

**ПСИХОТЕРАПИЯ:  
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

# **Психотерапия: теория и практика**

**Учебное пособие для студентов, обучающихся  
по профилю «специальная психология»**

САРАТОВ  
2015

УДК 159.922.76 (075.8)  
ББК 88.4 я73  
П86

Авторы-составители:

*Т.Ф. Рудзинская, Л.В. Шипова*

**П86**      **Психотерапия: теория и практика:** учебное пособие для студентов, обучающихся по профилю «специальная психология» / Т.Ф. Рудзинская, Л.В. Шипова. – Саратов, 2015. – 102 с.

Учебное пособие посвящено актуальным, теоретически и практически значимым проблемам психотерапии. В нем рассматриваются общие вопросы психотерапии, основные понятия психотерапии, обсуждаются факторы психотерапии, раскрывается личностный подход в психотерапии; описываются показания к психотерапии; характеризуются формы психотерапии; рассматриваются основные и альтернативные направления психотерапии.

Для студентов, обучающихся по профилю «специальная психология», преподавателей, психологов-практиков.

Издано в авторской редакции

**УДК 159.922.76 (075.8)**  
**ББК 88.4 я73**

© Авторы-составители, 2015

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Этапы становления психотерапии.....</b>                    | <b>5</b>  |
| <b>2. Современное состояние психотерапии.....</b>                | <b>8</b>  |
| <b>3. Формы психотерапии.....</b>                                | <b>14</b> |
| 3.1. Индивидуальная психотерапия.....                            | 14        |
| 3.2. Семейная психотерапия.....                                  | 15        |
| 3.3. Групповая психотерапия.....                                 | 28        |
| <br>   |           |
| <b>4. Основные модели психотерапии.....</b>                      | <b>45</b> |
| 4.1. Психодинамическая модель психотерапии.....                  | 45        |
| 4.2. Когнитивно-поведенческая модель психотерапии.....           | 61        |
| 4.3. Экзистенциально-феноменологическая модель психотерапии..... | 66        |
| <br>   |           |
| <b>5. Альтернативные направления психотерапии.....</b>           | <b>72</b> |
| 5.1. Логотерапия.....  | 72        |
| 5.2. Первичная психотерапия.....                                 | 73        |
| 5.3. Суггестивная психотерапия.....                              | 79        |
| 5.4. Гештальттерапия.....  | 85        |
| 5.5. Игротерапия.....  | 93        |
| 5.6. Сказкотерапия.....  | 96        |
| 5.7. Арттерапия.....   | 97        |
| <br>   |           |
| Список литературы.....   | 101       |

## 1. ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Развитие психотерапии - это сложный, многогранный процесс развития с возвратами к уже пройденным этапам. В истории становления психотерапии выделяют два основных этапа.

1. **Донаучный период**, охватывающий тысячелетия, охарактеризован различными магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов. За всей таинственностью различных оккультных обрядов стояло внушение и самовнушение, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния. Лишь в XVIII веке Ф. Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., что явилось переломным моментом в психиатрии - к лицам с психическими расстройствами стали относиться как к обыкновенным больным, которые нуждаются в хорошем обращении и лечении.

2. **Научный период** психотерапии (XIX-XX вв. и по настоящее время). Сначала основное внимание исследователей было обращено на природу и механизм гипноза (Нансийская школа гипноза: Д. Брэд, А.Льебо, И. Бернгейм, М. Дюмон; Сальпетриерская школа: Ж. Шарко, Ш.Рише, П. Жане, Ж. де ля Туретт, Ш. Фере, А. Бине). В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени: Н.Я.Данилевский, А.А. Токарский, В.М. Бехтерев, И.Л. Янушкевич, И.Р.Тарханов. С конца 90-х годов XIX века, как реакция на чрезмерную экспансию гипноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. В Швейцарии невропатолог П.Ш.Дюбуа разработал метод рациональной психотерапии, который противопоставил гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение». Оригинальный психотерапевтический метод – «арететерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Греческое слово arete включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Ж. Марциновским в 1909 г. - лечение идеалами (психотерапия мирозерцанием), суть которого заключалась в формировании у пациентов целительного духовного мирозерцания: пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей человечества в целом и вообще всей Природы. В 1895 г. И. Брейер и З. Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Для достижения лечебного эффекта, находящемуся в гипнотическом сне

пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации И. Брейер и называл «катарсисом». Идеи «бессознательного и сознания» обрели популярность и в 1902 г. З. Фрейд возглавил психоаналитическую школу, которая создала основные теоретические предпосылки для формирования одного из трех доминирующих направлений современной психотерапии – динамического направления.

В 1911г. из-за теоретических расхождений от З. Фрейда отошел А.Адлер (основатель индивидуальной психологии). Он подчеркивал значительное влияние социума на каждого человека и большую важность социальных интересов - чувство общности, кооперации и альтруизма. А.Адлер отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного семейного воспитания (эмоционального отвержения и попустительства) в возникновении неврозов.

В 1914 г. от З. Фрейда отошел и швейцарский психиатр К.Г. Юнг. Юнг разработал собственную аналитическую психологию. Он ввел понятие коллективного бессознательного как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащего в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений). В дальнейшем К.Г. Юнг выделяет психологические типы, определяет понятия интроверсии и экстраверсии.

В России интерес к психоанализу опосредовался клинической проверкой гипотез З. Фрейда и имел как своих сторонников, так и противников. Практически каждая публикация З. Фрейда отражалась в реферативных обзорах на страницах «Журнала невропатологии и психиатрии». Большинство крупных работ было переведено на русский язык и издано отдельными книгами. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие русские врачи и ученые, как Н.Е. Осипов, Н.А.Вырубов, М.М. Асатиани, М.В. Вульф, Т. Розенталь, А.Р. Лурия и др.

Развитие прикладной психологии в России было приостановлено на многие годы после Постановления ЦК ВКП(б) в июле 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Идеологизация психологии и психотерапии, длительная изоляция от ведущих направлений этих наук в других странах, тенденция к биологизации медицины в целом явились причиной задержки развития психотерапии при формальном признании значимости ее роли в медицине. В эти особенно сложные для научной и практической психологии и психотерапии годы, продлившиеся вплоть до 60-х годов, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, М.С.Лебединский, Б.В. Зейгарник и сравнительно небольшое число других исследователей своими трудами поддерживали развитие психотерапии и психологии в медицине в нашей стране. Внутренняя логика развития отечественной психотерапии соответствовала теоретическим

исследованиям таких ведущих ученых с мировым именем, как академики В.М. Бехтерев и И.П. Павлов.

1950-1960-е годы - период становления поведенческой психотерапии как самостоятельного направления. Работы Д. Вольпе и А. Лазаруса в ЮАР, Д. Шапиро и Г. Айзенка в Англии, Н. Азрина и Т. Айллона в США привели к растущей популярности поведенческой психотерапии в 60-70-е годы, когда она стала одним из ведущих психотерапевтических направлений мировой психотерапии. Мощным толчком для дальнейшего развития бихевиоризма и поведенческой психотерапии явилась социальная когнитивная теория А. Бандуры, определившая социально-бихевиористский подход в психологии.

В 60-е годы XX века в американской психологии возникает новое направление, получившее название гуманистической психологии. Основные принципы данного направления заключаются в признании ведущей роли сознательного опыта и целостном характере природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида (А. Маслоу, К. Роджерс). Само гуманистическое направление, как третья сила в психотерапии, является наименее однородной и объединяет такие разнообразные методы, как гештальт-терапию Ф.Перлса, логотерапию В. Франкла, первичную терапию А. Янова, биоэнергетический анализ А. Лоуэна, структурную интеграцию И. Рольф, трансцендентальную медитацию, дзен-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

Разрыв в уровне развития отечественной и зарубежной психотерапии стал сокращаться в конце 60-х - начале 70-х годов, особенно после введения в университетах специализации по медицинской психологии. В создании отечественной психотерапии важную роль сыграли ученые Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и исторически связанный с ним коллектив кафедры психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломого образования. В этих учреждениях на базе патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Московскими учеными была создана эмоционально-стрессовая психотерапия. Харьковские специалисты, развивая наследие К.И.Платонова, внесли значительный вклад в гипнотерапию, аутогенную тренировку и другие методы суггестивной психотерапии.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии в нашей стране резко возрос, открылись возможности изучения всего спектра ее теорий и методов, повысилось качество подготовки специалистов, совершенствуются организационные модели психотерапевтической службы.

## 2. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

### Основные понятия психотерапии

Психотерапия традиционно понимается дословно как лечение души (от греч. *psyche* - душа, *therapeia* - лечение), иными словами, при таком подходе фиксируется *объект* воздействия - психика. Психотерапия - это:

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

### Медицинская и психологическая модели психотерапии

В современной психотерапии существуют две модели: медицинская и психологическая. В **медицинской модели** основной упор делается на знание нозологии, синдромологии, клинической картины расстройств. Наряду с медицинской моделью психотерапии оказывается терапевтически эффективным психологическое направление в психотерапии или, другими словами, **психологическая модель**. Это направление в первую очередь связано с пониманием психотерапии как «мира сказок, метафор», мира, к которому неприменимы законы естественно-научного знания. На этом пути медицинская модель «оказания помощи» становится неадекватной и бесполезной. В этом случае определение психотерапии как «воздействия на психику и соматическую часть человека через психику» уступает место таким метафорам психотерапевтического контакта, как:

- «взаимодействие» - когда активен не только психотерапевт, но и сам клиент (в этом случае термин «пациент» неуместен, так как клиент не является пассивным объектом манипуляций психотерапевта);
- «сосуществование» - когда подчеркивается идея не деятельностного совместного пребывания психотерапевта и клиента в психотерапевтическом контакте, а обмен эмоциями и смыслами;
- «внутреннее постижение» - когда клиент движется во внутреннем пространстве по им же определяемой траектории;
- «безусловная любовь» - когда клиент и психотерапевт вступают в особые отношения психологической интимности, наполненные любовью и принятием.

Психологическая модель ориентирована на распространение психологической культуры и мышления на сферу помощи больным и людям, имеющим психологические проблемы. С одной стороны, становится все более очевидной недостаточная эффективность сугубо

медицинской психотерапии, и врачи начинают интересоваться психологическими моделями психотерапии, психологическим способом мышления, психологической культурой. С другой стороны, в последнее время появилось множество пациентов с донозологическими формами расстройств, которыми ранее врачи не занимались, но ими же не занимались и психологи. Сейчас эти люди стали объектом внимания и тех и других. Характерной особенностью психологической модели психотерапии является убежденность в том, что за пациента (клиента) решить его проблему никто не может. Психотерапевт лишь сопровождает клиента в проблему, в глубину переживаний, помогает человеку найти ресурс изменения и решения своих проблем. Несмотря на кажущуюся пропасть между медицинской и психологической моделями психотерапии, их объединяет ориентация на помощь клиенту.

### **Ведущие направления психотерапии**

При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности, ее нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. Так, в рамках *психодинамического* подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения человека рассматриваются бессознательные психические процессы, а личностные расстройства и невроз понимаются как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. В этом случае основной целью психотерапии является достижение осознания этого конфликта и собственного бессознательного. Представители *поведенческого* направления фокусируют внимание на поведении. Здоровая личность характеризуется адаптивным поведением (норма - это адаптивное поведение), а невроз или личностные расстройства рассматриваются как результат неадаптивного поведения, сформировавшиеся в результате неправильного научения. Из этого следует, что целью психологического вмешательства является научение или переучивание, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). *Гуманистическое* или «опытное» направление в качестве основной человеческой потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. Невроз является следствием невозможности самоактуализации, блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью и адекватностью «Я-концепции». В этом случае цель психологического вмешательства - создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт,

способствующий принятию себя и личностной интеграции, что обеспечивает самоактуализацию.

### **Общие факторы психотерапии**

Изучение и анализ процесса психотерапии предполагает рассмотрение взаимосвязей между характеристиками пациента, психотерапевта и лечебного метода. Поэтому и поиск общих факторов психотерапии тоже связан с анализом того, что происходит с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических подходов; что объединяет поведение психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации; какие общие этапы характерны для психотерапевтического процесса.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают:

- 1) обращение к сфере эмоциональных отношений;
- 2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом;
- 3) предоставление и получение информации;
- 4) укрепление веры больного в выздоровление;
- 5) накопление положительного опыта;
- 6) облегчение выхода эмоций.

Перечисленные факторы, по сути, совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные (2, 3), эмоциональные (1, 4, 5, 6) и поведенческие (5) процессы, способствующие успешности психотерапии и в большей или меньшей степени представленные практически во всех психотерапевтических системах.

В качестве общих элементов стиля и стратегий поведения психотерапевтов, вне зависимости от их теоретической ориентации, выделяют: 1) целевую ориентацию на достижение позитивных изменений, 2) внимание к взаимоотношениям «пациент-психотерапевт», 3) сочетание принципов «там-и-тогда» и «здесь-и-теперь» (то есть использование в ходе психотерапии как материала, связанного с историей жизни пациента, так и с актуальным поведением и межличностным взаимодействием пациента в процессе психотерапии).

Общие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зрения ее этапов. Общий поэтапный характер или последовательность процесса психотерапии (по существу речь идет о последовательном изменении конкретных задач) наиболее отчетливо просматривается в рамках психотерапевтических направлений, ориентированных на личностные изменения, и может быть представлен следующим образом: 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии; 2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом)

причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений; 3) определение «психотерапевтических мишеней»; 4) применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики; 5) закрепление достигнутых результатов; 6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта).

Существуют также попытки выделения общих факторов психотерапии, связанные с учетом как изменений, происходящих с пациентами, общих характеристик стиля и стратегий поведения психотерапевтов, так и общности этапов психотерапевтического процесса, вне зависимости от теоретических ориентаций и применяемых методов. К общим факторам психотерапии относят: 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом, что рассматривается как исходная предпосылка, на которой строится психотерапия; 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на готовности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом; 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта; 6) явное или скрытое убеждение и внушение; 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

### **Личностный подход в психотерапии**

Личностный подход в психотерапии реализуется в трех основных направлениях: 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий; 2) учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения.

*Учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов.* Любое психотерапевтическое воздействие должно учитывать личностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования. Так, например, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов и их направленность (гипноза, внушения в состоянии бодрствования, косвенного внушения) зависит от особенностей личности больного, его

внушаемости, податливости гипнозу, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения больного к своему заболеванию.

*Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения.* Этот аспект личностного подхода в психотерапии отражает направленность той или иной психотерапевтической системы на достижение изменений личности, а не только на редукцию симптоматики. Такие психотерапевтические школы часто называют личностно-ориентированными или личностно-ориентированной психотерапией. Само название указывает, что здесь понятие личности является центральным. В личностно-ориентированной психотерапии наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы и приемы базируются на различных теориях и концепциях личности (например, психоаналитической или гуманистической). Следует различать личностный подход в психотерапии и личностно-ориентированную психотерапию в целом от конкретной психотерапевтической школы - личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которая представляет собой не общий подход или общую ориентацию на личностные изменения, а самостоятельную психотерапевтическую систему с собственной концепцией личности и личностных нарушений.

### **Показания к психотерапии**

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем более выражена психогенная природа заболевания (то есть чем более выражена психологически понятная связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов.

Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания. Понятие «последствия заболевания» можно конкретизировать. Они могут быть связаны с такими клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами, как:

1) возможная вторичная невротизация - манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание;

2) реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогностическая или, напротив, ипохондрическая) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами;

3) изменение привычного образа жизни вследствие болезни. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; к изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования;

4) в процессе хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе болезни личностных особенностей (повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности), нуждающихся в корригирующих воздействиях.

### 3. ФОРМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

#### 3.1. Индивидуальная психотерапия

Индивидуальная психотерапия является такой ее организационной формой, в которой в качестве основного инструмента воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде психотерапевт - пациент. В организационном аспекте индивидуальная психотерапия рассматривается в качестве альтернативы групповой (где инструментом лечебного воздействия выступает и психотерапевтическая группа), коллективной и семейной психотерапии. Используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и определяют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные индивидуальной психотерапии.

Методологически индивидуальная психотерапия наиболее близка психотерапии в группе пациентов, использующей механизмы «заражения» и взаимообучения пациентов в индивидуальных целях (аутогенная тренировка, гештальт-терапия и др.). История становления и развития индивидуальной психотерапии предшествует возникновению других организационных форм психотерапии, например, групповой или семейной, независимо от их направления и связана с общей историей психотерапии. Структура целей различных современных форм психотерапии применительно к индивидуальной психотерапии представлена на основании разработок Орлински и Ховарда в табл. 1.

Таблица 1.

#### *Цели современных форм психотерапии*

| Тип цели   | Примеры  |
|--|--|
| Цели для сеанса психотерапии (для терапевтического процесса): конкретно и краткосрочно | Углубление самоэксплорации<br>Уменьшение страха при обсуждении запретной темы<br>Соблюдение инструкций при выполнении рекомендаций психотерапевта                    |
| Микрорезультаты (после сеанса): конкретно и краткосрочно                               | Прекращение избегания повседневных ситуаций, которые ранее избегались<br>Улучшение способности понимания причинных связей конкретной социальной конфликтной ситуации |

|   |   |
|---|---|
| Макрорезультаты (после сеанса): глобально и долгосрочно | Позитивная самохарактеристика<br>Соответствующая сила Я<br>Адекватное ожидание собственной эффективности<br>Улучшение способности к коммуникации<br>Стабильная и генерализованная ситуационная компетентность |
|---|---|

Выделение общих факторов лечебного действия индивидуальной психотерапии в значительной степени определяется теоретическими взглядами исследователей. Так, Ж. Мармор при наблюдении за психотерапевтами различных направлений (психоанализ, терапия поведения, гештальт-терапия и др.) отметил восемь основных факторов, присущих всем психотерапевтическим методам в той или иной степени: 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом как основа, на которой строится психотерапия; 2) первоначальное ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперантная модификация поведения больного за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом; 5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта; 6) убеждение и внушение - явное или скрытое; 7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

Важной общей характеристикой индивидуального психотерапевтического процесса является последовательность его фаз (Л.Г. Гримм), с которыми связаны конкретные цели и средства их достижения (табл. 2).

Таблица 2.

***Фазы психотерапевтического процесса***

| Фаза                                 | Цели   | Средства   |
|--------------------------------------|--|--|
| Определение показаний                | Диагностическое обследование<br>Выбор терапевтического метода  | Беседа/анамнез<br>Личностные и клинические тесты<br>Медицинское обследование |
| Построение терапевтических отношений | Ролевое структурирование (объяснение и облегчение принятия пациентом его роли как пациента)<br>Формирование позитивных | Реализация уважения и эмпатии<br>Разъяснение правил психотерапии             |

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
|                                      | ожиданий при изменениях<br>Построение терапевтического союза<br>Передача знаний об общей концепции этиологии   | Терапевтический контракт   |
| Проведение терапевтического обучения | Систематическое построение компетентности (поведенческая терапия)<br>Анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ)<br>Реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия) | Применение специальных психотерапевтических техник<br>Непрерывное наблюдение и анализ психотерапевтического сеанса   |
| Оценка результата терапии            | Психодиагностическое выяснение степени достижения терапевтической цели<br>Обеспечение генерализации результатов терапии<br>Формальное завершение терапевтических отношений   | Беседа<br>Диагностические методы<br>При определенных условиях - редуцирование терапевтических контактов<br>Договоренность о завершении терапии по взаимному соглашению |

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и личностные особенности, как пациента, так и психотерапевта, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации. При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Бютлера и др., характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии, могут разделяться на объективные: возраст, пол, этнические особенности, профессиональная основа, терапевтический стиль, психотерапевтические техники, и субъективные: личностные и копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапевтические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, философская терапевтическая ориентация.

По срокам проведения индивидуальная психотерапия может условно делиться на краткосрочную и долговременную. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий. По мнению большинства исследователей, психотерапия длительностью до 20 (реже до 40) занятий относится к краткосрочной. Современной тенденцией почти всех концептуальных и методических направлений является стремление к краткосрочности, базирующееся на повышении интенсивности, интегративности психотерапии, конкуренции в снижении материальных затрат без снижения эффективности. Иногда краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития

«психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекалывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Долговременные формы индивидуальной психотерапии наиболее характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2-3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит, в частности, от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе лечебного процесса (краткосрочная психодинамическая психотерапия фокусируется на разрешении главного конфликта). Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию переноса, а также поддерживают больного на протяжении всего лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутриличностные бессознательные конфликты, формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения. Р.Ж. Урсано, С.М. Зонненберг, С.Г. Лазар выделяют следующие критерии окончания терапии. Пациент чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются как чуждые; осознает свои защитные механизмы; способен принять и признать типичные для себя реакции переноса; продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. Вопрос о завершении лечения поднимает пациент, но его может поставить и психотерапевт в результате анализа рассуждений и переживаний пациента по этому поводу. Дата завершения лечения устанавливается заранее по согласию психотерапевта и пациента.

Долговременная индивидуальная психотерапия используется в рамках и других направлений, помимо психодинамического. Так, при наличии сложной, множественной симптоматики или выраженных личностных нарушений наиболее склонная к краткосрочности поведенческая психотерапия может продолжаться до 80-120 занятий в попытках достижения желаемого эффекта. Не редкостью является длительность лечения при психотерапии экзистенциально-гуманистической направленности, представители которой иногда считают необходимым оказывать пожизненную помощь и поддержку пациентам.

### **3.2. Семейная психотерапия**

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (В.К. Мягер, Т.М. Мишина). В. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему. Объектом семейной психотерапии

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

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

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

**Дисфункциональная семья** - семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов. Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи - ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от

изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще - ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит «коммуникативной метафорой» (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующаяся система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой. С системной точки зрения изменение является не единственным решением единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает, и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья, и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились, и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка, и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

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

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

брака, находя интересы во внебрачной среде.

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

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

В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа: 1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидация семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.

*Семейный диагноз*, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от клинициста знания системного подхода и умения собрать анамнестические сведения. Постановку семейного диагноза может облегчить приведенная ниже схема. Специалисту рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимодействия (поведения) в семье.

1. Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее функционирование?

2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?

3. Почему семья обратилась сейчас?

4. Носила ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или хронический характер? Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

5. Как член семьи, договорившись о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему? (Инициатор обращения, ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме).

6. Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?

«Идентифицированный пациент» - член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту. «Идентифицированный пациент» или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении

конфликта неадекватным способом. Ряд семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин взаимодействия («инконгруэнтная адаптация»). Сохранение или усиление негибких способов реагирования почти универсально в ситуациях страха, возникающего в результате болезни, миграции, расовой дискриминации и других факторов, связанных с потерей, но при длительном использовании этого механизма защиты нарушается естественный обмен энергетикой в семье.

Симптом и система связаны между собой и служат для каких-то целей семьи. Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:

- члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;
- закрытые внешние границы дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие самой семейной системы. Диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно у «идентифицированного пациента»;
- блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармоничных семьях создает ситуацию перенапряжения, «носитель симптома» непроизвольно «оттягивает» энергию на себя;
- «идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомеостаз, ребенок - «носитель симптома» подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома).

Позитивная трактовка симптома (переопределение) - поиск позитивного значения симптома или поведения для семейной системы. В тех случаях, когда совершаются насилие, самоубийство, инцест или криминальные действия, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками, а не сами поступки;

- нередко кризис, создаваемый подростком - единственный способ испытать эмоции в семье.

7. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник. При исследовании коммуникаций в семье мы рекомендуем сосредоточить свое внимание на наблюдении за картинами отделения и связи по рассадке членов семьи на первом сеансе. Часто их способ взаимного размещения отражает и стиль коммуникации.

8. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно)

идентифицируется.

9. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки).

10. Обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания.

11. Получить информацию, объединяющую людей и события вместе. Кто первым заметил? Кто больше всех беспокоился о проблеме? Какое из событий произвело наибольший эффект на семью? Получение информации о текущем поведении «идентифицированного пациента» помогает определить повторяющиеся картины возникновения проблем (циркулярная последовательность), выяснить попытки борьбы с проблемами и принятые решения, помогает поместить симптом в определенный контекст и сформулировать первичные гипотезы.

12. Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие). Границы - воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую, используют в описании взаимоотношений между семьей и микросоциальным окружением, а также различными подсистемами внутри семьи. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют, кто принадлежит данной системе или подсистеме, и каким образом он ей принадлежит. Границы могут быть ясными, ригидными и диффузными. Ясные границы рассматриваются как здоровые и функциональные. При ригидных границах информация между семейными подсистемами проходит с трудом. Это ведет к эмоциональной отдаленности каждого члена семьи друг от друга (например, отец проводит все время на работе, дети - на «молодежных тусовках», мать занимается дачей). Диффузные границы допускают легкое проникновение информации между подсистемами, которое ведет к «запутанному» клубку во внутрисемейных отношениях.

Понятие «подсистема» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например, членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсистема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, детская или женская или мужская подсистемы в семье. Каждый индивид может принадлежать ко многим семейным подсистемам.

13. Исследовать семейный треугольник. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в

поколение.

14. Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессовые события в семье, необходимо определить, нет ли избытка неотрагированных потерь и дистрессов, а также - семейных секретов (табу). Секрет - это информация, скрывающаяся от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственника, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значение секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи. Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: внимательным слушанием и улавливанием деталей, выявлением болезненных тем у семьи и «вытаскиванием» их путем вопросов; способностью внедриться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые могут «расшатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения. Появление «носителя симптома» может быть инконгруэнтной попыткой в необычной форме воздействовать на ригидную систему без нарушения ее законов, системы правил семьи.

15. Доступна ли семья, включая «носителя симптома», к изменениям? После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом ему необходимо составить терапевтический контракт с семьей, сформулировав условия курса терапии. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой и постановки дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у «идентифицированного пациента», но сопротивляться изменениям.

16. Определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям.

17. Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников).

18. Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этой семьей. Обратите внимание на Ваш собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ. Эти реакции обычно дают ключи о внешних системных границах и предполагаемых стратегиях для дальнейшего вхождения в систему. Проверьте систему на ее относительную толерантность к отделению. Например, можно вовлечь

пациента в диалог о будущем или о женитьбе, используя свой собственный стиль, возможно, в игровой манере, а затем наблюдать за резонансом системы на подобное вмешательство.

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

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

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция психотерапевта нейтральна на первом этапе и заключается в минимизации комментариев на прямые и не прямые сообщения и невербальное поведение. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа Вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили следующие варианты...».

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

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

Э.Г. Эйдемиллер разработал технологию формулирования терапевтического запроса в следующей последовательности: XR - UR - ZR, где X - уровень манипулятивного запроса, U - уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z - уровень осознания своей некомпетентности как супругов, R - ресурсные состояния отдельных ее

членов и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника - это прием, посредством которого решается та или иная задача. С. Минухин применение техник семейной психотерапии сводит к осуществлению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семейной структуре и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т.д.). Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов. Остановимся на некоторых из них.

*Вызов семейной структуре.* Эта техника направлена на изменение иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы. Описана следующая процедура применения данной методики.

1. Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психотерапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный «идентифицированный пациент». Он наблюдает, как действуют члены семьи, и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию эксперта, терапевт может утверждать: «Я вижу нечто иное, происходящее в семье, что опровергает Ваше мнение о том, где кроется болезнь». Часто он оспаривает мнение о том, что семейная проблема заключена только в одном человеке: «У Вашей семьи проблема в том, как Вы общаетесь друг с другом». «Идентифицированный пациент» может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация на нем внимания семьи отвлекает ее от иных проблем, например, длительного супружеского конфликта.

2. Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается в том, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например, психотерапевт характеризует поведение одного члена семьи и возлагает ответственность за него на других. Обращаясь к подростку, он говорит: «Ты ведешь себя так, будто тебе 4 года» - и, повернувшись к родителям, спрашивает: «Как Вам удалось сохранить его столь юным?». Психотерапевт одновременно присоединяется к субъекту и атакует его поведение. «Идентифицированный пациент» не сопротивляется критике, так как ответственность за такое поведение возложена на родителей.

3. Сомнение во временной последовательности событий, которую предъявляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению хронологию событий в семье, расширяя временную перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть какого-то большего целого. Он дает возможность увидеть семье стереотипы взаимоотношений, а не действия отдельного индивида. Психотерапевт может подчеркивать, что

общение членов семьи подчиняется правилам, которые относятся не к отдельным индивидам, а к системе в целом. Например, в семье с запутанными границами субсистем ребенок чихает, а мать передает отцу носовой платок для него... Психотерапевт говорит: «Будьте здоровы, смотрите, как одно чихание привело в действие всех. Сразу видно, что в Вашей семье люди помогают друг другу».

*Психотерапевтический контракт.* Целью этого приема является установление и закрепление обычно в письменной форме взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количественный и т.д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта, определение специфики условий для каждого партнера. Согласно оперантному научению позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта. Первые контракты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип маленьких шагов). Контракт и цель рекомендуется формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием он может использоваться на занятии, например, можно предложить двум членам семьи общаться только через психотерапевта.

Эксперимент возникает на каждом занятии, так как психотерапевт присоединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям. В результате использования этого приема предполагаются изменения семейного гомеостаза. Например, вовлеченную в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задания провести вечер вместе с мужем вне дома или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней. В процессе проведения эксперимента могут возникнуть изменения гомеостаза и последующее напряжение. Иллюстрацией к этому выводу служит отказ от сотрудничества находящейся в сильно напряженном состоянии матери, что может еще больше дезорганизовать семью. Об этом следует помнить психотерапевту и заранее узнать, что может произойти в семье в случае исчезновения «симптома». Если не предупредить о возможном кризисе, семья может также прекратить лечение.

*Выявление семейных транзактных картин взаимодействия.* Пациенты часто демонстрируют картины взаимодействия между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотерапевтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля. В идеале каждый член семьи учится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать проблему из

позиции другого. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например, интеллектуализацию и дает возможность заменить однообразие интервью на активность и действие.

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

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

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

3. Они усиливают и кристаллизуют ролевое поведение членов семьи.

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

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

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

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

деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр или на концерт. Мужу - сделать сюрприз жене, не сообщая ей об этом. Любой совместный эксперимент может оказаться полезным. Психотерапевт прямо не работает с симптомом. Если симптом другого члена семьи исчезает прежде, чем у «идентифицированного пациента», семья может прекратить лечение. Симптом может быть усилен с помощью парадоксальных приемов для лучшего осознания семьей его необходимости. Так в случае алкоголизма у мужа, жене, которая все годы супружества контролировала мужа, предлагается вести независимый образ жизни (например, поехать одной в туристическую поездку).

### **3.3. Групповая психотерапия**

Специфика групповой психотерапии заключается в целенаправленном использовании в психотерапевтических целях групповой динамики (то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта), в лечебных целях. Групповая психотерапия не является использованием любого психотерапевтического метода в группе больных. Она отличается от групповой терапии, коллективной терапии и психотерапии в группе. О собственно групповой психотерапии мы можем говорить только тогда, когда психотерапевтом используется терапевтический потенциал группы как таковой. В любой группе людей, которые общаются непосредственно и достаточно продолжительное время, возникают определенные групповые феномены, такие как нормы, распределение ролей, выделение лидеров и другие. Группа контролирует сохранение этих норм, поддерживая и одобряя определенное поведение и не одобряя или даже осуждая другое. Эти нормы далеко не всегда осознаются, но они всегда формируются и определяют поведение людей. Именно эти групповые процессы могут использоваться для определенных целей, в том числе, и для психотерапевтических. Помогая пациенту понять, какую роль в группе он стремится играть или играет на самом деле, мы можем помочь ему осознать, к какому положению он стремится, какие потребности хочет удовлетворить, насколько успешным является это его поведение, приносит ли это ему удовлетворение и пр. Таким образом, анализируя поведение пациента в рамках группового взаимодействия, мы расширяем сферу его самопонимания.

Групповая психотерапия не является самостоятельным теоретическим направлением в психотерапии, а представляет собой специфическую форму или метод, где основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной, где таким инструментом является только

психотерапевт. В качестве самостоятельного направления в психотерапии групповая психотерапия выступает лишь в том смысле, что более прицельно рассматривает пациента в социально-психологическом плане, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его реальных взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, с окружающим миром.

Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его типичные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни: в ней пациент проявляет те же отношения, установки и ценности, те же способы эмоционального реагирования и поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия.

*Цели и задачи групповой психотерапии* как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает разные позиции. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяются как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основании анализа и использования межличностного взаимодействия. Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), задачи групповой психотерапии могут быть сформулированы следующим образом: 1) в интеллектуальной сфере - осознание связей «личность - ситуация - болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана; 2) в эмоциональной сфере - получение эмоциональной поддержки и формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе; непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта и получение нового эмоционального опыта в группе; 3) в поведенческой сфере - формирование эффективной

саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе. Задачи групповой психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: на самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект), что позволяет определить общую цель групповой психотерапии как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

*Групповая динамика* - это совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы - образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад. Иначе говоря, это учение о силах, структуре и процессах, которые действуют в группе. Группа при этом рассматривается как общность людей, характеризующаяся ограниченным числом членов (до 20 человек), непосредственными контактами, распределением ролей и позиций, взаимозависимостью участников, общими целями, ценностями и нормами, а также постоянным составом. Первые исследования групповой динамики были начаты Левином. Применительно к групповой психотерапии групповая динамика рассматривается как совокупность взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта.

*Цели и задачи группы.* Как правило, групповой психотерапевт прямо не информирует участников группы о групповых целях. Формирование и принятие их членами группы создает основу для терапевтической активности. Определенная направленность действий позволяет участникам группы понять смысл и осознать значение групповых действий, происходящих в группе событий, удовлетворяет индивидуальные потребности участников, особенно при совпадении индивидуальных и групповых целей. Существенной проблемой в начале работы психотерапевтической группы является формирование собственно психотерапевтических целей и преодоление существенного расхождения между общегрупповыми целями и довольно часто обнаруживающимися неконструктивными, антипсихотерапевтическими целями отдельных участников группы. Кратохвил следующим образом формулирует цели психотерапевтической группы: разобраться в проблемах каждого участника; помочь ему понять и изменить собственное состояние; постепенно изменить слабую приспособляемость, достигая адекватной социальной адаптации; предоставлять информацию о закономерностях интерперсональных и групповых процессов как основы для более эффективного и гармоничного общения с людьми; поддерживать процесс развития личности в смысле роста своего собственного личностного и духовного потенциала; устранять болезненные признаки и симптомы.

*Нормы группы* - это совокупность правил и требований,

«стандартов» поведения, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участниками группы. Групповые нормы определяют, что допустимо, что недопустимо, что желательно и что нежелательно, что правильно и что неправильно. Нормы в ходе развития группы могут претерпевать существенные изменения. К психотерапевтическим нормам обычно относят: искреннее проявление эмоций (в том числе по отношению к психотерапевту); открытое изложение своих взглядов и позиций, рассказ о своих проблемах; принятие других и терпимость по отношению к их позициям и взглядам; активность, стремление избегать оценочных суждений и пр.

*Структура группы*, групповые роли и проблемы лидерства. Структура группы является одновременно формальной и неформальной. Неформальная структура складывается гораздо медленнее формальной, поскольку определяется интерперсональным выбором. Разные члены группы занимают различные позиции в иерархии популярности и авторитета, власти и престижа, осознают и исполняют различные роли. Р.Шиндлер описал четыре наиболее часто встречающиеся групповые роли. Альфа - лидер, который импонирует группе, побуждает ее к активности, составляет программу, направляет, придает ей уверенность и решительность. Бета - эксперт, имеющий специальные знания, навыки, способности, которые требуются группе или которые она высоко ценит. Эксперт анализирует, рассматривает ситуацию с разных сторон, его поведение рационально, самокритично, нейтрально и безучастно. Гамма - преимущественно пассивные и легко приспособляющиеся члены группы, старающиеся сохранить свою анонимность, большинство из них отождествляют себя с альфой. Омега - самый «крайний» член группы, который отстает от других по причине неспособности, отличия от остальных или страха. В психотерапевтической группе встречаются также и другие роли: противник, оппозиционер, монополист, монополярный оратор, моралист, мученик, квазипсихотерапевт, любимчик, шут, «козел отпущения», агрессор, провокатор, защитник, нытик, правдолюбец, блюститель демократии и пр. Для невротических пациентов характерны достаточно стереотипные роли. Психотерапевтическая группа предоставляет возможности для их выявления, коррекции и расширения ролевого диапазона и репертуара.

*Групповая сплоченность* понимается как привлекательность группы для ее членов, потребность участия в группе и сотрудничества при решении общих задач, как взаимное тяготение индивидов друг к другу. Групповая сплоченность является необходимым условием действенности и эффективности групповой психотерапии. Она рассматривается также как аналог психотерапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом в процессе индивидуальной психотерапии.

*Групповое напряжение.* Групповое напряжение возникает в связи с

несовпадением ожиданий участников группы с реальной групповой ситуацией, несовпадением их личных устремлений, необходимостью соизмерять свои потребности, желания, позиции, установки с другими членами группы, обращением к болезненным проблемам и переживаниям.

Групповая сплоченность и напряжение выполняют в группе противоположные функции: первая является стабилизирующим фактором (под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и определенную безопасность), а вторая - побуждающим фактором (она ведет к неудовлетворенности и стремлению что-либо изменить). Оптимальный уровень напряжения в группе способствует проявлению и вскрытию групповых и индивидуальных конфликтов и проблем, конфронтации и взаимной критике, предоставляя группе уникальный материал для эффективной работы и собственно психотерапии, что в конечном счете приводит к позитивным изменениям у участников группы. В целом напряжение в группе играет положительную роль, если поддерживается его оптимальный уровень, а также динамическое равновесие между групповым напряжением и групповой сплоченностью.

*Формирование подгрупп* и их влияние на функционирование группы. В группах довольно часто наблюдается тенденция к образованию подгрупп. Подгруппы возникают согласно определенному принципу (возрастному, половому, интеллектуальному и пр.), влияя на деятельность психотерапевтической группы. Негативное воздействие оказывает «закрытость» подгрупп, их нежелание обсуждать со всеми частные проблемы. Образование подгрупп, их цели, нормы, роль в групповом процессе может быть темой продуктивной групповой дискуссии.

*Фазы развития психотерапевтической группы* или фазы групповой психотерапии определяются, прежде всего, изменениями в преобладающих типах взаимодействий и взаимоотношений между участниками группы, а также основным, преобладающим типом групповых интеракций. Специфический фазный характер процесса групповой психотерапии, который обнаруживается на уровне как общегрупповых переменных, так и индивидуально-психологических показателей, признается психотерапевтами-практиками и исследователями групповой психотерапии.

Первая фаза групповой психотерапии представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожидания относительно лечения. Эти установки проявляются в надежде на различного рода направляющие инструкции психотерапевта, пациенты ждут от него указаний, прямого руководства, активных действий. Типичны также приписывание психотерапевту роли учителя, вера в «магию белого халата». Больные говорят о своих симптомах и самочувствии, пытаются обсуждать общие или малозначительные

проблемы. Однако психотерапевт в начале работы психотерапевтической группы ведет себя достаточно пассивно, прямо не организует и не направляет работу группы, ведет себя недирективно, поскольку директивность психотерапевта на начальных этапах будет препятствовать спонтанности пациентов и групповым процессам. Несоответствие поведения психотерапевта ожиданиям пациентов вызывает у последних беспокойство, которое накладывается на индивидуальную тревогу и напряжение, связанные с началом лечения, отрывом от привычной обстановки, страхом перед неизвестной формой лечения, наличием симптоматики (а иногда и ее усилением в этот период), а также с внутриличностными и межличностными проблемами. Все это вместе создает в группе высокий уровень напряжения, что является характерной чертой первой фазы групповой психотерапии. Иногда в этой фазе может наблюдаться период, обозначаемый как псевдосплоченность и представляющий собой псевдотерапевтическую, неконструктивную активность пациентов.

Псевдосплоченность чаще всего реализуется в трех основных вариантах: вариант «мы очень хорошие», вариант «научности», ситуация «козла отпущения».

Вторая фаза групповой психотерапии: начинается борьба за лидерство, место и положение в группе, обостряются внутригрупповые конфликты, четко распределяются роли, растет сопротивление. Важной составляющей этой фазы является наличие у пациентов агрессивных чувств к психотерапевту. Главными темами для обсуждения в группе в этот период должны быть чувства, которые испытывают пациенты к психотерапевту, следствием чего должно быть их открытое выражение, обсуждение актуальной ситуации в группе, сопоставление взглядов и позиций ее участников, в частности, касающихся ожиданий пациентов и перспектив дальнейшего функционирования группы. Помочь выйти из этой ситуации и конструктивно ее разрешить может только открытая конфронтация группы с психотерапевтом, а по сути - со своими собственными чувствами, так как открытое выражение чувств в отношении психотерапевта, с одной стороны, является предпосылкой для развития истинной сплоченности, а с другой - уже в этот период создает благоприятные условия для вскрытия и анализа многих значимых для пациентов проблем, таких как поиск поддержки, зависимость и самостоятельность, подчинение и доминирование, ответственность, соперничество, взаимоотношения с авторитетами (в том числе, и с родителями), атрибутирование негативных эмоций и т. д. От степени интенсивности этой фазы и конструктивности ее переработки во многом зависит дальнейший психотерапевтический потенциал группы. Недостаточная проработанность этой фазы, а тем более ее игнорирование существенно влияют на ход группового процесса и периодически могут

блокировать групповую активность, проявляясь на более поздних этапах функционирования группы, особенно при возникновении новых, более сложных и напряженных проблем. Завершением этого периода считают открытое выражение чувств в отношении психотерапевта и анализ их причин. В литературе эта фаза обозначается как «фаза растормаживания агрессивности», «фаза борьбы», «фаза конфликта между членами группы и формальным лидером», «фаза бунта против психотерапевта».

Третья фаза групповой психотерапии характеризуется процессом структурирования группы, консолидацией ее норм, целей и ценностей. Проявляются активность, самостоятельность и ответственность каждого члена группы за себя самого, других участников и группы в целом. Формируется групповая сплоченность - важнейшее условие эффективности психотерапевтической группы. Совместная деятельность по разрешению кризисной ситуации, в которой большинство пациентов испытывали похожие чувства и которую решали сходным путем все вместе, совместная выработка групповых норм делают для пациентов более естественным процесс принятия групповой культуры. Таким образом, у больного развивается чувство принадлежности к группе, ответственность за ее работу. В ответ пациент получает признание группы, что оказывает положительное влияние на степень самоуважения и принятия пациентом самого себя. В свою очередь, это повышает привлекательность группы для каждого отдельного участника и способствует дальнейшему развитию групповой сплоченности. В литературе эта фаза называется «фазой развития сплоченности», «фазой развития сотрудничества», «фазой выработки групповых норм», «фазой взаимного распределения функций».

Четвертая фаза групповой психотерапии представляет собой фазу активно работающей группы. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, заинтересованность участников, эмоциональная поддержка, искренность, чувство безопасности, спонтанность создают возможности для развития процесса, направленного на решение собственно психотерапевтических задач. Для этого периода характерно принятие решения и использование приобретенного опыта и вне клинических ситуаций. В литературе эту фазу обозначают как «рабочую фазу», «фазу целенаправленной деятельности», «фазу изменения установок и отношений», «фазу выработки новых ценностей». В зависимости от специфики конкретной группы указанные фазы могут иметь различную продолжительность, однако в целом первые три фазы занимают обычно от 20 до 30 % времени работы психотерапевтической группы.

**Методы групповой психотерапии.** К основным методам групповой психотерапии традиционно относят групповую дискуссию, психодраму, психогимнастику, проективный рисунок и музыкотерапию. Каждый из указанных методов может использоваться в психотерапии и как

самостоятельный метод. Однако в данном случае речь идет о комплексе методов, применяемых в работе психотерапевтической группы. Все методы групповой психотерапии условно подразделяют на основные и вспомогательные, вербальные и невербальные. Основным методом групповой психотерапии является групповая дискуссия, остальные рассматриваются в качестве вспомогательных. К вербальным методам относят групповую дискуссию и психодраму, к невербальным - психогимнастику, проективный рисунок и музыкотерапию. Вербальные методы базируются на вербальной коммуникации, направлены преимущественно на анализ вербального материала. Невербальные методы опираются на невербальную активность, невербальную коммуникацию и концентрируются на анализе невербальной продукции.

*Групповая дискуссия.* Как уже указывалось, групповая дискуссия является основным, опорным методом психотерапии. Наряду с этим термином употребляются такие понятия, как свободная дискуссия, спонтанная дискуссия, неструктурированная дискуссия и пр. Все эти названия подчеркивают спонтанный, жестко не структурированный характер ведения группы, недирективность поведения психотерапевта. Что же является предметом групповой дискуссии? Обычно в качестве ее предмета выделяют обсуждение биографии пациента, определенной темы и межличностного взаимодействия в группе (интеракций). Таким образом, определяется три основных типа ориентации групповой дискуссии: биографическая, тематическая и интеракционная. В разных направлениях групповой психотерапии эти ориентации имеют различный удельный вес.

Можно выделить опорные точки групповой дискуссии, ее основные содержательные моменты: знакомство членов группы; обсуждение ожиданий пациентов, их страхов и опасений, их переживаний в связи с началом работы группы и взаимодействия с другими ее участниками; переживание и обсуждение группового напряжения, связанного с рассогласованием между ожиданиями пациентов и групповой реальностью, поведением психотерапевта и тем, что происходит в группе; нарастание сопротивления и агрессии в отношении психотерапевта, соотнесение этих переживаний с прошлым жизненным опытом, вскрытие истинных чувств к психотерапевту, их осознание, понимание их причин и переработка, создание групповых норм в отношении психотерапевта; вскрытие проблем, связанных с самостоятельностью, ответственностью и активностью, отношения к авторитетам; формирование адекватного отношения к болезни и лечению, активной мотивации к участию в работе группы; выработка психотерапевтических групповых норм и групповой культуры, принятие ее участниками группы; доминирование интеракционной проблематики, анализ групповой динамики с выходом на проблематику отдельных пациентов - собственно «рабочая фаза» групповой психотерапии, в ходе которой решаются ее основные задачи

(коррекция отношений и установок неадекватных реакций и форм поведения, закрепление и генерализация позитивных изменений), обсуждение результатов лечения, подведение итогов.

*Психодрама* может рассматриваться как метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой пациента. Психодрама как лечебный психотерапевтический метод была разработана Морено на основе театрального эксперимента, «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творчества в «театре жизни». Внутрличностные и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанного театра», послужили основой для дальнейшего развития психодрамы как лечебного метода. Я. Морено исходил из того, что человек обладает естественной способностью к игре и, используя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работая над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирование нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Классическая процедура психодрамы предполагает наличие следующих участников: протагонист, терапевт, помощники терапевта, зрители. Протагонист - это пациент (субъект), главный исполнитель, представляющий свои проблемы, терапевт (режиссер, дирижер, фасилитатор) - организатор ролевой игры, помогающий пациенту исследовать свои проблемы. Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовки протагониста и всей группы к ролевой игре («разогрев»), выявлении проблем и переживаний пациента, комментировании, включении по ходу дела вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа и интерпретации происходящего. Помощники терапевта - котерапевт и пациенты, исполняющие в психодраме вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта. Эта категория участников также обозначается как «вспомогательные Я». «Вспомогательные Я» могут олицетворять

значимых для протагониста людей или части его собственного Я. Выделяют несколько основных функций «вспомогательных Я»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замысла, помочь понять, как протагонист воспринимает отношения с другими персонажами действия; сделать видимыми неосознаваемые протагонистом отношения; направлять протагониста в решении проблем и конфликтов; помочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни. Зрители - это остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения. Важно иметь в виду, что это обсуждение касается не только протагониста, но и всех участников группы, тех переживаний, мыслей, воспоминаний и ассоциаций, которые возникли у них по ходу действия относительно самих себя. Еще одним участником психодрамы является сцена - жизненное пространство, место, где разворачивается психодраматическое действие.

Процесс психодрамы включает три основные фазы: инициальную или подготовительную (фаза «разогрева»), собственно психодраматическое действие; обсуждение (предоставление протагонисту обратной связи и эмоциональный обмен). В инициальной фазе происходит выбор протагониста, получение диагностического материала (информации о протагонисте и ситуации), предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протагонистом, подготовка протагониста и других участников, организация пространства и самого психодраматического действия. В этой фазе используются вспомогательные приемы: дискуссия, «живые скульптуры», импровизация, разыгрывание не относящихся лично ни к кому ситуаций (сказок, фантастических ситуаций и пр.). Вторая фаза - разыгрывание ролевой ситуации или психодраматического действия. В ходе его пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы также помогает целый ряд приемов - «зеркало», «двойники», «другие Я», монолог, диалог, «построение будущего», «проба реальности» и др. Третья фаза - фаза обсуждения или интеграции - является завершающей. На этой фазе группа (и вспомогательные персонажи и зрители) предоставляет протагонисту обратную связь двух видов: ролевую и идентификационную. Ролевая обратная связь - это обратная связь «из роли». Ее предоставляют те участники группы, которые играли вспомогательные роли, они говорят о своих переживаниях и состояниях, которые возникали в процессе психодраматического взаимодействия с протагонистом, то есть о том, что они чувствовали, будучи в роли значимых для протагониста людей. Такая ролевая обратная связь помогает протагонисту понять, что чувствуют окружающие его люди, как они воспринимают и как реагируют на его поведение, что им нравится, а что не нравится, что вызывает напряжение, раздражение, агрессию и другие

эмоции, какие ответные действия им хотелось бы совершить. Идентификационная обратная связь предполагает, что в процессе наблюдения за психодраматическим действием участники группы, не принимавшие в нем непосредственно участия, не оставались пассивными наблюдателями, а активно переживали происходящее. Поэтому ведущий стимулирует участников группы зрителей говорить о своих впечатлениях, собственных переживаниях, ассоциациях, мыслях, воспоминаниях, которые возникали у них во время разыгрывания ролевой ситуации. Идентификационная обратная связь демонстрирует пациенту, что другие участники группы не были безразличны к его проблемам, были активно включены, сопереживали ему, что они имеют сходные проблемы и переживания, стимулирует членов группы к работе над собственными проблемами, не оставляет их только пассивными зрителями происходящего. Иногда обсуждение включает также и содержательный анализ, и интерпретацию психодраматического действия. Однако при качественной ролевой и идентификационной обратной связи это оказывается ненужным.

В ходе групповой психотерапии психодрама наиболее эффективно может быть использована в комбинации с другими методами: групповой дискуссией, психогимнастикой и др. Психодраматическому разыгрыванию может быть посвящено отдельное занятие группы, однако чаще всего психодрама естественным образом входит в процесс групповой дискуссии, например, пациент на групповой дискуссии рассказывает о своих семейных конфликтах и связанных с этим собственных переживаниях и проблемах. Следует отметить, что истинная суть этих конфликтов, как правило, пациентом не осознается и является трудновербализуемой. В таком случае пациенту можно предложить разыграть эту ситуацию психодраматически, выбрав из участников группы вспомогательных персонажей, которые будут играть членов его семьи - участников конфликта. Иногда в процессе разыгрывания ролевой ситуации вскрываются новые аспекты, например, связь этого семейного конфликта с отношениями, которые были у пациента в его родительской семье. Тогда по ходу дела психодрама может быть перенесена в прошлое, то есть пациент сможет разыграть какую-либо вспомнившуюся ему в связи с этим ситуацию в своей родительской семье.

*Психогимнастика* относится к невербальным методам групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии. Психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движения, мимики, пантомимы. Метод позволяет пациентам проявлять себя и общаться без помощи слов. Психогимнастическое занятие включает три части: подготовительную, пантомимическую и заключительную, которые имеют относительно самостоятельные задачи и собственные методические

приемы. Задачами подготовительной части являются уменьшение напряжения у участников группы, снятие страхов и запретов, развитие внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и двигательной активности других людей, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, формирование и развитие способности выразить свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы, невербально - без помощи слов, а также понимать невербальное поведение других людей. К упражнениям, направленным на развитие внимания и чувствительности к невербальному поведению, относятся «гимнастика с запаздыванием», передача ритма, движения или предмета по кругу и пр. Уменьшению напряжения у участников группы могут способствовать такие упражнения, как мотивированная ходьба или бег, подвижные игры, двигательные импровизации. Для преодоления эмоциональной дистанции между участниками группы используются упражнения, предполагающие непосредственный физический контакт, парное взаимодействие, уменьшение пространственной дистанции, различные двигательные упражнения, выполняемые в кругу: «встреча на мосту», «передача чувства по кругу», успокоить обиженного, войти в круг или выйти из него, обратить на себя внимание группы и пр. На развитие способности самовыражения на невербальном уровне и понимания невербального поведения других людей направлены такие упражнения, как «разговор через толстое стекло», различные модификации упражнения «зеркало», изображение тех или иных эмоциональных состояний, распознавание по невербальному поведению эмоционального состояния других людей и пр. Все перечисленные упражнения составляют подготовительную часть, хотя на более поздних стадиях развития группы могут нести и более важную содержательную нагрузку. В начале работы группы подготовительной части может отводиться больше половины всего времени занятия, а иногда и все занятие, поскольку напряжение, тревога, страх перед неформальными контактами и непривычной ситуацией усиливаются и необходимы упражнения, направленные на преодоление именно этих явлений. В таком случае меньше времени выделяется на обсуждение того, что происходило в группе, и зачастую в этот период на психогимнастике ограничиваются только самым общим обменом впечатлений.

Пантомимическая часть психогимнастики является наиболее важной, и в зрелой психотерапевтической группе занимает большую часть психогимнастического занятия. Пациентам предлагаются темы, которые они разыгрывают без помощи слов. Темы могут быть предложены и психотерапевтом, и самими участниками группы. Содержание тем для пантомимы не ограничено и может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы одновременно и группы в целом, то есть касаться межличностного взаимодействия в группе. Чаще всего в пантомимической части

используются следующие задания: разыгрывание ситуаций, связанных с какими-либо эмоциональными трудностями, характерными для многих людей (ситуации просьбы, обвинения, требования, ссоры, опоздания и т.д.), темы, относящиеся к проблемам конкретных пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я и моя семья, я среди людей, моя болезнь и пр.); темы, отражающие общечеловеческие проблемы и конфликты, которые могут быть представлены в символическом виде (преодоление трудностей, «запретный плод», «перекресток», болезнь, здоровье, счастье, тревога и пр.), темы, связанные с межличностным взаимодействием в группе (отношения с членами группы, групповой портрет или скульптура, воображаемые или даже фантастические ситуации, в которые попадает группа, и пр.). В ходе пантомимы широко используются вспомогательные приемы типа «двойников» или «зеркал». Суть их состоит в предоставлении пациенту невербальной обратной связи, что позволяет увидеть себя глазами других (если члены группы повторяют невербальное поведение играющего пациента), и получить информацию о возможных вариантах (когда другие пациенты предлагают свои способы невербального поведения для только что представленной ситуации). После выполнения каждого пантомимического задания группа обсуждает увиденное. Прежде всего, идет эмоциональный обмен, то есть рассказ о собственных переживаниях, возникших в процессе того, как пациенты выполняли задания или наблюдали за невербальным поведением других людей, обмен собственными ассоциациями, воспоминаниями, опытом; предлагается собственное понимание ситуации, анализируются взаимоотношения и взаимодействия участников группы. Материал, получаемый в ходе выполнения пантомимических заданий, может быть конструктивно использован в дальнейшем в ходе групповой дискуссии.

Заключительная часть психогимнастики должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы или последующего обсуждения, и сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятия, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности в себе и в группе. Здесь могут быть использованы упражнения из подготовительной части, которые позволяют пациентам пережить чувство общности с группой. Психогимнастика, как правило, в процессе групповой психотерапии проводится как отдельное занятие. Однако в некоторых случаях в начале групповой дискуссии или по ее ходу психотерапевт при необходимости может предложить группе некоторые отдельные психогимнастические задания.

*Проективный рисунок.* Основная задача проективного рисунка состоит в получении дополнительной информации о проблемах отдельных пациентов или группы в целом. Так же как психодрама и психогимнастика, проективный рисунок способствует выявлению и осознанию

трудновербализуемых проблем и переживаний пациентов. Занятие строится обычно следующим образом: каждый пациент получает лист бумаги, цветные мелки (можно использовать также цветные карандаши и краски) и рисует на заданную тему. Для проективного рисунка качество не имеет существенного значения. Темы, предлагаемые для рисования, могут быть самыми разнообразными и касаться как индивидуальных проблем отдельных пациентов, так и общегрупповых проблем. Темы для рисунка обычно охватывают три основные сферы: 1) прошлое, настоящее и будущее пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей, моя семья, моя работа, мое самое приятное или неприятное воспоминание и др.); 2) общие понятия, отражающие определенные ценности и явления (любовь, ненависть, болезнь, страх, здоровье, зависимость, ответственность и др.); 3) отношения в группе (я глазами группы, мое положение в группе, наша группа и пр.). Используются также свободные темы (каждый член группы рисует то, что он хочет) или совместное рисование (вся группа на одном большом листе бумаги рисует, например, портрет группы).

На рисование обычно отводится 30 мин. После этого группа переходит к обсуждению рисунков каждого пациента. Обсуждение проективного рисунка начинается с высказываний членов группы о том, как им кажется, что хотел изобразить автор рисунка и какие чувства этот рисунок вызывает; как они понимают его замысел, то, что он хотел выразить. Затем автор рисунка говорит о собственном замысле и своем понимании. Особый интерес представляет расхождение в понимании и интерпретации членов группы и рисовавшего, которые обусловлены как наличием в рисунке элементов, смысл которых автором не осознается, так и проекциями проблем других участников группы. При интерпретации проективного рисунка обращается внимание на содержание рисунка, способы выражения, цвет, форму, композицию, размеры, повторяющиеся в рисунках конкретного пациента специфические особенности. В проективном рисунке находят отражение непосредственное восприятие пациентом той или иной ситуации, различные переживания, часто неосознаваемые и невербализуемые. При совместном рисовании дискуссия дополняется обсуждением участия каждого члена группы в групповой деятельности, характера его вклада в общую работу и особенностей взаимодействия членов группы в процессе совместной деятельности. Проективный рисунок может проводиться в качестве отдельного занятия, но иногда оказывается полезным в начале групповой дискуссии.

*Музыкотерапия* - это психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства. Рассматривая основные направления лечебного действия музыки, обычно выделяют 4 следующих аспекта: 1) эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; 2) развитие навыков межличностного общения -

коммуникативных функций и способностей; 3) регулирующее влияние на психовегетативные процессы; 4) развитие эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия музыкотерапии указывают: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение осознания собственных переживаний, конфронтацию с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

Чаще всего в практике используется рецептивная музыкотерапия с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациенты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, фантазии. На одном занятии прослушивается, как правило, три произведения или более законченных музыкальных отрывка (каждый по 10-15 мин). Программы музыкальных произведений строятся на основе постепенного изменения настроения, динамики с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение должно формировать определенную атмосферу для всего занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вводить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся скорее расслабляющим, релаксирующим действием. Второе произведение динамичное, драматическое, напряженное, оно несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни пациентов. После его прослушивания в группе уделяется больше времени для обсуждения переживаний, воспоминаний, мыслей, ассоциаций у пациентов. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть спокойным, релаксирующим, либо энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии.

В процессе групповой психотерапии активность пациентов может стимулироваться с помощью различных дополнительных заданий, например, постараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки подобрать собственный «музыкальный портрет», то есть произведение, отражающее собственное эмоциональное состояние, и пр. При групповой психотерапии используется и активный вариант музыкотерапии. Для этого необходим набор простейших музыкальных инструментов или даже предметов, издающих звуки. Пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помощью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной музыкотерапии может рассматриваться хоровое пение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом или участниками группы (вместе или индивидуально) также имеет лечебный

эффект, способствуя созданию доверительной теплой атмосферы.

*Руководство психотерапевтической группой.* С точки зрения реализации целей и задач групповой психотерапии главной фигурой психотерапевтического процесса является групповой психотерапевт. Он привносит в этот процесс свои индивидуальные черты, обусловленные его теоретической ориентацией, применяемыми психотерапевтическими техниками, опытом, а также собственными личностными особенностями. Все эти факторы, связанные с индивидуальностью психотерапевта, оказывают влияние на групповой процесс и результаты лечения. В литературе дискутируется проблема соотношения профессиональных навыков и личностных особенностей группового психотерапевта, хотя при этом подчеркивается их взаимосвязь, поскольку уровень профессиональных навыков во многом определяется личностными особенностями психотерапевта, а они, в свою очередь, в значительной степени обуславливают выбор терапевтических техник. Среди личностных характеристик группового психотерапевта, традиционно рассматриваемых в качестве факторов, способствующих эффективности групповой психотерапии, чаще всего указывают следующие: открытая позиция психотерапевта в отношении пациентов, умение воспринимать отличные от своих взгляды, позиции, убеждения и суждения, отсутствие оценочного подхода, гибкость, терпимость, эмпатичность, аутентичность, уважение к другому, желание помочь, сердечность, умение создать доброжелательную и безопасную атмосферу в группе и ряд других.

Термин «руководство психотерапевтической группой» предполагает анализ поведения группового психотерапевта. При систематизации возможных типов поведения групповых психотерапевтов используются категории: «роль», «ориентация», «терапевтический стиль». Понятие «роль» в данном случае сводится к положению, которое занимает психотерапевт в структуре группы. Ялом выделяет две основные роли группового психотерапевта: технический эксперт и эталонный участник. В качестве эксперта психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения психотерапевтических целей, в нужный момент применяет соответствующие необходимые методы. Как эталонный участник он преследует двойную цель: демонстрация желательных образцов поведения и ускорение процесса социального научения. Отказываясь от главенствующего положения в группе, он тем самым ускоряет достижение ею независимости и сплоченности. С. Кратохвил выделяет пять основных ролей группового психотерапевта: «активный лидер (руководитель)», «аналитик», «комментатор», «посредник», «истинный член группы».

Либерман выделил 4 основных психотерапевтических стиля: эмоциональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнительская функция. *Эмоциональная стимуляция* предполагает, что

руководитель группы особо подчеркивает проявление различных чувств, конфронтацию различных участников группы, их мнений и позиций. Он участвует в происходящем как равноправный член группы, побуждая и стимулируя остальных участников группы. *Опека* отмечается таким стилем поведения психотерапевта, при котором он окружает членов группы вниманием, обеспечивает обратную связь и эмоциональную поддержку, открыто выражает теплоту и заботу о пациентах. *При познавательной ориентации* психотерапевт обозначает события в группе соответствующими понятиями, объясняет смысл поведения всей группы и отдельных ее участников, интерпретирует происходящее в группе и переживания отдельных пациентов. *Исполнительная функция* означает, что психотерапевт устанавливает правила, определяет нормы, цели и направление деятельности, побуждает или прерывает активность, сосредоточивает внимание на поведении группы и ее членов, использует собственное положение в группе для достижения ее целей.

В самом общем виде основные задачи группового психотерапевта могут быть сформулированы следующим образом: 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения, эмоциональных реакций, обсуждению предложенных тем, предоставлению информации и обратной связи, анализу групповых ситуаций и проблем отдельных пациентов и пр.; 2) создание в группе атмосферы взаимного принятия, доверия, доброжелательности, безопасности, взаимопомощи, способствующей самораскрытию пациентов; 3) разработка и поддержание психотерапевтических ценных групповых норм, гибкость в выборе директивных или недирективных техник. При этом часто подчеркивается, что лучших результатов в психотерапии достигают психотерапевты, которые в большей степени ориентированы на опеку и эмоциональную поддержку, а затем уже на стимулирование и руководство.

## 4. ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

### 4.1. Психодинамическая модель психотерапии

#### Основные теоретические позиции

Психодинамическая терапия – это различные формы терапии, базирующиеся на основных положениях психоаналитического учения и акцентирующие внимание на влиянии прошлого опыта (психотравм, аффектов, фантазий, поступков и т. п.), формировании определенной манеры поведения (психологических защит, искажений восприятия партнеров по общению, межличностному взаимодействию), которая приобрела повторяемость и, таким образом, воздействует на актуальное физическое, социальное и психическое благополучие человека.

Обычно выделяют несколько этапов истории психоанализа, не вполне четко очерченных хронологически, но достаточно ясно различающихся по своим исследовательским интересам, теориям, терапевтическим целям и техникам.

**Период формирования психоанализа** (1880-1896 гг.) связан с завершением Фрейдом обучения на медицинском факультете Венского университета, работой в физиологической лаборатории Э. Брюкке и Т.Мейнерта, стажировкой в клиниках Ж.-М. Шарко и И. Бернгейма, дружбой с Й. Брейером и В. Флиссом, а также ранними работами в области гистологии, анатомии и неврологии.

Случай Анны О. – истерический невроз – теория травмы.

Исходя из результатов клинических наблюдений, авторы объясняли истерический невроз **теорией травмы**.<sup>1</sup> Согласно этой теории, невроз рассматривается как следствие травматических переживаний - соблазнения, насилия, психологической депривации, которые не были утилизированы обычным способом, т. е. посредством «сознательных рефлексов» или постепенного «уничтожения». Вместо этого аффекты и/или связанные с ними воспоминания отделились (диссоциировались) от сознания, в то же время стремясь тем или иным путем (в том числе и в виде психопатологических симптомов) вернуться в него. Таким образом, «истерик страдает от воспоминаний».

Психотерапия, основанная на этой модели, заключалась в работе по возвращению «забытого» в сознание с одновременной разрядкой «заряда аффекта» в форме **катарсиса** (специализированного «очищающего» переживания патогенных аффектов) или **абреакции** (спонтанного эмоционального отреагирования).

---

<sup>1</sup>

«Травма» в дословном переводе с греческого означает «рана», «повреждение», «результат насилия».

Рассматривая проблему возвращения «забытого» в сознание пациента, З.Фрейд сформулировал фундаментальное положение о том, что пациенты активно сопротивляются воспоминаниям болезненных переживаний и событий, которые целенаправленно вытесняются из сознания, в отличие от простого забывания незначительных событий. Этот защитный процесс он назвал **вытеснением**, считая, что с его помощью сознание оберегает себя от возможной перегрузки неприятными или угрожающими чувствами и переживаниями. Принятие подобного положения привело к введению еще одного психодинамического понятия - **интрапсихического конфликта**, под которым понимается противоречивость требований внутри субъекта.

В дальнейшем З. Фрейд пришел к выводу, что описанный им процесс диссоциации присущ не только психоневрозам, но имеет место у любого человека в виде оговорок, описок, ошибочных действий и т. п., чему он посвятил свою работу «Психопатология обыденной жизни».

Развивая идеи психической травматизации, З. Фрейд сформулировал основные идеи **теории соблазнения**. Он выдвинул предположение, что истерический невроз и невроз навязчивых состояний являются следствием сексуального соращения, действительно имевшего место в детстве (преимущественно раннем) и чаще всего совершенного отцом. Основанием для подобного утверждения послужило клиническое открытие того, что в ходе лечения пациенты порой вспоминали об опыте сексуального обольщения - живых сцехах, в которых инициатива принадлежала другому человеку (в большинстве случаев взрослому), а содержание менялось от простых словесных намеков или жестов до более или менее явных случаев сексуального соращения, вызывающих испуг, но пассивно претерпеваемых субъектом.

В упрощенном виде эта теория предполагала, что травма возникает на двух этапах, отделенных друг от друга периодом полового созревания. Первый этап, или этап соблазнения в собственном смысле слова, характеризовался З. Фрейдом как «досексуальное событие» сексуальной жизни, обусловленное факторами, внешними по отношению к субъекту, который еще не способен испытывать сексуальные эмоции в связи с отсутствием соматических условий возбуждения и невозможностью освоить этот опыт. Соответственно момент соблазнения не подвергается вытеснению. Лишь на втором этапе другое событие (не обязательно имеющее собственно сексуальное значение) ассоциативно вызывает в памяти первое событие. Из-за прилива эндогенных возбуждений воспоминание подвергается вытеснению.

На **втором этапе** развития психоанализа (1896-1923 гг.) происходит постепенный переход от теории травмы к **теории инстинктов или влечений**, т. е. к изучению бессознательных желаний и побуждений, а также того, как последние проявляются внешне. Это был период, в ходе

которого возникли основные подходы в понимании функционирования психики: динамический, топографический, энергетический и структурный. Большинство клинических понятий, которые используются в психодинамической терапии, также были первоначально разработаны именно на втором этапе развития психоанализа.

1. **Структурно-динамический подход** рассматривает психику как местонахождение взаимодействующих или противоборствующих сил;

2. **Топографический (систематический) подход** - рассматривает психику как нечто, состоящее из различных систем с разными функциями и характеристиками;

### **Анализ сновидений**

3. Фрейд считал, что сновидения имеют психологический смысл, постичь который можно с помощью **интерпретации (толкования)** - специальной процедуры, придающей сновидениям (либо симптомам или цепочкам свободных ассоциаций) какое-либо значение, расширяющее и углубляющее то значение, которое им придает сам пациент. Интерпретация нацелена на преодоление психологической защиты, выявление актуального интрапсихического конфликта и обнаружение изначального желания. Согласно исходным формулировкам, сновидение включает в себя: а) **явное (манифестное) содержание**, т. е. сновидение в том виде, как его переживают, рассказывают или помнят и б) **скрытое (латентное) содержание**, которое раскрывается путем интерпретации. Фрейд также полагал, что существует **работа сновидения**, переводящая скрытое содержание в явное, и, следовательно, интерпретация сновидения представляет собой процесс, обратный работе сновидения.

Фрейд утверждал, что все сновидения являются результатом исполнения желаний. С этой точки зрения скрытое содержание - это желание, которое исполняется во сне в галлюцинаторной форме, причем необходимость его перевода в явное содержание диктуется двумя факторами: 1) физиологическими условиями сна, которые делают сновидение в основном визуальным, а не вербальным процессом, и 2) тем, что желание неприемлемо для бодрствующего Эго. Характеризуя второй фактор, Фрейд вводит понятие **цензора (цензуры)** - психической инстанции запрета, ответственной за недопущение в предсознание и сознание бессознательных желаний и возникших на их основе образований и соответственно деформацию сновидений. Таким образом, функция сновидений заключается в сохранении сна путем представления бессознательных желаний как исполненных. **Кошмары и тревожные сны** составляют неудачи в работе сновидений, а **травматические сновидения** (в которых просто повторяется пережитая травма) являются исключением из теории.

Фрейд утверждал, что **материалом сновидений** выступают телесные раздражения (например, голод, жажда и т. п.), остатки дневных впечатлений (события предыдущего дня, прямо или ассоциативно связанные с бессознательными желаниями, исполняемыми во сне) и давние воспоминания. **Механизмами работы сновидений** (как и формирования симптомов) являются конденсация, смещение, драматизация, символизация, интерпретация.

**Конденсация (сгущение)** - процесс, посредством которого два (или более) образа объединяются (или могут быть объединены) так, чтобы образовать составной образ, наделенный смыслом и энергией, полученными от обоих. Он может осуществляться по-разному: иногда из множества **элементов сновидений** сохраняется лишь один элемент (тема, персонаж и т. п.), многократно встречающийся в различных скрытых содержаниях («ядро»); иногда различные элементы складываются во внутренне разнородную совокупность (например, персонаж, составленный из черт разных людей); иногда соединение различных образов может приводить к затушевыванию различий и усилению общих черт.

**Смещение** - процесс, посредством которого энергия перемещается с одного образа на другой. Так, например, в сновидениях один образ может символизировать другой.

**Драматизация (учет образности)** - процесс отбора и преобразования сновидных мыслей в образы, прежде всего зрительные. Так, например, абстрактное понятие «унижение» может быть образно представлено как уменьшение в размерах или падение на нижнюю ступень лестницы.

**Символизация** - процесс косвенного, образного представления бессознательного желания или конфликта за счет использования устойчивых отношений между символом и символизируемым бессознательным содержанием, наблюдаемых не только у отдельного человека, но и в самых различных областях (миф, религия, фольклор, язык и т. п.). Считается, что в сновидениях детей этот механизм используется реже, чем у взрослых, поскольку детские желания искажаются меньше или не искажаются совсем. Хотя психоанализ открыл множество символов, общая область символизируемого весьма ограничена: тело, родители и кровные родственники, рождение, смерть, нагота и особенно сексуальность (половые органы, сексуальный акт и т. п.).

**Интерпретация (вторичная обработка)** - процесс переделки сновидения с целью представить его в виде более или менее связного сценария. Этот процесс вступает в действие при обработке продуктов, полученных в результате действия других механизмов, и осуществляется главным образом в состоянии, близком к бодрствованию, особенно когда пациент рассказывает о своем сновидении. Зачастую вторичная обработка использует уже сложившиеся сновидения.

Все эти процессы З. Фрейд назвал первичными процессами, противопоставив их вторичным процессам. В **первичных процессах** энергия свободно перемещается, при этом игнорируются законы пространства и времени, они управляются **принципом удовольствия** - т. е. принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем галлюцинаторного исполнения желания. Идея принципа удовольствия (первоначально представленного как принцип неудовольствия) основывалась на уже знакомой нам гипотезе принципа постоянства возбуждения (гомеостаза), согласно которой «психический аппарат стремится поддерживать имеющееся в нем количество возбуждения на возможно более низком уровне и устойчивом уровне» (Ж.Лапланш, Ж.-Б. Понталис). **Вторичные процессы** подчиняются правилам формальной логики, используют связанную энергию и управляются **принципом реальности** - принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем адаптивного поведения. Говоря о содержании, функциях и механизмах сновидений, З.Фрейд различал сознание и бессознательное. Он писал: «Толкование сновидений - это королевская дорога к познанию бессознательной активности мозга». При этом понятие **бессознательное** З.Фрейд употреблял в нескольких значениях: во-первых, для обозначения совокупности содержаний, не присутствующих в актуальном поле сознания, во-вторых, как систему, состоящую из содержаний, не допущенных в предсознание и сознание в результате вытеснения.

### **Топографическая модель психики**

Представление о системах бессознательного, предсознания и сознания получило название **первой топки (топографической модели)**.

Согласно этой топике, основные черты бессознательного сводятся к следующему:

1) содержания бессознательного являются репрезентаторами влечений, т. е. элементами или процессами, в которых выражаются влечения, эти содержания управляются особыми механизмами первичных процессов;

2) содержания бессознательного, сильно нагруженные энергией, стремятся вернуться в сознание и проявиться в поведении, однако они способны найти доступ к системе предсознание-сознание лишь в результате **компромиссов (психических образований, представляющих обе стороны конфликта), будучи искаженными цензурой;**

3) фиксации в бессознательное чаще всего подвергаются детские желания.

**Предсознание** содержит в себе материал, не входящий в актуальное поле сознания и поэтому являющийся бессознательным в первом значении

этого понятия (например, неактуализированные знания и воспоминания). При этом он отличается от содержаний системы бессознательного тем, что остается доступным сознанию и управляется вторичным процессом. Кроме того, он отделен от бессознательного цензурой, которая допускает бессознательные содержания и процессы в предсознание лишь в преобразованном виде.

**Сознание (или система «Восприятие-Сознание»)** находится на периферии психического аппарата и принимает информацию одновременно из внешнего и внутреннего мира. В отличие от бессознательного и предсознания сознание не имеет никакой памяти, или, точнее, **мнестические следы** остаются в ней ненадолго. С точки зрения экономического подхода сознание отличается тем, что располагает свободно перемещающейся энергией и может нагружать ею тот или иной элемент (таким образом психоанализ объяснял механизм внимания). Кроме того, З. Фрейд считал, что сознание играет важную роль как в динамике конфликтов (сознательное избегание неприятного и более тонкое регулирование принципа удовольствия), так и в динамике терапии (границы и функции осознания).

З. Фрейд также предполагал, что между этими системами пролегают границы, которые при определенных условиях могут быть полупроницаемыми или полностью проницаемыми. Степень этой проницаемости определяется цензурой, определенным образом трансформирующей динамический материал. Заметим, что топографическая модель вполне согласуется с современными данными психологии памяти и восприятия, а также с моделью реактивного возбуждения в теории научения и поведенческой терапии.

### **Теория психосексуального развития**

З. Фрейд постулировал ряд последовательных либидных стадий и фаз, сфокусированных на различных участках тела (**эрогенных зонах**), через которые проходит индивид, начиная с младенчества. Он считал, что эти фазы синхронны параллельной серии фаз развития Эго.

Начало сексуальной жизни характеризуется двумя фазами, отличающимися ролью, которую играют эрогенные зоны (доминирующая или недоминирующая). Первая, или **прегенитальная, фаза** сексуального развития представляет собой динамический процесс, кульминационный момент которого приходится на конец пятого года жизни. Затем следует латентный период, после чего с момента возрождения сексуального импульса в период половой зрелости начинается вторая, или **генитальная, фаза**. В прегенитальной фазе обычно выделяют три отдельные стадии сексуального формирования (**до- или преэдиповы**), через которые индивиды обоих полов проходят одинаково.

Наиболее примитивная, **оральная стадия** надления либидо понимается как диффузное распространение энергии влечений по всему телу (внутри и по кожной поверхности), постепенно фокусирующееся возле ротовой области. Оральная стадия связана со ртом как с первичным органом удовольствия, через который младенец осуществляет контакт со своим первым объектом желаний - материнской грудью. Когда грудь отнимается или является недоступной, он прибегает к суррогату (например, пытаясь удовлетвориться сосанием пальца или какого-то другого предмета). Этот интерес к области рта, никогда полностью не исчезающий, заметен в удовольствии, которое взрослые получают при курении, еде, поцелуях и оральных формах секса. Оральную стадию частично перекрывает и сменяет **анальная стадия**. С этой стадией связаны такие черты характера, как аккуратность, бережливость и упрямство (в совокупности определяющие так называемый «**анальный характер**»).

В конце третьего года сексуальный интерес смещается на генитальный аппарат (фаллос у мальчиков и клитор у девочек) и наступает **фаллическая стадия**. Именно в это время мужское и женское сексуальное развитие становятся дифференцированными.

**Период сексуальной латентности** начинается примерно в шестилетнем возрасте (возможно, у девочек несколько позже) и заканчивается к началу периода менархе и половой зрелости. **Генитальная фаза**, которая начинается в период менархе или в период половой зрелости, предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам. Если предшествующее сексуальное развитие индивида было адекватным, он готов к установлению гетеросексуальных половых отношений.

На **третьем этапе развития психоанализа** (1923-1939 гг.) была разработана структурная модель психического функционирования. В ней психоаналитики переместили свой интерес с *содержания* бессознательного на *процесс*, посредством которого это содержание удерживается вне сознания, и с этих позиций откорректировали основные психодинамические понятия.

В работе «Я и Оно» Фрейд сформулировал основные положения **структурной модели психики (вторичной топки)**, согласно которым психика членится на составляющие, названные им Ид (Оно), Эго (Я) и Суперэго (Сверх-Я). **Оно** (Ид) - самая древняя из трех инстанций (приблизительно соответствующая бессознательному в первой топике) содержит в себе исходные инстинктивные влечения со всеми наследственными и конституционными элементами. Оно является первичным резервуаром психической энергии. Его деятельность направлена на обеспечение немедленной и свободной разрядки возбуждения. Соответственно эта часть психики управляется принципом удовольствия и функционирует в соответствии с первичными процессами.

По мере созревания и развития, а также вследствие взаимодействия с внешним миром часть Ид (прежде всего телесная, которая формируется из ощущений тела) претерпевает изменения и превращается в **Эго**. Несмотря на то, что Эго также стремится к удовольствию, эта инстанция функционирует в соответствии с принципом реальности и является колыбелью вторичных процессов. Первостепенной функцией Эго З.Фрейд считал задачу самосохранения. Эго контролирует произвольные действия, становясь между переживанием потребности и действием в соответствии с данной потребностью. Эго имеет дело с внешними событиями, задействуя восприятие и память, избегая чрезмерных стимулов, приспособляясь к умеренным стимулам и способствуя совершению действий, целью которых является изменение внешнего мира с учетом своей выгоды. Касаясь внутренних событий, связанных с инстанцией Ид, Эго пытается управлять влечениями, принимая решения, касающиеся выбора времени и способа их выполнения, или подавляя обусловленное этими требованиями возбуждение. Фрейд сравнивал Ид с лошадью, а Эго - с наездником. Он отмечал, что, как правило, Эго оказывается слабее Ид, поэтому Эго привыкло преобразовывать желания Ид в действия так, будто желания Ид являются его собственными желаниями. Таким образом, Эго служит посредником между требованиями Ид и ограничениями реальности и этики. Оно имеет как сознательный, так и бессознательный аспекты. Сознательный аспект - то, что большинство людей понимает под термином «Собственное Я» (Самость), или «Я», в то время как бессознательный аспект включает в себя механизмы психологической защиты.

Третью инстанцию, **Суперэго (или Сверх-Я)** Фрейд рассматривал как формирующуюся в пределах Эго и являющуюся чем-то вроде осадка или остатка ранних конфликтов и идентификаций в детской психике, в особенности связанных с родителями или другими близкими людьми. Главной функцией Суперэго, которое поглощено самонаблюдением, является подавление требований Ид посредством морального влияния на Эго. Для Суперэго характерно наличие Эго-идеала, основанного на восхищении совершенством, которое ребенок усматривает в родителях, и на стремлении им подражать. Часто эти понятия выступают как синонимичные. Сам Эго-идеал состоит из предписаний типа «ты должен быть таким...» и запретов типа «ты не должен быть таким...».

### **Проблема психодинамического диагноза**

Психодинамическая диагностика представляет собой диагностику структуры личности с точки зрения ее развития. В современном виде психодинамический диагноз включает в себя следующие факторы:

1) планирование стратегии и тактики психотерапевтического процесса;

- 2) вероятный прогноз психотерапии;
- 3) защита интересов пациента;
- 4) помощь в установлении терапевтом эмпатии к своему пациенту;
- 5) уменьшение вероятности того, что тревожный пациент уклонится от лечения.

Основываясь на работах Э. Крепелина, З. Фрейд провел различие между **невротическими и психотическими уровнями функционирования личности**. Первый характеризовался полным пониманием реальности, второй - потерей контакта с ней. Невротики считались страдающими оттого, что их Эго-защиты были чересчур негибкими и отрезали их от энергии Ид, психотиков же рассматривали как больных, чьи защиты чересчур слабы, в связи с чем они оказывались затопленными примитивными силами Ид. Психодинамическая терапия невротиков стала рассматриваться как направленная на смягчение Эго защит и получение доступа к Ид (для использования его энергии в конструктивных целях), в то время как целью терапии психотиков являлось упрочение защит, а также развитие устойчивости к стрессам, улучшение тестирования реальности и оттеснения бурлящего Ид обратно в бессознательное.

В настоящий момент с помощью психодинамического диагноза каждого человека можно описать как имеющего определенный **уровень развития личности** (психотический, пограничный, невротический) и **тип организации личности** (истерический, параноидный, депрессивный, шизоидный, нарциссический, мазохистический, обсессивно-компульсивный, психопатический и диссоциативный).

## **Техника психодинамической терапии**

### ***Первичное интервью***

Для первого этапа психодинамической терапии - диагностики уровня развития личности и типа организации личности - применяется **первичное (начальное) интервью** - метод первичного диалога с пациентом, несущий в себе как диагностические, так и терапевтические функции. Оно служит нескольким целям. Во-первых, это установление тесных интимных отношений между двумя посторонними: человеком-профессионалом и человеком, который страдает психологически и часто заставляет страдать других. Во-вторых, оно необходимо для оценки актуального психологического статуса пациента и его отбора по критерию пригодности для такого рода психотерапии. И, наконец, в-третьих, во время интервью происходит информирование пациента о выбранном виде психотерапии, укрепление желания пациента продолжить терапию (если для нее обнаруживаются показания) и совместное планирование следующих

шагов. Обычно первичное интервью следует за предварительной договоренностью (очной или заочной, например по телефону), происходит в заранее определенном месте и в заранее определенное время и занимает от одной до трех стандартных встреч по пятьдесят минут.

М. и А. Балинт в рамках собственной **эластичной техники интервью** выработали ряд рекомендаций относительно необходимых условий первичного интервью. Первая рекомендация касается того, что в первичном интервью во избежание фрустрирующей ситуации, связанной с общей неосведомленностью пациента, должно существовать предваряющее вступление, информирующее его о целях и форме проводимой работы. Вторая рекомендация советует на протяжении всего интервью создавать и поддерживать атмосферу, в которой пациент мог бы достаточно полно раскрыться для того, чтобы психотерапевт смог его понять. Третья рекомендация гласит, что психотерапевт в оценке пациента и ситуации интервью всегда должен включать и учитывать созданные им ситуационные параметры, которые могут выступать в качестве своеобразных стимулов. Наконец, четвертая рекомендация говорит о том, что у психотерапевта до того, как начнется интервью, по материалам предварительной договоренности, должна существовать некоторая идея о будущем направлении взаимоотношений.

Первичное интервью может быть стандартизованным (т. е. в его ходе пациенту задают заранее определенный круг вопросов, подразумевающих четкий конкретный ответ) или полустандартизованным, не ограничивающим свободное течение беседы, однако направляемым инициативой психотерапевта.

Рассмотрим примерную схему первичного интервью.

### **1. Демографический блок:**

- 1) возраст;
- 2) пол;
- 3) этническая принадлежность;
- 4) религиозная ориентация;
- 5) образование;
- 6) место работы и должность;
- 7) семейное положение;
- 8) политические взгляды;
- 9) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия;
- 10) ассоциативный или метафорический образ.

### **2. Родители, сиблинги и другие значимые фигуры в жизни пациента:**

- 1) возраст;
- 2) этническая принадлежность;
- 3) религиозная ориентация;
- 4) образование;

- 5) место работы и должность;
- 6) семейное положение;
- 7) политические взгляды;
- 8) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия;
- 9) ассоциативный или метафорический образ;
- 10) пять прилагательных, отражающих отношения пациента с ними.

*Примечание:* в случае, если кто-либо из перечисленных людей умер, со слов пациента необходимо собрать как можно больше сведений о причинах и обстоятельствах смерти.

### **3. Блок личной истории (главные события в жизни).**

#### **1) Младенчество и детство:**

- хотели ли родители рождения ребенка;
- условия в семье после его рождения;
- самые ранние воспоминания;
- семейные истории о детстве пациента;
- проблемы критических периодов развития (нарушения пищевого поведения, туалетный тренинг, проблемы с речью, нарушения двигательной активности, никтурия, ночные кошмары);
- любимые сказки и сказочные персонажи.

#### **2) Латентный период (7-12 лет):**

- проблемы со здоровьем;
- социальные проблемы;
- проблемы в учебе;
- проблемы в поведении;
- семейные стрессы этого периода;
- любимые художественные произведения (сказки, мультфильмы и пр.) и их персонажи.

#### **3) Период полового созревания:**

- физические, социальные и психологические проблемы, связанные с созреванием;
- успеваемость и социализация в этот период;
- самодеструктивные паттерны (нарушения питания, использование лекарств, алкоголя, наркотиков, суицидальные импульсы, антисоциальное поведение);
- семейные стрессы этого периода;
- любимые художественные произведения (книги, кино, спектакли и пр.) и их персонажи.

#### **4) Взрослая жизнь:**

- с чем был связан выбор работы (учебы);
- как строились и строятся межличностные отношения;
- сексуальные отношения;
- отношения с родителями, братьями, сестрами, детьми;

- текущие проблемы;
- любимые художественные произведения и их персонажи.

#### **4. Оценочный блок:**

- 1) как взаимоотношения с родителями повлияли на становление личности пациента;
- 2) тормозилось ли развитие пациента какими-либо аспектами раннего опыта?
- 3) чего пациент в первую очередь желает своим детям (ребенку) в их дальнейшей жизни?

#### **5. Заключительный блок:**

- 1) как взаимоотношения менялись по ходу интервью?
- 2) какой важный, по мнению пациента, вопрос вы ему не задали?
- 3) спросите, было ли ему комфортно и не хочет ли он что-либо сказать по поводу интервью.

#### **6. Оценка статуса пациента (часть, самостоятельно заполняемая интервьюером после интервью):**

- 1) первое впечатление;
- 2) изменение впечатления в процессе интервью;
- 3) общее впечатление;
- 4) оценка открытости пациента;
- 5) насколько можно доверять полученной информации.

#### **7. Выводы:**

- 1) главные текущие темы;
- 2) области фиксации и конфликтов;
- 3) основные защиты;
- 4) бессознательные фантазии, желания и страхи;
- 5) центральные идентификации;
- 6) контридентификации;
- 7) неоплаканые потери;
- 8) связанность собственного «Я» и самооценка.

В течение интервью пациент сообщает как объективные, так и субъективные сведения, которые достаточно тесно переплетаются между собой.

### **Основные правила психодинамической терапии**

На первых сессиях психотерапевт знакомит пациента с правилами создания аналитической ситуации. **Основным правилом** психодинамической ситуации является то, что пациента просят говорить все, что он думает и чувствует, ничего не выбирая и ничего не опуская из того, что приходит в голову, даже если ему кажется, что сообщать это неприятно, неловко, смешно или неуместно. В то же время пациент должен слушать самого себя, пытаться придать сказанному смысл и сотрудничать в этом с психотерапевтом.

**Правило аналитической ситуации** состоит в том, что на протяжении всего времени психодинамической терапии как пациентом, так и психотерапевтом сохраняются одни и те же рамки, именующиеся **сеттингом**. В одно и то же время в одном и том же месте пациент ложится на кушетку (или софу), а психотерапевт садится сзади него, оставаясь большей частью вне поля зрения пациента, и вмешивается в процесс мышления пациента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Сессии обычно проходят 4 или более раз в неделю. Пациент в своем поведении руководствуется основным правилом, а психотерапевт старается поддерживать «свободно парящее» внимание, что является ответом на свободное ассоциирование пациента. Большая часть активности терапевта сводится к периодическим интерпретациям свободных ассоциаций.

Соблюдение основного правила и правила аналитической ситуации приводит к неизбежному возникновению у пациентов **свободных ассоциаций**. Ответом терапевта на свободное ассоциирование пациента является особый способ слушания, который подчиняется **правилу «свободно парящего»**, или **равномерно распределенного, внимания**. Согласно этому правилу, терапевт слушает размышления своего пациента и временно идентифицируется с его аффектами и мыслями. В то же время он следит за собственными ассоциациями, которые в значительной степени стимулированы продукцией пациента. В дополнение к основному правилу существует другое правило, **правило нейтральности (абстинентности)**. Согласно этому правилу пациент должен быть подготовлен к тому, чтобы продлить задержку удовлетворения инстинктивных желаний, с тем, чтобы быть в состоянии говорить о них во время лечения. Психодинамический процесс может продвигаться только при условии оптимальной фрустрации желаний пациента, когда пациент может осознавать свои психические напряжения вместо того, чтобы уменьшать их с помощью непродуктивного удовлетворения или вытеснения.

## **Средства психодинамической терапии**

### ***Интерпретация и реконструкция***

Первые разработки в области психоаналитической интерпретации были связаны с интерпретацией сновидений. В «Толковании сновидений» З.Фрейд определил интерпретацию как процесс понимания и восстановления психоаналитиком латентного содержания сновидений путем изучения свободных ассоциаций пациента. На современном этапе термин «интерпретация» используется в литературе по психодинамической терапии в следующих значениях:

- 1) выводы и заключения психотерапевта, касающиеся бессознательного значения и важности коммуникаций и поведения пациента;
- 2) сообщение психотерапевтом своих выводов и заключений пациенту;
- 3) все комментарии, делаемые психотерапевтом;
- 4) вербальные интервенции, специфически направленные на выявление «динамических изменений» посредством инсайта.

**Инсайт.** Понятие **инсайта** широко используется не только в психодинамической терапии, но и в других видах психотерапии. На ранних этапах развития психоанализа под ним имелось в виду только эмоциональное отреагирование терапевта. С переходом к теории влечений термин «инсайт» стал обозначать понимание психотерапевтом материала, получаемого от клиента.

**Проработка.** Клиническое понятие **проработки** впервые появилось в статье З. Фрейда «Вспоминание, повторение и проработка». В ней он говорил о том, что в первой фазе развития психоанализа цель лечения состояла в **вызывании** в памяти больного патогенного травматического события, послужившего причиной возникновения невроза. Затем задачей психоаналитического лечения стало **восстановление** важных забытых воспоминаний и связанных с ними последствий через свободные ассоциации пациента, что, в связи с сопротивлением, требовало от последнего «напряженной работы». Впоследствии восстановление важных воспоминаний уступило место **повторению** этих событий в форме переноса и отреагирования. Работа психоаналитика теперь в большей степени рассматривалась как направленная на интерпретацию сопротивлений пациента, а также на раскрытие ему того, как прошлое повторяется в настоящем. В дальнейшем исследователи подчеркивали, что важное значение для проработки имеет **прослеживание** конфликта в различных областях жизни пациента. Проработка включает в себя как работу пациента, так и работу психотерапевта и связывается с необходимостью преодоления сопротивления, имеющего самые разные источники. С этим понятием также связаны необходимость подкрепления и вознаграждения в психодинамической терапии с целью завершения научения и образования новых структур (соответственно и подавления или исчезновения старых).

## Этапы и факторы психодинамического воздействия

### *Начальный этап.*

С того момента, как пациент уясняет суть психодинамической терапии, психотерапевт постоянно снижает свою вербальную активность, предпочитая слушать пациента. Этот прием получил название

**«пассивной» манеры поведения психотерапевта.** Во многих случаях этот переход, хотя пациента и предупреждают о нем в процессе объяснения процедуры терапии, вызывает ряд вопросов, прежде всего о том, почему терапевт предпочитает молчать, а говорить должен пациент. Прислушиваясь вместе с пациентом к его свободным ассоциациям, терапевт пытается выявить основные направления течения и способы выражения мыслей и чувств, а также те защитные механизмы, которые препятствуют их свободному выражению.

Основными задачами пациента на этапе начала лечения являются:

- 1) установление рабочего альянса с психотерапевтом;
- 2) развитие навыков свободного ассоциирования;
- 3) прочувствование атмосферы безопасности;
- 4) принятие разочарования начальной фазы;
- 5) достижение первоначального понимания трансфера, защиты и сопротивления;

б) начало работы со сновидениями.

### ***Срединный этап.***

#### **Работа с сопротивлением.**

Как только в ходе психодинамической терапии на первый план выходят процессы противодействия выполняемой работе, психотерапия вступает в новый этап. **Сопротивление** может принимать самые различные формы. Фактически, как определяет сам Фрейд, «все, что препятствует прогрессу аналитической работы, является сопротивлением».

Выделяют явные (грубые) и неявные формы сопротивления. **Грубые формы** включают опоздания, пропуски сессий, излишнюю болтливость или полное молчание, автоматическое отрицание или неправильное понимание всех высказываний психотерапевта, игру в наивность, постоянную рассеянность, сопливость и, наконец, преждевременное прерывание терапии. К **неявным формам** относится все остальное многообразие проявлений сопротивления, например, когда пациент формально выполняет все условия работы, выдает и обсуждает материал, соглашается с интерпретациями («скорее всего так»), но при этом в действительности не прорабатывает проблему. Классификация видов сопротивления была дана З.Фрейдом в 1926 г. и включает в себя: сопротивление вытеснения, трансферентное сопротивление, сопротивления Оно и Суперэго и сопротивление, основанное на вторичной выгоде от болезни.

#### **Работа с трансфером (переносом).**

В психодинамической терапии перенос возникает сразу после погружения пациента в аналитическую среду. Первым свидетельством возникновения переноса служат признаки разочарования в терапии. В зависимости от положительного или отрицательного характера эмоций пациента выделяют **эротический** и **агрессивный** виды трансфера. В

обоих случаях трансферентные эмоции идентичны чувствам, которые пациент испытывал в детстве к родителям, братьям, сестрам и другим значимым людям. Столкнувшись с трансферентными реакциями, терапевт должен не прекращать развитие трансфера, не исправлять искажения в восприятии его пациентом, но и не принимать роль, которую ему навязывает пациент, не провоцируя трансферентные реакции. Поведение терапевта должно создавать фон, на который пациент сможет перенести образы своего детства и увидеть их.

### **Работа с контртрансфером.**

Источниками контртрансфера психотерапевта являются:

- 1) жизненные события, повышающие его чувствительность к определенным темам ассоциаций пациента;
- 2) проблемы жизненного этапа, на котором находится терапевт (например, вопросы сексуальности, профессиональных достижений, взаимоотношений с детьми, тревоги по поводу старости и смерти);
- 3) элементы прошлого, отзывающиеся на интенсивные трансферы любого вида со стороны пациента;
- 4) бессознательное понимание происходящих в пациенте бессознательных процессов.

В отличие от многих других видов психотерапевтической помощи, в психодинамической терапии терапевт расценивает свои эмоциональные реакции, ассоциации и желания как возможные пути проникновения в область личного опыта пациента. Чем интенсивнее и даже запутаннее реакции терапевта, тем скорее они отражают бессознательные чувства и конфликты пациента.

### ***Завершение психодинамической терапии.***

О необходимости завершения психодинамической терапии свидетельствует:

- 1) разрешение проблем пациента;
- 2) осознание пациентом своих проблем как дистонных образований;
- 3) понимание пациентом особенностей своего личностного развития, защитных и адаптивных механизмов, объектных отношений, переживаний собственного «Я» и т. п., служащих причинами проблем;
- 4) способность пациента распознавать и овладевать своими трансферентными реакциями;
- 5) выработанные навыки самоанализа в качестве метода диагностики и разрешения своих внутренних конфликтов.

В идеальном случае вопрос о завершении психотерапевтического курса поднимает сам пациент. На завершающем этапе перед терапевтом и пациентом стоят следующие главные задачи. Для пациента это, прежде всего: 1) переживание и овладением чувствами разлуки и утраты, 2) окончательная проработка трансферентных чувств по отношению к терапевту и 3) начало самоанализа.

## **4.2. Когнитивно-поведенческая модель психотерапии**

Когнитивно-поведенческая модель включает в себя когнитивное и поведенческое направление психотерапии. Данная модель основывается на психологии поведения, мышления и теориях научения. В результате под этим термином скрывается большое количество различных подходов и методов. В рамках когнитивно-поведенческой модели болезненное поведение рассматривается как одна из множества других форм поведения, которая подчиняется тем же самым законам, что и поведение здоровое. Болезненное, т.е. доставляющее страдания самому человеку или его непосредственному окружению, поведение является объектом терапевтического вмешательства. Устранив или модифицировав болезненное поведение, психолог избавляет пациента от страданий и достигает заранее согласованных с пациентом целей терапии.

В рамках когнитивной или поведенческой психотерапии помощь, которую оказывает психотерапевт клиенту, состоит в том, что он вместе с клиентом анализирует причины и характер поведенческих недостатков или недостатков мышления, приводящих к страданиям, планирует и осуществляет терапевтические мероприятия, направленные на устранение болезненных особенностей поведения и мышления или на формирование новых навыков поведения, отсутствие которых является причиной болезненных состояний. Особое внимание психотерапевта направлено на контроль достигнутых изменений и обеспечение их длительного и необратимого характера.

Таким образом, в ходе терапевтического общения и в результате использования специальных технологий психотерапевт влияет на установки, ход мыслей и регуляцию поведения клиента с целью улучшения его самочувствия. Результатом такого рода вмешательств должно стать изменение баланса позитивных и негативных мыслей и чувств клиента (и его окружения) в пользу позитивных.

### **Характерные черты когнитивной и поведенческой психотерапии**

Современные тенденции развития данной модели психотерапии таковы, что все большее внимание уделяется формированию или повышению социальной компетентности клиента, практике, расширяющей его поведенческий репертуар, устраняющей негативный или ошибочный ход мыслей, т.е. практике, имеющей скорее гуманитарный, чем лечебный, характер.

### **Ключевые особенности когнитивно-поведенческой модели**

*Концентрация внимания на изменении поведения.* В первую очередь под терапией понимается любая форма обучения новым способам поведения и мышления, отсутствие которых так или иначе ответственно за

психологические проблемы клиента. Часто такое обучение предполагает устранение ошибочных форм поведения и мышления или же их видоизменение. При этом способ и вид обучения (или переучивания) принципиального значения не имеет.

*Контроль процесса и результатов.* Психотерапевт старается иметь дело исключительно с четко фиксируемыми когнитивными, эмоциональными и поведенческими явлениями и стремится получить очевидный и воспроизводимый результат. Еще до начала активных психотерапевтических вмешательств определяется список целей, по достижению которых судят об эффекте психотерапии.

*Опора на экспериментальные данные и психологические теории.* Весь процесс психотерапии строится на основании экспериментальных данных о характере и природе регуляции поведения человека - и контролируется с использованием этих знаний.

*Множественность отдельных техник и многообразие подходов.* В основе терапии лежит множество отдельных технологий, техник и приемов, объединенных одной целью, а именно: ориентированных на изменение или модификацию болезненного поведения или ошибочного мышления клиента.

### **Психологическая модель изменения проблемного поведения**

В когнитивно-поведенческой модели терапии используется психологическая модель отклоняющегося поведения, которая имеет ряд характерных черт.

1. Многие особенности поведения, которые раньше считались болезнями, теперь рассматриваются как психологические трудности или жизненные проблемы. Предполагается, что каждый человек в ходе своей жизни так или иначе сталкивается с теми или иными проблемами.

2. Признается, что болезненное поведение в основном приобретает в ходе жизни по тем же законам, что и нормальное поведение. Принципы изменения здорового и проблематичного поведения принципиально одинаковы, и поэтому на болезненное поведение можно воздействовать обычными методами.

3. Поведение человека в большой степени зависит от ситуативных переменных, и поэтому должно рассматриваться во взаимосвязи с актуальной ситуацией и исходя из ее особенностей.

4. Для того чтобы изменить поведение, не обязательно понимать происхождение проблемы и причины ее возникновения.

5. Для терапии необходимо предварительно проанализировать проблему с учетом многих модальностей и выбрать затем методы, подходящие для применения с учетом выявленных особенностей.

6. Способы и приемы терапии подбираются строго

индивидуально, применительно к разным людям и их личным проблемам.

### **Особенности когнитивной терапии**

Основатель когнитивной терапии – Аарон Бек. Согласно этому направлению терапии эмоциональные и поведенческие проблемы связаны с нарушенными когнитивными процессами. Мысли, мешающие справиться с жизненными ситуациями, вызывающие внутреннюю дисгармонию и болезненные эмоциональные реакции, Бек называет **неадаптивными мыслями**.

Неадаптивные мысли характеризуются «автоматичностью», «эго-синтонностью, слабой осознанностью, трудной доступностью и устойчивостью. Бек говорит об «автоматических» мыслях в связи с тем, что они возникают сами по себе, произвольно. **Автоматические мысли**, как правило, не осознаются, но это не значит, что мысли находятся в пространстве фрейдовского бессознательного (вытеснены, подавлены). Поясняя эту мысль, Бек проводит аналогию с человеком, который не в силах заснуть. Он может не осознавать, что его состояние вызывается неприятными звуками вроде громкого тиканья часов или шума транспорта. Не будучи подготовленным, человек может не заметить автоматические мысли. Поэтому одним из важнейших шагов в когнитивной терапии является выявление (идентификация) пациентом собственных автоматических мыслей. Пациент может сообщить множество ситуаций, в которых у него возникает необъяснимая тревога. Она становится понятной лишь тогда, когда пациент восстанавливает мысли, возникающие в ответ на психотравмирующие ситуации.

Автоматическая мысль может быть малоосознаваемой в связи с ее быстротечностью. Кроме того, **эго-синтонность** этой мысли, т. е. переживание пациентом этой мысли как собственной (не чуждой, не вложенной), делает эту мысль очевидной. Например, мысль: «Смерть - это ужасно» приводит к возникновению, с одной стороны, страха смерти, а с другой - к полной уверенности в истинности этой мысли («А как же еще?!»). Очевидность автоматических мыслей и их слабая осознанность делают их труднодоступными в терапии. Автоматические мысли основываются на более глубоких **базовых убеждениях**. Например, за убеждением: «Я ответствен за счастье других» может скрываться другое, более ранящее убеждение - «Я ничего из себя не представляю, я не нужен другим людям. Чтобы быть принятым и/или нужным, я должен служить другим, жить ради них!». Такие, более глубокие по сравнению с автоматическими мыслями убеждения могут быть сведены к базовым, специфическим для данного типа характера: «Я не чувствую себя в безопасности», «Я несвободен», «Я ничего в жизни не могу достичь без

поддержки других», «Я лучше и совершеннее других» и т. п. Негативные убеждения могут быть генерализованными («Я совершенно никчемный человек») и условными (имеют место при каком-либо условии, например: «Если я не первый, то я никто», «Если я кому-либо не нравлюсь, то я недостоин любви»). Автоматические мысли искажают реальность, что делает их дезадаптивными. Бек описывает следующие виды искажения.

1. **Произвольные заключения.** Человек делает определенные выводы без опоры на факты или даже вопреки им. Так, мать, весь день посвятившая ребенку, заключает: «Я ужасная мать».

2. **Избирательное абстрагирование.** На основе детали, выхваченной из контекста, делается вывод, который не согласуется со всей остальной информацией. Так, например, на одной из вечеринок муж заметил, что его жена много времени провела в разговорах с одним из присутствовавших там мужчин. Это вызвало ревность, которая основывалась на убеждении: «Моя жена меня не любит». Суть этого искажения состоит в том, что человек судит о том, кто он есть, по своим неудачам.

3. **Сверхгенерализация.** В этом случае из одного или нескольких изолированных эпизодов выводится общее правило, которое распространяется на широкий круг ситуаций. Например, после эпизода неразделенной любви женщина делает вывод: «Меня никто и никогда не полюбит». Иными словами, такой индивид убежден, что если что-либо истинно для одной ситуации, то относится и ко всем более-менее похожим ситуациям.

4. **Преувеличение и минимизация.** Пример преувеличения: «Если я получу двойку на экзамене - это будет катастрофой»; пример минимизации: «Ничего страшного с моей грудью не происходит» (мысли женщины с симптомами рака груди).

5. **Персонализация.** Приписывание себе ответственности за поведение других, например: «Я его чем-то обидел». Базовое убеждение здесь следующее: «Только я в ответе за собственные неудачи, промахи и жизненные ошибки». Этот тип искажения может быть назван чрезмерной ответственностью.

6. **Дихотомическое мышление («черно-белое» восприятие).** Возможны только полный успех или полное поражение, люди только хорошие или только плохие.

7. **Принятие на свой счет:** «Когда у меня что-то не получается, это очевидно для всех и привлекает всеобщее внимание».

В ходе терапии следует помочь клиенту осознать вышеприведенные типы когнитивных искажений.

**Психотерапия включает в себя следующие этапы.**

**I этап - идентификация (опознание) неадаптивных мыслей**

С этой целью используются техники сосредоточения на мыслях, возникающих в реальных психотравмирующих ситуациях (наблюдение *in vivo*), и «проигрывания» психотравмирующей ситуации в воображении (**имагинальная техника**, наблюдение *in vitro*). При этом пациента просят наблюдать за возникающими автоматическими мыслями. Помимо этого используются вопросы, позволяющие пациенту продвинуться к глубинным, плохо осознаваемым неадаптивным убеждениям.

Наиболее популярным методом когнитивной психотерапии является «сократический диалог». В рамках этого метода терапевт задает такие вопросы, которые позволяют пациенту, во-первых, прояснить или определить собственную проблему, а во-вторых, идентифицировать (прояснить) собственные неадаптивные мысли, убеждения и образы. Вопросы терапевта позволяют вскрыть основополагающие убеждения мифологии пациента. Раз за разом терапевт спрашивает «А что в этом плохого?», и так продолжается до тех пор, пока пациент уже не может найти объяснения и повторяет одно и то же. Например, когда терапевт спрашивает: «Что плохого в том, что вас критикует незнакомый человек?», пациент недоумевает: «Само собой, это плохо. Это плохо, и все. Что тут объяснять?». Когда обнаружены такие глубинные убеждения, начинается их терапия.

Неадаптивные мысли характеризуются двумя дихотомиями: опасность-безопасность и боль-удовольствие. В качестве примеров автоматических мыслей первой группы можно привести следующие: «Ужасно, если кто-то будет плохо обо мне думать»; «Близкие простят мне все, а с незнакомыми нужно быть повнимательнее» (люди с такими мыслями очень скованны в незнакомой компании); «Люди не любят слабостей» (такое убеждение делает человека скрытным, чтобы никто не узнал о его семейных, профессиональных и иных проблемах). Примерами автоматических мыслей второй группы будут следующие: «Чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все вокруг тебя любили»; «Чтобы быть счастливым, нужно достигать успеха в любом деле»; «Если он меня не любит, я никчемна».

## **II этап когнитивной психотерапии – отдаление.**

Суть этапа состоит в том, что пациент должен встать в объективную позицию по отношению к собственным мыслям, т. е. отдалиться от них. На первом этапе неадаптивная мысль выявлена (например, «Я слаб и беспомощен»), и теперь пациент понимает, что эта мысль есть, что она мешает, вызывает эмоциональные и поведенческие проблемы. На втором этапе терапии пациент должен усомниться в проблеме, сделать ее гипотезой, посмотреть на нее со стороны. Призывы терапевта мыслить конструктивно обычно не помогают: пациент осознает свою мысль, но не сомневается в ее истинности и не рассматривает ее как неадаптивную. Отстранение подразумевает три компонента: 1) осознание автоматизма

«плохой» мысли, ее самопроизвольности, чуждости Я; 2) осознание того, что «плохая» мысль неадаптивна, т.е. вызывает страдание; 3) появление сомнений в истинности неадаптивной мысли.

Обычно пациент достаточно легко осознает неадаптивность и ложность «плохой» мысли, но добиться отчуждения этой мысли от Эго значительно труднее. Бек приводит следующий терапевтический диалог.

*Пациент.* Я никчемный человек, неудачник.

*Терапевт.* Но это плохая мысль, она заставляет вас страдать.

*Пациент.* Вот видите, и мысли у меня плохие. Я неудачник.

### **III этап терапии - проверка истинности неадаптивной мысли.**

Суть данного этапа состоит в том, что психотерапевт побуждает пациента к проверке обоснованности (валидности) неадаптивной мысли. С этой целью используются как когнитивные, так и поведенческие техники. Если проверка пациентом собственных неадаптивных мыслей показывает, что они необоснованны, беспочвенны, не опираются на объективную реальность, то возникает возможность избавиться от этих мыслей. Пациент начинает понимать, что указанные мысли связаны с особенностями его характера, воспитания, а не с реальными характеристиками среды, ситуации. После этого пациент меняет неадаптивные убеждения на адаптивные. В этой замене и состоит суть **IV этапа**.

### **IV этап терапии – формирование адаптивного мышления.**

## **4.3. Экзистенциально-феноменологическая модель психотерапии**

**Экзистенциально-феноменологическая модель психотерапии** базируется на идеях [экзистенциальной философии](#) и [психологии](#), которые сосредоточены не на изучении проявлений психики человека, а на самой его жизни в неразрывной связи с миром и другими.

В настоящее время целый ряд очень разных психотерапевтических подходов обозначается одним и тем же термином экзистенциальной терапии (экзистенциального анализа). Это экзистенциальный анализ [Людвига Бинсвангера](#), [логотерапия Виктора Франкла](#), экзистенциальная терапия Ролло Мэя и Ирвина Ялома. Во всех этих направлениях основное внимание уделяется одним и тем же базовым элементам существования: любви, смерти, одиночеству, свободе, ответственности, вере. Для экзистенциалистов принципиально неприемлемо использование универсальных интерпретаций: постичь что-либо в отношении каждого конкретного человека можно только в контексте его конкретной жизни. Терапевтическими факторами в экзистенциальных подходах являются: понимание клиентом уникальной сути своей жизненной ситуации, выбор отношения к своему настоящему, прошлому и будущему, развитие способности действовать, принимая ответственность за последствия своих действий. Экзистенциальный терапевт заботится о том, чтобы его пациент

был максимально открыт навстречу возникающим в течение его жизни возможностям, был способен осуществить выбор и актуализировать их. Цель терапии - максимально полноценное, насыщенное, осмысленное существование.

Главная цель всех направлений экзистенциальной психотерапии - помочь пациентам научиться переживать свое существование как реальное. Все экзистенциальные психотерапевты стремятся помочь пациентам понять их внутренние конфликты с учетом наличия экзистенциальных проблем, понимание которых, в свою очередь, зависит от той или иной философско-психологической модели психотерапевта. Поэтому экзистенциальные психотерапевты могут использовать самые разнообразные методы и техники терапевтических интервенций, входящие в репертуар других психотерапевтических направлений (от классической кушетки до поведенческого тренинга), если эти интервенции совместимы с основной экзистенциальной структурой.

На примере экзистенциальной терапии, разработанной Ирвином Яломом, рассмотрим особенности экзистенциально-феноменологической модели психотерапии более подробно.

### **Экзистенциальная терапия И. Ялома**

В своей фундаментальной работе «Экзистенциальная психотерапия» Ялом дает следующее определение данного психотерапевтического подхода: «Экзистенциальная психотерапия - это динамический подход, фиксирующий на базисных проблемах существования индивидуума». Такими проблемами (или **экзистенциальными факторами**) он определяет смерть, свободу, изоляцию и бессмысленность жизни.

Ялом считает, что существуют два типа **механизмов психологической защиты** от базисных проблем, которые могут быть как бессознательными, так и вполне осознанными. Во-первых, это традиционные механизмы защиты (проекция, реакция, отрицание, идентификация и т. п.), которые работают независимо от источника тревоги. Во-вторых, существуют специфические механизмы защиты от каждой из четырех основных экзистенциальных тревог. Эти механизмы не только помогают защититься отдельным пациентам, но и поддерживаются целыми культурами.

Рассмотрим каждую из экзистенциальных тревог и способы защиты от нее более подробно. **Смерть** - основной источник тревоги и невротической, и нормальной, и экзистенциальной. Причем эти виды тревоги, связанные со смертью, могут быть как осознанными, так и бессознательными. Ялом на основе эмпирических исследований доказывает, что с самого раннего детства люди чрезвычайно озабочены неизбежностью смерти. Для того чтобы справиться с ужасом

потенциального несуществования, люди воздвигают психологическую защиту, базирующуюся на отрицании смерти. По его мнению, **первый интрапсихический экзистенциальный конфликт** - это конфликт между осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить, конфликт между боязнью несуществования и желанием быть.

По мнению Ялома, дети достаточно рано открывают для себя не только сексуальность, но и сущность смерти, хотя их интеллект еще не позволяет им полностью осознать этот факт. Так же как и в случае сексуальности, дети вытесняют свое первое знание о смерти, воздвигая различные защитные конструкции. Они убеждают себя в том, что смерть является временной, дети не умирают, «я не умру, потому что я особенный», в последний момент на помощь придет спаситель и т. п. **Примирение с неизбежностью смерти** составляет главную задачу развития в этот период. Успешность решения данной задачи зависит от силы Эго и присутствия поддерживающих взрослых, способных справиться с их собственной тревогой, связанной со смертью. При отсутствии таких факторов осознание реальности смерти оказывает травмирующее воздействие. Особенно травмирующей может быть смерть родных братьев и сестер, а также родителей (исследования Ялома показывают, что среди пациентов как с невротическими, так и с психотическими расстройствами удельный вес индивидов, перенесших в детстве потерю родителей, значительно выше, чем среди людей со здоровой психикой). Кроме того, мера травматизации также зависит от степени принятия смерти, характерной для данной культуры.

При недостатке сведений дети обращаются к другим источникам информации, имеющим различную степень надежности. В связи с этим дети часто отгораживаются от смерти дезинформацией, отрицанием, сказками. Отсюда И. Ялом делает вывод о том, что одна из просветительских задач экзистенциального терапевта состоит в том, чтобы разработать принципы сообщения детям сведений о смерти.

И у детей, и у взрослых И. Ялом выделил два главных **механизма защиты от тревоги, связанной со смертью**. Прежде всего это **вера в свою особенность**. В то время как на сознательном уровне большинство людей принимают неизбежность конечности своей жизни, глубоко в душе они могут лелеять иррациональную веру в собственное бессмертие и неприкосновенность. Если этот защитный механизм недостаточно хорошо развит или отсутствует, у людей могут развиваться такие клинические синдромы, как маниакальный героизм, «трудоголизм», отсутствие ощущения времени, самовлюбленность, стремление к власти и контролю. Обращение к психотерапевтам чаще всего связано с тем, что по какой-либо причине эти синдромы перестают выполнять свои задачи (например, в силу потери работы, власти и т. п.).

В основе механизма **веры в спасителя, который придет на помощь в последний момент**, лежит представление человека о том, что хотя с ним может случиться что-то плохое, он не одинок в огромной равнодушной Вселенной и некий вездесущий служитель добрых сил в трудный момент придет на помощь и спасет его. Люди, использующие данный механизм защиты, могут ограничивать свою жизнь, попадая в психологическую зависимость от определенного человека (матери, жены, начальника и т. п.). Большинство людей не осознают эту веру до тех пор, пока она не дает сбой (например, когда у человека обнаруживается неизлечимая болезнь или когда объект привязанности умирает или психологически отдаляется).

**Свобода** прежде всего предполагает, что не существует никакой надежной основы, поддерживающей человеческое существование. Это порождает тревогу и страх, а также необходимость ответственности. Свободные люди ответственны не только за придание миру смысла, но и за свою жизнь, за свои действия и неудачи при совершении действий. Поэтому **второй экзистенциальный конфликт** - это конфликт между столкновением людей с отсутствием опоры и свободой и их стремлением к обретению основы и структуры.

И. Ялом отмечает, что в XX в. происходили достаточно быстрые распад и изменение моральных ценностей, что привело к их инфляции и релятивизации. В результате современное воспитание ставит слишком мало запретов, что неизбежно приводит к тому, что при появлении потребности выбирать у многих молодых людей возникает растерянность, так как они не знают, что и как надо выбирать. Они оказываются неготовыми к свободе, которой обладают, и уделяют меньшее внимание тому, что *должны* делать, перенося акцент на то, что они *хотят* делать. Живя в переходный период между старым и новым восприятием мира, многие люди не сумели научиться ни как желать, ни как проявлять волю и принимать решения, оставаясь последовательным и настойчивым в их реализации.

**Механизмы защиты от тревоги, связанной со свободой**, помогают индивидам избежать осознания своей ответственности за собственную жизнь. Осознание ответственности влечет за собой развитие состояния, в котором человек «осознает, что создал самого себя, свою судьбу, затруднительное положение, чувства и, если таковое имеет место, собственное страдание». Основной вид защиты — компульсивность или навязчивость, проявляющаяся в разных сферах жизни и деятельности.

Другие виды защиты от тревоги, связанной со свободой, представляют собой: 1) перенос ответственности на других (в том числе на психотерапевтов); 2) отрицание ответственности посредством изображения себя невинной жертвой или утраты контроля; 3) уклонение от автономного поведения; 4) патологические изъятия желаний.

В **изоляции** И. Ялом выделяет три формы. При наличии **межличностной изоляции**, часто переживаемой как одиночество, люди в различной степени отрезаны от других. Возникновение межличностной изоляции может быть обусловлено недостаточным развитием социальных навыков, наличием психических отклонений, собственным выбором или необходимостью. При наличии **внутриличностной изоляции** у людей заблокировано осознание частей самих себя или же люди как бы отделены от некоторых своих частей. Если межличностная изоляция может быть не связанной с патологией, то внутриличностная изоляция подразумевает патологию по определению. В основе **экзистенциальной изоляции** лежит положение, согласно которому каждый человек вступает в мир, живет в нем и покидает его одиноким. В конечном счете существует непреодолимая пропасть между «Я» и другими. И.Ялом отмечает, что экзистенциальную изоляцию можно даже отнести к более фундаментальной форме изоляции, а именно к «отделению от мира». Соответственно третий **экзистенциальный конфликт** - это конфликт между осознанием людьми их фундаментальной изоляции и их желанием устанавливать контакты, искать защиту и существовать в качестве части большего целого.

Как показал в своем исследовании «футурошока» А. Тоффлер, большую роль в создании **межличностной изоляции** играют перемены в сфере культуры и технологий. Чем более промышленно развитой является та или иная страна, тем сильнее разрушение общинных связей. Вполне обычной стала ситуация, когда люди, живущие в соседних подъездах, совсем не знают друг друга, что еще 50 лет назад было трудно себе представить. Возникновение **внутриличностной изоляции** обусловлено затруднениями и фрустрацией, которые имеют место на начальном этапе жизни и угрожают какому-либо жизненно важному аспекту чувства «Я», зарождающегося у индивида.

**Экзистенциальная изоляция** тесно связана с межличностной изоляцией. Многие люди не в состоянии развивать внутреннюю силу, чувство уверенности в себе и своей самобытности, которые позволили бы им противостоять экзистенциальной изоляции. Они никогда не ощущали подлинной, стимулирующей рост любви и не знают, как предложить ее другим. Если отношения психотерапевт-пациент, характеризующиеся преданностью и аутентичностью, помогают пациентам в противостоянии экзистенциальной изоляции и в примирении с ней, можно сделать вывод, что в прошлом пациенты испытывали недостаток в таких отношениях.

Используя **механизмы защиты от тревоги, связанной с изоляцией**, люди не относятся к другим как к самим по себе, а используют их для защиты себя. Так, одним из видов защиты людей от одиночества является попытка утвердить себя в глазах других. Такие люди существуют настолько, насколько являются частью сознания других и получают их

одобрение. Поэтому часто под видом любви они скрывают свою неспособность любить. Но окружающим рано или поздно надоедает удовлетворять чужую потребность в самоутверждении. Другой вид защиты от тревоги, связанной с изоляцией, - слияние с другим индивидом или группой. Вместо того чтобы противостоять своей изоляции или мириться с ней, люди чувствуют и думают, что они не одни, потому что они - часть других. Кроме того, видом защиты от тревоги, связанной с изоляцией, является компульсивная сексуальность. Сексуально компульсивные люди обращаются со своими партнерами скорее как с объектами, чем как с людьми.

**Бессмысленность жизни** приводит к возникновению **четвертого внутреннего экзистенциального конфликта** - конфликта между потребностью людей в смысле и безразличным миром, в котором нет никакого смысла. Многие факторы современной постиндустриальной культуры способствуют ослаблению ощущения смысла жизни у людей (по сравнению с их предками в доиндустриальном сельскохозяйственном мире). Во-первых, сегодня, несмотря на некоторую моду на религиозность, большинство людей не имеют в своем мировоззрении такого сильного духовного измерения, которое приносило бы некий сакральный смысл в их жизнь. Во-вторых, урбанизация способствует ослаблению контакта с живой и неживой природой, что приводит к «сужению» и искусственности мышления. В-третьих, жители городов в основном проживают в безличных общинах. В-четвертых, многие современные люди отчуждены от своей работы и чувствуют, что участвуют в решении малоинтересных механических и рутинных задач. В-пятых, внимание современных людей меньше поглощают основные потребности (такие как получение продовольствия, крова и воды), удовлетворение которых необходимо для выживания. Находясь в большей безопасности и имея больше свободного времени, люди все чаще сталкиваются с пропастью бессмысленности. Время, которым располагают люди, представляет собой время, занятое решением проблем, которые связаны с поисками смысла жизни. Кроме того, в периоды экономических спадов многие люди оказываются лицом к лицу с безработицей, что также влечет за собой потерю смысла. Наконец, в-шестых, современные люди стоят перед возможностью мировых войн и глобального разрушения окружающей среды. Повседневный риск подобных событий приводит к развитию апатии и нигилизма.

**Механизмы психологической защиты от бессмысленности** разнообразны: компульсивная деятельность (накопление денег, получение максимального удовольствия, абсолютной власти, высшего статуса и т.п.), которая рано или поздно заканчивается сомнениями и разочарованием в ее результатах; проблемы, позволяющие занять и структурировать время (хобби, споры, семейные ссоры, общественная и политическая деятельность, «самосовершенствование» и т.п.

## 5. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

### 5.1. Логотерапия

Основателем логотерапии (от греческого «logos» - слово и therapeia - забота, уход, лечение) является В. Франкл. Согласно его взглядам стремление человека к поиску и реализации смысла жизни является врожденной мотивационной тенденцией, присущей всем людям, и основным двигателем поведения и развития личности. По В. Франклу, человек является творцом созидающим свою духовность, и делит человеческие поступки на три типа.

1. Способствующие созиданию духовной личности.
2. Разрушающие духовность.
3. Безразличные по отношению к духовности.

В. Франкл полагал, что человек несет ответственность за свои поступки и свободен в их выборе, принятии решения, но только в случае выбора созидающего поступка реализуется смысл жизни. Созидающие поступки направлены на поиск ценностей творчества, переживания и отношений, уникальных для каждого человека. Поэтому человеку в поисках смысла жизни необходимо найти свою область, в которой он реализует себя и будет строить свою личность. При возникновении у человека состояния потери смысла жизни, рекомендуется понять и почувствовать уникальность и неповторимость собственной личности и самооценности. В основе подхода Франкла к личности лежат три основных понятия: «свобода воли», «воля к смыслу» и «смысл жизни». Главным препятствием логотерапии оказывается центрация человека на самом себе, неумение выйти за пределы себя, к другому человеку или к смыслу. Смысл, существует объективно в каждом моменте жизни, в том числе и в самом трагическом. Психолог не может дать человеку этот смысл, у каждого он свой, но может помочь клиенту его осознать. Как правило, потеря смысла жизни происходит при сильных психотравмирующих событиях: гибели близких людей, участии в военных действиях и т.д. Следовательно, задачей логотерапии выступает помощь человеку в обретении смысла жизни. Уникальный смысл жизни может быть найден человеком в одной из трех сфер: *творчестве; эмоциональных переживаниях; сознательном принятии тех обстоятельств, которые человек не в состоянии изменить.*

Из трех групп ценностей - *творчество, переживания и отношения* - приоритет принадлежит ценностям творчества, среди них Франкл особенно выделяет любовь как переживание, имеющее наибольший смысловой потенциал. Центральной в концепции является проблема ответственности, когда человек свободен в своем выборе смысла, но, найдя его, он несет ответственность за его осуществление. Свобода

превалирует над необходимостью. Выход за свои пределы В. Франкл обозначает понятием самоотрансценденции и считает самоактуализацию лишь одним из моментов самоотрансценденции. *Самоотрансценденция* и способность к самоотстранению - центральные понятия в логотерапии. Франкл так описывает механизм образования патологической реакции страха: у человека появляются страх перед каким-либо явлением (инфаркт и т.д.), реакция ожидания - страх, что это явление или состояние наступит. Могут проявиться отдельные симптомы ожидаемого состояния, что усиливает страх, и круг напряжения замыкается: страх ожидания события становится сильнее, чем опасения, непосредственно связанные с событием. На свой страх человек начинает реагировать бегством от действительности (от жизни). В сложившейся ситуации необходимо использовать самоотстранение, которая наиболее ярко проявляется в юморе. Юмор позволяет дистанцироваться от чего угодно (в том числе и от самого себя) и тем самым обрести контроль над собой и ситуацией. Страх является биологической реакцией, позволяющей избегать тех ситуаций, которые представляются опасными. Если человек будет сам активно искать эти ситуации, то он научится действовать «мимо» страха, и страх постепенно исчезнет, как бы «атрофируется от безделья». Основные положения логотерапии: Человек не может нормально жить, если его жизнь становится бессмысленной, он теряет покой до тех пор, пока вновь не обретет цель и смысл своей жизни. Смысл жизни не может быть дан человеку извне, предложен или навязан. Он должен найти его вполне самостоятельно.

## **5.2. Первичная психотерапия**

### ***Основатель первичной психотерапии А. Янов***

Артур Янов - выдающийся психолог, создатель первичной терапии - нового направления психотерапевтической практики, ориентированной на лечение не только психологических, но и психосоматических расстройств. Его стиль мышления можно назвать психобиологическим, не вписывающимся в традиционные каноны психотерапевтической мысли. Он автор более 12 книг первая из них «Первичный крик» (1970) и последняя «Биологию любви» (2000). До создания первичной терапии Артур Янов занимался психоанализом. Он получил степени бакалавра и магистра по психиатрии и социальной работе в Калифорнийском университете (Лос-Анджелес) и доктора философии в области [психологии](#). Закончил интернатуру в психиатрической клинике Беверли Хиллс, работал в нейропсихиатрическом госпитале. В период с 1952 по 1967 гг. занимался частной практикой. Янов также работал в психиатрическом отделении Лос-анджелесской детской больницы, где его интересовала проблема

психосоматического взаимодействия. Опираясь на свою обширную практику, он показал, что физические и психические болезни могут быть связаны с ранней травмой, и пришел к выводу, что пациенты могут избавляться от тревоги, депрессии, нарушений сна, алкоголизма, наркомании, лекарственной зависимости, заболеваний сердца и многих других серьезных болезней посредством первичной терапии.

В 1968 г. Артур Янов разработал метод первичной терапии - новый способ лечения психосоматических расстройств, известный также под названием «метод первичного крика». Первичная терапия оказалась весьма эффективным, быстродействующим терапевтическим процессом по сравнению с классическим психоанализом. А. Янов считал, что основой человеческих проблем является неосознаваемая психическая травма, возникающая в раннем детстве.

Первичная терапия А. Янова рассматривается как дальнейший прогресс вперед по сравнению с психоанализом, в котором основная роль принадлежит психотерапевту, осуществляющему все основные интерпретации за пациента. В первичной терапии пациент сам осуществляет рефлексивную конфронтацию, где его рациональная часть наблюдает за иррациональной, компульсивной частью. В первичной терапии вновь реабилитирован катарсический подход, который использовал Фрейд на ранних этапах создания своей теории, а затем ушёл от него, сделав главный упор на аналитической интерпретации патогенного материала. Однако проблема состоит в том, что далеко не все человеческие переживания можно выразить с помощью языка. В первые годы жизни человек вообще не владеет вербальной логикой. Янов утверждает, что боль усваивается не как когнитивное представление, а как невербальный опыт, запоминаемый на невербальном уровне. Поэтому её нельзя изменить или вызвать, пользуясь исключительно словесными методами. Пациент должен вновь пережить первичную травму, проследившая невербальную боль до ее зарождения в прошлом. Как сообщается, этот процесс оказывается столь же болезненным, как и первоначальная травма, и чаще всего выражается в громких голосовых звуках и шумах, не имеющих когнитивного компонента, за что, и получил наименование метода первичного крика.

Психоаналитики же делают основной упор на аналитическую сторону процесса, где «главная скрипка» принадлежит терапевту. Они просто не дают возможности развиться регрессии и переживаниям до критического уровня и до первопричины, а если и дают - теоретические воззрения не позволяют им надеяться на то, что прохождение катарсиса может явиться решающим фактором разрешения проблем пациента.

Технология, базирующаяся на интерпретациях за пациента, вместо того чтобы позволить ему прочувствовать пережитое и самому их породить, не в состоянии разрешить все проблемы пациентов. Практика

первичной терапии демонстрирует этот факт, обнаруживая новые пласты проблем у пациентов после того, как они несколько лет проходили терапию у психоаналитиков, и эти проблемы остались незамеченными.

Сами по себе травмирующие переживания еще не делают человека невротиком. Однако вследствие накопления переживаний фрустрация все возрастает, пока какое-то особо травмирующее событие оказывается чрезмерным для сознания человека, заставляя его поверить, что с ним что-то не так, выработать пораженческий инсайт. Это состояние психического слома Янов назвал главной сценой первопричины. А. Янов считал, что полностью четкое осознание собственного бессилия происходит где-то в возрасте пяти-семи лет, когда ребенок становится способным анализировать свой жизненный опыт, способным делать индуктивные выводы. Эта ситуация качественно отличается от тех, где он просто переживал по поводу неприятных событий, потому что содержит вывод, девальвирующий ценность самого индивида, приводит его к умозаключению о собственной ущербности, стыду, чувству вины, к ощущению необходимости измениться, приспособиться к окружающим, чтобы вновь заслужить их доверие. У индивида выбор невелик - либо продолжать испытывать муки самости, либо отвергнуть их как недостойные и приспособиться к окружению, согласившись «смотреть на мир их глазами». Причем, это не обязательно осознается на логическом, вербальном уровне. Боль первопричины инкапсулируется и остается неизменной, такой же сильной, какой была в момент своего возникновения. Она сколь угодно времени может сохранять свою полную силу до тех пор, пока не будет достигнута и пройдена в процессе терапии. При прохождении сцены первопричины во время терапии она вновь переживается настолько интенсивно, как будто это происходит сейчас.

Нежелание продолжать испытывать сильную душевную боль приводит к амнезии вызывающих их первичных переживаний, к замещению их другими, оправдательными псевдочувствами. Именно этот механизм является причиной формирования невроза. Человек подавляет свою идентичность чтобы не ощущать связанную с ней душевную боль, но она проявляется в постоянном мышечном напряжении, головной боли, психосоматических расстройствах, тревожности, приступах тошноты - самых разных симптомах, замещающих боль первичного переживания. Это постоянное ощущение дискомфорта, душевного напряжения он осознанно или неосознанно стремится разрядить (дренировать) с помощью паллиативов - алкоголя, физической работы, спорта, развлечений, не понимая истинной природы их возникновения.

Невроз развивается вследствие последовательного отвержения своего собственного жизненного опыта, заменой его компромиссным мировоззрением. Отказываясь от своих истинных чувств, невротик начинает жить нереальной, выдуманной жизнью, иметь не свои цели,

ценности, не свое мировоззрение, расплачиваясь за измену самому себе расстройством психики, приобретая разные дурные привычки и зависимости (наркомания, курение, алкоголизм, переедание...). Чтобы избавиться от невроза пациент должен вновь пережить эту цепь отказов от своей самости, реабилитировать свои собственные забытые ощущения. Для их восстановления человек должен вновь обнаружить те моменты, когда он «изменил себе», вновь пережить все ощущения, связанные с этой изменой, вернуть себе чувство собственного достоинства.

### **Снятие контроля и самоконтроля при достижении первопричины**

Психоаналитическая теория в качестве основного средства терапии использует трансфер - перенос реакций пациента на терапевта. Терапевт фрустрирует пациента, пациент переносит фрустрацию на терапевта. Затем, терапевт воспринимает, оценивает переживания пациента и предлагает ему свои интерпретации, на основе которых у пациента «рождается свой инсайт». Данный метод подразумевает второстепенную роль пациента в процессе терапии, поскольку все инсайты, на самом деле, делает терапевт, а пациент может лишь соглашаться с ними или отвергать. Первичная терапия одна из первых отказалась от такой схемы работы с психическими проблемами пациентов. Первичная терапия, как и дианетика, используют принципиально иной подход - *бифокальность*: пациент одновременно погружается в регрессивное состояние, переживает события прошлого наблюдая, одновременно, за собой с позиций настоящего времени, продолжая полностью осознавать все, что с ним происходит. *Утрата самоконтроля* происходит только при достижении главной сцены первопричины - точки психического слома, где пациент испытывает максимально сильные переживания, настолько сильные, что продолжать сохранять контроль над собой оказывается выше его сил. Переживания полностью захватывают его, делая невозможным наблюдение за собой со стороны и осознание себя в настоящем времени. Зато он устанавливает полный контакт с событием, а глубина и сила переживаний не оставляют сомнения в полной достоверности события и обнаруживают, какие переживания пациента являются по настоящему реальными. Ощувив буквально каждой клеткой тела свои настоящие чувства, пациент больше не испытывает никакой нужды в интерпретациях и предположениях психотерапевта, потому что он теперь знает точно. Поэтому в первичной терапии психотерапевт, по достижению первосцены, прекращает использовать любые команды, любые интерпретации, предоставляя пациенту возможность полностью отдаться своим переживаниям. Он занимает позицию наблюдателя, пока пациент проходит острую фазу процесса. Метод первичного крика основное значение придается не вербальному анализу, а чувствам. Сам эпицентр

переживаний, момент острого осознания, не содержит слов, поэтому не нуждается в опосредовании словами. Его нужно просто переживать, а после разрядки можно и обсудить вместе с терапевтом.

### **Условия проведения первичной психотерапии**

Для того чтобы восстановить первичные травмы детства, пациенты должны попытаться отказаться от привычных защит. Сначала это отказ от внешних защит и способов дренажа напряжения, исходящего от первичной боли, - от сигарет, транквилизаторов, алкоголя, телевидения, секса и общения. В первичной психотерапии это достигается тем, что пациент изолирован в гостиничном номере в течение первой недели терапии. Существуют и ограничения питания для тех пациентов, которые имеют зависимость от пищи. В процессе психотерапии ослабевают, вплоть до исчезновения, и непровольные внутренние защиты. Это происходит постепенно, пациент становится полностью беззащитным. Количество «защитных слоев» определяет, насколько близко пациент подошел к осознанию своих реальных чувств. Чем больше защитных слоев убрано, тем более выражены тревога и смятение. Поэтому нарастание тревоги является надежным показателем правильного движения пациента в психотерапевтическом процессе. Задача терапевта состоит в том, чтобы «пробивать брешь в крепостной защите» пациента до тех пор, пока пациент не сможет больше защищаться. После этого пациент открывается реальному осмыслению прошлого, подлинным чувствам и подлинному существованию. У невротика чувства гиперболизированы: гипер-гордость, гипер-обида, гипер-злость и т.п. Эта гиперболизация чувств связана с тем, что в актуальной обиде пациента (т. е. происшедшей здесь и сейчас) ощущается боль от первичной раны. Если невротика кто-либо публично обидел, то он сделает вывод: «Я никому не нужен. Я плохой». Эта обида упала на «плодородную почву» опыта отверженности в детстве. Кроме того, для невротиков характерно переживание чувств вины, стыда, гнева, страха и т.п. Это не собственно первичные переживания боли, а лишь реакции на боль. Так, в основе ощущения вины лежит страх потери родительской любви, поскольку это чувство связано с поведением, позволяющим снять напряжение. В основе стыда лежит попытка отстраниться от собственных переживаний («Мне так стыдно») и извиниться за плохое поведение, лишь бы не чувствовать того, что тебя не любят. Одним словом, это ирреальные чувства. Часто эти чувства принимаются за «самую глубину чувств», и предполагается, что глубже переживаний нет. В рамках первичной терапии эти переживания рассматриваются как псевдочувства, являющиеся символическими заместителями, исполняющими функцию подавления главного чувства первопричины и неудовлетворенной потребности в родительской любви.

Поэтому в процессе первичной терапии следует прорваться сквозь завесу этих интимных и глубоких переживаний, которые маскируются под первичные чувства. Во многих вербальных психотерапевтических подходах переживания вины, стыда и т.п. являются тем пределом, ниже которого работа не осуществляется. На рис. 1 представлено соотношение первичных чувств и псевдоочувств.

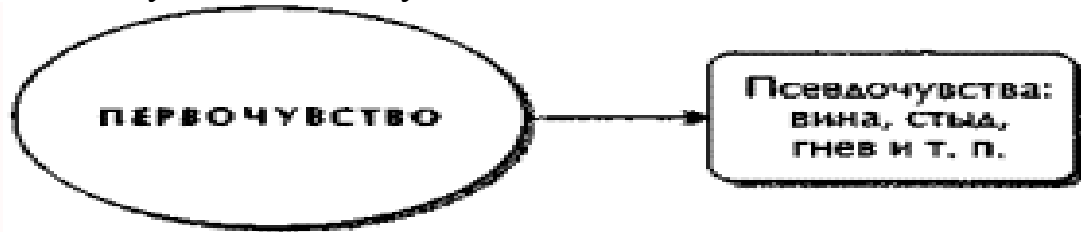


Рис. 1. Топографическая модель первичных чувств и псевдоочувств

Важный вопрос заключается в том, какое первочувство блокируется, какая основная потребность фрустрируется. Янов пишет, что потребность в любви «пронизывает весь организм, и ее недостаток оказывает искажающее действие и на тело, и на сознание. Именно такое специфическое искажение является защитной системой» (Янов, 2000, с. 184). Впрочем, утверждение, что основной причиной всех дальнейших проблем является именно фрустрация потребности в любви, судя по приводимым Яновым психотерапевтическим примерам, не столь однозначно.

Во многих видах психотерапии основная терапевтическая фрустрация осуществляется в интеракции «пациент – терапевт»: терапевт конфронтирует с убеждениями, мыслями и переживаниями пациента. В первичной терапии ирреальная часть пациента конфронтирует с реальной. Иначе говоря, это глубоко личная терапия под руководством опытного инструктора. Поэтому сам психотерапевтический процесс не проходит стадии, типичные для многих интерактивных типов психотерапии (стадии «медового месяца», разочарования и рабочего альянса).

Хорошие терапевтические отношения - только необходимое условие для эффективной терапии. Прохазка и Норкросс (Prochaska & Norcross, 1994) формулируют ряд требований к таким отношениям. Пациент должен достаточно сильно доверять терапевту, чтобы позволить ему атаковать защиты пациента и пуститься в путешествие, которое является для последнего эмоциональным адом. Пациенты должны верить терапевту и в том, что предлагаемое путешествие уводит от невроза, а не усугубляет его. Терапевт устанавливает с пациентом **отношения безусловного принятия**. Пациенты могут кататься по полу, разрывать на части подушку и даже раздеваться и мастурбировать без опасения быть не принятыми терапевтом. *Эмпатия* помогает первичному терапевту понять природу чувств, которые высвобождаются у клиента, и вербализировать их. С

помощью эмпатии терапевт направляет пациента по вектору первичного чувства: «Папа, я *боюсь* тебя (интонация вниз)» или «Я *ненавижу* тебя, мама (интонация вверх)». При этом психотерапевт использует тональные воздействия на пациента: интонация вниз - для введения его в плач и интонация вверх - для введения его в гнев. Когда пациент входит в первичное переживание, психотерапевт прекращает его вести, а также проясняет ему его чувства. Пациенты превращаются в сплошную рану, через них проходит первичное чувство, которое они хорошо осознают. Первичное переживание, само по себе, прозрачно для пациента. Терапевт не должен форсировать переживание пациента ни по интенсивности, ни по скорости его протекания. Пациент может выдержать ровно столько, сколько он переживает. Превышение этого предела опасно. Поэтому в момент переживания пациентом первочувства терапевт занимает безучастную позицию, не нарушает процесс. Первичный терапевт должен быть **конгруэнтным**, искренне доверять процессу и позволять этому процессу продолжаться даже тогда, когда психотерапевты, исповедующие другие пути терапии, могли бы испугаться последствий и прервать катартический процесс.

Невроз сформировался как результат последовательных вытеснений (подавлений) психотравмирующего опыта. Путь из невроза представляет собой движение пациента в глубь своих травматичных переживаний, в амнезированный опыт. При этом глубина амнезии может быть разной. Янов (2000, с. 167) отмечает, что «если критическая ситуация оказывалась совершенно невыносимой - например, в нашей практике был случай изнасилования ребенка, - то боль может заблокировать значительную часть памяти, т. е. не только это событие, но и воспоминания последующего года или двух лет жизни».

### 5.3. Суггестивная психотерапия

*Внушение* (от лат. suggestio) определяется как подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Путем внушения вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и действия, а также оказывается влияние на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого.

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Предлагаются различные классификации внушения: внушение и самовнушение, внушение прямое или открытое, косвенное или закрытое; внушение контактное и дистантное. В медицинской практике используются

соответствующие приемы внушения в бодрствующем состоянии и состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна. Внушение в состоянии бодрствования присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работоспособности и др.), так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение больного в его эффективности. Эффект внушения тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. Степень реализации внушения определяется также особенностями личности больного, выраженностью «магического» настроения, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов.

Внушение в состоянии естественного сна путем нашептывания фраз спящему ребенку применяли Н.В. Вяземский и др. Оно проводится тихим голосом, но внушающим тоном. Фразы, направленные на углубление сна, чередуются с лечебными внушениями, повторяемыми с паузами. За сеанс проводится до 6 серий таких внушений. Лечение этим методом трудноосуществимо, что может быть связано со слишком чутким, поверхностным сном, приводящим к легкому пробуждению, резко выраженной ориентировочной реакцией или слишком глубоким сном, при котором добиться суггестивного воздействия не удастся. Наиболее широкое применение внушения во время естественного сна нашло при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Однако нельзя исключить, что в этих условиях происходит общение со спящим по типу гипнотической коммуникации.

Внушение в состоянии гипнотического сна в лечебных целях широко распространено. При использовании методики наркопсихотерапии лечебное действие внушения реализуется в условиях искусственно вызванного наркотического сна. К методам, близким к наркопсихотерапевтическим, относится применение с психотерапевтической целью газовой смеси кислорода и закиси азота. *Косвенное внушение* - разновидность внушения, при котором его содержание подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых оно будет реализовываться. В случае косвенного внушения используется дополнительный раздражитель, приобретающий новое информационное значение из-за произведенного прямого внушения. Эта форма внушения является основой опосредующей и потенцирующей психотерапии.

Уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие. Механизм «вооруженного внушения», «чрезпредметного» внушения или косвенного психотерапевтического эффекта (В.М. Бехтерев) необходимо иметь в виду при использовании любых лечебных воздействий, в том числе биологической природы.

Методика «маска» - вариант косвенной (опосредованной) психотерапии. В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больного к процедуре, заключающейся в ингаляции «нового, чрезвычайно эффективного» лекарства, которое «специально заказано для больного» и будет использовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, закрывают лицо наркозной маской, смоченной неизвестной ему пахучей жидкостью, и, когда он начинает ее вдыхать, осуществляют внушение, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (мутизм, стойкие гиперкинезы, паралич и т.д.). Впервые об использовании методики «маски» упоминается в лекции выдающегося психоневролога П. Флексига, состоявшейся в Лейпциге в 1924 г.; демонстрировалась девушка, вообразившая, что у нее стеклянный зад. Боясь «разбить» его, она не садилась и не ложилась на спину. П.Флексиг пообещал пациентке удалить все стеклянные части оперативным путем. Больную в присутствии студентов уложили на стол, на лицо была наложена эфирная маска, один из ассистентов разбил над ее головой стеклянный сосуд, профессор произвел соответствующее внушение, после которого больная встала, спокойно села на предложенный ей стул и объявила, что она чувствует себя полностью выздоровевшей. Косвенное внушение с использованием «маски» чаще применяется при зафиксированных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориентированной психотерапии, подготовившей пациента к «отказу» от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции). Использование «маски» в подобных случаях убеждает в ценности симптомо-ориентированных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему патогенетически обоснованной психотерапии.

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии. В широком понимании это усиление эффективности биологической терапии, к которой в первую очередь относятся фармакологические средства, физиотерапия, другие физико-химические факторы, например, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.) с помощью суггестивных приемов. Сложность вопросов

психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии определяется степенью разрешения одной из труднейших проблем современной психотерапии и психологии в целом - соотношения психологического и биологического в человеке. Как известно, современное состояние психологических, философских и медицинских наук однозначного ответа на этот вопрос не дает. В механизмах психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии представлены психологические явления различного уровня. К ним в первую очередь относятся макропсихологические процессы и процессы массовых коммуникаций. Это тенденции общественного сознания, культурные особенности, коллективные и групповые верования, а также такие явления, как мода и психологические аспекты действия средств массовой информации. В последнее время все активнее в процессы лечения вмешивается реклама, и ее воздействия нельзя не учитывать.

Помимо макропсихологических, на психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии влияют также микросоциальные процессы, относящиеся к малым группам, в первую очередь реальным, в которые включен пациент. На этом уровне особое значение приобретает характер взаимодействия в терапевтической диаде «врач-больной». Сложность и многоплановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повышает его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффектов биологической терапии.

Индивидуально-психологические эффекты психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты.

Однако психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии может рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход. А.Т. Филатов указывает основные его принципы: учет оценочных суждений больного о том лечении, которое врач намерен ему назначить; учет мнения пациента о препарате; формирование эмоционального положительного отношения больного к предстоящему лечению; формирование реакции ожидания лечебного действия препарата; потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с приемом препарата; аксиологическая переориентация значимости для больного побочных действий препарата; коррекция эгрогении; формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

Плацебо-терапия (от лат. placebo - понравлюсь, удовлетворю) - один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или

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

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нореакторы). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной (вооруженной) психотерапии или так называемой плацебо-терапии (медикаментозной психотерапии). Составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно-рефлекторные механизмы и моделирование). Если условно-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (например, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакций могут сохраняться в течение 2 - 3 лет), то моделирование делает понятной их зависимость от личности врача и больного. Наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом. Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается в плацебо-эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Успех терапии с помощью плацебо у разных врачей различен, но у одного и того же - повторяем. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевтической коммуникации и его убежденности в действенности препарата также и тогда, когда речь идет о плацебо.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов. Перечислим лишь некоторые из них: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данного больного, его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарственные средства, отношение пациента к специалисту, назначающему препарат, и отношение врача к лекарству, установка врача на психотерапию или биологическую терапию, репутация лекарства среди других больных, отношение к препарату членов семьи и т. д. И.П. Лапиным описан семейный, в частности родительский, плацебо-эффект, под которым понимается высокая положительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состояния больного,

получающего плацебо, причем ни сам пациент, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким образом, необходимо учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, их отношение к лечению последнего. Положительный родительский плацебо-эффект улучшает «терапевтическую» среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно сказывается на состоянии больного. Оценить эффективность медикаментозного лечения можно лишь с учетом плацебо.

А. Шапиро утверждает, что плацебо-эффект - это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии». Ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии также в определенной мере зависит от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, а это означает, что плацебо-эффект проявляется в каждом контакте «психотерапевт - больной». Плацебо-эффект может быть носителем неосознаваемых элементов взаимоотношений между врачом и пациентом, например проявлений агрессии, сопротивления, защиты. Таким образом, ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздействие не лишено плацебо-суггестивного эффекта. Этот эффект может быть систематически использован как плацебо-терапия, интегрированная в комплексное лечение.

*Самовнушение*, или аутосуггестия, - это процесс внушения, адресованный самому себе. Самовнушение позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями. Сущность самовнушения по И.П. Павлову заключается в концентрированном раздражении определенной области коры головного мозга, которое сопровождается сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих коренные интересы всего организма, его целостности и существования. Действие самовнушения, согласно теории А.А. Ухтомского, объясняется концентрированным раздражением определенного участка коры, то есть возникновением доминанты на фоне сниженного коркового тонуса. При таком состоянии коры над реальным воздействием среды превалируют второсигнальные следовые процессы.

В.Н. Куликов отмечает, что самовнушение формируется в филогенетическом и онтогенетическом планах на базе внушения. Сначала в процессе интерпсихических отношений между людьми складывается гетеросуггестия, а затем способность индивида внушать другим людям интериоризуется, становится интрапсихической способностью личности. Это положение основывается на учении о происхождении психических функций Л.С. Выготского. Высказывается предположение, что

аутосуггестия базируется на механизмах обратной афферентации и опережающего отражения (Н.А. Бернштейн, П.К. Анохин, и др.).

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

Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) различных методов психотерапии: аутогенной тренировки, биологически обратной связи, медитации, йоги, релаксации. Самовнушение, по В.М. Бехтереву (1890 – 1892 гг.), - методика, представляет собой оригинальный прием самовнушения, производимого в состоянии легкого гипнотического сна. Лечение проводится амбулаторно. Больной, погруженный в состояние легкого гипнотического сна, трижды произносит слова самовнушения, направленного на устранение основного симптома болезни. При последующих сеансах добавляются самовнушения, направленные на устранение других болезненных нарушений. В дни между сеансами больной должен систематически повторять формулу внушения, по возможности «воспроизведя в памяти ту обстановку, в которой производилось внушение». Позднее, в 1911 г., В.М. Бехтеревым была описана методика самовнушения, осуществляемого перед естественным сном или сразу после пробуждения, формула которой вырабатывается соответственно конкретному случаю, произносится от первого лица, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени. Этот прием автор рассматривал скорее как вспомогательный при лечении методом внушения, но в ряде случаев считал его эффективным и при самостоятельном применении. Метод самовнушения на начальных стадиях гипноза оказался эффективным при неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.

#### **5.4. Гештальттерапия**

Гештальт-терапия (в переводе с нем. «образ», «фигура», «фон») - метод психотерапии, способствующий распространению сознания человека, и достижение на основе этого большей внутриличностной целостности, наполненности и осмысленности жизни, улучшение контакта с окружающими людьми и внешним миром. Основными принципами являются актуальность (работа в настоящем), стремление к развитию осознанности и развитие способности принимать ответственность за свою

жизнь. Гештальттерапия в современной практике - подход, построенный на основе [философской феноменологии](#) и [гештальтпсихологии](#) (теории поля).

У истоков развития гештальт-терапии стоял немецкий психиатр и психоаналитик Фредерик С. Перлз. Благодаря его научной деятельности и вкладу в развитие нового направления ряда многих ученых, в том числе и его жены Лоры, гештальт-терапия на данный момент обрела значительную популярность в Европе.

Метод, созданный американским психологом Ф. Перлзом под влиянием идей гештальтпсихологии, экзистенциализма, психоанализа, получил большую практическую популярность. Ф. Перлз перенес закономерности образования фигуры, установленные в гештальтпсихологии в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется (по Перлзу) по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Быть самим собой, осуществлять свое «Я», реализовать свои потребности, склонности - это путь гармоничной здоровой личности. Человек, который хронически препятствует удовлетворению собственных потребностей, отказывается от реализации своего «Я», со временем начинает следовать ценностям, навязанным извне. И это приводит к нарушению процесса саморегуляции организма. Согласно гештальттерапии организм рассматривается как единое целое, и любой аспект поведения может быть проявлением целостного бытия человека. Человек является частью более широкого поля: организм - среда. У здоровой личности граница со средой является подвижной: возникновение определенной потребности требует «контакта» со средой и формирует гештальт, удовлетворение потребности завершает гештальт и требует «отхода» от среды. У невротической личности процессы «контакта» и «ухода» являются сильно искаженными и не обеспечивают адекватного удовлетворения потребностей. Ф. Перлз рассматривал личностный рост как процесс расширения зон самоосознавания, что способствует саморегуляции и координирует равновесие между внутренним миром и средой. Он выделял три зоны сознания.

1. Внутреннюю - явления и процессы, происходящие в нашем теле.
2. Внешнюю - внешние события, которые отражаются сознанием.
3. Среднюю - фантазии, верования, отношения.

При неврозе преобладает тенденция к сосредоточению на средней зоне за счет исключения из сознания двух первых. Такая излишняя склонность к фантазированию, интерпретации нарушает естественный ритм процесса сознания, вынуждает клиента сосредоточиваться на прошлом и будущем в ущерб настоящему, так как завершить гештальт

(удовлетворить потребность) можно только в момент «здесь И сейчас». По мнению Ф. Перлза, психические нарушения у людей обусловлены тем, что их личность не составляет единого целого, т.е. гештальта. У большинства клиентов стресс возникает в результате неосознанных конфликтов, мешающих им входить в контакт с некоторыми из собственных чувств и мыслей. Гештальттерапия стремится побудить человека переживать собственные фантазии, осознавать собственные эмоции, контролировать интонации голоса, движения рук и глаз, и понять прежде игнорировавшиеся им физические Ощущения с тем, чтобы он снова смог восстановить связь между всеми своими аспектами личности и в результате Достичь полного осознания собственного «Я». В основе всех нарушений лежат ограничения способности индивида к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции.

В гештальттеории различают пять механизмов нарушения процесса саморегуляции: 1) интроекцию; 2) проекцию; 3) ретрофлексию; 4) дефлексию; 5) конфлуенцию. При *интроекции* человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт - интроект - является чуждой для человека частью его личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и свои собственные убеждения. «Он думает то, чего от него хотят другие». *Проекция* - прямая противоположность интроекции. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его «Я-концепции». Образующиеся в результате проекции дыры заполняются интроектами. «Он делает другим то, в чем сам их обвиняет». *Ретрофлексия* - поворот на себя - наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями или незавершенными гештальтами часто являются агрессивные чувства. «Он делает себе то, что хотел бы делать другим». Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между «Я» и другими превращается во внутриличностный конфликт. Показателями ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц. Например: «Я должен заставить себя сделать это». *Дефлексия* - уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме болтливости, ритуальности, условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций.

*Конфлуенция* (или слияние) - выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Такие клиенты с трудом отличают свои мысли, чувства и желания от чужих. Для людей с конфлуенцией характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы» вместо «я». Конфлуенция представляет собой защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного «Я». В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами часто выступают дихотомии: мужское-женское, активное - пассивное, зависимость - отчужденность, рациональность - эмоциональность и т.д. Понятие «незаконченное дело» является одним из центральных в гештальткоррекции. «Незаконченное дело» означает, что неотрагированные эмоции препятствуют процессу актуального осознания происходящего. По Перлзу, наиболее часто встречающимся и худшим видом незавершенного дела является обида, которая нарушает подлинность коммуникации. Довершить незавершенное, освободиться от эмоциональных задержек - один из существенных моментов в гештальткоррекции. Другим важным термином является «избегание». Понятие, с помощью которого отражаются особенности поведения, связанные со способами ухода от признания и принятия всего того, что связано с неприятным переживанием незавершенного дела. Гештальттерапия поощряет выражение задержанных чувств, конфронтацию с ними и проработку их, достигая тем самым личностной интеграции.

В процессе гештальткоррекции на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности клиент проходит через пять уровней, которые Ф. Перлз называет уровнями невроза. *Первый уровень* - уровень фальшивых отношений, игр и ролей. Это слой фальшивого ролевого поведения, привычные стереотипы, роли. Невротическая личность отказывается от реализации своего «Я» и живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными. Человек испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. *Второй уровень* - фобический - связан с осознанием своего фальшивого поведения и манипуляций. Но когда клиент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренне, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является. Боится, что общество подвергнет его остракизму. И клиент стремится избегать столкновения со своими болезненными переживаниями. *Третий уровень* - уровень тупика и отчаяния. Он характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но не готов и не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статуса-кво, боясь пройти

через тупик. Это моменты, связанные с переживанием своей собственной беспомощности. *Четвертый уровень* - имплозия, состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне клиент может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного количества энергии и столкновением противоборствующих сил внутри человека. Возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить. Человек в слезах отчаяния переживает свою решимость самому принять ситуацию и справиться с ней. Это слой доступа к своему подлинному «Я». *Пятый уровень* - эксплозия, взрыв. Клиент сбрасывает с себя фальшивое, наносное, начинает жить и действовать от своего подлинного «Я». Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Таким образом, гештальткоррекция - это подход, направленный на освобождение и самостоятельность личности.

Целью гештальткоррекции является снятие блокировок, пробуждение потенциально существующих в человеке естественных ресурсов, способствующих его личностному росту, достижению ценности и зрелости, полной интеграции личности клиента. Основная цель - помощь человеку в полной реализации его потенциала. Эта цель разбивается на вспомогательные: - обеспечение полноценной работы актуального самоосознавания; - смещение локуса контроля вовнутрь; - поощрение независимости и самодостаточности; - обнаружение психологических блоков, препятствующих росту, и изживание их. В гештальткоррекции психолог рассматривается как катализатор, помощник, сотворец, интегрированный в единое целое гештальтличности клиента. Психолог старается избегать непосредственного вмешательства в личные чувства клиента и пытается облегчить выражение этих чувств. Главная цель взаимодействия с клиентом - активация внутренних личностных резервов клиента, высвобождение которых ведет к личностному росту. В гештальткоррекции клиентам отводится активная роль, включающая в себя право на собственные интерпретации позиций, на осознании схем своего поведения и жизни. Предполагается, что клиент должен переключиться с рационализирования на переживание. Причем вербализация чувств не настолько важна, насколько важно желание клиента, его готовность принять сам процесс актуального переживания, в котором он будет на самом деле испытывать чувства и говорить от их имени, а не просто сообщать о них.

Психотехникам в гештальткоррекции придается очень большое значение. Они именуются играми и экспериментами. Широкою известностью гештальткоррекция получила во многом благодаря этим играм.

1. Экспериментальный (диссоциированный) диалог. Это диалог между фрагментами собственной личности. Когда у клиента наблюдается фрагментация собственной личности, психолог предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности. Например, между агрессивным и пассивным началом, между нападающим и защищающимся. Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с чувством страха), а также с отдельными частями тела или с воображаемым (значимым для клиента) человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает клиент («горячий стул») располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого собеседника. Клиент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, отождествляя себя с различными фрагментами своей личности и выступая то с позиции жертвы, то с позиции агрессора, и по очереди воспроизводит реплики от имени одной, затем другой психологической позиции.

2. «Большой пес» и «Щенок». Широко распространенным приемом является использование двух игровых позиций: «Большой пес» и «Щенок». «Большой пес» олицетворяет обязанности, требования, оценки. «Щенок» олицетворяет пассивно-оборонительные установки, ищет уловки, отговорки, оправдания, обосновывающие уклонения от обязанностей. Между этими позициями происходит борьба за власть и полный контроль над личностью. «Большой пес» пытается оказать давление угрозой наказания или предсказанием отрицательных последствий поведения, не соответствующего требованиям. «Щенок» не вступает в прямую борьбу, а использует уловки - ему несвойственна агрессивность. Фрагменты диалога между этими частями личности возникают иногда в сознании клиента в различных ситуациях повседневной жизни, когда, например, он пытается заставить себя сделать что-то и одновременно манипулирует разными отговорками и самооправданиями. С помощью систематизированного и искреннего диалога во время упражнения клиент может более полно осознать бесплодные манипуляции, совершаемые над собственной личностью, стать более искренним и способным более эффективно управлять собой. Техника обладает выраженным энергетическим потенциалом, усиливает мотивацию клиента к более адекватному поведению.

3. Совершение кругов, или идти по кругу. Известная психотехника, согласно которой клиент по просьбе ведущего (техника применяется в групповой работе) обходит всех участников по очереди, и либо что-то говорит им, либо совершает какие-то действия с ними. Члены группы при этом могут отвечать. Техника используется для активизации членов группы, поощрения их к риску нового поведения и свободы самовыражения. Часто предлагается начало высказывания с просьбой завершить его, например: «Пожалуйста, подойдите к каждому в группе и завершите следующее высказывание: «Я чувствую себя неудобно потому,

что...» Клиент может пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например, выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы. Прием позволяет более дифференцировано определять собственные переживания и связи с окружающими. Многократное повторение фразы, выражающей какое-либо глубокое убеждение, может способствовать изменению его значения и содержания для клиента.

4. Техника «наоборот» (перевертыш). Техника заключается в том, чтобы клиент сыграл поведение, противоположное тому, которое ему не нравится. Скажем, застенчивый стал вести себя вызывающе; приторно вежливый - грубо, тот, кто всегда соглашался, занял бы позицию непрестанного отказа. Техника направлена на принятие клиентом себя в новом для него поведении и на интегрировании в «Я» новых структур опыта.

5. Экспериментальное преувеличение. Техника направлена на развитие процесса самоосознания путем гиперболизации телесных, вокальных и других движений. Это обычно интенсифицирует чувства, привязанные к тому или иному поведению: громче и громче повторять фразу, выразительнее делать жест. И особую ценность представляет ситуация, когда клиент стремится подавить какие-либо переживания - это приводит к развитию внутренних коммуникаций.

6. Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями, сослуживцами и т.д. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Клиенту предлагается с помощью приема «пустого стула» высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому из участников группы, кто имеет отношение к незаконченному делу. В опыте работы гештальт-групп отмечается, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство - это чувство вины или чувство обиды, именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов «Я обижен...».

7. Проективные игры на воображение иллюстрируют процесс проекций и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Наиболее популярная игра - «Старый заброшенный магазин». Клиенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, а потом представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого заброшенного магазина. Окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Клиенту предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предметы, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом, и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответив на вопросы: «Почему он оставлен в магазине? На что похоже его

существование в качестве этого предмета?» Идентифицируясь с предметами, клиенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

8. «У меня есть тайна». В этой игре предпринимается исследование чувства вины и стыда. Каждого из участников группы просят подумать о каком-либо важном для него и тщательно хранимом личном секрете. Психолог просит, чтобы участники не делились этими тайнами, а представили себе, как могли бы реагировать окружающие, если бы эти тайны стали им известны. Следующим шагом может быть предоставление каждому участнику случая похвастаться перед другими, «какую страшную тайну он хранит в себе». Довольно часто оказывается, что многие неосознанно очень привязаны к своим секретам как к чему-то драгоценному.

9. «Преувеличение». Большое внимание в гештальттерапии уделяется так называемому «языку тела». Считается, что физические симптомы более точно передают чувства человека, чем вербальный язык. Ненамеренные движения, жесты, позы клиента иногда являются сигналами важных содержаний. Однако эти сигналы остаются прерванными, неразвившимися, искаженными. Предлагая клиенту преувеличить нечаянное движение или жест, можно сделать важное открытие. Например, скованный, чрезмерно сдержанный мужчина постукивает пальцем по столу, в то время как женщина в группе долго и пространно о чем-то говорит. Когда его спрашивают, не хочет ли он прокомментировать то, о чем говорит женщина, он отказывается, уверяя, что разговор мало его интересует, но продолжает постукивание. Тогда психолог просит усилить постукивание, стучать все громче и выразительнее до тех пор, пока клиент не осознает, что делает. Гнев клиента нарастает очень быстро, и через минуту он с силой бьет по столу, горячо выражая свое несогласие с женщиной. При этом он восклицает: «Она точно как моя жена!» В дополнение к этому осознанию он получает мимолетное впечатление о чрезмерном контроле своих сильных утвердительных чувств и возможности более непосредственного их выражения.

10. «Репетиция». По мнению Ф. Перлза, люди тратят много времени, репетируя на «сцене воображения» различные роли и стратегии поведения по отношению к конкретным ситуациям и лицам. Часто отсутствие успеха в действиях в конкретных жизненных ситуациях определяется тем, как данная личность в воображении готовится к этим ситуациям. Такая подготовка в мыслях и воображении часто проходит в соответствии с ригидными и неэффективными стереотипами, являющимися источником постоянного беспокойства неадекватного поведения. Репетиция поведения вслух в группе с вовлечением других участников позволяют лучше осознать собственные стереотипы, а также использовать новые идеи и решения в этой области.

11. Проверка готового мнения. Случается, что психолог, слушая клиента, улавливает в его словах какое-то определенное сообщение. Тогда он может воспользоваться следующей формулой: «Слушая тебя, у меня возникло одно мнение. Я хочу предложить тебе повторить это мнение вслух и проверить, как оно звучит в твоих устах, насколько оно тебе подходит. Если согласен попробовать, повтори это мнение нескольким членам группы». В этом упражнении содержится фактор интерпретации скрытого значения поведения клиента, но психолог не старается сообщить свою интерпретацию клиенту, он только предоставляет пациенту возможность исследовать переживания, связанные с проверкой рабочей гипотезы. Если гипотеза окажется плодотворной, клиент может развить ее в контексте собственной деятельности и опыта. Ф. Перлз вначале применял свой метод в виде индивидуальной коррекции, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая работа проводится как центрированная на клиенте. Группа при этом используется инструментально, по типу хора. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психолога, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего «Я» и завершая незаконченные ситуации. Основные приемы работы и техники гештальттерапии - осознание, фокусировка энергии, принятие ответственности, работа с полярностями, монодрама. Некоторые приемы работы пересекаются с другими направлениями психотерапии, например, известная техника работы с клиентом «горячий стул» (или «пустой стул»).

## **5.5. Игротерапия**

### **Общая характеристика метода**

Игровая терапия - метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. В основе различных методик по игротерапии лежит игра, которая оказывает сильное влияние на развитие личности и способствует созданию близких отношений между участниками группы, а также снимает напряженность, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, позволяет проверить себя в различных ситуациях общения, снимая опасность социально значимых последствий.

Характерная особенность игры - ее двуплановость, присущая драматическому искусству, элементы которого сохраняются в любой коллективной игре. Играющий выполняет реальную деятельность, связанную с решением вполне конкретных задач. Ряд моментов этой деятельности носит условный характер, что позволяет отвлечься от

реальной ситуации с ее ответственностью и многочисленными привходящими обстоятельствами. Двуплановость игры обуславливает ее развивающий эффект.

В современной психокоррекции взрослых игра используется в групповой психотерапии в виде специальных упражнений, заданий на невербальные коммуникации, разыгрывании различных ситуаций и др. Психокоррекционный эффект игровых занятий у детей достигается благодаря установлению положительного эмоционального контакта между детьми и взрослыми. Игра корригирует подавляемые негативные эмоции, страхи, неуверенность в себе, расширяет способности детей к общению, увеличивает диапазон доступных ребенку действий с предметами. Отличительные признаки развертывания игры - быстро меняющиеся ситуации, в которых оказывается объект после действий с ним, и столь же быстрое приспособление действий к новой ситуации. Структуру детской игры составляют роли, взятые на себя играющими; игровые действия как средство реализации этих ролей; игровое употребление предметов - замещение реальных предметов игровыми (условными); реальные отношения между играющими. Единица игры и в то же время центральный момент, объединяющий все ее аспекты, - роль.

Сюжетом игры предстает воспроизводимая в ней область действительности. Содержанием игры выступает момент деятельности и отношений, который воспроизводится детьми как главный между взрослыми в их взрослой жизни. В игре происходят формирование произвольного поведения ребенка и его социализация. Игровая терапия представляет собой взаимодействие взрослого с ребенком на собственных условиях последнего, когда ему предоставляется возможность свободного самовыражения с одновременным принятием его чувств взрослыми. Имеется опыт проведения краткосрочной и долгосрочной игровой терапии, а также организации игротерапии в малой группе детей в условиях воспитательно-учебных учреждений.

Общие показания к проведению игротерапии: социальный инфантилизм, замкнутость, необщительность, фобические реакции, сверхконформность и сверхпослушание, нарушения поведения и вредные привычки, неадекватная полоролевая идентификация у мальчиков. Игровая терапия оказалась эффективной при работе с детьми разной диагностической категории, кроме полного аутизма и неконтактной шизофрении. Игротерапия эффективна как помощь при коррекции селективного мутизма, агрессивности в поведении, средство улучшения эмоционального состояния детей после развода родителей, подвергающихся насилию; заброшенных детей; снижения страхов; стресса и тревожности у госпитализированных детей; при коррекции затруднений в чтении; успеваемости детей с затруднениями в обучении; отставания в речевом развитии; интеллектуального и эмоционального развития

умственно отсталых детей; лечении заикания; облегчении состояния при психосоматических заболеваниях (бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, дискинезии желчевыводящих путей и др.); улучшении «Я-концепции»; снижении тревоги при расставании с близкими.

### **Основные психологические механизмы коррекционного воздействия игры**

1. Моделирование системы социальных отношений в наглядно-действенной форме в особых игровых условиях, следования им ребенком и ориентировка в этих отношениях.

2. Изменение позиции ребенка в направлении преодоления познавательного и личностного эгоцентризма и последовательной децентрации, благодаря чему происходит осознание собственного «Я» в игре и возрастает мера социальной компетентности и способности к разрешению проблемных ситуаций.

3. Формирование (наряду с игровыми) реальных отношений как равноправных партнерских отношений сотрудничества и кооперации между ребенком и сверстником, обеспечивающих возможность позитивного личностного развития.

4. Организация поэтапной отработки в игре новых, более адекватных способов ориентировки ребенка в проблемных ситуациях, их интериоризация и усвоение. Организация ориентировки ребенка на выделение переживаемых им эмоциональных состояний и обеспечение их осознания благодаря вербализации и соответственно осознанию смысла проблемной ситуации, формирование ее новых значений.

5. Формирование способности ребенка к произвольной регуляции деятельности на основе подчинения поведения системе правил, регулирующих выполнение роли и правил, а также поведение в игровой комнате.

### **Принципы осуществления игротерапии**

1. Коммуникация ребенку его безусловного принятия (дружеские равноправные отношения с ребенком, принятие ребенка таким, какой он есть, ребенок - хозяин положения, он определяет сюжет, тему игровых занятий, на его стороне инициатива выбора и принятия решения).

2. Недирективность в управлении коррекционным процессом: отказ игротерапевта от попыток ускорить или замедлить игровой процесс; минимальность числа ограничений и лимитов, вводимых игротерапевтом в игру.

3. Установление фокуса коррекционного процесса на чувствах и переживаниях ребенка: добиться открытого вербального выражения ребенком своих чувств; попытаться в кратчайшее время понять чувства

ребенка и повернуть его исследование на самого себя; стать для ребенка своеобразным зеркалом, в котором он может увидеть себя. Коррекционный процесс возможен при условии, что психолог принимает его установки и выражает искреннюю веру в возможности ребенка принять на себя ответственность за решение проблемы. Диалогическое общение ребенка со взрослым через принятие, отражение и вербализацию им свободно выражаемых в игре чувств ребенка становится основным механизмом коррекционного воздействия в игротерапии.

### **Основные виды и формы игротерапии**

1. Если в качестве критерия выдвинуть теоретический подход, то можно выделить виды:

- игротерапию в психоанализе;
- игротерапию, центрированную на клиенте;
- игротерапию отреагирования;
- игротерапию построения отношений;
- примитивную игротерапию;
- игротерапию в отечественной психологической практике.

2. По функциям взрослого в игре различают:

- недирективную игротерапию;
- директивную игротерапию.

3. По форме организации деятельности различают:

- индивидуальную игротерапию;
- групповую игротерапию.

4. По структуре используемого в игротерапии материала:

- игротерапию с неструктурированным материалом;
- игротерапию со структурированным материалом.

### **5.6. Сказкотерапия**

**Сказкотерапия** - течение в [психотерапии](#), при котором для достижения терапевтического эффекта используются придуманные истории ([сказки](#)).

Сказкотерапевт в своей работе затрагивает сразу несколько уровней. С одной стороны, в сказке клиент проявляет свои [архетипы](#) и социальные установки, они ярко отображаются и могут оказывать ключевое влияние на сюжет, с другой стороны сказка затрагивает ранние детские переживания и в сюжете можно проследить генезис личности клиента, в-третьих, клиент наполняет сказку своим актуальным содержанием. В содержании сказки можно рассмотреть, чем сейчас живет клиент, какие у него основные переживания. И тогда уже сказкотерапевт принимает решение, какому слою уделять на сессии внимание, в зависимости от того, что сейчас будет

наиболее полезно клиенту. Сказкотерапевт может по-разному предлагать клиенту, как именно работать со сказкой.

Самые распространенные способы работы со сказкой: обсуждение уже существующей сказки; самостоятельное написание клиентом сказки, так называемая клиентская сказка; инсценирование, драматизация уже написанной сказки; арттерапевтическая работа по мотивам сказки.

Особое значение в работе сказкотерапевта играют клиентские сказки. Сказкотерапия отмечает два важных факта: 1) все люди умеют сочинять сказки, то есть этот навык является частью человеческой природы; 2) факт говорит о том, что уже просто написание самой сказки является мощным терапевтическим воздействием.

Т. Зинкевич-Евстигнеева советует проводить сессию по написанию клиентской сказки в три этапа.

**Замедление.** Это творческое действие, связанное с успокоением и настройкой на дальнейший процесс написания сказки. На этом этапе клиенту можно предложить нарисовать [рисунок](#), терапевт может прочитать клиенту специально отобранную сказку.

**Написание сказки.** Клиенту предлагается написать сказку. Если он испытывает затруднения, то его можно подтолкнуть к началу, используя материал первого этапа.

**Прочтение сказки, завершение.** Важным событием в этой сессии будет момент, когда клиент прочтет терапевту свою сказку. Это важное событие, как для клиента, так и для терапевта, потому что клиент будет испытывать волнение и возбуждение от предъявления своего творчества, а для терапевта это будет встреча с внутренней [феноменологией](#) клиента. Терапевту, после того клиент прочел сказку, важно спросить, о чем для клиента эта сказка, понравилась она ему или нет. Клиентская сказка может быть использована для множества терапевтических целей, которые в целом можно разделить на три группы: [психодиагностические](#), [психокоррекционные](#), [прогностические](#).

## 5.7. Арттерапия

Арттерапия возникла в 30-е годы прошлого века. Первый урок применения арттерапии относится к попыткам коррекции эмоционально-личностных проблем детей, эмигрировавших в США из Германии во время второй мировой войны. Первые попытки использовать арттерапию для коррекции трудности личностного развития относятся к тому времени, когда арттерапевтические методы были применены в работе с детьми, испытывавшими стресс в фашистских лагерях и вывезенными в США. С тех пор арттерапия получила широкое распространение и используется как самостоятельный метод и как метод, дополняющий другие техники. Термин «арттерапия» (буквально: терапия искусством) ввел в употребление Адриан Хилл (1938) при описании своей работы с

туберкулезными больными в санаториях. Это словосочетание использовалось по отношению ко всем видам занятия искусством, которые проводились в больницах и центрах психического здоровья. Это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительном и творческой деятельности. Первоначально арттерапия возникла в контексте теоретических идей З. Фрейда и К.Г. Юнга, а в дальнейшем приобретала более широкую концептуальную базу, включая гуманистические модели развития личности К. Роджерса (1951) и А. Маслоу (1956).

Основная цель арттерапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. Выделяют два основных механизма психологического коррекционного воздействия, характерных для метода арттерапии. Первый механизм состоит в том, что искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переструктурирование этой ситуации на основе креативных способностей субъекта. Вторым механизмом связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л.С. Выготский).

### ***Цели арттерапии.***

1. Дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам (работа над рисунками, картинами, скульптурами является безопасным способом выпустить «пар» и разрядить напряжение).

2. Облегчить процесс лечения. Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции. Невербальное общение легче ускользает от цензуры сознания.

3. Получить материал для интерпретации и диагностических заключений. Продукты художественного творчества относительно долговечны, и клиент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о клиенте, который может помогать в интерпретации своих произведений.

4. Проработать мысли и чувства, которые клиент привык подавлять. Иногда невербальные средства являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.

5. Наладить отношения между психологом и клиентом. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

6. Развить чувство внутреннего контроля. Работа над рисунками, картинами или лепка предусматривают упорядочивание цвета и форм.

7. Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для

экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

#### 8. Развить художественные способности и повысить самооценку.

Побочным продуктом арттерапии является чувство удовлетворения, которое возникает в результате выявления скрытых талантов и их развития. Использование элементов арттерапии в групповой работе дает дополнительные результаты, стимулируя воображение, помогает разрешать конфликты и налаживать отношения между участниками группы. Искусство приносит радость, что важно само по себе, независимо от того, рождается ли эта радость в глубинах подсознания или является результатом осознания возможности развлечься. Первоначально арттерапию применяли в больницах и психиатрических клиниках для лечения больных с выраженными эмоциональными нарушениями. В настоящее время рамки применения арттерапии значительно расширились, постепенно она отделилась от своей психоаналитической первоосновы. Приемы арттерапии используются при исследовании внутрисемейных проблем. Родственникам предлагается вместе поработать над художественными проектами или изображать свои представления состояния дел в их семействе.

Арттерапия дает выход внутренним конфликтам и сильным эмоциям, помогает при интерпретации вытесненных переживаний, дисциплинирует группу, способствует повышению самооценки клиента, способности осознавать свои ощущения и чувства, развивает художественные способности. В качестве материалов на занятиях по арттерапии используются краски, глина, клей, мел.

Арттерапия используется как в *индивидуальной*, так и в *групповой* форме. Во время творческого самовыражения в ходе проведения арттерапии возможно взрывное высвобождение сильных эмоций. К подготовке психолога предъявляются особые требования, работающего в технике арттерапии. Арттерапия имеет и образовательную ценность, так как способствует развитию познавательных и созидательных навыков. Есть свидетельства тому, что выражение мыслей и чувств средствами изобразительного искусства может способствовать улучшению отношений с партнерами и повышению самооценки.

Недостатком арттерапии может являться то, что глубоко личный характер выполняемой клиентом работы может способствовать развитию у него нарциссизма и привести к уходу в себя вместо того, чтобы способствовать самораскрытию и установлению контактов с другими людьми. У некоторых людей самовыражение средствами искусства вызывает очень сильный протест, хотя для большинства такие способы самовыражения представляются наиболее безопасными.

Существует две формы арттерапии: *пассивная* и *активная*. При пассивной форме клиент «потребляет» художественные произведения,

созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения. При активной форме арттерапии клиент сам создает продукты творчества: рисунки, скульптуры и т.д.

Занятия по арттерапии могут быть *структурированными* и *неструктурированными*. При структурированных занятиях тема жестко задается, и материал предлагается психологом. По окончании занятий обсуждаются тема, манера исполнения и т.д. При неструктурированных занятиях клиенты самостоятельно выбирают тему для освещения, материал, инструменты. Существуют различные варианты использования метода арттерапии: использование уже существующих произведений искусства через их анализ и интерпретацию клиентами; побуждение клиентов к самостоятельному творчеству; использование имеющегося произведения искусства и самостоятельное творчество клиентов; творчество самого психолога (лепка, рисование и др.), направленное на установление взаимодействия с клиентом.

В зависимости от характера творческой деятельности и ее продукта можно выделить следующие виды арттерапии: рисуночную терапию, основанную на изобразительном искусстве; библиотерапию, как литературное сочинение и творческое прочтение литературных произведений; музыкотерапию; хореотерапию и др. Наиболее полно разработана арттерапия в узком смысле слова, т.е. рисуночная терапия и драмтерапия. Показаниями для проведения рисуночной терапии являются: трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, лабильность, импульсивность эмоциональных реакций, эмоциональная депривация клиента, переживания эмоционального отвержения, чувство одиночества, наличие конфликтов в межличностных отношениях, неудовлетворенность в семейной ситуации, ревность, повышенная тревожность, страхи, фобические реакции, негативная «Я-концепция», низкая, дисгармоничная, искаженная самооценка, низкая степень самопринятия. Применение арттерапевтических методов, в первую очередь рисуночной терапии, незаменимо в случаях тяжелых эмоциональных нарушений, коммуникативной некомпетентности, а также при низком уровне развития мотивации к деятельности. В случае трудностей общения: замкнутости, низкой заинтересованности в сверстниках или излишней стеснительности, арттерапия позволяет объединить клиентов в группу при сохранении индивидуального характера их деятельности и облегчить процесс их коммуникации, опосредовать ее общим творческим процессом и его продуктом. Арттерапевтический метод позволяет психологу объединить индивидуальный подход к клиенту и групповую форму работы. Как правило, арттерапевтические методы присутствуют в любой программе коррекции, дополняя и обогащая развивающие возможности игры.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров А.А. Психотерапия: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2004.
2. Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по креативной терапии. - СПб.: Речь, 2003.
3. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. - М.: Академический Проект, 2002.
4. Кудзилов Д.Б., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Психодиагностика через рисунок в сказкотерапии. - СПб.: Речь, 2003.
5. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
6. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. - СПб., 2001.
7. Морено Я.Л. Психодрама / Пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. - М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2001.
8. Осипова А.А. Общая психокоррекция. - М.: Сфера, 2007.
9. Перлз Ф. Практика гештальттерапии. - М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2001.
10. Психотерапия: Учебник для вузов / Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. – СПб.: Питер, 2003.
11. Психотерапия: Учебник для вузов. 3-е издание / Сост. Б.Д. Карвасарский – СПб: Питер, 2008.
12. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2002.
13. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ.; Общ. ред. Л.П. Петровской.- 2-ое изд.- М: Прогресс, 1993.
14. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия. - М.: Апрель Пресс: Эксмо-пресс, 2001; 2005.
15. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М: Академия, 2002.
16. Эллис А., Драйден У. «Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии» 2-е изд./ Пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб.: Речь, 2002.
17. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. - СПб.: Питер, 2000.
18. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т.С. Драбкиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999.

*Учебное издание*

**ПСИХОТЕРАПИЯ:  
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

**Рудзинская Танзиля Фаатовна**

**Шипова Лариса Валентиновна**