличить риск злоупотребления. Примеры таких двусмысленных отношений включают в себя, профессиональное лечение, или исследования с участием персонала, студентов, супервизоров, близких друзей, родственников, но не ограничиваются ими. Сексуальные связи с любыми клиентами, студентами, испытуемыми считаются неэтичными.

Комментарий. Консультант стремится к «прозрачным», открытым, честным отношениям с клиентом. Он всячески способствует росту престижа своей профессии.

5.б. Чтобы сохранить наилучшие отношения и полное взаимопонимание со своими клиентами, студентами, тренерами, испытуемыми, психотерапевты соответствующим образом выстраивают структуру финансовых взаимоотношений. Они никогда не предлагают и не получают никакого вознаграждения за привлечение клиентов к своим профессиональным услугам. Часть своего внимания они уделяют тем, от кого материальный возврат возможно получить в небольшом количестве либо не получить совсем.

Комментарий. Консультант придерживается позиции, что критерий цены консультативной услуги не является непреодолимым препятствием для ее получения. Он изыскивает возможности для оказания помощи и тем клиентам, которые испытывают финансовые затруднения и не могут оплачивать полностью или даже частично стоимость консультативной услуги. Получившая, к сожалению, некоторое распространение в России и на Дальнем Востоке практика выплачивать коллегам или студентам гонорар за привлечение клиентов считается неэтичной, если эти коллеги или студенты не работают в должности или по контракту рекламного агента, менеджера. В таком случае они должны прояснять потенциальным клиентам суть своего служебного положения.

5.в. Когда психотерапевт соглашается оказывать услуги клиенту по просьбе третьей стороны, он использует возможность прояснить природу этих взаимоотношений всем заинтересованным сторонам.

Комментарий. Если консультант оказывает услуги клиенту в ситуации оплаты третьей стороны, он должен уведомить об этом клиента: «Консультации оплачивает такое-то учреждение или лицо».

5.г. В случае, если требования организации принуждают психотерапевтов преступить эти или других этические принципы, психотерапевты выясняют сущность расхождений между требованиями и этическими принципами. Они сообщают всем сторонам, вовлечённым в конфликт о своих профессиональных этических обязательствах и предпринимают соответствующие меры.

Комментарий. В случае, если требования работодателя или оплачивающей стороны принуждают консультанта к нарушению этических рекомендаций, консультант обязан проинформировать об этом все заинтересованные стороны: заказчика, клиента и свою профессиональную ассоциацию (комитет по этике). Консультант обязан в дальнейшем приложить все свои усилия для того, чтобы избежать попадания в подобные ситуации.

5.д. Психотерапевты прекращают терапевтические или консультационные взаимоотношения сразу, когда становится ясно, что они не приносят пользы клиенту, или по требованию клиента. Они предлагают клиенту помощь в определении альтернативного источника поддержки.

Комментарий. Консультант в своей деятельности исходит, прежде всего, из интересов клиента. В случае необходимости или по первой просьбе клиента он предоставляет ему всю имеющуюся у консультанта информацию о коллегах и организациях, оказывающих подобные консультативные услуги.

Принцип 6. Профессиональные отношения.

Главный принцип. Психотерапевты относятся с должным уважением к требованиям, особым возможностям и обязанностям своих коллег в психотерапии, психологии, медицине и иных профессиях. Они уважают приоритеты и обязательства институтов или организаций, к которым они или их коллеги имеют отношение.

Комментарий. Принцип 6. содержит развернутые рекомендации для консультантов, регламентирующие их отношения с коллегами, практикующими в одном с ними методе или в каком-либо другом методе консультирования.

6.а. Психотерапевты признают сферу компетенции смежных профессий. Они применяют в полном объёме все профессиональные, технические, административные ресурсы, которые служат наилучшим интересам клиентов. Отсутствие формальных взаимоотношений с другими специалистами не освобождает психотерапевтов от ответственности за получение их клиентами наилучших из возможных профессиональных услуг, или от обязанности проявлять предусмотрительность, порядочность и такт в получении необходимой дополнительной или альтернативной поддержки.

Комментарий. Консультанты, выполняя свои профессиональные обязанности, поддерживают высокую репутацию своей профессии. Уважая право выбора клиента, консультанты предоставляют полный объем информации об альтернативных возможностях получения услуг у других специалистов, проявляя при этом такт и уважение в отношении клиента и коллег.

6.б. Психотерапевты знают и принимают во внимание традиции и практики других профессиональных сообществ, с которыми они работают, и тесно сотрудничают с ними. Если клиент одновременно получает подобные услуги от другого профессионала, психотерапевт осторожно согласовывает профессиональные отношения и действует, учитывая и терапевтические особенности, и благополучие клиента. Психотерапевт обсуждает эти особенности с клиентом, чтобы снизить риск возникновения конфликта или непонимания, и

стремится, насколько возможно, поддержать открытые и честные взаимоотношения с остальными задействованными специалистами.

Комментарий. Консультант уважает профессиональные качества коллег, в ситуациях одновременного (совместного или параллельного) консультирования одного клиента он стремится к открытому обмену мнениями с коллегами. Консультант понимает преимущества, содержащиеся для клиента в терапии средой, и способствует развитию психотерапевтической среды. Работая в рамках психотерапевтической бригады, консультант стремится выполнять свои обязанности согласованно с коллегами и без ущерба для их профессиональной репутации.

б.в. Психотерапевты, нанимающие на работу, или проводящие супервизии других специалистов в образовательной деятельности, принимают на себя обязательство содействовать дальнейшему профессиональному развитию этих людей и обеспечивают подтверждение их компетентности. Они обеспечивают приемлемые условия для работы, своевременную оценку, действенные советы и возможности проявить свои профессиональные навыки.

Комментарий. Консультант принимает на себя ответственность за профессиональный уровень своих учеников, за качество предоставляемых ими услуг и этичность их поведения. Консультант осознает свое собственное влияние на коллег и стремится к созданию сообщества, благоприятного для профессионального и личностного роста других консультантов.

б.г. Психотерапевты не используют в своих интересах профессиональные отношения с клиентами, супервизорами, студентами, персоналом или испытуемыми сексуально или как-то иначе. Психотерапевты не поощряют сексуальные домогательства и не склоняют к сексуальным контактам. Под сексуальными домогательствами понимаются принудительные или повторяющиеся комментарии, жесты или физические контакты сексуального характера, которые нежелательны для того, на кого направлены.

Комментарий. Консультанты понимают свои отношения с клиентами как служебные и стремятся к прозрачности этих отношений. Любые взаимодействия с клиентом, выходящие за рамки терапевтического контракта, трактуются как двойственные. Консультанты понимают, что эмоциональные проявления клиентов по отношению к ним являются частью консультативного процесса. Личностные (дружеские или любовные) отношения между консультантом и его **бывшим клиентом** допускаются в случае, если:

а) консультации носили разовый характер и не содержали психо-динамических аспектов, явлений переноса, не затрагивали детских переживаний клиента и не стимулировали его к новым чувствам во время консультации;

б) четкого обозначения окончания консультативного процесса без возможности дальнейшего продолжения (предложение своих услуг в будущем, дача клиенту телефона с просьбой перезвонить, равно, как и стремление самого консультанта сохранить отношения с клиентом в будущем не допускаются);

в) проблема, приведшая клиента на консультирование, дезактуализировалась для него;

г) между окончанием консультирования и новой случайной встречей вне рабочей ситуации прошло не менее двух лет;

д) бывший клиент воспринимает консультанта как личность (обычного человека), а не как профессионала.

Во всех остальных случаях, а также в ситуации использования консультантом в своей практике психо-динамических методов или методов подразумевающих особую властную, авторитетную, экспертную позицию по отношению к клиенту подобные (дружеские или любовные) отношения недопустимы, вне зависимости от срока окончания терапевтического контракта.

Консультант крайне деликатно использует во время консультирования речевые или иные техники, которые могут быть поняты клиентом как сексуальное домогательство или предложения сексуального контакта. Каждый случай применения таких техник объясняется

клиенту с точки зрения логики консультативного процесса, терапевтической целесообразности, пользы клиента, документируется и выносится на супервизию.

Консультанты берут на себя обязательства получать вознаграждение за свои услуги только в рамках и формах оговоренных в терапевтическом контракте, не поощряются: оплата консультативных услуг по бартерным схемам, услугами, предоставляемыми клиентом консультанту (ремонт помещений, доставка консультанта бесплатно/льготно предоставленным транспортом, лоббирование интересов консультанта во властных структурах и т. д.).

б.д. Узнав о любом этическом нарушении другими психотерапевтами, психотерапевты (если это представляется приемлемым) неформально пытаются разрешить этот вопрос, предупреждая психотерапевта о его неподобающем поведении. Если проступок по природе незначителен и/или может быть следствием недостаточной внимательности, знаний или опыта, подобное неформальное решение наиболее приемлемо. Подобные неформальные коррекционные действия предпринимаются с пониманием права на конфиденциальность. Если нарушения не могут быть устранены неформально, или более серьезны по природе, психотерапевты привлекают к ним внимание соответствующей организации, ассоциации или комитета по профессиональной этике и руководству.

Комментарий. Консультант понимает серьезность ущерба, который наносит репутации профессии «консультант» любое нарушение этических рекомендаций. Консультант берет на себя ответственность помогать коллегам, избегать подобных ситуаций и ответственность за устранение последствий этических нарушений, допущенных им самим или другими консультантами.

б.е. Разрешение на публикацию дается лицам, сделавшим профессиональный вклад в исследование. Если профессиональный вклад внесли несколько лиц, признается коллективное авторство. Незначительный профессиональный вклад и расширенная или сходная непрофессиональная помощь может быть отмечена в примечании или во вступительной статье. Признание путём особых упоминаний может быть сделано как в устном, так и опубликованном материале, если оно повлияло на исследование или написание. Психотерапевты, компилирующие или редактирующие работы других для публикации, публикуют работу под именем основной группы и могут обозначить себя как председателя или редактора. Все вложения должны быть признаны и упомянуты.

Комментарий. Пункт б.е содержит необходимые, подробные указания по соблюдению авторских прав. Данный пункт наиболее полезен студентам и молодым ученым, использующим в своем дипломном или научном исследовании результаты, полученные другими специалистами.

б.ж. При проведении исследований в институтах или организациях психотерапевты предоставляют необходимое разрешение на проведение подобных исследований. Они осведомлены о своих обязательствах по отношению к участникам исследований и гарантируют, что наибольшее число институтов получит адекватную информацию об исследовании и предполагаемом подтверждении своих вкладов.

Комментарий. Например, при проведении дипломного исследования студент обязан предоставить направление на преддипломную практику, подписанное соответствующим должностным лицом, получить разрешение на проведение данного исследования у руководителя организации - базы практики. После завершения исследования студент обязан предоставить всю полученную информацию руководителю организации - базы практики. В своей дипломной или иной научной работе студент обязан указать вклад, внесенный в данную работу организацией - базой практики.

Принцип 7. Публичные выступления.

Главный принцип. Публичные выступления, объявления об услугах, реклама и промоутерская деятельность психотерапевтов служат общественности основанием для суждений и выбора. Профессиональная квалификация, принадлежность и функции, как

психотерапевтов, так и организаций, к которым они или их заявления могут иметь отношение, представляется точно и объективно.

Комментарий. Консультант, рекламируя свои услуги, уважает права клиентов, коллег и других людей. Он стремится к корректному изложению сути своего рекламного предложения. Использование распространившихся, к сожалению, в России «цветных» PR-технологий считается неэтичным. Особенно следует обратить внимание на недопустимости технологий запугивания потенциальных клиентов и общества в целом.

7.а. Сообщая о профессиональных услугах или рекламируя их для описания представляемых услуг и представителя, психотерапевты могут упомянуть следующую информацию: имя, учёная степень, тренерский сертификат, полученный в соответствующей организации, номер и дату его получения, награды Европейской Ассоциации Психотерапевтов, членство в психотерапевтической организации и структурах, имеющих отношение к профессии - адрес, номер телефона, часы работы, краткое объяснение сущности предлагаемых психологических услуг, соответствующее представление информации об оплате, иностранные языки, принципы работы по страховке или оплате третьей стороной, и другая краткая и уместная информация. Дополнительная необходимая и важная информация может быть упомянута, если не противоречит иным положениям настоящего Этического руководства.

Комментарий. Пункт 7.а. содержит исчерпывающий перечень информации, размещение которой в рекламных проспектах или иной продукции, призванной повысить спрос на консультативные услуги считается этичным, не ущемляет права других консультантов, не вводит клиента в заблуждение и не принуждает его получить консультативные услуги.

7.б. В объявлениях или рекламе психотерапевтических услуг психотерапевты не представляют свою принадлежность к какой-либо организации в такой манере, которая ошибочно предполагает спонсорство или сертификацию этой организацией. В особенности, психотерапевты не представляют свою принадлежность европейской или национальной организации, статус института или ассоциации таким образом, что это предполагает некий статус, обеспечивающий особую профессиональную компетентность или квалификацию. Публичные выступления включают в себя периодические выступления, книги, перечни, справочники, Интернет, телевидение, радио, фильмы, но не ограничиваются этим. Они не должны содержать в себе или походить на:

(I) ложь, мошенничество, заблуждения, обманчивые или несправедливые утверждения;
(II) неверное толкование фактов или утверждений, могущее обмануть или ввести в заблуждение, т.к. в контексте это производит впечатление пристрастности в выборе требуемых фактов;

(III) свидетельства пациентов, признающих качество психотерапевтических услуг или продукции;

(IV) утверждения, намеренно создающие ложные или ничем не оправданные ожидания благоприятного исхода;

(V) утверждения, предполагающие необычные, уникальные способности;

(VI) заявления посредством обращения к страхам клиента, беспокойствам, или чувству, испытываемому вследствие неудачи, призывающие воспользоваться услугами психотерапевтов;

(VII) заявления, содержащие сравнительную желательность предлагаемых услуг;

(VIII) заявления, содержащие непосредственную личную просьбу клиента.

Комментарий. Распространенные, к сожалению, в настоящее время в некоторых Российских СМИ материалы рекламного характера, содержащие высказывания благодарных пациентов, подчеркивающие уникальные (часто паранормальные) способности специалиста, противоречат нормам данных рекомендаций и являются неэтичными. Равно, как и неэтичной является сложившаяся, к сожалению, в настоящее время практика некоторых Российских консультантов преувеличивать уровень полученного образования (пройденное краткосрочное

5-15 дневное усовершенствование выдается за полноценную специализацию в методе консультирования), собственного профессионального опыта (клиенту проговаривается длительность рабочего стажа, а не стажа работы консультантом, подчеркивается опыт, имеющийся в решении именно таких проблем).

7.в. Психотерапевты не вознаграждают заранее или в качестве компенсации представителей прессы, радио или телевидения или иных коммуникационных средств за упоминание в информационных программах. Оплата рекламы должна официально признаваться таковой, невзирая на очевидность того, что это плата за рекламу. Выступления по радио или на телевидении делаются в записи и выходят в эфир с согласия психотерапевта.

Комментарий. Пункт 7.в. содержит крайне важные для отечественных консультантов нормы взаимодействия со средствами массовой информации. Продукция, рекламирующая консультанта или оказываемые им услуги (статьи, аудио- и видео-ролики и т. д.), в том числе и продукция имиджевого характера, оплаченная консультантом, обязательно должна помечаться как реклама.

7.г. Объявления и реклама «групп личностного роста», групповых сессий (с особой тематикой) специального интереса, курсов, клиник, тренингов и агентств делаются с конкретной целью и понятным описанием получаемых знаний или опыта. Образование, опыт и программа обучения участников группы определяется заранее, до начала группы или тренинга. Перед началом совместной работы следует заключить четкое соглашение об оплате и условиях контракта.

Комментарий. До начала тренингов и образовательных программ консультант должен предоставить клиентам исчерпывающую информацию о своем образовании, профессиональном, в том числе преподавательском опыте, профессиональной лицензии и аккредитации, учебный план и рабочую программу, документы, подтверждающие статус выдаваемого в конце курса документа. Особые требования к клиенту, выполнение которых является важным условием прохождения заявленного курса, а также условия оплаты оговариваются с клиентом до начала занятий.

7.д. Психотерапевты, участвующие в развитии и распространении психотерапевтических методов, продукции, книг, прилагают необходимые усилия, чтобы представить объявления и рекламу приемлемым с профессиональной и научной точки зрения способом, в этичной и достоверной манере.

Комментарий. Консультанты рекламируют свои собственные услуги и практикуемый ими метод в корректной манере с учетом интересов коллег.

7.е. Психотерапевты не участвуют с целью получения личной прибыли в коммерческих объявлениях и рекламе, рекомендующих общественности покупать или использовать эксклюзивную продукцию или услуги, когда это участие определяется исключительно их профессиональным статусом.

Комментарий. Консультанты осознают социальную значимость свою и своей профессии и берут на себя ответственность не использовать авторитет свой и своей профессии для рекламы товаров, услуг, лиц, организаций (в том числе политических партий) и т.д., не связанных с консультированием.

7.ж. Психотерапевты представляют науку и искусство психотерапии и предлагают свои услуги, продукцию и публикации правильно и открыто, избегая неправильного толкования через сенсационность, преувеличение, поверхностность. Психотерапевты руководствуются своей первейшей задачей помогать общественности создать объективное суждение, мнение и сделать осознанный выбор.

Комментарий. Планируя рекламные акции и иные мероприятия, связанные с продвижением на рынке консультативных услуг, консультанты учитывают и стремятся свести к минимуму возможный вред от этих действий имиджу профессии консультанта в целом. Консультанты стремятся избегать эпатажа, скандальности, даже если это сулит финансовую или иную выгоду.

7.з. В качестве преподавателей психотерапевты гарантируют, что их заявления в каталогах и описаниях курсов соответствуют истине, особенно, если это касается рассматриваемого вопроса, базируются на оценке развития и сущности личного опыта. Объявления, брошюры или реклама, описывающая «круглые столы», семинары, иные образовательные программы, точно обозначают аудиторию, на которую направлена программа, в том числе и требования к образовательному цензу, образовательные цели и сущность охватываемых материалов. Также эти объявления точно представляют образование, опыт и тренинг психотерапевтов, ведущих программы, и стоимость, включая спонсорские вклады.

Комментарий. Консультанты, проводящие обучение, точно обозначают аудиторию, на которую рассчитан данный курс и препятствуют попаданию на него людей не соответствующих заявленному цензу. Консультанты избегают ситуаций, могущих нанести ущерб профессии «консультант» в целом, том числе и снижения профессиональных стандартов.

7.и. Публичные выступления или реклама, предлагающая клинические или иные профессиональные услуги как стимул, привлекающий участников исследований, проясняет сущность услуг, их стоимость и обязанности, налагаемые на участников исследований

Комментарий. В ходе заключения контракта консультант оговаривает с клиентом и обязательства последнего и степень ответственности клиента за нарушение условий контракта.

7.к. Психотерапевты принимают на себя обязанность корректировать тех, кто представляет психотерапевтическую профессиональную ассоциацию продукцией, услугами или способами, не соответствующими руководящим принципам.

Комментарий. Консультант берет на себя ответственность удерживать коллег от неэтичной рекламы, помогать им исправлять допущенные промахи.

7. л. Индивидуальные диагностические и терапевтические услуги обеспечиваются только в контексте профессиональных психотерапевтических взаимоотношений. Когда профессиональный совет даётся посредством публичных лекций или демонстраций, газетных или журнальных статей, радио или телевизионных программ, почтой или иными способами, психотерапевт основывается на самых современных данных и стремится к высочайшим стандартам профессионального суждения.

Комментарий. Консультант в профессиональных отношениях с клиентом придерживается принципа «Не навреди!», вследствие чего очень осторожно подходит к нестандартным или недостаточно изученным ситуациям во время консультирования. Например, к консультированию посредством средств массовой информации, почты или интернет.

7.м. Продукция, описываемая или представляемая посредством публичных лекций или выступлений, газетных или журнальных статей, радио или телевизионных программ, почтой или иными подобными средствами, отвечает тем же признанным стандартам, которые существуют для продукции, используемой в контексте профессиональных взаимоотношений.

Комментарий. Оказывая профессиональные услуги посредством средств массовой информации, почты или интернет консультант придерживается тех же стандартов, что и при очном консультировании.

Принцип 8. Методы оценки.

Главный принцип. В разработке, опубликовании и использовании психотерапевтических или психологических методов оценки психотерапевты исходят из интересов клиента и сохранения его благополучия. Они принимают меры против неправильного применения результатов оценки. Они уважают право клиента знать результаты, интерпретации, основания для заключений и рекомендаций. Психотерапевты прикладывают все усилия для обеспечения безопасности тестирования и др. методов оценки в

пределах официальных предписаний. Психотерапевты принимают меры для обеспечения правильного использования методов оценки другими.

Комментарий. Консультант берет на себя ответственность за понимание того, что консультирование - это помогающая профессия и благо клиента является конечной целью любой консультации. Консультант превыше всего ценит безопасность клиента и стремится обеспечить ее, невзирая на возможность упущения финансовой или иной выгоды.

8.а. Используя методы оценки, психотерапевты уважают право клиента быть полностью осведомленным о сущности и целях методов на том языке, который ему понятен, если исключения из этого не были согласованы заранее. Если объяснения производятся другими, психотерапевты устанавливают процедуру обеспечения правильности этих объяснений.

Комментарий. Консультант стремится к открытым, доверительным отношениям с клиентом, он уважает его право на получение информации и выбор.

8.б. Психотерапевты, занимающиеся разработкой и стандартизацией психологических тестов и других методов оценки, используют научные процедуры, установленные Европейской Ассоциацией Психотерапевтов и соблюдают национальные стандарты, также стандарты институтов и организаций.

Комментарий. Консультанты, разрабатывающие новые или адаптирующие ранее известные технологии экспертной оценки, понимают всю меру своей профессиональной ответственности и придерживаются принципа «Не навреди!»

8.в. В отчётах о результатах оценки психотерапевты отмечают любые оговорки относительно законности и надежности обстоятельств оценки, из-за случаев несоответствия норм тестируемому лицу. Психотерапевты принимают все меры по защите результатов от злоупотребления другими лицами.

Комментарий. Консультант уважает право клиента на «тайну личности» и способствует реализации этого права, во всех случаях, кроме случаев специально оговоренных законодательством той страны, где они осуществляют свою практику. В ряде стран консультант обязан сообщить полиции, что его клиент планирует или уже совершил убийство, террористический акт, похищение человека, сексуальное насилие.

8.г. Психотерапевты осознают, что результаты тестирования могут устаревать и не представляют законченной картины. Они прилагают все усилия, чтобы избежать злоупотребления устаревшими данными или неполных оценок.

Комментарий. Консультант препятствует непрофессиональному использованию полученных им результатов психологического тестирования. И, в свою очередь, очень осторожно использует информацию о клиенте, полученную из источников, вызывающих малейшее сомнение.

8.д. Психотерапевты, предлагающие услуги интерпретации, должны быть готовы предоставить необходимые доказательства достоверности программ и процедур, используемых в интерпретации. Разрешение публичной интерпретации решается на внутри профессиональном совещании. Психотерапевты принимают все меры по избежанию злоупотребления отчётами.

Комментарий. Консультант поощряет прозрачность своей профессии, для чего по первому требованию предоставляет клиенту или супервизору всю необходимую, в том числе и дополнительную информацию. В тоже время консультант уважает право клиента на «тайну личности» и обеспечивает надлежащий уровень «закрытости» полученной ими информации.

8.е. Психотерапевты не поощряют лиц, не имеющих необходимого образования в области обучения или супервизии, или иных неквалифицированных лиц, использовать психотерапевтические и психологические методы оценки.

Комментарий. Консультант препятствует действиям других лиц, могущих или уже дискредитирующих профессию «консультант» в целом.

Принцип 9. Исследования.

Главный принцип. Решение о проведении исследований, принятое психотерапевтом, исходит из стремления максимально способствовать развитию науки и человеческому благополучию. Приняв решение о проведении исследований, психотерапевт решает, на какие альтернативные направления может быть направлена энергия и ресурсы исследований. На основе этого решения психотерапевт проводит исследование с уважением к достоинству и благополучию людей, принимающих участие, и следуя предписаниям и профессиональным стандартам, регулирующим проведение исследований с участием людей.

Комментарий. Планируя исследование, консультант исходит из интересов науки и, понимая всю меру собственной ответственности, придерживается этических рекомендаций.

9.а. В планировании обучения психотерапевт, проводящий исследование, несёт ответственность за то, насколько этически приемлемо исследование. Учитывая, что определение научных и гуманистических ценностей предполагает компромисс всех принципов, исследователь берёт на себя соответствующее серьёзное обязательство следовать этическим рекомендациям и соблюдать все возможные меры защиты прав участников.

Комментарий. Консультант берет на себя ответственность за соблюдение прав участников исследования (клиентов, волонтеров, студентов), для чего со всем тщанием выполняет этические рекомендации. Консультант отвергает возможность получения результатов исследования с нарушением этических рекомендаций и, тем более, прав участников исследования.

9.б. Выяснение условий, в которых участник запланированного обучения может стать «объектом риска» или «объектом минимального риска», согласно признанным стандартам, - первейшая этическая задача исследователя.

Комментарий. При планировании исследования консультант, прежде всего, придерживается принципа «Не навреди!» и стремится обеспечить максимальную безопасность участников исследования (клиентов, волонтеров, студентов).

9.в. Исследователь всегда помнит об обязанности соблюдать этичность в исследовательской деятельности. Исследователь также ответственен за этическое отношение к участникам исследований сотрудниками, ассистентами, студентами и работниками, т.е. за всех, кто несет подобные обязательства.

Комментарий. Консультант стремится избегать «двойственных» отношений с участниками исследования, следует этическим рекомендациям и, тем самым, исключает ситуации, провоцирующие этические нарушения.

9.г. Исключая исследования с минимальным риском, исследователь устанавливает понятные и справедливые соглашения с участниками исследований, в первую очередь об их участии, которые определяют обязанности и сферу ответственности каждого из них. Исследователь несёт ответственность за честное выполнение всех обещаний и соглашений этой договорённости. Исследователь извещает участников обо всех аспектах исследований, которые невольно могут повлиять на них, и объясняет остальные аспекты исследований, в которых участники будут задействованы. Невозможность предварительного подробного объяснения и получения согласия на его основе требует от исследователя введения дополнительных мер защиты благополучия и достоинства участников исследований. Исследования с участием детей или людей с нарушениями, ограничивающими понимание и/или общение, требуют особых способов защиты.

Комментарий. Планируя исследование, консультант оговаривает с участниками меру их участия, степень ответственности, возможный риск и величину вознаграждения. При планировании и проведении исследования с участием детей или людей с нарушениями, ограничивающими понимание и/или общение, консультант обязательно привлекает коллег, обладающих большим опытом или имеющим на данное исследование иную, отличную от его собственной точку зрения.

9.д. В методологических исследованиях в некоторых случаях может использоваться обман или утаивание. Перед проведением подобного изучения, исследователь принимает особую ответственность за:

1) определение того, как использование подобных приёмов оправдано предполагаемой научной и образовательной значимостью этого исследования,

2) определение существования альтернативных методов, помогающих избежать сокрытия и обмана,

3) гарантию того, что участниками исследований будут получены соответствующие объяснения так скоро, как это возможно. В данном документе предлагается подобные методы не использовать вообще.

Комментарий. При планировании и проведении методологических исследований, в которых планируется использование обмана или утаивания, консультант обязательно привлекает коллег, обладающих большим опытом или имеющим на данное исследование иную, отличную от его собственной, точку зрения.

9.е. Исследователь уважает свободу выбора участника отказаться от участия в исследовании вообще или на время в процессе исследования. Обязательство оберегать эту свободу требует тщательного обдумывания и заключения в случаях, когда исследователь находится в позиции власти по отношению к участнику. Подобная позиция власти включает в себя ситуации, в которых участие в исследованиях является частью занятия, или в которых принимают участие студенты, клиенты или сотрудники исследователя, но не ограничиваются ими. Права личности преобладают над необходимостью закончить исследование.

Комментарий. Соблюдение положений, содержащихся в пункте 9.е. особенно актуально для консультантов, преподающих в образовательных заведениях и использующих технологии консультирования в учебном процессе. Недопустимо использовать давление или угрозу плохих оценок для стимулирования или принуждения к участию в исследовании.

9.ж. Исследователь оберегает участников от физического и духовного дискомфорта, вреда и опасности, которые могут явиться результатом исследования. Психотерапевт обязан информировать участника исследований о существовании риска в данных обстоятельствах. Процедуры исследования, могущие серьёзно или долго повредить пациенту, не используются, если только отказ от них не повлечёт ещё большего вреда для пациента или если исследования имеют огромные потенциальные выгоды, и полностью проинформирован каждый участник и от него получено согласие. Участник исследований может получить от исследователя полную информацию о том, в течение какого периода времени предстоящее исследование может повлечь за собой стресс, вред, подобные затруднения или возникнуть беспокойства. Согласие, полученное от пациента, не ограничивает его законных прав и не снимает с исследователя законной ответственности.

Комментарий. Консультант при проведении исследования признает право клиента отказаться от участия в исследовании в любой момент времени. Контракт, заключенный между консультантом и клиентом до начала исследования, не может противоречить законодательству страны, где проходит эксперимент и международным нормам права.

9.з. После сбора данных исследователь обеспечивает участников исследования информацией о сущности исследовании, стараясь исключить неверные представления. В случаях оправданной отсрочки или отказа в предоставлении такой информации исследователь несёт особую ответственность за проведение исследований и отсутствие вредных последствий для участника.

Комментарий. Ситуация окончания исследования не освобождает консультанта от ответственности перед участниками исследования за возможные негативные последствия.

9.и. В случае, если исследования несут нежелательные последствия для конкретного участника, исследователь ответственен за обнаружение и устранение или исправление этих обстоятельств, включая долгосрочные эффекты.

Комментарий. В случае причинения вреда участнику исследования в ходе проведенного эксперимента, консультант берет на себя обязательство устранить причиненный вред и компенсировать полученный ущерб.

9.к. Информация, полученная об участниках в процессе исследования, – конфиденциальна, если не существует иных соглашений, оговоренных заранее. Если существует вероятность доступа к этой информации других лиц, эта вероятность наряду с мерами защиты конфиденциальности объясняется участнику как часть процедуры для получения информированного согласия.

Комментарий. Консультант уважает право участников исследования на «тайну личности», и способствует реализации этого права. Результаты исследования публикуются только лишь в виде и формах согласованных с участниками исследования при подписании контракта.

ГЛОССАРИЙ

АБСТРАКЦИЯ - один из основных процессов умственной деятельности человека, позволяющий мысленно вычленил и превратить в самостоятельный объект рассмотрения отдельные свойства, стороны или состояния предмета. Абстракция лежит в основе процессов обобщения и образования понятий. Эмпирическому и теоретическому уровням мышления соответствуют формальная и содержательная абстракции. Формальная абстракция состоит в вычленинии таких свойств предмета, которые сами по себе и независимо от него не существуют. Содержательная абстракция вычленяет те свойства, стороны и состояния предмета, которые сами по себе обладают относительной самостоятельностью. Эта абстракция отражает становление подобной самостоятельности и его результат, имеющий форму сравнительно простого и однородного состояния.

АДАПТАЦИЯ - приспособление организма к внешним условиям. Различают физиологическую, психофизиологическую, психическую, социально-психическую и социальную адаптацию. Адаптация психическая - психическое явление, выражающееся в перестройке динамического стереотипа личности в соответствии с новыми требованиями окружающей среды.

АКТУАЛИЗАЦИЯ - воспроизведение имеющихся у человека знаний, умений, навыков, различных форм поведения и эмоционального состояния, а также отдельных психических процессов (представлений, мыслей, движений, чувств и т. д.), перевод их из патентного, потенциального состояния в актуальное действие. Актуализация основывается на возбуждении ранее образованных систем временных связей (ассоциаций), их «следов» в Ц. н. с., оживляемых действием наличных предметных и словесных раздражителей. Актуализация может быть преднамеренной (произвольной) и непреднамеренной (непроизвольной), полной и неполной, обобщенной и избирательной в зависимости от прочности выработанных нервных связей, общей структуры и состояния функциональной системы, в которую они включаются в данный момент.

АКЦЕНТУИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ - личность с чрезмерно выраженными отдельными чертами характера. Акцентированный характер с таким выделенным психологическим свойством является крайним вариантом нормы и граничит с психопатиями.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ ЧУВСТВ - внутренне противоречивое эмоциональное состояние или переживание, связанное с двойственным отношением к человеку, предмету, явлению и характеризующееся его одновременным принятием и отвержением, напр. переживание ревности, в котором могут сочетаться чувство любви и ненависти.

АМНЕЗИЯ - нарушение памяти, возникающее при различных локальных поражениях мозга. Амнезии по динамике протекания распределяются на ретроградную, антероградную, антероретроградную, регардированную, фиксационную, прогрессирующую (см. Закон Рибо), по нейропсихологическому синдрому, на модально-специфические расстройства памяти, т. е. нарушения запоминания стимулов определенной модальности, модально-неспецифические расстройства памяти, т. е. нарушения запоминания стимулов любой модальности, расстройства памяти как мистической деятельности.

АССИМЕТРИЯ МОЗГА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ - функциональная асимметрия полушарий мозга означает специфические особенности структуры и функции мозговых полушарий, приводящие к тому, что при осуществлении одних психических функций главенствует левое, а других - правое полушарие. В настоящее время межполушарная асимметрия рассматривается как одна из фундаментальных закономерностей работы мозга не только человека, но и животных.

АССОЦИАЦИЯ - возникающая в опыте индивида закономерная связь между двумя содержаниями сознания (ощущениями, представлениями, мыслями, чувствами и т. п.), которая выражается в том, что появление в сознании одного из содержаний влечет за собой и появление другого.

АФФЕКТ - эмоциональное состояние человека, характеризующееся бурным и относительно кратковременным протеканием и возникающее в связи с резким критическим изменением жизненно важных для субъекта обстоятельств при неспособности его найти адекватный выход из сложившейся ситуации. Формами проявления аффекта могут быть ярость, гнев, ужас и т. д.

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ - понятие, обозначающее совокупность психических образований, процессов и механизмов, в функционировании и влиянии которых субъект не отдает себе отчета. Разработка представлений о бессознательном в психологии была начата З. Фрейдом, который первым обратил внимание на то, что многие человеческие действия, кажущиеся на первый взгляд случайными, обусловлены глубинными мотивами и комплексами, которые сам человек не осознает. Эти мотивы проявляются также в сновидениях, невротических симптомах, продуктах творчества и др.

БИХЕВИОРИЗМ - крупное психологическое направление XX в. Бихевиоризм отказывается от рассмотрения субъективного мира человека в качестве предмета психологии и предлагает считать таковым поведение индивида (животного и человека) от рождения до смерти. К поведению относят все внешне наблюдаемые реакции организма (в т. ч. отдельных его органов) на внешние воздействия (стимулы), которые можно объективно зафиксировать невооруженным глазом либо с помощью специальных приборов. Единицей анализа поведения, т. о., объявляется конкретная связь стимула (S) и реакции (R). В области методологии предлагает метод объективного наблюдения и эксперимента, в которых исследуется связь S - R, с целью предсказания поведения субъекта и «управления» им.

ВАЛИДНОСТЬ - адекватность и действенность теста - важнейший критерий его доброкачественности, характеризующий точность измерения исследуемого свойства, а также насколько тест отражает то, что он должен оценивать; насколько отдельные составляющие его пробы адекватны исследуемой проблеме.

ВОСПИТАНИЕ в широком смысле рассматривается как процесс и результат усвоения и активного воспроизводства социальными субъектами общественного опыта, который охватывает их широкое, многостороннее взаимодействие между собой, с социальной средой и окружающей природой. Его сущность проявляется как процесс целенаправленного, организационно оформленного взаимодействия всех его участников, обеспечивающего их гармоничное развитие и эффективное решение социально значимых задач.

ВОСПИТАНИЕ в узком смысле - это процесс целенаправленного и систематического воздействия субъекта воспитания на объект в интересах привития ему качеств, соответствующих воспитательным целям и задачам. Он охватывает деятельность воспитателей, осуществляющих систему педагогических воздействий на ум, чувства, волю воспитуемых, активно реагирующих на эти воздействия под влиянием своих потребностей, мотивов, жизненного опыта, убеждений и других факторов.

ГАЛЛЮЦИНАЦИЯ - фантастические нереальные образы, возникающие у человека, восприятие объектов, которые в данный момент не воздействуют на органы чувств.

ГЕНЕЗИС - происхождение, возникновение и последующее развитие какого-либо явления, приведшие к определенному состоянию, виду этого явления. Различают филогенез психики и онтогенез психики.

ГЕРМЕНЕВТИКА - теория и искусство истолкования текста древних литературных произведений (рукописей, книг).

ГЕШТАЛЬТ-ПСИХОЛОГИЯ - психологическое направление, зародившееся в Германии в начале 20-го века. Согласно нее, для человека сосуществуют два отличных друг от друга «мира»: мир физический, лежащий «ада» переживаниями, и мир наших переживаний (ощущений), который в Г. называли в разных контекстах то объективным, то субъективным. Г. рассматривала этот последний мир в двух отношениях: как физиологическую реальность (процессы в мозге как отражения воздействий внешнего мира) и как психическую (феноменальную) реальность, которые связаны между собой отношениями изоморфизма (взаимно-однозначного соответствия). Следовательно, психологические законы сводились в Г.

к законам физиологии мозга. Различные формы гештальтов изучались в Г. на материале восприятия кажущегося движения, формы (в т. ч. отношений « фигуры-фона»), оптико-геометрических иллюзий. Были выделены т. н. факторы восприятия, которые способствуют группировке отдельных элементов физического мира в соответствующем ему «психологическом поле» в целостные гештальты: «фактор близости», «фактор сходства», «фактор хорошего продолжения» (объединяются в гештальт те элементы изображения, которые в совокупности образуют « напрашивающиеся», наиболее простыеконфигурации), «фактор общей судьбы» (объединение в сдан гештальт, напр., трех движущихся в одном направлении точек среди множества других, движущихся в разных направлениях) и др. В основе принципов группировки лежит более общий закон психологического поля - закон прегнантности, т. е. стремление этого поля к образованию наиболее устойчивой, простой и «экономной» конфигурации. С точки зрения Г. данные законы представляют собой всего лишь феноменальное выражение различных электрических процессов в головном мозге (образование токов различной направленности, «насыщение» отдельных участков мозга электрическими зарядами и т. п.). В этом решении психофизической проблемы проявилась обоснованная в Г. К. Гольдштейном точка зрения « антилокализациизма», впоследствии подвергнутая справедливой критике и отвергнутая большинством неврологов и нейропсихологов. При разработке проблем мышления Г. подвергла острой критике бихевиористские взгляды на мышление как образование « навыков» путем проб и ошибок и ввела в психологический оборот такие плодотворные понятия, как проблемная ситуация, инсайт, а также новый метод экспериментального исследования мышления - метод «рассуждения вслух», который уже выходил за рамки исходных феноменологических установок Г. и предполагал подлинно объективное исследование процессов мышления (М. Вертгеймер, К. Дункер и др.). Однако при объяснении «продуктивного мышления» у животных и творческого мышления у человека Г. неправомерно отрицала роль активности и прошлого опыта субъекта в процессе решения творческих задач, считая возникновение такого решения результатом все тех же процессов образования «хороших гештальтов» в «здесь и теперь» складывающемся психологическом поле». Идеи Г. оказали значительное влияние на развитие необихевиоризма, психологии восприятия, когнитивной психологии, системного подхода в науке, отдельных направлений психологической практики (в частности, гештальттерапии), некоторых концепций межличностного восприятия. С конца 70-х гг. XX в. в связи с развитием идей системного подхода в психологии наблюдается определенное возрождение интереса к гештальтпсихологии.

ДИСТРЕСС - отрицательное влияние стресса на деятельность вплоть до полной дезорганизации.

ЕДИНИЦА АНАЛИЗА ПСИХИКИ - предполагаемое структурное или функциональное психическое образование, выступающее как минимальный, исходный элемент психического и сохраняющего основные свойства последнего. На разных этапах развития психологии, в разных психологических школах в качестве единицы анализа психики выступали: ощущение, восприятие, представление, идея; рефлекс, реакция, поведенческий акт; соотношение фигуры и фона; проба и проверка; ситуация; схема; действие; операция (обратимое действие); функция; функциональный блок; установка, образ, мотив, значение, отношение и др.

ИНДИВИД - одна из макрохарактеристик человека, указывающая на него как на единичное природное существо, представителя вида *Homo sapiens*, продукт филогенетического и онтогенетического развития, врожденного и приобретенного, носитель индивидуальных черт.

ИНСАЙТ - (от англ. insight - пронидательность, проникновение в суть) - внезапное понимание, "схватывание" отношений и структуры проблемной ситуации.

ИНТРОСПЕКЦИЯ (от лат. introspecto - смотрю внутрь) - особый способ познания человеком своего сознания, который заключается в якобы «непосредственном» восприятии его феноменов и законов. Идеи интроспекции как особого метода познания сознания были

обоснованы в трудах Р. Декарта (который говорил о непосредственном характере познания собственной душевной жизни) и Дж. Локка (выдвинувшего концепцию двух типов опыта: внутреннего, или рефлексии, который дает нам знания о деятельности нашего «разума», и внешнего, или ощущения, который дает нам знания о мире внешнем). В последней четверти XIX в., когда психология становится самостоятельной наукой, интроспекции пытаются соединить с экспериментом (школа В. Вундта). Впоследствии возникает ряд вариантов метода интроспекции.

ИНТРОВЕРСИЯ - направленность внимания человека внутрь себя, на свои ощущения (антоним - экстраверсия).

КАТАРСИС (от греч. catharsis - очищение) - термин, используемый в эстетике, в психологии искусства. Первоначально был связан с обозначением характера воздействия на человека античной трагедии. Психологический смысл понятия катарсис заключается в эмоциональном потрясении, испытываемом человеком под воздействием на него произведения искусства и способном привести к тому, что он освобождается от незначительных переживаний и мыслей и испытывает состояние внутреннего очищения.

КОММУНИКАЦИЯ (в психологии) - сообщение, передача информации посредством языка, речи или иных знаковых систем в процессе межличностного взаимодействия.

КОНФЛИКТ - психическое явление, заключающееся в столкновении противоположных действий, взглядов, интересов, стремлений, планов различных людей или мнений, мотивов, потребностей одного человека. В последнем случае говорят о внутреннем конфликте.

ЛИЧНОСТЬ - макрохарактеристика человека, выражающая его социальную сторону, совокупные социальные качества как представителя определенных социальных общностей (нация, класс, коллектив и др.), который включен в социальные связи, занимается общественно значимым трудом и осознающий свое отношение к окружающей среде.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ - социально-психические явления, заключающиеся во взаимодействии людей, находящихся в какой-либо группе, составляющих ядро их общения и объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения.

КОНФОРМИЗМ - соглашательство, сглаживание различий, расхождений, стремление к однообразию, к единомыслию.

ЛИБИДО - половое влечение, стремление к половой близости. Выраженность и направленность либидо определяются уровнем полового созревания, наследственностью, диэнцифальным отделом мозга, железами внутренней секреции, индивидуальным опытом.

МНЕМОТЕХНИКА (от греч. mnemonikon - искусство запоминания) - система различных приемов, облегчающих запоминание и увеличивающих объем припоминаемого материала путем образования искусственных ассоциаций. Одним из наиболее известных приемов ее является установление связей между запоминаемыми объектами и конкретными частями воображаемого пространства (напр., мысленно представляемой стены комнаты). Хорошо известен мнемонический прием запоминания последовательности цветов в спектре с помощью фразы, в которой первые буквы слов соответствуют первым буквам названий цветов (каждый охотник желает знать, где сидят фазаны).

ПЕДОЛОГИЯ - течение в педагогике и психологии конца XIX - середины XX века (В.М., Бехтерев, С. Холл, П. П. Блонский и др.), пытающееся обобщенно использовать психологические, анатомо-физиологические, биологические и социологические подходы при обучении и воспитании детей. Педология накапливала ценный эмпирический материал, однако была ошибочно оценена в СССР как буржуазная наука и запрещена (постановление ЦК ВКП/б от 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов»).

ПСИХОАНАЛИЗ - направление в психологии, основанное австрийским психиатром и психологом З. Фрейдом в конце XIX - первой трети XX в.

ПСИХОГЕНИИ - расстройства психики, возникающие под влиянием психических травм.

РЕФЛЕКСИЯ - процесс самопознания, субъектом внутренних психических актов и состояний.

РЕСПОНДЕНТ - участник социально-психологического исследования, выступающий в роли опрашиваемого. В зависимости от характера исследования респондент предстает как испытуемый, клиент, информант, пациент или просто собеседник.

РЕФЕРЕНТНАЯ ГРУППА - реальная или условная социальная общность, с которой индивид соотносит себя как с эталоном и на нормы, мнения, ценности и оценки которой он ориентируется в своем поведении и в самооценке.

РИГИДНОСТЬ - неспособность корректировать программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации. Различают когнитивную, аффективную и мотивационную ригидность.

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ - повышение чувствительности нервных центров под влиянием действия раздражителей.

СПОСОБНОСТИ - психическое свойство личности, проявляющееся в соответствии психофизиологических, психических особенностей человека требованиям, предъявляемым к нему одним или несколькими видами деятельности, что дает ему возможность более быстро и качественно овладевать ими.

СТЕРЕОТИП ВОСПРИЯТИЯ - относительно устойчивый и упрощенный образ социального объекта (группы, человека, события, явления и т.п.).

СТЕРЕОТИП МЫШЛЕНИЯ - относительно устойчивый ригидный образ процесса познания, решения задач и т.п.

СУБЛИМАЦИЯ - в психоанализе З. Фрейда один из механизмов психологической защиты, снимающий напряжение в ситуации конфликта путем трансформации инстинктивных форм психики в более приемлемые для индивида и общества (например, трансформация энергии либидо в процессе творчества).

СУГГЕСТИЯ - осознанное или неосознанное влияние одного человека на другого, вызывающее определенные изменения в его психологии поведения.

ФРУСТРАЦИЯ - психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания.

ЭМПАТИЯ - 1) вненациональное познание человеком внутреннего мира других людей (чувствование). Способность к ней - необходимое условие для развития такого профессионального качества, как проникательность, у практического психолога (консультанта, психотерапевта).

При подготовке глоссария использованы материалы:

<http://www.studentu.ru>

www.nsu.ru/psych/internet/links_dr-gng.dp.ua/logia/child.htm

www.psi-world.narod.ru/psi_glossary/35.htm

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. - Симферополь: «Реноме», 1998. – 496 с.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. – СПб.: Лениздат, 1992
3. В. М. Бехтерев Будущее психиатрии: Введение в патологическую рефлексологию. – СПб. Наука, 1997. – 330 с.).
4. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – Минск, 1993.
5. Лидерс А. Г. Психологический тренинг с подростками: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 256 с. — С. 6-29.
6. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. - М.: Академический проект, 2000. - 416 с.
7. Макаров В.В. Психотерапия каждого дня и всей жизни. - М.: Пер. Сэ, ППЛ, 2001, - 191 с.
8. Макаров В.В. Психотерапия Нового Века. - М.: Академический проект, ППЛ, 2001. - 496 с.
9. МКБ-10 «Психотические расстройства и расстройства поведения»; (Класс МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) // Под ред. Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
10. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л., 1960.
11. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб: Издательство Питер, 2000. – 464 с.
12. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. Тренинг воспитания партнерства и самопомощи. - М.: Медицина, 1995. – 336 с.
13. Пезешкиан Н. 33-и и одна форма партнерства. - М.: Медицина, 1998. – 288 с.
14. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия. - М.: Изд-во Март, 1996. – 336 с.
15. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. – 464 с.
16. Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории в позитивной психотерапии. - СПб.: Изд-во Единение, 1995. - 238 с.
17. Пезешкиан Н., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия – транскультуральный и междисциплинарный подход // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1993, № 4. – С. 63-77.
18. Пезешкиан Х. Основы Позитивной Психотерапии. – Архангельск: Изд. Архангельского мед. ун-та, 1993. – 116 с.
19. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в Российской психотерапии: Дисс. в виде научного доклада на соискание учёной степени доктора мед. Наук / СПб. НИИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 1998. – 83 с.
20. Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контур теории и практики. - М.: НФ «Класс», 1997. – 272 с.
21. Психотерапевтическая энциклопедия / Под редакцией Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер Ком, 1998. – 752 с.
22. Психотерапия / Под редакцией Б.Д. Карвасарского. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 544 с.

Дополнительная

1. Wolberg L. The techniques of psychotherapy. – New York: Pergamon Press, 1977
2. Берн Э. Секс в человеческой любви. – М.: «Издательство АСТ-ЛТД», Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 352 с.
3. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – СПб.: Питер, 2001. – 304 с.
4. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998.
5. Кириллов И. О. Супервизия в позитивной психотерапии: Дисс. на соискание учёной степени канд. мед. наук / СПб. НИИ им. В.М. Бехтерева. - СПб, 2002. – 115 с.
6. Клиническая психология : учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – 960.
7. Лоуэн А., Лоуэн Л. «Сборник биоэнергетических опытов». – М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. – 192 с.
8. Макаров В.В., Будущее психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - 1999 г. - № 1. - С. 7-18.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
10. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
11. Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных: Сборник статей. – М. - Л., 1938.
12. Реммерс А. Пять способностей психотерапевта // Материалы 1-го Всемирного конгресса позитивных психотерапевтов. – СПб – М., 1997
13. Тодд Дж., Богарт А. Основы клинической и консультативной психологии / Пер. с англ. – СПб.: Сова; М.: Изд. Эксмо-Пресс, 2001. – 768 с.
14. Томэ Х., Кэкле Х. Современный психоанализ. – М: Прогресс, 1996. – 576 с.
15. Хломов Д.Н. Гештальт-терапия как практическая философия // Московский психотерапевтический журнал. - 1994 г. - № 3 - стр.17-23.
16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи.- СПб.: Питер, 2002. – 656 с.