

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНЫХ НАУК

Кафедра социальной работы и реабилитологии

УЧЕБНО - МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И
ПСИХОКОРРЕКЦИИ»
1-23 81 04 Социальная психология

Автор / составитель: Т.И. Ачинович

Одобрено и рекомендовано к утверждению на заседании кафедры социальной работы и реабилитологии.

Протокол № 5 от 27.12.2018

Утверждаю
Зав. Кафедрой




Н.Н. Красовская

Одобрено и рекомендовано Советом факультета
Протокол № 6 от 22.01.2019.

Утверждаю
Зам. Декана

По учебной и воспитательной работе



А.М. Бобр

Минск 2019

А в т о р / составитель:

Т.И. Ачинович, старший преподаватель кафедры социальной работы и реабилитологии факультета философии и социальных наук Белорусского государственного университета, магистр педагогических наук

Рецензенты:

Самаль Е.В., зав. кафедрой психологии и конфликтологии Филиала Российского государственного социального университета в г. Минске, кандидат психол. наук, доцент

Галуза А.В., доцент кафедры психологии факультета философии и социальных наук Белорусского государственного университета, кандидат психол. наук, доцент

Ачинович, Т.И.

Современные методы психотерапии и психокоррекции: учебно-методический комплекс для специальности 1-23 81 04 Социальная психология / Т.И. Ачинович; БГУ, факультет философии и соц. наук, каф. соц. работы и реабилитологии. – Минск: БГУ, 2019. – 113 с.

Учебно-методический комплекс предназначен для магистрантов специальности 1-23 81 04 Социальная психология. Включает 4 раздела: теоретический, практический, контроля знаний и вспомогательный, которые содержат базовый курс лекций для теоретического изучения учебной дисциплины «Современные методы психотерапии и психокоррекции» в объеме, установленном типовым учебным планом, тематику семинарских занятий по курсу, проверочные тесты и задания, примерные вопросы итоговой аттестации, перечень учебных изданий, рекомендуемых для изучения учебной дисциплины.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	8
Тема 1. Психотерапия и психокоррекция: основные понятия	8
1.1 Понятие психотерапии и психокоррекции и различие между ними.....	8
1.2 Психотерапия как вид психологической помощи	9
1.3 Сущность и основные принципы психокоррекционного процесса.....	13
Тема 2. Принципы составления и основные виды психокоррекционных программ	17
2.1 Виды коррекционных программ.....	17
2.2 Психокоррекционный комплекс	18
2.3 Основные требования к составлению психокоррекционной программы	19
2.4 Оценка эффективности психокоррекционных программ	19
2.5 Коррекция нарушений эмоционально-волевой сферы.....	20
2.6 Коррекция нарушений детско-родительских отношений	23
Тема 3. Современные методы психологической коррекции	25
3.1 Игровая терапия как метод коррекции	25
3.2 Арт-терапевтические методы.....	27
3.3. Методы поведенческой коррекции	27
3.4 Методы социальной терапии.....	29
3.5 Метод замещающего онтогенеза	29
3.6 Методы психокоррекционной работы со взрослыми	31
Тема 4. Современные направления и методы психотерапии	32
4.1 Суггестивная терапия	32
4.2 Самовнушение и аутогенная тренировка.....	43
4.3 Эриксоновский гипноз.....	50
4.4 Символдрама.....	56
4.5 Позитивная психотерапия	66
4.6 Краткосрочная терапия, фокусированная на решении	73
2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	92
Тематика семинарских занятий по дисциплине «Современные методы психотерапии и психокоррекции»	92
3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	94
Проверочные тесты	94
Вопросы к экзамену по дисциплине	98
4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ.....	99
Учебная программа дисциплины (фрагмент).....	99
Рекомендуемая литература	108

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебно-методический комплекс (УМК) по дисциплине «Современные методы психотерапии и психокоррекции» предназначен для обучения студентов магистратуры специальности 1-23 80 04 Социальная психология.

УМК «Современные методы психотерапии и психокоррекции» раскрывает и наполняет конкретным содержанием модель психотерапевтической и психокоррекционной деятельности в процессе реальной практической работы с точки зрения биопсихосоциальной парадигмы для магистрантов, обучающихся в практически-ориентированной магистратуре по специальности «Социальная психология». УМК создает целостное системное представление о наиболее эффективных приемах психотерапии и психокоррекции и позволяет овладеть современными знаниями в этой области.

Цели и задачи учебной дисциплины.

Целью изучения учебной дисциплины «Современные методы психотерапии и психокоррекции» является овладение студентами знаниями и навыками теоретико-методологических основ в области психотерапии и психокоррекции, применение различных психотерапевтических и психокоррекционных методик и технологий в практической работе будущих психологов.

Задачи дисциплины:

- раскрыть значение психологической коррекции личности в системе психолого-педагогического воздействия на ее формирование, развитие и функционирование; психологические механизмы, лежащие в основе коррекционного эффекта методов психотерапии и психологической коррекции личности;
- показать основные закономерности процесса психологической коррекции и психотерапии и специфику их воздействия на личность;
- ознакомить с основными методами психотерапии и психокоррекции личности детей и взрослых, обращающихся за психологической помощью.
- ознакомить с историей, предметом и задачами психотерапии;
- ознакомить (теоретически и практически) с современными методами психотерапии, психологическими механизмами терапевтического эффекта, техниками и средствами психотерапевтического воздействия.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста с высшим образованием (второй ступени).

Дисциплина «Современные методы психотерапии и психокоррекции» относится к циклу специальных дисциплин, является дисциплиной по выбору студента.

Связи с другими учебными дисциплинами. Дисциплина «Современные методы психотерапии и психокоррекции» неразрывно связана с рядом учебных дисциплин, входящих в перечень подготовки студентов 2-й ступени высшего образования, в том числе «Индивидуальное и групповое консультирование: теория и практикум», «Теория и практика

психодиагностики», «Актуальные проблемы психологии личности», «Актуальные проблемы семейной психологии» и др.

Требования к освоению учебной дисциплины (включая требования образовательного стандарта).

Студенты 2-й ступени высшего образования должны **знать:**

- основные теоретические обоснования психологических практик коррекционной работы;
- виды, формы и методы психотерапии и психокоррекции;
- стратегию выбора, организации и проведения психотерапии и психокоррекции;
- этические нормы и правила во взаимоотношении психолога и психотерапевта с клиентом;
- теоретические основы различных направлений в психотерапии;
- основы психотерапевтической помощи;
- этические нормы осуществления психотерапии;
- основные требования к личности психотерапевта.

уметь:

- организовывать работу по оказанию помощи различным социально-уязвимым контингентам;
- осуществлять деятельность в качестве разработчика индивидуальной психокоррекционной программы сопровождения клиента (ИППС);
- формировать комплексный социально-психологический диагноз клиента с различным уровнем психологических проблем;
- реализовывать социальный, социально-психологический, социально-коррекционный разделы ИППС;
- осуществлять социальное, социально-психологическое, психологическое сопровождение клиента в коррекционном и психотерапевтическом периодах.

владеть:

- умениями и навыками постановки социально-психологического диагноза с учетом характера и причин возникновения проблем;
- приемами эффективных систем и технологий проведения психотерапии и психокоррекции;
- умениями и навыками проведения психотерапии и психокоррекции с учетом личностных характеристик клиента;
- умениями и навыками разработки и обеспечения реализации социального и психологического блоков индивидуальной психокоррекционной программы сопровождения клиента;
- способами проведения анализа показателей результативности социально-психологической деятельности.

Требования к освоению учебной дисциплины (включая требования образовательного стандарта).

Выпускник приобретает следующие компетенции:

Академические:

АК-2. Фундаментальные знания и практические умения для решения задач научно-исследовательской, экспертно-аналитической, организационно-управленческой, проектной, коррекционно-развивающей и инновационной деятельности.

АК-3. Знания в области современных информационных технологий и умение использовать их решения научных и практических задач.

АК-4. Знания в области правового обеспечения осуществляемой деятельности.

АК-5. Способность к разрешению проблемных социальных ситуаций.

АК-6. Склонность к постоянному самообразованию.

Социально-личностные компетенции:

СЛК-1. Обладать гражданской ответственностью и этическим сознанием, основанным на общечеловеческих нормах морали, руководствоваться в своей работе нравственно-этическими, правовыми и профессиональными нормами поведения.

СЛК-2. Совершенствовать и развивать свой личностный потенциал, повышать интеллектуальный общекультурный уровень.

СЛК-3. Занимать ответственную социальную позицию при принятии решений в рамках профессиональной компетенции, проявлять профессионализм, инициативу и креативность в нестандартных и проблемных ситуациях.

СЛК-6. Формировать и аргументировать собственные суждения и профессиональную позицию.

СЛК-7. Логично, аргументированно и ясно строить устную и письменную речь, использовать навыки публичной речи, ведения дискуссии и полемики.

СЛК-11. Уметь адаптироваться к новым ситуациям социально-профессиональной деятельности, реализовывать накопленный опыт, свои возможности.

СЛК-12. Самостоятельно приобретать новые знания и умения.

Профессиональные компетенции:

ПК-8. Оценивать социальные проблемы и тенденции с позиций современной психологии.

ПК-10. Давать квалифицированные психологические заключения.

ПК-14. Взаимодействовать со специалистами смежных профессий с целью совместного решения задач основной деятельности.

ПК-18. Планировать, организовывать и проводить просветительскую, профилактическую, диагностическую, консультационную и психокоррекционную работу с различными группами населения.

ПК-19. Разрабатывать и использовать современное методическое обеспечение профессиональной деятельности.

ПК-20. Разрабатывать обоснованные психологические рекомендации практического характера на основе теоретических и прикладных исследований.

ПК-22. Квалифицированно применять психологические методы и технологии в конкретных сферах профессиональной деятельности.

Общее количество часов:176.

Количество аудиторных часов: 12 часов для магистрантов заочной формы обучения;

Форма получения высшего образования второй ступени: заочная.

Распределение аудиторного времени по видам занятий, курсам и семестрам:

Форма обучения	Курс, семестр	Лекции (к-во час.)	Практические занятия (к-во час.)	Самостоятельная работа (к-во час.)
Заочная 1-23 80 04 Социальная психология	1 курс. 2 семестр	6	6	164

Формы текущей аттестации по учебной дисциплине: экзамен в устной форме.

УМК включает 4 раздела: теоретический, практический, контроля знаний и вспомогательный. Теоретический раздел включает тезисы лекций. Содержит структурированный теоретический материал по 4 темам дисциплины «Современные методы психотерапии и психокоррекции». Практический раздел тематику семинарских занятий по курсу, проверочные тесты и задания. Раздел контроля знаний включает вопросы к экзамену по учебной дисциплине «Современные методы психотерапии и психокоррекции». Вспомогательный раздел содержит перечень учебных изданий, рекомендуемых для изучения учебной дисциплины.

Материалы УМК могут быть использованы для самостоятельной подготовки студентов магистратуры к лекциям и практическим занятиям, что обеспечивает возможность «опережающего обучения», т.е. предварительного изучения магистрантами материалов темы лекции.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ТЕМА 1. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

1.1 Понятие психотерапии и психокоррекции и различие между ними

Психологическая помощь, в широком смысле данного понятия, включает в себя следующие основные направления: психодиагностику, психокоррекцию, психологическое консультирование, профориентацию и психотерапию. В зависимости от возраста, особенности жизненной ситуации, состояния здоровья и т.д. такую помощь может оказать психолог или психотерапевт. Достаточно дискуссионным и по настоящее время является вопрос о разделении двух сфер психологической помощи – **психологической коррекции** и **психотерапии**. Как в психокоррекции, так и в психотерапии предъявляются сходные требования к личности клиента и специалиста, оказывающего помощь; к уровню его профессиональной подготовки, квалификации и профессиональным навыкам; используются одинаковые процедуры и методы; помощь оказывается в результате специфического взаимодействия между клиентом и специалистом.

По мнению **Ю.Е.Алешиной**, различие терминов «**психокоррекция**» и «**психотерапия**» возникло не в связи с особенностями работы, а с укоренившимся мнением, что психотерапией могут заниматься люди, имеющие специальное медицинское образование. Кроме того, термин «**психотерапия**» является международным и во многих странах мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым профессиональными психологами. Существуют определенные трудности в разграничении на практике понятий «психологическая коррекция» и «психотерапия». По мнению **Р.С.Немова**, разница между понятиями «психотерапия» и «психокоррекция» состоит в следующем: **психотерапия** – это система медико-психологических средств, применяемых врачом для лечения различных заболеваний; **психокоррекция** – совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека.

Термин «**коррекция**» буквально означает исправление. Под понятием «**психокоррекция**», по мнению **А.А.Осиповой**, в нашей стране, чаще всего подразумевается система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия. Психологической коррекции подлежат недостатки, не имеющие органической основы и не представляющие собой такие устойчивые качества, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не изменяются.

Выделяют **специфические черты** психокоррекционного процесса, отличающие его от психотерапии.

- Психокоррекция всегда ориентирована на клинически здоровую личность, имеющую в повседневной жизни психологические трудности, проблемы адаптации и т.д., а также на людей, чувствующих себя хорошо, однако желающих изменить свою жизнь, либо ставящих перед собой цель развития личности.

- Коррекция ориентирована на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения.

- В психокоррекции чаще всего ориентируются на настоящее и будущее клиентов.

- Психокоррекция обычно представляет собой среднесрочную помощь (в отличие от краткосрочной – до 15 встреч – помощи при консультировании и долгосрочной – до нескольких лет – помощи при психотерапии).

- В психокоррекции акцентируется ценностный вклад психолога, но в то же время, не одобряется навязывание определенных ценностей клиенту.

- Психокоррекционные воздействия направлены на изменение поведения и развитие личности.

- Различие между психотерапией и психокоррекцией заключается и в том, что психотерапия имеет дело с различного рода нарушениями у людей, страдающих различными видами соматических или психических заболеваний (расстройств).

Психические заболевания – это поведенческие расстройства, которые приводят к более высокому уровню заболеваемости и смертности. Многие аномалии психики и поведения людей, которые проявляются в заболеваниях, похожи на те, с которыми имеет дело психолог, занимающийся психокоррекцией. Однако людей, обращающихся за помощью к психотерапевту, обычно называют больными или *пациентами*, а тех, кто нуждается только в коррекционной помощи, именуют *клиентами*.

Таким образом, анализ различий между двумя видами деятельности показал, что термин «психокоррекция» по своему содержанию близок к немедицинской модели психотерапии.

1.2 Психотерапия как вид психологической помощи

Психотерапия (от греч. *psyche* – душа и *therapeia* – лечение) представляет собой систему лечебного воздействия психологическими средствами (вербальными и невербальными) на психику, а через нее на весь организм и поведение клиента.

Впервые термин «психотерапия» введен в конце XIX в. Д. Н. Тьюком. В опубликованной им в 1878 г. книге «Иллюстрации влияния разума на тело» одна из глав так и названа: «Психотерапия». Общеупотребительным термин

«психотерапия» становится только в 90-е гг. XIX в. в связи с развитием гипноза.

Психотерапия отличается от других методов лечения, по крайней мере, тремя особенностями:

1) при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии;

2) применяются эти средства и методы профессионально, т.е. подготовленными специалистами и персоналом, действующим осознанно и целенаправленно, умеющим научно обосновывать свои действия, воспроизводить их в ходе психотерапии с различными пациентами и оценивать их;

3) с помощью психотерапии лечат лиц, страдающих расстройствами психики [135].

В научной литературе насчитывается несколько сот определений понятия «психотерапия», одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на ее психологических сторонах. По мнению Б.Д. Карвасарского отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, т.е. входит в компетенцию медицины. В определениях, которые можно назвать условно медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику на организм), т.е. подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. Обе позиции являются объяснимыми. Так, с одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души, т.е. указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию понятия «физиотерапия, иглотерапия и др.» указывают на средства воздействия.

Медицинский подход к пониманию психотерапии иллюстрируют такие определения, которые обязательно включают в себя понятия «здоровье», «болезнь», «больной», «лечебное воздействие».

Определения, в большей степени фиксирующие психологические подходы включают в себя такие понятия, как «межличностное взаимодействие», «психологические средства», «психологические проблемы и конфликты», «отношения», «установки», «эмоции», «поведение».

В известной мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Таким образом, процесс развития психотерапии, как научной дисциплины, предполагает все более четкое определение ее категориального аппарата и сущности самого понятия «психотерапия». Однако, термины «воздействие», «вмешательство», «интервенция» входят в самые различные определения психотерапии и психокоррекции.

Классификация психотерапевтических подходов. Прежде всего, необходимо внести ясность в понимание соотношения терминов «метод психотерапии», «форма психотерапии», «направление психотерапии».

Под **методом психотерапии** подразумевается конкретный способ реализации общего принципа лечения, вытекающий из понимания сущности психического расстройства в рамках определенной концепции психотерапии; совокупность психотехнических приемов [135].

Способ применения того или иного метода психотерапии называется **формой психотерапевтического воздействия**.

Форма психотерапии – это организация и структура взаимодействия терапевта и пациента в процессе реализации того или иного метода психотерапии.

Например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т. д. Одна и та же форма психологического воздействия может служить различным методическим установкам. Так, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует **направление психотерапии**. Таким образом, в отдельных направлениях психотерапии выделяют отдельные методы, внутри каждого метода – различные методики и приемы. Достаточно широким по содержанию названием является вид психотерапии (коррекции), соразмерный с понятием модель и являющийся эклектическим объединением в ее рамках различных методов и форм психотерапии (психокоррекции), принадлежащих к различным ее направлениям.

В настоящее время наибольшее распространение получили следующие направления психотерапии:

- психоаналитическое (психодинамическое);
- поведенческое (бихевиористское);
- гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое).

В отечественной психотерапии в последние годы выделяют следующие основные направления:

- личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию;
- суггестивную психотерапию;
- поведенческую психотерапию;
- эмоционально-стрессовую психотерапию.

Виды психотерапии систематизируют по следующим основаниям:

- а) по характеру воздействия (прямая – косвенная);
- б) по этиопатогенетическому принципу (каузальная – симптоматическая);
- в) по цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая);
- г) по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная);

д) по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая);

е) по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная);

ж) по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая);

з) по тактике воздействия (выборочная, комбинированная или комплексная);

и) по числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная – групповая), директивная – недирективная и др.

Вид психотерапии может определяться используемыми для решения определенной задачи методами работы психолога.

Методы психотерапии могут быть следующие:

а) по *биологическому гомеостазу*: для нормального или стрессового состояния;

б) по *характеру и направленности воздействия*: развивающие, седативные, активизирующие, дезактуализирующие, мобилизующие;

в) по *преимущественному воздействию на те или иные психические процессы*: ментальный тренинг (мышление), имаготренинг (воображение), эмоционально-волевая тренировка (эмоции, воля);

г) по *источнику воздействия*: аутогенные (на себя), гетерогенные (со стороны других);

д) по *используемым средствам воздействия*: вербальные, библиотерапия, музыкотерапия, изотерапия, танцевальная терапия.

Существует классификация принципов выбора метода психотерапии *в зависимости от заболевания* (Штроцка, 1986):

- при острой истерической, симптоматике применяется суггестия;
- при вегетативных нарушениях – аутогенная тренировка;
- при жизненных трудностях – «разговорная» терапия;
- при фобиях – поведенческая терапия;
- при характерологических нарушениях – гештальт-терапия, психодрама;
- при расстройствах, связанных с семейными проблемами, – семейная психотерапия;

• при комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения – глубинно-психологические методы.

Психотерапевтическое вмешательство – это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, т.е. методов. Термин «психотерапевтическое вмешательство» может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и т.д., а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный

(гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Клинико-психологические вмешательства с точки зрения Перре и Бауманна характеризуются:

1. выбором средств (методов);
2. функциями (профилактика, лечение, реабилитация, развитие);
3. целевой ориентацией процесса на достижение изменений;
4. теоретической базой;
5. эмпирической проверкой;
6. профессиональными действиями.

1.3 Сущность и основные принципы психокоррекционного процесса

Рассмотрим основные цели и задачи психокоррекционной работы. Итак, психокоррекционные мероприятия направлены на исправление отклонений в развитии. В связи с этим возникает ряд актуальных вопросов:

- Что следует понимать под отклонением в развитии?
- Каковы показания для осуществления психологической коррекции?
- Кто принимает решение и берет на себя ответственность за целесообразность определения задач коррекции?
- Кто и по каким критериям оценивает эффективность коррекции?

В практике коррекционной работы выделяют различные модели объяснения причин трудностей в развитии.

1) **Биологическая модель** – объясняет этиологию отклонений в развитии снижением темпа органического созревания.

2) **Медицинская модель** – выносит проблемы, трудности и отклонения в развитии в область аномального развития.

3) **Интеракционистская модель** – подчеркивает значения сбоев и нарушений взаимодействия между личностью и средой для возникновения проблем развития и, в частности, вследствие дефицитарности среды, сенсорной и социальной депривации ребенка.

4) **Педагогическая модель** – усматривает причины отклонений в явлениях социальной и педагогической запущенности ребенка.

5) **Деятельностная модель** – ставит во главу угла несформированность ведущего типа деятельности и других, типичных для данной возрастной стадии видов деятельности.

Постановка целей коррекционной работы напрямую зависит от теоретической модели психического развития, и определяются ею.

В отечественной психологии цели коррекционной работы определяются пониманием закономерностей психического развития ребенка как активного деятельностного процесса, реализуемого в сотрудничестве с взрослым. На

этом основании выделяют **три** основные направления и области постановки коррекционных целей:

1. Оптимизация социальной ситуации развития.
2. Развитие видов деятельности ребенка.
3. Формирование возрастно-психологических новообразований.

Выбор методов и техник коррекционной работы, определения критериев оценки ее успешности, в конечном счете, определяется ее целями. *При конкретизации целей психокоррекции необходимо руководствоваться следующими правилами:*

1. Цели коррекции должны формулироваться обязательно в позитивной форме. Это предполагает описание тех форм поведения, деятельности, структур личности и познавательных способностей, которые должны быть сформированы у клиента, а не тех, которые должны быть устранены.

2. Цели психокоррекции должны быть реалистичны и соотнесены с продолжительностью коррекционной работы и возможностями переноса клиентом нового позитивного опыта и усвоенных на коррекционных занятиях способов действий в реальную практику жизненных отношений.

3. При постановке общих целей коррекции необходимо учитывать дальнюю и ближайшую перспективу развития личности и планировать как конкретные показатели личностного и интеллектуального развития клиента к окончанию коррекционной программы, так и возможности отражения этих показателей в особенностях деятельности и общения клиента на последующих стадиях его развития.

4. Нужно помнить, что эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе коррекционной работы; к моменту ее завершения; и, наконец, примерно полгода спустя можно окончательно говорить о закреплении или об утере клиентом позитивных эффектов коррекционной работы.

Рассмотрим основные **виды психокоррекции**. Исходя из определенных критериев, психокоррекционные мероприятия можно классифицировать по ряду параметров.

1. По **характеру направленности** выделяют коррекцию: симптоматическую и каузальную. Симптоматическая коррекция, как правило, предполагает кратковременное воздействие с целью снятия острых симптомов отклонений в развитии, которые мешают перейти к коррекции каузального типа. Каузальная коррекция – направлена на источники отклонений. Данный вид коррекции более длителен по времени, требует значительных усилий, однако более эффективен по сравнению с симптоматической коррекцией, так как одни и те же симптомы отклонений могут иметь совершенно разную природу, причины и психологическую структуру нарушений.

2. По **содержанию** различают коррекцию: познавательной сферы, личности, аффективно-волевой сферы, поведенческих аспектов, межличностных отношений, внутригрупповых взаимоотношений (семейных, супружеских, коллективных), детско-родительских отношений.

3. По **форме работы** с клиентом различают коррекцию: индивидуальную и групповую. Групповая, в свою очередь, подразделяется на коррекцию в закрытой естественной группе (семья, класс, коллектив сотрудников и т.д.); в открытой группе для клиентов со сходными проблемами; смешанную форму (индивидуально-групповую).

4. По **наличию программ**: программированную и импровизированную.

5. По **характеру управления корригирующими воздействиями**: директивную и недирективную.

6. По **продолжительности**: сверхкороткую (от нескольких минут до нескольких часов), короткую (от нескольких часов до нескольких дней), длительную (от одного до трех месяцев) и сверхдлительную (в исключительных случаях, продолжается до шести месяцев).

7. По **масштабу решаемых задач** различают психокоррекцию: общую, частную, специальную.

Несмотря на различие в теориях, целях, процедурах и формах коррекционной работы, психологическое воздействие сводится к тому, что один человек пытается помочь другому. **Коррекционная ситуация** включает в себя пять основных элементов:

1. **Человек, который страдает** и ищет облегчения своей проблемы. Человек, который имеет целый ряд проблем различного рода и нуждается в психологической помощи, в психокоррекции, – это клиент.
2. **Человек, который помогает** и благодаря обучению или опыту воспринимается, как способный оказывать помощь, – это психолог (психокорректор).
3. **Теория**, которая используется для объяснения проблем клиента. Психологическая теория включает психодинамику, принципы научения и другие психические факторы.
4. **Набор процедур** (техник, методов), используемых для решения проблем клиента. Это процедуры непосредственно связаны с теорией.
5. **Специальные социальные отношения** между клиентом и психологом, которые помогают облегчить проблемы клиента.

Психолог должен стремиться к созданию такой атмосферы, которая позволяет клиенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем. Такое специальное отношение является фактором, характерным для всех форм воздействия.

Принципы психокоррекционной работы.

Основными принципами психокоррекционной работы являются следующие:

1. Принцип единства диагностики и коррекции.
2. Принцип нормативности развития.
3. Принцип коррекции «сверху вниз».
4. Принцип коррекции «снизу вверх».
5. Принцип системности развития психической деятельности.
6. Деятельностный принцип коррекции.

Основные компоненты профессиональной готовности к коррекционному воздействию.

Теоретический компонент: знание теоретических основ коррекционной работы, способов коррекции и т.д.

Практический компонент: владение конкретными методами и методиками коррекции.

Личностная готовность: психологическая проработанность у психолога собственных проблем в тех сферах, которые он предполагает корректировать у клиента.

Психолог, самостоятельно осуществляющий коррекционную работу, должен иметь базовую фундаментальную подготовку в области психологии и специальную, подготовку.

Теоретический компонент в области конкретных методов коррекционного воздействия предполагает: знание общих закономерностей психического развития в онтогенезе; знание периодизации психического развития; знание проблемы соотношения обучения и развития; представление об основных теориях, моделях и типах личности; знание о социально-психологических особенностях группы; знание условий, обеспечивающих личностный рост и творческое развитие.

В общей профессиональной подготовке возможны три основных подхода: приверженность одной теории, одному подходу; эклектизм - приверженность многим подходам; общий континуальный подход.

Приверженность одному подходу позволяет глубже проникнуть в предмет, получить исчерпывающие знания теории и практики, но в то же время накладывает определенные ограничения, связанные как раз с возможностями одного подхода, одного метода.

Эклектизм ведет к тому, что специалист знает кое-что выборочно из различных теорий и практик. Работа такого специалиста может быть эффективной (особенно на начальных этапах), однако скоро он столкнется с недостатками поверхностной подготовки, с отсутствием основных, стержневых, базовых представлений.

Общий континуальный подход — это профессиональный подход, при котором специалист первоначально является последователем одной теории и изучает все, что известно в данной области, а затем, приобретя профессиональный фундамент и профессиональный опыт, начинает выходить за пределы базовой для него теории. Такой профессионал может использовать концептуальные представления одних теорий, а техники и практические подходы — других.

Практический компонент подготовки заключается в овладении конкретными методами и методиками коррекции. Глубокое овладение конкретными методами и методиками позволяет избежать как непрофессионализма, так и профессиональной деформации личности. К последним можно отнести «синдром сторания». К появлению такого синдрома предрасполагают: неразрешенные конфликты собственной личности; низкий уровень поддержки и высокий уровень критичности коллег; индивидуальная и групповая работа с немотивированными и мало мотивированными клиентами; низкая результативность работы; запрет на инновации и творческое самовыражение, носящий административный характер; отсутствие возможностей обучаться и совершенствоваться.

ТЕМА 2. ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ

2.1 Виды коррекционных программ

Для осуществления коррекционных воздействий необходимо создание и определенной модели коррекции: *общей, типовой, индивидуальной*.

Общая модель коррекции – это система условий оптимального возрастного развития личности в целом. Она предполагает расширение, углубление, уточнение представлений человека об окружающем мире, о людях, общественных событиях, о связях и отношениях между ними; использование различных видов деятельности для развития системности мышления, анализирующего восприятия, наблюдательности и т. д.; щадящий охранительный характер проведения занятий учитывающий состояние здоровья клиента. Необходимое оптимальное распределение нагрузки в течение занятия, дня, недели, года, контроль и учет состояния клиента.

Типовая модель коррекции основана на организации практических действий на различных основах; направлена на овладение различными компонентами действий и поэтапное формирование различных действий.

Индивидуальная модель коррекции включает в себя определение индивидуальной характеристики психического развития клиента, его интересов, обучаемости, типичных проблем; выявление ведущих видов деятельности или проблем, особенностей функционирования отдельных сфер в целом, определение уровня развития различных действий; составление программы индивидуального развития с опорой на более сформированные стороны, действия ведущей системы для осуществления переноса полученных знаний в новые виды деятельности и сферы жизни конкретного человека. Существуют стандартизированные и свободные коррекционные программы.

В стандартизированной программе четко прописаны этапы коррекции, необходимые материалы, требования, предъявляемые к участникам данной программы. Перед началом осуществления коррекционных мероприятий психолог должен проверить возможности реализации этих этапов программы, наличие необходимых материалов, соответствие возможностей, предъявляемых к участникам данной программы.

Свободную программу психолог составляет самостоятельно, определяя цели и задачи этапов коррекции, продумывая ход встреч, намечая ориентиры результата достижений для перехода к следующим этапам психокоррекции.

2.2 Психокоррекционный комплекс

Целенаправленное воздействие на клиента осуществляется через *психокоррекционный комплекс*, состоящий из нескольких взаимосвязанных блоков. Каждый блок направлен на решение различных задач и состоит из особых методов и приемов.

Психокоррекционный комплекс включает в себя четыре основных блока:

1. **Диагностический блок** – основные цели – диагностика особенностей развития личности, выявление факторов риска, формирование общей программы психологической коррекции.
2. **Установочный блок** – основные цели – пробуждение желания взаимодействовать, снятие тревожности, повышение

уверенности клиента в собственных силах, формирование желания сотрудничать с психологом и что-либо изменить в своей жизни.

3. **Коррекционный блок** – основные цели – гармонизация и оптимизация развития клиента, переход от отрицательной фазы развития к положительной, овладение способами взаимодействия с миром и самим собой, определенными способами деятельности.

4. **Блок оценки эффективности коррекционных воздействий** – основные цели – измерение психологического содержания и динамики реакций, способствование появлению позитивных поведенческих реакций и переживаний, стабилизация позитивной самооценки.

Сопоставляя различного рода коррекционные программы, необходимо опираться на следующие **принципы**:

- Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач.
- Принцип единства коррекции и диагностики.
- Принцип приоритетности коррекции каузального типа.
- Деятельностный принцип коррекции.
- Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей клиента.
- Принцип комплексности методов психологического воздействия.
- Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к участию в коррекционной программе.
- Принцип опоры на разный уровень организации психических процессов.
- Принцип программированного обучения.
- Принцип возрастания сложности.
- Принцип учета объема и степени разнообразия материала.
- Принцип учета эмоциональной сложности материала.

2.3 Основные требования к составлению психокоррекционной программы

При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать следующие моменты:

- 1) четко формулировать цели коррекционной работы;
- 2) определить круг задач, которые конкретизируют цели коррекционной работы;
- 3) выбрать стратегию и тактику проведения коррекционной работы;
- 4) четко определить формы работы (индивидуальная, групповая или смешанная) с клиентом;

- 5) отобрать методики и техники коррекционной работы;
- 6) определить общее время, необходимое для реализации всей коррекционной программы;
- 7) определить частоту необходимых встреч (ежедневно, 1 раз в неделю, 2 раза в неделю, 1 раз в две недели и т.д.);
- 8) определить длительность каждого коррекционного занятия (от 10–15 мин в начале коррекционной программы до 1,5- 2 часов на заключительном этапе);
- 9) разработать коррекционную программу и определить содержание коррекционных занятий;
- 10) планировать формы участия других лиц в работе (при работе с семьей – подключение родственников, значимых взрослых и т.д.);
- 11) реализовывать коррекционную программу (необходимо предусмотреть контроль динамики хода коррекционной работы, возможности внесения дополнений и изменений в программу);
- 12) подготовить необходимые материалы и оборудование. По завершении коррекционных мероприятий составляется психологическое или психолого-педагогическое заключение о целях, задачах и результатах реализованной коррекционной программы с оценкой ее эффективности.

2.4 Оценка эффективности психокоррекционных программ

Эффективность коррекционного воздействия может быть оценена с точки зрения: а) разрешения реальных трудностей развития; б) постановки целей и задач коррекционной программы. Необходимо помнить, что эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе работы; к моменту завершения и т.д. Так, коррекционная программа может не претендовать на полное разрешение трудностей развития, а ставить более узкую цель в ограниченном временном интервале. Оценка эффективности коррекции может меняться в зависимости от того, кто ее оценивает, поскольку позиция участника коррекционного процесса в значительной мере определяет итоговую оценку ее успешности. Например, для клиента основным критерием успешности своего участия в программе будет эмоциональное удовлетворение от занятий и изменение эмоционального баланса в целом в пользу положительных чувств и переживаний. Для психолога, ответственного за организацию и осуществление, коррекционной программы, главным критерием оценки станет достижение поставленных в программе целей. Для лиц из окружения клиента эффективность программы будет определяться степенью удовлетворения их запроса, мотивов, побудивших обратиться за психологической помощью, а также особенностью осознания ими проблем и стоящих перед ними задач, непосредственно связанных с проблемами клиента. Анализ факторов и условий, влияющих на эффективность коррекционной работы, показал, что существенное значение для достижения запланированного эффекта имеет интенсивность коррекционных мероприятий.

Коррекционные занятия должны проводиться не менее 1 раза в неделю, продолжительностью 1,5 ч. Интенсивность коррекционной программы

определяется не только продолжительностью времени занятий, но и насыщенностью их содержания, разнообразием используемых игр, упражнений, методов, техник, а также мерой активного участия в занятиях самого клиента.

На успешность коррекционной работы влияет пролонгированность коррекционного воздействия. Даже после завершения коррекционной работы желательны контакты с клиентом с целью выяснения особенностей поведения, сохранения прежних или возникновения новых проблем в общении, поведении и развитии. Желательно осуществлять контроль и наблюдение каждого-случая хотя бы в течение 1–2 месяцев после завершения коррекционных мероприятий.

Эффективность коррекционных программ существенно зависит от времени осуществления воздействия. Чем раньше выявлены отклонения и нарушения, в развитии, чем раньше начата коррекционная работа, тем большая вероятность успешного разрешения трудности развития.

Факторы, определяющие эффективность психокоррекции:

1. Ожидания клиента.
2. Значение для клиента освобождения от имеющихся проблем.
3. Характер проблем клиента.
4. Готовность клиента к сотрудничеству.
5. Ожидания психолога осуществляющего коррекционные мероприятия.
6. Профессиональный и личностный опыт психолога.
7. Специфическое воздействие конкретных методов психокоррекции.

2.5 Коррекция нарушений эмоционально-волевой сферы

Формы и методы. Эмоции и чувства представляют собой отражение реальной действительности в форме переживаний. Различные формы переживания, чувств образуют в совокупности эмоциональную сферу человека. Неполнота эмоциональной жизни вызывает у детей различные психические расстройства и нарушения социальной адаптации: у одних это тенденция к понижению активности, ведущая к апатии и большому интересу к вещам, чем к людям, у других - гиперактивность с уходом в асоциальную и криминальную деятельность. Нарушения подобного рода проявляются чаще всего в повышенной тревожности, эмоциональной напряженности, психическом утомлении, эмоциональном стрессе, неготовности преодолеть трудности, снижении потребности в достижении успеха, повышенной агрессивности, недоверии к окружающим, чрезмерной импульсивности, эмоциональной холодности, нарушении эмоциональных контактов с окружающими.

Коррекционно-диагностическая работа имеет несколько этапов реализации: диагностический, коррекционный и заключительный.

На этапе **диагностики** эмоционально-волевой сферы используется определенный банк диагностических методик.

1. Восьмицветовой тест Люшера.
2. Тест самооценки Дембо-Рубинштейна.
3. Шкала тревожности Бэка.
4. Опросник "Индекс жизненного стиля" (IDKS).

5. Опросник "Самочувствие, активность, настроение" (САН).
7. Самооценка психических состояний по Айзенку.
8. Тест школьной тревожности Филлипса.
9. Проективные методики: "Несуществующее животное".

Структура психодиагностического исследования состоит из трех основных этапов: подготовительный, проведение экспериментального исследования, анализ и интерпретация результатов (подготовка психодиагностического заключения).

На первом (*подготовительном*) этапе мы осуществляем сбор сведений о ребенке следующим образом:

- 1) ознакомление психолога с медицинской, социальной и педагогической документацией;
- 2) беседа психолога с социальным работником и врачом с целью собрать большее количество информации и сформулировать конкретные задачи психологического исследования;
- 3) беседа психолога с ребенком, имеющая самостоятельное диагностическое значение и формирующая у ребенка правильное отношение к исследованию.

Главным моментом на данном этапе является установка контакта и доверительных отношений с ребенком. Этап заканчивается подбором экспериментальных методик.

Второй этап (*проведение экспериментального исследования*) включает предъявление ребенку сформированного на первом этапе комплекса методик в заранее установленной последовательности. Выполнению заданий по каждой методике должна предшествовать четкая и лаконичная инструкция. Во время выполнения заданий наблюдается поведение ребенка и ведется запись проводимого обследования (протокол). Этап завершается подсчетом баллов, оценок, коэффициентов.

На третьем этапе психологического исследования подготавливаем **заключение по результатам обследования**. Полученная на предыдущем этапе исследования количественная и качественная информация соотносится с данными анамнеза, беседы, наблюдения. По результатам диагностики определяется психологический статус ребенка и составляются рекомендации дальнейшей работы с ребенком для воспитателя, социального педагога, медиков.

Коррекция эмоционально-волевой сферы ведется в соответствии с программой реабилитации. С целью коррекции эмоционально-волевой сферы личности используются различные методы и техники.

Одним из направлений коррекционной работы является метод **куклотерапии**, основанный на процессах идентификации ребенка с любимым героем сказки, мультфильма или с любимой игрушкой. Ребенок переносит свои проблемы на куклу и с помощью игровой ситуации решает их. Данный метод наиболее эффективен в коррекции страха медицинских процедур у детей с ограниченными возможностями. Это вызвано тем, что дети с ограниченными возможностями чаще, чем обычные дети, получают

медицинские процедуры, а также с их эмоциональной неустойчивостью. Для снятия страхов медицинских процедур можно использовать элементы игровой и куклотерапии. Дети делают куклам массаж, уколы, лечебную гимнастику. Это помогает детям преодолеть страх, понять необходимость медицинских процедур, почувствовать уверенность в своих силах и действиях.

Для коррекции эмоционально-волевой сферы также используется курс **психогимнастических занятий**. Основная их цель - научить детей справляться с жизненными трудностями, преодолевать барьеры в общении, снять психологическое напряжение, создать возможность для самовыражения. С этой целью используется арттерапия, музыкотерапия, сказкотерапия, библиотерапия, игротерапия.

Опыт работы по коррекции эмоционально-волевой сферы личности показывает, что только глубокое знание психолого-педагогических особенностей детей, грамотный подбор психодиагностических методик и коррекционных техник, учет индивидуальных особенностей и личностных потребностей детей позволяет специалисту создать условия для наиболее успешного развития и коррекции процессов эмоционально-волевой сферы личности.

2.6 Коррекция нарушений детско-родительских отношений

Формы и методы. Многие психологи используют в своем арсенале различные коррекционные техники для работы с семьей.

1. **"Семейная фотография"**. Применяется для изучения структуры семьи, ролей, коммуникаций и внутрисемейных взаимоотношений. Методика используется для диагностики и коррекции семейных взаимоотношений.

2. **"Семейная скульптура"** и **"Семейная хореография"**. Эти методики относятся к социометрическим методикам коррекционной работы с семьей. Они представляют психологу следующие возможности:

- Уводят коррекционный процесс от интеллектуального и эмоционального обсуждения к реальному взаимодействию членов семьи.
- Помещают настоящее, прошлое и предвидимое будущее в операциональную систему "здесь и сейчас".
- Методики содержат в себе элементы личностной проекции и идентификации: чувства, установки поведенчески выражаются в межличностном взаимодействии и таким образом становятся доступными изучению и изменению.
- Рельефно представляют и драматизируют ролевое поведение. Члены семьи могут наблюдать, что каждый из них делает, как его поведение воспринимается другими, какие роли поддерживаются семьей, а какие - отвергаются.
- Содержат элемент неожиданности для клиентов - не соответствуют тому, как они представляют себе работу на коррекционном занятии, и

поэтому могут снять сопротивление клиентов, с которым так или иначе приходится сталкиваться.

- Привлекают внимание и интерес клиента.
- Фокусируют внимание на социальной системе и процессе социального взаимодействия. после того как каждый член семьи создаст свою реальную скульптуру, его просят создать скульптуру идеальной семьи.

Методика "Семейная хореография" является вариантом методики "Семейная скульптура". Она направлена на перестройку взаимоотношений в нуклеарной семье; отслеживание негативных образцов поведения и остановку их действия, последовательно изображая поведенческие акты, ведущие к усилению конфликта.

3. **"Ролевая карточная игра"** - метод определения ролевого поведения, которое ожидается от членов семьи и воспринимается другими членами этой семьи как адекватное. Техника "ролевой карточной игры" представляет собой невербальную методику, выявляющую те роли и обязанности во внутрисемейном взаимодействии, которые выполняет каждый член семьи. Участие в игре дает возможность членам группы увидеть более или менее полный набор обязанностей, существующих в семье, и то, как они распределяются между всеми ее членами.

4. **"Семейный ритуал"**. Методика относится к структурным методикам психокоррекционной работы в семейных отношениях. Цель структурных методик - так реорганизовать систему, чтобы ее члены могли перейти с одной позиции на другую, от одной роли к другой, установить и поддержать адекватные границы между позициями в системе и, таким образом, способствуя тому, чтобы система реорганизовала сама себя. Структурные методики особенно важны и применяются на начальных стадиях коррекционной работы. Главное для психолога в данной системе - присоединиться к системе и одновременно не быть поглощенным ею.

5. **"Социальный ритуал"** - это система действий, совместно выработанных членами группы, в которой все виды поведения определены в строгой последовательности. Ритуалы являются основным источником групповой сплоченности и внутригрупповых связей.

7. **"Создание аналогичных ситуаций"**. Под аналогичными ситуациями понимается использование метафор, которые помогают клиентам более четко определить свою проблему для того, чтобы ее разрешить.

8. **"Сравнение ценностей"**. Данная методика, основанная на системном подходе, предполагает, что любые взаимоотношения в семье могут быть рассмотрены как целостные. Методика определяет ценности и социальные роли как неотъемлемую часть социально-психологического процесса и построена на восприятии и взаимных объяснениях членов супружеской пары или семьи. Она направлена на выявление ценностей, влияющих на внутрисемейные взаимоотношения.

9. **"Экокарта"** - метод описания места данной семьи в расширенной семейной системе и социальном сообществе. Цель методики - схематически изобразить семью и изучить ее потребности, а также исследовать

взаимосвязи с другими семьями, социальными организациями и институтами. Связи, напряженность, поддержка и множество других проявлений внутрисемейных взаимоотношений.

10. **"Соломенная башня"** - Клиентов просят взять коробочку с соломкой, клейкую ленту и вместе построить соломенную башню. Можно использовать другие материалы, например строительные блоки. Разрешение этой задачи возможно только при реализации совместных действий. А психолог получает возможность наблюдать поведение семьи не по рассказам клиентов, а непосредственно в действии.

11. **"Семейное пространство"**. Методика, обеспечивающая возможность изучения и использования семейного пространства для изменения внутрисемейных позиций. Предлагается следующая процедура проведения данной методики. Родителям дается большой лист бумаги, фломастеры или карандаши. Их просят нарисовать план дома, где они жили до свадьбы.

12. **"Супружеская конференция"** и **"Семейный совет"**. Методики представляют собой встречи, проводимые регулярно с супружеской парой или семьей, в рамках которых обеспечиваются равные возможности участия всех членов семьи. Выделяют четыре причины, по которым следует проводить "семейный совет":

- Чтобы дать возможность членам семьи свободно общаться между собой.
- Чтобы избежать сильных эмоциональных всплесков в семье.
- Для обучения членов семьи (как детей, так и взрослых) демократическим приемам разрешения конфликтов.
- Для поддержания гармонии и мира в семье.

ТЕМА 3. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

3.1 Игровая терапия как метод коррекции

Игра и игрушки для ребенка – естественная среда развития, воспитания, обучения и конечно же психокоррекции. То что ребенку трудно выразить словами он выражает это посредством собственной игры. Игра для ребенка – это одна из форм самотерапии, благодаря которой могут быть отреагированы различные конфликты и неурядицы (Вебб, 1991, Оклендер В., 1997).

Игра стала применяться в коррекционной практике с начала 1920-х годов терапевтами *психоаналитического направления* – Анной Фрейд (1921), Мелани Клайн (1922), Герминой Гут-Гельмут (1926). Психоаналитики обнаружили, что дети не могут описывать свое беспокойство словами, как это с успехом делают взрослые. В отличие от взрослых, дети, как правило, не интересуются исследованием собственного прошлого, обсуждением ранних стадий развития; у детей «не работает» один из основных методов

ортодоксального психоанализа – метод свободных словесных ассоциаций. М. Клайн считала, что практически любое игровое действие ребенка имеет определенный символический смысл, выражает конфликты и подавленные влечения ребенка. Это символический смысл должен быть проинтерпретирован терапевтом и доведен до сознания ребенка

Второе крупное направление в развитии игровой психотерапии возникло в 1930-х гг. с появлением работы Дэвида Леви, в которой развивались идеи **«терапии отреагирования»** – структурированной игровой терапии для работы с детьми, пережившими какое-либо психотравмирующее событие. Леви основывал свой подход на убеждении, что игра предоставляет детям возможности отреагирования психических травм. Курс игровой терапии по Леви строится в три этапа:

1 этап – установление контакта: свободная игра ребенка, его знакомство с игровой комнатой и психотерапевтом;

2 этап – введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотравмирующее событие (с помощью специально подобранных игрушек). В процессе разыгрывания психотравмирующей ситуации ребенок управляет игрой и тем самым перемещается из пассивной роли пострадавшего в активную, деятельностную роль;

3 этап – продолжение свободной игры ребенка. Д. Леви рекомендует директивный принцип, в соответствии с которым инициатива в игровых ситуациях принадлежит психотерапевту. Важна тщательная техническая и методическая подготовка сеансов игротерапии. Заранее составляется план ролевой игры с учетом возраста и особенностей психоэмоционального состояния ее участников, а также конечной цели психотерапии.

Г.Л. Лэндрет выделил следующие направления игровой терапии:

- родительская терапия (Б. Гуэрни, Л. Гуэрни), представляющая собой структурированную программу, в рамках которой родителей обучают навыкам, необходимым для проведения сеансов игровой терапии в домашних условиях;
- игровая терапия со взрослыми;
- приемы игровой терапии в семейной терапии (вовлечение в игру всех членов игры способствует их активному взаимодействию и оказывает терапевтическое воздействие);
- групповая игровая терапия, представляющая собой психологический и социальный прогресс, в котором дети, естественным образом взаимодействуя друг с другом, приобретают знания, как о других детях, так и о себе;
- игровая терапия в больничных условиях.

Третье значительное направление в игротерапии возникло с появлением исследований Джесси Тафт и Фредерика Аллена в 1930-е гг. Это – **игровая терапия отношений**, основное внимание в которой уделяется лечебной силе эмоциональных отношений между терапевтом и пациентом. Развивая эти принципы, Вирджиния Экслейн (1947) разработала систему недирективной игровой терапии у детей. В. Экслейн рассматривала игру как средство

максимального самовыражения ребенка, позволяющее ему полностью раскрыть свои эмоции при невмешательстве взрослых в процесс его игровой активности. Изучая эмоциональные и поведенческие реакции ребенка в различных игровых ситуациях, психолог либо психотерапевт пытается понять его личностные особенности. Вместе с тем ведущий вводит определенные ограничения, если игровая деятельность выходит за пределы допустимого.

В настоящее время многие зарубежные психиатры, психологи и психотерапевты используют комбинированный подход, сочетая в процессе игротерапии принципы психодинамической, недирективной и «терапии отреагирования», нередко в сочетании с медикаментозным лечением.

3.2 Арт-терапевтические методы

Термин *«арттерапия»* в буквальном переводе: *терапия искусством* ввел в употребление Адриан Хилл. Это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительной и творческой деятельности. Основная цель арттерапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания.

Рассматривая арттерапию как совокупность психокоррекционных методик, имеющих различия и особенности, определяемые как жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, так и направленностью, технологией психокоррекционного применения, условно можно выделить следующие виды арттерапии:

- музыкотерапия (через восприятие музыки, вокалотерапия – через пение);
- кинезитерапия (танцевальная терапия, коррекционная ритмика, психогимнастика – как лечебное воздействие движениями);
- библиотерапия (коррекционное воздействие чтением),
- сказкотерапия, сочинение историй;
- имаготерапия (воздействие через образ, театрализацию): куклотерапия, образно-ролевая драматизация, психодрама;
- изотерапия (рисуночная терапия) – коррекционное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и т.д.

3.3. Методы поведенческой коррекции

Поведенческая коррекция – одно из ведущих направлений современной психотерапии и психокоррекции, которые основаны на теории научения, а также на принципах классического и оперантного обуславливания. В основе лежит идея, что симптомы некоторых психических расстройств обязаны своим появлением неверно сформированных навыков. Поведенческая

психокоррекция ставит своей целью устранение нежелательных форм поведения и выработку новых, полезных для клиента навыков поведения.

Методы поведенческой коррекции:

- *Имитационное научение* – при использовании этого метода клиенту (ребенку, взрослому) предлагается наблюдать и имитировать желательные паттерны поведения. Для этого может использоваться не только реальный человек, но и может быть герой книги или образ, созданный воображением самого клиента. Одной из форм научения по образцу является само моделирование: двигаться как..смотреть как..говорить как..постоянно отслеживая по типу найди 10 отличий и исправь их.
- *Ролевой тренинг* – метод, используемый для научения определенным типам поведения (например, тренинг навыков общения), является разновидностью ролевой игры. Эффект ролевого тренинга основан на сочетании приемов мягкой конфронтации, систематической десенсибилизации (что способствует снижению тревожности) и подкреплении удачного поведения в виде положительной обратной связи со стороны психолога/психотерапевта. В данном методе психолог и клиент/ пациент разыгрывают проблемную ситуацию в безопасном пространстве пробуя разные ролевые позиции. Эта техника может быть использована как индивидуально так и в группе. Чаще всего пациент/клиент играет самого себя, но иногда это делает психолог или кто-то из членов группы, что позволяет пациенту увидеть себя и свою проблему со стороны, а также понять, что в этой проблемной ситуации можно действовать по-другому.
- *Биологическая обратная связь* – метод поведенческой коррекции, в которой используется аппаратура, точно отслеживающая количественные физиологические данные о физиологическом состоянии у пациента (пульс, частота сердечных сокращений, уровень артериального давления и пр.) при субъективной стрессовой ситуации, например полет на самолете, ситуация экзамена. По мере того как пациенту удастся достичь состояния мышечного расслабления, это фиксируют датчики обратной связи и пациент/клиент получает положительное зрительное, звуковое либо тактильное подкрепление (например, приятная музыка или изображение на экране компьютера, или наоборот, при ночном недержании мочи срабатывает звонок для пробуждения пациента).
- *Систематическая десенсибилизация* – используется как со взрослыми так и с детьми, для преодоления состояния повышенной тревожности и фобических реакций, широко используется в практике. Показания к применению: боязнь полета на самолете, собак, змей, детские дневные и ночные страхи, поездка в транспорте, страх воды, социальные фобии-страх декламировать выученный стих либо справиться с контрольной работой. В случаях множественных фобий десенсибилизация

осуществляется по очереди, начиная с наиболее значимого по субъективным ощущениям.

Существуют определенные этапы систематической десенсибилизации: 1 этап – обучение клиента/пациента методике глубокой мышечной релаксации. 2 этап – конструирование иерархии стимулов, что вызывают тревожность и страх. 3 этап – собственно сама десенсибилизация – поочередное предъявление иерархии стимулов вербально либо *in vivo*, для отработки соединения стрессового стимула и умения расслабляться.

Методы поведенческой коррекции в образовательной практике

Для того чтобы обучать ребенка имеющего нарушения в развитии новым навыкам, необходимо грамотно формировать его поведение. Для этого подходит функциональный анализ поведения – дисциплина, основанная на научных взглядах Б. Ф. Скиннера, а частности, на концепции оперантного обусловливания где происходит подкрепление желаемого поведения и наказание нежелательного поведения.

Прикладной анализ поведения применяется в системе образования как для улучшения показателей – учебной успеваемости, дисциплины, посещаемости у всех детей, так и для инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья и проблемами с социализацией (например, с РАС) в общеобразовательные классы.

При данном подходе все сложные для детей навыки, включая речь, контактность, творческую игру, умение слушать, смотреть в глаза, и прочее, разбиваются на отдельные мелкие блоки – действия. Затем каждое действие разучивается отдельно с ребенком, а впоследствии действия соединяются в единую цепь, образуя одно сложное действие. Например, в процессе разучивания действий ребенку с расстройствами аутичного спектра специалист дает задание, если справиться с ним один он не может, тогда дает подсказку, а потом вознаграждает ребенка за правильные ответы, игнорируя при этом неправильные, позитивно подкрепляя нужное действие.

3.4 Методы социальной терапии

Метод социальной терапии – это метод психологического воздействия, основанный на использовании социального принятия и признания, социального одобрения и положительной оценки ребенка значимым социальным окружением, как взрослыми, так и сверстниками. Что можно осуществить лишь в условиях активного взаимодействия с группой.

Потребность в социальном признании становится одной из ведущих потребностей ребенка уже с середины дошкольного возраста и чем старше, тем ярче проявляется данная потребность. Систематическое неудовлетворение данной потребности становится источником формирования устойчивого комплекса личностной неполноценности, влечет за собой отклонения в развитии самосознания личности, сказываясь на формировании Я-концепции и самооценке, межличностных отношениях и общении;

способствует формированию депривации притязаний на социальное признание.

Метод социальной терапии позволяет решать задачи профилактики и коррекции отклонений в личностном развитии ребенка, обусловленных депривацией потребности в социальном признании и обеспечивает:

- удовлетворение потребности личности в социальном признании;
- формирование адекватных способов социального взаимодействия у детей с низким уровнем коммуникативной компетентности.

3.5 Метод замещающего онтогенеза

Идеология метода замещающего онтогенеза основывается на теории А.Р. Лурия о трёх функциональных блоках мозга и учение Л.С. Цветковой о нейропсихологической реабилитации психических процессов.

В качестве основополагающего в МЗО выступает принцип соотнесения актуального статуса ребёнка после проведения нейропсихологического обследования, соотнесение с основными этапами нормативного формирования мозговой организации ВПФ и последующим запуском в работу тех участков его онтогенеза, которые по тем или иным причинам не были эффективно освоены.

Воздействие на сенсомоторный уровень с учётом общих закономерностей онтогенеза вызывает активизацию в развитии всех высших психических функций (ВПФ). Так как он является базовым для дальнейшего развития ВПФ, в начале коррекционного процесса предпочтение отдаётся двигательным методам, которые активизируют, восстанавливают и прорабатывают взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности. Актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагают востребованность извне таких психических функций, как, например: эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции и т.д. Следовательно, создаётся базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении чтением, письмом, математическими знаниями.

Нейропсихологическая коррекция представляет собой трёхуровневую систему. Каждый из уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» воздействия и направлен на все три блока мозга». (А.В. Семенович)

1-й уровень – «уровень стабилизации и активации энергетического потенциала организма». Методы 1-го уровня направлены, прежде всего, на функциональную активацию подкорковых образований головного мозга.

2-ой уровень – «уровень операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром». Методы 2-го уровня направлены на стабилизацию межполушарных взаимодействий и специализации левого и правого полушарий.

3-й уровень – «уровень произвольной саморегуляции и смыслообразующей функции психических процессов». Методы 3-го уровня направлены на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга.

В коррекционный процесс поэтапно включены упражнения 1-го, 2-го и 3-го уровней, однако удельный вес и время применения тех или иных методов варьируются в зависимости от исходного статуса ребёнка. Соответственно применение методов разного уровня требует продуманной стратегии и тактики, основанной на результатах нейропсихологической диагностики.

Нейропсихологическая коррекция предназначена для детей с самого раннего до школьного и подросткового возраста. Особенно она показана при таких видах дизонтогенеза, как ранний детский аутизм, умственная отсталость, задержка психического развития различных типов, общее нарушение развития, алалии, дизартрии, дизграфии, дислексии, СДВГ, ДЦП. В том числе, нейрокоррекция помогает и детям, испытывающим сложности в обучении в силу психологических причин (невротических расстройств, психосоматических расстройств, особенностей личности), при общем физическом недоразвитии, при школьной дезадаптации и стрессовых расстройствах.

Показаниями для начала психокоррекционной работы могут быть:

- трудности эмоционального развития,
- актуальный стресс,
- депрессия,
- снижение эмоционального тонуса,
- лабильность, импульсивность эмоциональных реакций,
- эмоциональная депривация, 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

Таким образом, психологическая коррекция обладает большим арсеналом средств и методов, применение которых должно быть согласовано с возрастными и индивидуальными особенностями, характером имеющегося отклонений, расстройств и аномалий личности.

При необходимости сопровождение пациента в команде специалистов - патопсихологом, дефектологом, нейропсихологом, психоневрологом, психиатром.

3.6 Методы психокоррекционной работы со взрослыми

В психокоррекционной практике при работе со взрослыми, выделяют 3 основных направления:

- **психодинамическое направление** – коррекционное воздействие в классическом психоанализе З.Фрейда.
- **гуманистическое направление** - индивидуальная психокоррекция А.Адлера; клиент-центрированный подход К.Роджерса; экзистенциальное направление, гештальт подход Ф.Перлза.

- *когнитивно-поведенческое направление* – классическое оперантное обуславливание; (РЭТ) рационально-эмотивный подход; когнитивный подход А.Бекка; диалектический поведенческий подход (DBT) М.М.Линехан.

ТЕМА 4. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

4.1 Суггестивная терапия

Суггестивная терапия (от лат. *suggestio* – внушение) – форма психотерапии, в которой устранение телесных и психических нарушений достигается за счет применения внушения. При этом оказывается целенаправленное влияние на функциональные нарушения, вегетативные нарушения, состояния напряжения, а также телесные недуги (например, боль). Суть терапии состоит в том, что пациенту передают в форме устного сообщения правильные установки. Суггестивные формулировки описывают состояние, которое должно быть достигнуто, при этом они должны даваться только в позитивной форме – не допускается использование отрицательных языковых конструкций (Кондрашенко и др., 2001).

К суггестивной терапии относятся гипноз, внушение и аутотренинг.

Гипноз – это особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других факторов внешней среды.

Единой теории, объясняющей природу гипноза, в настоящее время нет. Существуют отдельные концепции, в той или иной степени обоснованные системы взглядов на механизм этого явления.

По И. П. Павлову, гипноз – это частичный сон. Он представляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует бодрствующий, «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность «раппорта» между гипнотизируемым и гипнотизером.

По Фрейдю, гипноз – это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям (например, сына к отцу). Этот феномен перенесения и создает, по мнению Фрейда, неодолимую власть гипнотизера по отношению к гипнотизируемому. Гипнотические взаимоотношения, по Фрейдю, имеют эротическую основу.

Помимо физиологической теории И. П. Павлова и психоаналитической теории Фрейда, являющихся, по существу, антиподами, существует большое количество концепций, пытающихся объяснить природу гипноза.

Внушение – это различные способы вербального и невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям.

Посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения, изменения соматовегетативных функций организма.

Следует отличать убеждение и внушение как психологические категории и гипноз как особое состояние высших отделов центральной нервной системы. Внушение отличается от убеждения прежде всего тем, что информация при внушении воспринимается без должной критической обработки.

В то же время внушение является одним из методов психотерапевтического лечения. Врач, пользующийся авторитетом и доверием у больных, обстановка и процесс психотерапевтического лечения сами по себе, безотчетно или сознательно, оказывают на больных суггестивное воздействие.

Различают *гетеросуггестию* – внушение, производимое другим лицом, и *аутосуггестию* – самовнушение. Внушение, вызванное каким-либо процессом, действием, называют *реальным*, вызванное же с помощью слов – *вербальным*.

Внушение, реализуемое непосредственно через слово врача, определяют как *прямое*. Больной обычно может установить связь между произведенным прямым внушением и вызванным им действием, то есть источник поступления информации им осознается. При *косвенном* внушении врач прибегает к помощи добавочного (промежуточного) раздражителя, с которым больной, как правило, и связывает полученный лечебный эффект.

Внушение с лечебной целью может проводиться в бодрствующем состоянии, в гипнозе, а также в состоянии неглубокого естественного и наркотического сна.

Не последнюю роль при этом методе психотерапии играет аффективное состояние пациента. Подмечено, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и создают возможность осуществления массового внушения наяву (при боевых действиях, на митингах и т. д.). Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом, при алкоголизме и табакокурении, с целью коррекции девиантного поведения. Особенно эффективен этот метод лечения у детей и у лиц с повышенной внушаемостью.

Существует несколько вариантов техники **внушения наяву**.

Вариант 1. После предварительной разъяснительной беседы врач усаживает пациента напротив себя и, пристально глядя ему в глаза, повелительным, не вызывающим сомнения тоном повторяет несколько раз: «Вы безразличны к алкоголю, вы будете отказываться от алкоголя везде, где бы вам его ни предлагали». У наиболее внушаемых пациентов можно выработать тошнотно-рвотную реакцию на вид и запах алкоголя.

Вариант 2. Пациент усаживается поудобнее на стул или в кресло. Врач становится напротив и негромким, но уверенным голосом приказывает: «Закройте глаза!» Затем кладет пальцы своих рук на виски больного и, слегка

сдавливая голову, напряженным, уверенным голосом 3–4 раза подряд с интервалом в несколько секунд произносит формулу внушения: «Вы спокойны, сердце ваше совершенно здорово. Здорово!» В интервалах между фразами нужно несколько уменьшить сдавливание висков. Можно положить руку на область пищевода и несколько раз повелительным тоном повторить: «Пища по пищеводу будет проходить легко и свободно».

Речь врача может быть тихой или, наоборот, нарочито громкой, но обязательно эмоционально окрашенной, выразительной и уверенной.

Вариант 3. Пациент укладывается на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает врача, который проводит внушение. Иногда рекомендуется предварительно проводить внушение полного безволия, полного подчинения. «Вы не спите, вам совершенно не хочется спать, но вы не оказываете сопротивления, вы полностью подчиняетесь мне, и все будет так, как я вам говорю...» Далее следует внушение, которое можно расценивать как вариант гипноустегии.

Внушение в состоянии естественного сна. В настоящее время сон рассматривается как результат активного функционирования синхронизирующих сомногенных систем головного мозга. Доказано наличие в мозге не только активных механизмов, поддерживающих бодрствование, но и систем, участвующих в организации сна. Выделяют несколько стадий сна: переход от релаксации к дремоте, дремота, поверхностный сон, сон средней глубины и глубокий сон.

В связи с различной глубиной сна могут возникнуть различные фазовые состояния: уравнивательная, парадоксальная, ультрапарадоксальная и наркотическая фазы сна. Фазовые состояния во время сна обуславливают избирательную чувствительность к определенным раздражителям, посредством которых можно поддерживать контакт с внешним миром.

Раппорт со спящим человеком можно установить с помощью речи. При этом верификация внушаемой информации в силу изолированности сигналов бывает очень низкой, а эффект внушения высоким. Не обязательно добиваться, чтобы пациент запомнил информацию, вводимую во время сна. Наоборот, внушение более действенно, если сказанное во время внушения после пробуждения подвергается амнезии.

В практике наиболее часто применяются следующие варианты внушения в состоянии естественного сна.

Вариант 1. Больного переводят из состояния сна в просоночное, налаживают с ним речевой контакт и после этого осуществляют внушение. Для этого прикасаются к спящему и, когда он слегка проснется, ему предлагают пошевелить рукой, ногой. Убедившись, что речевой контакт установлен, проводят лечебное внушение.

Вариант 2. С пациентами проводится предварительная беседа, во время которой им объясняется смысл лечения. Им говорят, что ночью они будут спать, но сквозь сон услышат сигнал (например, счет до десяти) и слова внушения. Текст внушения записывают на ленту магнитофона и предварительно дают прослушать (весь или только начало) пациентам в

бодрствующем состоянии. Внушение проводится непосредственно врачом или посредством магнитофонной записи, которая включается и выключается автоматически или медицинским персоналом. Текст внушения может быть унифицирован (при однородном контингенте больных) или, наоборот, индивидуализирован. Чаще этот метод применяется при коллективных сеансах терапии.

Наиболее широкое применение данный метод нашел при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Используется также для коррекции девиантных форм поведения, при ночном энурезе. У взрослых применим при различных формах неврозов и хроническом алкоголизме.

Гипносуггестия. Наиболее широкое распространение как у нас в стране, так и за рубежом нашел *метод внушения в гипнозе*. В основе метода лежит тот факт, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации, а следовательно, повышается внушаемость.

Основным условием для осуществления метода внушения в гипнозе является умение врача вызвать состояние гипноза и уже на его фоне провести лечебное внушение. Весь процесс лечения можно условно разделить на несколько периодов (этапов): подготовительный, гипнотизации, лечебного внушения в состоянии гипноза, дегипнотизации с постгипнотическим внушением.

Лечение следует начинать только тогда, когда для этого созданы соответствующие условия.

Важным этапом подготовительного периода *является предварительная беседа с пациентом*. Прежде всего нужно выяснить отношение больного к лечению гипнозом. Если больной по каким-то причинам боится гипноза и не хочет ему подвергаться, то спешить с гипнотизацией не следует. Гипнологи знают, что существует так называемый *антисуггестивный барьер*. Чем он выраженнее, тем меньше внушаемость.

Пробы на внушаемость. Многие врачи, прежде чем перейти непосредственно к гипнотизации, используют в своей практике пробы (приемы, тесты) на внушаемость: внушение невозможности разжать кисти рук, сомкнутых в «замок»; внушение несуществующих запахов при предъявлении больному трех чистых пробирок; внушение падения вперед или назад после того, как терапевт уберет руку от лба или затылка пациента; проба с маятником (пациенту внушают, что груз на нитке, которую он держит в руке, раскачивается сам собой), и другие.

В лечебной практике обычно применяют две группы методов: методы воздействия многократно повторяющимися монотонными раздражителями на различные анализаторы (сюда относится и вербальный метод) и шоковые методы, при которых гипноз вызывается действием сильного внезапного раздражителя (громкий звук, вспышка света, фарадический ток и др.) в сочетании с категорическим приказом: «Спать!»

На основании этих двух методов разработано множество вариантов техники гипнотизации. На их основе была разработана методика гипнотерапии (Михайлов и др., 2002). Методика предусматривает 16

последовательных этапов погружения в состояние гипнотического сна, лечебного внушения и дегипнотизации:

1. *Установка на удобную позу*: «Ложитесь (садитесь)... Примите удобную позу... Итак, принятое положение тела удобно. Закрывайте глаза. Успокаивайтесь. Находитесь в состоянии покоя и отдыха».

2. *Адресация внушений к кинестетическому анализатору*: «Мышцы рук, ног, туловища расслаблены... В них нет ни малейшего напряжения... Все тело приятно отяжелело... Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Постепенно тяжелеют ваши веки. Веки тяжелеют все больше и больше... Они отяжелели и плотно-плотно слиплись. Начинают расслабляться мышцы вашего тела. Расслабляется лоб. Расслабляются щеки. Чувствуете мышцы нижней челюсти. Полностью расслабились мышцы лица. Ваше лицо расслабилось. Расслабление переходит на мышцы шеи. Расслабляются мышцы груди. Расслабляются мышцы живота. Расслабляются мышцы спины. Расслабились мышцы туловища. Начинают расслабляться руки. Расслабились плечи. Расслабились предплечья. Расслабились кисти рук. Начинают расслабляться ноги. Расслабились бедра. Расслабились голени. Расслабились стопы. Полностью расслабились мышцы вашего тела».

3. *Интероцептивное расслабление*: «Начинают расслабляться внутренние органы. Вы ощущаете расслабление внутри головы, внутри груди, внутри живота. Расслабляется каждый нерв. Расслабляется каждая нервная клетка. Все расслабилось в вашей голове. Нет никакого напряжения». *Адресация внушений к дыхательному аппарату*: «Ваше дыхание стало ровным, спокойным, ритмичным». *Адресация внушений к сердечно-сосудистой системе*: «С каждым вдохом ваше сердце бьется все спокойнее, ритмичнее... Приятная теплота разливается по всему вашему телу».

4. *Отключение от окружающего*: «Окружающие звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от вас... отдаляются все дальше и дальше... Вы почти не воспринимаете посторонние раздражители... Они перестают доходить до вашего сознания... Отключаетесь от происходящего вокруг. Вы отключились от окружающего. Окружающие звуки, шорохи, разговоры как бы удалились от вас. Они ушли от вас далеко-далеко. Вы не воспринимаете посторонние раздражители. Они не доходят до вашего сознания». *Успокоение и отключение от личностных переживаний и ощущений*: «Вы постепенно успокаиваетесь... успокаиваетесь... переходите в состояние отдыха и покоя... Успокаивается каждая клеточка вашего организма... Успокаивается каждая частичка вашего организма... Успокаивается вся ваша нервная система... По мере успокоения нервной системы успокаиваются все внутренние органы... Все тревоги, заботы, волнения рассеиваются... уходят».

5. *Адресация внушений ко второй сигнальной системе*: «Течение мыслей в голове пассивно следует внушениям. Ни на чем постороннем не фиксируется... Вас покинули все тревоги, огорчения, заботы... Все, что

раньше волновало и угнетало вас, ушло и сейчас не имеет никакого значения... Вам спокойно, хорошо».

6. *Фиксация покоя*: «Вы уже успокоились... Вы совершенно спокойны... Отдыхаете... Отдыхает нервная система, отдыхают все внутренние органы... Ничто вас не волнует, не нарушает вашего сосредоточения и покоя... ни душевного, ни телесного... Все, что прежде беспокоило вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете сейчас чувство внутреннего покоя и полного умиротворения. Чувство спокойствия нарастает. Успокаивается каждый нерв. Успокаивается каждая нервная клетка. Успокаивается нервная система. Все ваши волнения рассеиваются. Спокойствие все больше и больше выражено. Вы чувствуете, как ваше тело наполняется приятным спокойствием. Ничто не волнует вас. Ничто не нарушает вашего покоя, ни телесного, ни душевного».

7. *Перевод покоя в дремоту*: «Мышцы туловища, рук, ног расслаблены. В них нет ни малейшего напряжения. Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться. Вы спокойны. Ваше спокойствие сочетается с ощущением сонливости, дремоты. Это состояние вам приятно... Постепенно вы погружаетесь в дремотное состояние... Приятная дремота овладевает всем вашим телом... Никакие посторонние звуки не доходят до вашего сознания. Никакие ощущения со стороны внутренних органов больше не воспринимаются. Вы приятно и спокойно отдыхаете... Ни о чем не думаете... Сонливость усиливается с каждым моим словом... Отдыхаете... Вы слышите только мой голос. Дремотное состояние все больше выражено. Ваше дыхание стало спокойным, глубоким, ритмичным. Вам дышится легко. Ваше сердце сокращается спокойно, ритмично, автоматически. Вы не чувствуете своего сердца, как не чувствует сердца каждый здоровый человек».

8. *Формирование раппорта*: «Окружающие звуки, шумы отошли далеко... Вы уже не воспринимаете их... Ничего не слышите, кроме голоса врача... Он действует на вас успокаивающе... На вас действует только мой голос. Мои внушения действуют на вас успокаивающе. Вы отключились от окружающего и воспринимаете только мой голос».

9. *Перевод дремоты в гипнотическое состояние*: «Вы все глубже погружаетесь в дремоту. Дремать надо, это полезное для вас состояние. Это особое состояние нервной системы. Вы слышите то, что я говорю. Все будете помнить. Однако это не обычная беседа. Вы находитесь в гипнотическом состоянии. Это полезное для вас состояние».

10. *Потенцирование гипнотического состояния*: «Глубина гипнотического состояния нарастает. Гипноз – это особое состояние нервной системы. Во время гипноза восстанавливается нормальная деятельность каждой клетки вашего тела, каждого органа, каждой системы. Сейчас организм приходит в оптимальное для него состояние. Нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы работают нормально. Из гипнотического состояния вы выходите иными. Вы будете чувствовать себя отдохнувшими, здоровыми, обновленными. Гипноз – это не беседа и не сон. Гипноз – это особое состояние организма, при котором

слова врача оказывают исключительно сильное лечебное воздействие. Сейчас вы почувствуете, как под влиянием моих внушений у вас появятся непроизвольные движения, выполняемые без вашего участия» (внушаются движения, которые выполнялись при проведении проб на внушаемость).

11. *Внушение общетерапевтического действия*: «Во время гипноза наступает внутреннее расслабление. Расслабляются все мышцы внутренних органов. Вы ощущаете приятное расслабление в голове, приятное расслабление в груди, приятное расслабление в брюшной полости. Это расслабление выражено больше и больше. Все больше расслабляются гладкие мышцы внутренних стенок кровеносных сосудов. Расслабляются полностью все кровеносные сосуды. Проходят спазмы кровеносных сосудов. Кровеносные сосуды всего тела расширяются. Ваше тело от этого начинает тяжелеть. Тяжелеют руки. Тяжелеют ноги. Чувствуете, как ваше тело становится тяжелым. Появляется ощущение, что ваше тело тяжелое и массивное. Это полезное изменение. Появляется приятная тяжесть в голове. Это также полезное ощущение. Расширяются кровеносные сосуды головы. Расширяются кровеносные сосуды головного мозга. От расширения кровеносных сосудов снижается повышенное артериальное давление. Артериальное давление снижается до нормального для вашего организма уровня. Тяжесть во всем организме нарастает. Голова все глубже уходит в подушку. Ноги тяжелые, стопудовые. Сердце работает спокойно, ритмично. Вы чувствуете себя спокойно. Вы входите в более глубокое гипнотическое состояние. Вы начинаете ощущать приятное тепло в области сердца. Вы чувствуете, как сердце прогревается теплом. Расширяются кровеносные сосуды сердечной мышцы. Улучшается кровоснабжение сердечной мышцы. Укрепляется сердечная мышца. Сердце работает спокойно. Каждое мышечное волокно сердца получает все больше и больше кислорода и питательных веществ. Тепло в области сердца, расширение его сосудов оказывают исключительно благоприятное действие. Это повышает силу, выносливость, работоспособность сердца, оказывает хорошее профилактическое действие. Вы начинаете чувствовать, как во всем теле, наряду с тяжестью, появляется ощущение тепла. Руки теплые и тяжелые, ноги теплые и тяжелые. Все ваше тело теплое и тяжелое. Сейчас каждая клеточка вашего тела становится здоровее. Каждая клеточка вашего тела накапливает сейчас запас энергии. Улучшение состояния каждой клеточки приводит как бы к обновлению вашего организма».

12. *Суггестия чувства комфорта*: «Сейчас вы чувствуете себя хорошо. Вы спокойны. Ваше дыхание свободное, спокойное, автоматическое. Ритмичность вашего дыхания сейчас осуществляется автоматически. Под влиянием гипноза автоматическая регуляция дыхания становится более совершенной. Ваше сердце также работает спокойно, ритмично, автоматически. Под влиянием гипноза более совершенной становится автоматическая регуляция артериального давления. С каждым сеансом гипноза автоматическая регуляция артериального давления в вашем организме становится более и более совершенной. Так же улучшается

автоматическая регуляция деятельности других систем: пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной. От этого у вас возникает чувство комфорта во всем теле. Это ощущение комфорта сохранится у вас после выхода из сеанса. С каждым сеансом чувство комфорта в теле будет ощущаться вами все более явно. Это чувство комфорта вызвано тем, что под влиянием гипноза все системы вашего организма, все органы и даже каждая клеточка функционируют оптимально. Саморегуляция деятельности вашего организма становится совершенной. Все реакции приходят в норму».

13. *Закрепление спокойствия*: «Вы чувствуете себя сейчас совершенно спокойно. Успокоилась нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы. Это спокойствие закрепляется в вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашей нервной системе. Вы спокойнее реагируете на то, что раньше вас затрагивало. Спокойствие становится непоколебимым. Спокойствие становится основной чертой вашего характера. Все внушения закрепляются в вашей нервной системе».

14. *Лечебные внушения*. Они строятся с учетом особенностей личности больного, специфики симптоматики, характера течения заболевания. Формулы суггестий должны быть краткими, конкретными.

15. *Пролонгирование лечебного действия гипноза*: «Под влиянием моих внушений в вашем организме произошли целебные изменения. С каждым сеансом лечебный результат гипноза нарастает. Лечебный результат гипноза будет нарастать».

16. *Дегипнотизация*: «Вы хорошо отдохнули... Оздоровился весь ваш организм... Вы испытываете полное внутреннее успокоение... Вам легко и приятно... Когда вы придете на следующее занятие, и я предложу вам закрыть глаза, вы сразу же почувствуете тяжесть век... Ваши мышцы расслабятся, посторонние звуки исчезнут. Вы будете слышать только мой голос... С каждым занятием состояние отдыха, покоя и лечебного сна будет углубляться. С каждым днем ваше самочувствие будет улучшаться все больше и больше. Сейчас вы начинаете выходить из гипнотического состояния. Проходит тяжесть в вашем теле. Появляются приятная легкость, бодрость. Голова становится свежей и легкой. Руки стали легкими. Ноги легкие. Все ваше тело легкое. Спокойствие остается. Остается ощущение приятного тепла в области сердца. Во всем теле ощущение комфорта. Вы выходите из гипноза, чувствуете себя отдохнувшими, спокойными, здоровыми. У вас хорошее настроение. Вам приятно. Выходите из гипноза. Я начинаю считать. Со счетом „три“ вы свободно, спокойно откроете глаза и будете чувствовать себя хорошо. Сегодня вечером вы быстро заснете и ночью будете спать крепким и глубоким сном. Считаю: „один“ – вы выходите из гипноза. Вы спокойны. „Два“ – вы хорошо отдохнули. „Три“ – ваши глаза свободно открываются. Вам приятно, хорошо. Голова свежая, легкая.

Ощущение такое, как будто бы вы несколько часов находились в состоянии глубокого крепкого сна».

Лечебное внушение в гипнозе

Лечебная эффективность внушения в гипнозе не всегда прямо зависит от глубины гипнотического транса. Многие гипнологи считают, что, для того чтобы получить хороший психотерапевтический эффект, нужно обязательно добиться сомнамбулического состояния. Действительно, в сомнамбулической фазе гипноза внушение реализуется легко, а полученный лечебный эффект в последующем удерживается достаточно стойко. Но опыт показывает, что такой же, а иногда и лучший лечебный эффект дает внушение в фазе сонливости или даже в легкой фазе «покоя-отдыха». Кроме того, внушение в начальной стадии гипноза тренирует гипнабельность больного и увеличивает глубину гипноза от сеанса к сеансу. Поэтому лечебное внушение можно и нужно начинать уже в самых первых и легких стадиях гипноза.

Для начинающих психотерапевтов особенно важным является вопрос о содержании лечебного внушения.

Различают *общие* и *специальные* внушения.

К общим относят внушения, снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния, внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус, вызывающие безразличие или даже амнезию к таким болезненным состояниям и травмирующим ситуациям, которые изменить уже нельзя.

Оптимальной при гипносуггестивной терапии до сих пор считается тактика Токарского (1890), который рекомендовал начинать внушение со снятия наиболее легко устранимых симптомов и, только получив положительный эффект, переходить к более устойчивым, тесно связанным с существом болезни патологическим явлениям. Постепенность обычно лучше обеспечивает прочность достигнутых результатов.

На первом сеансе пациенту внушают надежду на выздоровление, убеждают его в том, что лечению гипнозом он поддается хорошо. В последующем в формулу внушения вводят слова, поддерживающие и углубляющие успехи, достигнутые на предыдущих сеансах.

Специальные внушения более конкретны, чем общие, и при этом всегда индивидуализированы. Не может быть одинаковых «формул внушения» для всех больных даже при одном и том же заболевании. Выработывая каждый раз новую формулу лечебного внушения, врач исходит из жалоб больного, особенностей его личности, характера заболевания, этапа лечения и т. д.

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить не спеша. Рекомендуются следующие этапы дегипнотизации:

- закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;
- внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах;
- отключение пациента от привязанности к гипнотерапии.

Заканчивая сеанс, следует еще раз коротко и четко повторить формулу лечебного внушения. Например: «Появилась уверенность в выздоровлении.

Вы стали спокойнее. Сон улучшился. Боли в сердце уменьшились. Болезнь уходит на задний план». После этого проводится дегипнотизация: «После сеанса вы будете чувствовать себя бодрым и вместе с тем спокойным, уравновешенным. Когда проснетесь, не будет никаких неприятных ощущений. Настроение и самочувствие будут прекрасными. Ночью вы будете спать глубоким, спокойным сном, а утром проснетесь полным сил и уверенности в своем выздоровлении. На следующем сеансе вы уснете еще быстрее и еще более глубоко. С каждым сеансом вы будете засыпать все быстрее и глубже, а мои внушения будут действовать на вас все сильнее и сильнее.

Ко мне вы будете относиться только как к лечащему врачу. Никаких других чувств, кроме уважения и полного доверия, у вас не возникнет. А сейчас на счет «пять» вы проснетесь. Раз... Вы начинаете просыпаться, тяжесть в мышцах исчезает, возвращается активность. Два... Мышцы ваши несколько напрягаются, вы начинаете хорошо различать посторонние звуки. Дремота становится все легче, все поверхностнее. Три... Возвращается легкость, желание двигаться. Вы просыпаетесь. После сеанса вы будете чувствовать себя бодрым, уравновешенным. Ночью вы будете спать хорошо. Четыре... пять. Глаза открылись. Вы проснулись».

Осложнения при гипнотизации

Следует различать осложнения, вызванные гипнозом, и осложнения, возникающие в результате внушений в состоянии гипноза.

При правильном проведении гипнотизации гипноз сам по себе совершенно безвреден. Тем не менее осложнения при гипнотизации хотя и редко, но встречаются. Остановимся на некоторых из них.

- Утрата раппорта во время сеанса.
- Спонтанный катарсис.
- Истерический гипноид.
- Спонтанный сомнамбулизм.
- Гипнотическая летаргия.

Прямым показанием к применению внушения в гипнозе является истерический невроз. Особенно благотворно воздействие гипносуггестивной терапии при истерических моносимптомах: параличах, расстройствах речи, слуха, амнезиях, заикании и т. д. Детям при наличии истерических проекций и «рентных» установок, склонности к конфабуляциям и гипнологическим галлюцинациям гипносуггестивная психотерапия противопоказана. Вместе с тем этот вид лечения показан при психогенном мутизме, невротическом заикании, респираторных тиках, выкриках, истерических расстройствах в виде амавроза, анестезии, парезов и параличей. Показана гипносуггестия детям при аллергических иммунных нарушениях, ночном энурезе. Следует отметить, что хороший терапевтический результат при лечении ночного энуреза внушением в гипнозе отмечается не только у детей, но в еще большей степени – у пациентов в подростковом возрасте.

Показана гипносуггестивная терапия при нарушениях сна, неврастении. Невроз навязчивых состояний и различного рода фобии лучше снимаются

при групповой психотерапии и классическом психоанализе. Но иногда и здесь удается добиться положительных результатов: можно уменьшить тревогу, эмоциональное напряжение, фиксированность на навязчивых состояниях.

Гипносуггестия показана в борьбе с вредными привычками у детей (кусание ногтей, гримасничанье, онанизм) и как метод коррекции девиантных форм поведения у подростков (правонарушения, суициды, сексуальные девиации и т. д.).

Целесообразно применение гипносуггестивной терапии при психогенных депрессиях. Иногда хорошие результаты, особенно в сочетании с другими методами лечения, гипносуггестия дает при лечении сексуальных неврозов, в т. ч. при половой неудовлетворенности, виргогамии и вагинизме у женщин. Хорошие результаты гипносуггестивная терапия дает при дисменорее, меноррагии, нарушении лактации, токсических рвотах у беременных.

Постоянно расширяется круг показаний гипносуггестивной психотерапии при соматических заболеваниях. Внушение в гипнозе с хорошим эффектом применяется при начальных формах гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при различного рода аллергических состояниях. Хорошо снимаются внушением в гипнозе некоторые формы нарушения сердечного ритма, тревога и депрессия у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Показана гипносуггестивная терапия при наркоманиях, алкоголизме и табакокурении.

Показанием для гипносуггестивной психотерапии являются многие заболевания кожи: экзема, псориаз, красный плоский лишай, узловатая эритема, бородавки, кожный зуд.

Широкие возможности внушение в гипнозе открывает для хирургии, анестезиологии, стоматологии. У нас в стране и за рубежом под анестезией, вызванной внушением в состоянии гипноза, проводятся достаточно сложные хирургические операции.

Широкое применение гипносуггестивная терапия нашла при лечении обширных ожогов. С одной стороны, внушенная анестезия позволяет уменьшить страдания обожженных и дает возможность обрабатывать раны при смене повязок, с другой – под гипнозом можно внушить улучшение аппетита, снять депрессию, что очень важно для выздоровления ожоговых больных (Chertok, 1972).

Противопоказанием для гипносуггестии являются психозы, прежде всего шизофрениии с бредом отношения или физического воздействия, с синдромом психического автоматизма (синдром Кандинского – Клерамбо). Противопоказано лечение гипнозом лиц с выраженной дебильностью, а также больных, у которых гипнотизация провоцирует эпилептиформные припадки. К числу противопоказаний следует отнести болезненные

состояния, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, лихорадкой, нарушением сознания (сопор, кома).

Не следует применять гипносуггестию у больных с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. У этой категории больных при неосторожном применении гипноза могут появиться нежелательные вегетативно-сосудистые реакции, связанные с волнением перед сеансом.

Не рекомендуется использовать внушение в гипнозе как обезболивающее средство в случаях, когда боль является сигналом нераспознанного болезненного состояния (флегмонозный аппендицит, внематочная беременность и т. д.).

Лечение гипнозом противопоказано истерическим личностям с гипоманическими установками. Среди них часто встречаются больные с осложнениями типа истерического гипноида или психопатические личности с сексуальными девиациями и перверсиями.

4.2 Самовнушение и аутогенная тренировка

Самовнушение, так же как и внушение, категория психологическая. Сюда в определенном смысле можно отнести и такие понятия, как самовоспитание, саморегуляция, самовоздействие и т. п.

Самовнушение может быть произвольным и произвольным. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестию факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд. Произвольное самовнушение возможно, если сосредоточить мысли и внимание на каком-либо одном представлении. Путем самовнушения можно влиять не только на психические процессы, но и на некоторые висцеральные функции организма.

Самовнушение, так же как и внушение, возможно в бодрствующем состоянии (метод Куэ) или в состоянии аутогипнотического транса (метод Шульца).

Следует отметить, что сам Шульц рассматривал разработанный им метод аутогенной тренировки как самовнушение, проводимое в состоянии саморасслабления, как «концентрированное саморасслабление» (Кондрашенко и др., 2001).

В настоящее время разработано большое количество психотерапевтических методов, основанных на самовнушении. В лечебной практике чаще других применяются методы Куэ, Джекобсона, Шульца.

Произвольное самовнушение (метод Куэ)

Сознательное самовнушение по Куэ – это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными. Куэ сравнивал болезненные представления с застрявшими в предсознательной части Эго штифтами, которые можно постепенно выбить и заменить другими.

Согласно Куэ, лечебные представления, которые он назвал «формулой самовнушения», являются по своей сути констатацией факта. Формула самовнушения должна быть простой и не носить насильственного характера. Например: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше».

При этом неважно, считает Куэ, соответствует ли формула самовнушения действительности или нет, так как она адресуется подсознательному Я, которое отличается легковерием. Подсознательное Я принимает эту формулу за истину, как приказ, который необходимо выполнить. Чем проще будет формула, тем лучше лечебный эффект. «Формулы должны быть „детскими“, – говорит Куэ, – они предназначаются не для нашего сознательного, критически настроенного Я, а исключительно как представление, как детские формулы».

Куэ неоднократно подчеркивал, что произвольное самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий. «Если вы сознательно внушаете себе что-либо, – писал он, – делайте это совсем естественно, совсем просто, с убеждением и особенно без всякого усилия. Если бессознательное самовнушение, часто дурного характера, бывает столь успешным, то это оттого, что оно осуществляется без усилий».

Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм, приводятся примеры целебного воздействия внушения и самовнушения при различных заболеваниях. Далее врач совместно с больным составляет формулу самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Формула должна быть простой, состоять из нескольких слов, максимум из 3–4 фраз и всегда носить позитивное содержание. Например, «Я здоров» вместо «Я не болен». Иногда формула представляет своеобразный «код», понятный только больному. Так, для усиления веры в свои силы может быть использована формула: «Я могу, я могу, я могу». В других условиях формула может быть более расширенной. Например, в условиях групповой зависимости от алкоголя или наркотиков пациент внушает себе: «Мое решение победить тягу к спиртному (наркотикам) окончательное. Какой бы предлог ни выставляли друзья и как бы меня ни уговаривали, в любом случае мне безразличны уговоры, мое решение окончательно».

Во время сеанса больной занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произносит одну и ту же формулу самовнушения. Произносить формулу нужно монотонно, не фиксируя внимания на ее содержании, негромко, но так, чтобы сам больной обязательно слышал то, что говорит.

Сеанс самовнушения продолжается 3–4 минуты, повторяется 2–3 раза в день в течение 6–8 недель.

Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона)

Метод предложен чикагским врачом Джекобсоном в 1922 г. Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение – их

релаксацией. Естественно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.

Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джекобсон подметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение соответствующей группы мышц. Так, например, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры; страх – спазмом мышц артикуляции и фонации.

По мнению Джекобсона, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц («дифференцированная релаксация»), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.

Джекобсон полагал, что каждая область мозга функционирует в связи с периферическим нервно-мышечным аппаратом, образуя церебронейромускулярный круг. Произвольная релаксация позволяет влиять не только на периферическую, но и на центральную часть этого круга.

Под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

Лечение начинается с беседы с больными, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивает, что основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в покое.

Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.

Первый этап. Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение – сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления. После этого больной упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

Второй этап (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее – расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение, смущение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, повышение артериального

давления и т. п.). Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.

Упражнения прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону осваиваются больными обычно в группах по 8 – 12 человек под руководством врача или опытного инструктора. Групповые занятия проводятся 2–3 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения больные проводят самостоятельно 1–2 раза в день. Каждый сеанс продолжается от получаса (индивидуальный) до часа (групповой). Весь курс обучения занимает 3–6 месяцев.

Аутогенная тренировка (метод Шульца)

Аутогенная тренировка – это самовнушение в состоянии релаксации (низшая степень) или гипнотического транса (высшая степень).

Аутогенная тренировка, предложенная Шульцем как самостоятельный метод, по своему характеру является методом синтетическим. В его основе лежат находки древнеиндийской системы йогов, опыт исследования ощущений людей, погружаемых в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школой психотерапевтов (Куэ, Бодуэн), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций и опыт применения мышечной релаксации (Джекобсон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Предложенная Шульцем методика аутогенной тренировки в отличие от ее многочисленных модификаций называется *классической* и делится на 2 ступени: 1-я, или начальная (АТ-1), и 2-я, или высшая (АТ-2).

Техника АТ-1. Перед началом тренировки с пациентами проводится беседа, в которой в доступной форме объясняются физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм тех или иных упражнений. Умело проведенная беседа, сопровождаемая демонстрацией эффективности отдельных упражнений, а также пациентов, добившихся путем тренировки позитивных результатов, способствуют успеху дальнейшего лечения. В беседе подчеркивается, что мысленное повторение формул самовнушения должно проводиться спокойно, без излишней концентрации внимания и эмоционального напряжения. Полезно с самого начала ознакомить больного с планом тренировок.

Сеансы самовнушения проводятся 3–4 раза в день. Первые три месяца длительность каждого сеанса не превышает одной-трех минут, затем время их несколько увеличивается (АТ-2), но не превышает получаса. На всем протяжении лечения тренировки должны проводиться под наблюдением врача. С этой целью не менее одного раза в неделю проводятся сеансы групповой тренировки. На первом этапе лечения необходимо овладеть шестью упражнениями. На тренировку каждого требуется примерно 10–15 дней. После этого наступает второй этап лечения (АТ-2), который длится не менее полугода. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9-12 месяцев.

Сеансы проводятся лежа или сидя, в «позе кучера» (голова склоняется вперед, кисти и предплечья – на коленях, ноги удобно расставлены).

Упражнение 1: вызывание ощущения тяжести. Мысленно повторяют: «Я совершенно спокоен» (1 раз); «моя правая (левая) рука тяжелая» (6 раз); «я спокоен» (1 раз). После нескольких дней упражнений ощущение тяжести в руке становится отчетливым. Далее таким же образом чувство тяжести вызывается в обеих руках, в обеих ногах, во всем теле. Каждое упражнение должно начинаться и заканчиваться формулой: «Я спокоен».

Упражнение 2: вызывание ощущения тепла. Мысленно повторяют: «Я спокоен» (1 раз); «тело тяжелое» (1 раз); «моя правая (левая) рука теплая» (6 раз). В последующем внушение тепла распространяется на вторую руку, ноги, все тело. Переходят к формуле: «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое».

В дальнейшем упражнения 1 и 2 объединяются одной формулой: «Руки и ноги тяжелые и теплые». Упражнение считается освоенным, если ощущение тяжести и тепла в теле вызывается легко и отчетливо.

Упражнение 3: регуляция ритма сердечной деятельности. Упражнение начинается с формулы: «Я спокоен». Затем последовательно вызывается ощущение тяжести и тепла в теле. Пациент кладет свою правую руку на область сердца и мысленно произносит 5–6 раз: «Мое сердце бьется спокойно, мощно и ритмично». Предварительно пациенту рекомендуется научиться мысленно считать сердцебиение. Упражнение считается освоенным, если удастся влиять на силу и ритм сердечной деятельности.

Упражнение 4: регуляция дыхания. Используется примерно следующая формула самовнушения: «Я спокоен... мои руки тяжелые и теплые... мое сердце бьется сильно, спокойно и ритмично... Я дышу спокойно, глубоко и равномерно». Последняя фраза повторяется 5–6 раз. В последующем формула сокращается: «Я дышу спокойно».

Упражнение 5: влияние на органы брюшной полости. Больному предварительно разъясняется локализация солнечного сплетения и его роль в нормализации функции внутренних органов. Вызываются последовательно такие же ощущения, как при упражнениях 1–4, а затем мысленно 5–6 раз повторяют формулу: «Солнечное сплетение теплое... оно излучает тепло».

Упражнение 6: вызывание ощущения прохлады в области лба. Вначале вызываются ощущения, описанные в упражнениях 1–5. Затем 5–6 раз пациент мысленно повторяет: «Мой лоб прохладен».

По мере освоения упражнений формулы самовнушения могут сокращаться: «Спокоен... Тяжесть... Тепло... Сердце и дыхание спокойны... Солнечное сплетение теплое... Лоб прохладный».

После выполнения упражнения пациентам рекомендуется спокойно отдыхать в течение одной-двух минут, а затем вывести себя из состояния аутогенного погружения. Для этого дают себе мысленную команду: «Согнуть руки (2–3 резких сгибательных движения в локтевых суставах), глубоко вдохнуть, на вдохе открыть глаза».

Приведенные 6 упражнений низшей ступени являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему и вегетовисцеральные функции организма.

Техника АТ-2. К высшей ступени аутогенной тренировки Шульц относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний.

В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация.

Упражнение 1: медитация на цвете. После исполнения упражнений низшей ступени пациент, не меняя позы, мысленно концентрирует свое сознание на образах характерного цвета: заснеженные горные вершины, зеленый луг, синий цветок. Во время упражнений пациент должен стремиться удерживать в сознании представление о цвете, а не о конкретных формах предметов.

Упражнение повторяется до тех пор, пока пациент не научится визуализировать цветные образы.

Упражнение 2: медитация на образе определенного цвета. Цель упражнения заключается в целенаправленном вызывании определенных цветовых представлений. Одновременно тренируются ассоциации цвет – ощущения. Например, фиолетовый – чувство покоя, черный – печаль, тревога и т. д.

Упражнение 3: медитация на образе. Цель упражнения – научиться произвольно визуализировать конкретный предмет или образ. Это может быть цветок, ваза, человек. Критерием успешности тренировки является целенаправленная визуализация самого себя.

Упражнение 4: медитация на абстрактной идее. Сущность упражнения заключается в вызывании образных эквивалентов таких абстрактных понятий, как свобода, надежда, радость, любовь и т. п. Образные эквиваленты подобных абстрактных понятий у всех людей сугубо индивидуальны. У одних свобода ассоциируется с парящей в небе птицей, у вторых – с морем, у третьих – с бескрайней степью.

Упражнение 5: медитация на эмоциональном состоянии. В процессе упражнений осуществляется переход к проекции визуализированных образов на себя, на собственные переживания. Шульц в качестве примера предлагал медитацию ощущения при виде гор. Фокус воображения должен быть направлен не на конкретный объект или пейзаж (море, горы), а на ощущения, которые возникают при их созерцании.

Упражнение 6: медитация на человеке. Сначала воображение концентрируется на незнакомом, а потом – на знакомом человеке. Основная задача упражнения состоит в том, чтобы научиться «освободиться» от субъективных установок и эмоциональных переживаний по отношению к знакомым образам, сделать эти образы «нейтральными».

Упражнение 7: «ответ бессознательного». Овладев способностью к визуализации образов, пациент сам себе задает вопросы, а ответы на них получает в виде спонтанно возникающих образов, которые потом интерпретируются. Наиболее часто задаются такие вопросы: «Что я хочу от

жизни?», «Какие ошибки я допускаю в жизни?», «В чем мои главные проблемы?», «Как я должен себя вести в конкретной ситуации?».

В настоящее время появилось большое количество модификаций методики Шульца. Остановимся коротко лишь на некоторых из них.

Авторы рекомендуют формировать специальные лечебные группы по сходным психосоматическим синдромам (стенокардия, бронхиальная астма, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и т. д.).

В отличие от классической методики Шульца, авторы большое значение придают синдромологически ориентированным узкоспециализированным комплексам тренировки. Выделяют следующие группы комплексов:

«*Покой*» (соответствует первому стандартному упражнению АТ-1 по Шульцу). Группа комплексов направлена на достижение «телесного покоя». Используется методика прогрессирующей релаксации по Джекобсону. Показания: эмоциональные нарушения, расстройства сна.

«*Сосуды*». Образные представления акцентируются на ощущении тепла. Показания: нарушения периферического кровообращения, артериальная гипертензия.

«*Сердце*». При выполнении упражнения целенаправленно вызываются ощущения тепла в левой руке, а затем в области сердца. Возможен следующий вариант самовнушения: «Мое сердце бьется спокойно и равномерно. Я едва чувствую свое сердце, приятное тепло струится от левой руки в левую половину груди. Сосуды левой руки расширяются. Через сердце струится тепло. Совершенно самостоятельно, совершенно спокойно работает мое сердце». Показания: стенокардия, функциональная неврогенная аритмия.

«*Легкие*». Тренировка направлена прежде всего на ритмизацию дыхания. Это обеспечивается мысленным счетом временных интервалов фаз вдоха, паузы и выдоха.

Авторы рекомендуют следующую формулу самовнушения: «Я совершенно спокоен, совершенно спокоен. Легко и свободно струится воздух, прохладный и освежающий воздух. Дышится совершенно спокойно, без моего участия, самопроизвольно. Так прекрасно струится воздух, свободно, свободно и легко. Я совершенно спокоен. Совершенно спокоен».

Показания: бронхиальная астма, хронические пневмонии, психогенные нарушения ритма дыхания.

«*Живот*». Произвольное самовнушение тепла в отдельных органах брюшной полости – в области желудка, печени, кишечника.

Перед упражнением больному нужно подробно объяснить анатомическое расположение органов в брюшной полости.

Показания: хронические гастриты и гепатиты, спастические колиты, дискинезии желчного пузыря и т. д.

«*Голова*». Упражнение является модификацией 6-го стандартного упражнения по Шульцу. Формула самовнушения может быть несколько расширена: «Я совершенно спокоен... Моя голова свободная и легкая... Лоб приятно прохладен. Я чувствую, как прохлада окутывает всю голову... Голова становится легкой... думается легко... Я могу сосредоточиться на

каждой мысли...» Иногда ощущение прохлады в области лба усиливают головные боли, головокружение. В этих случаях авторы рекомендуют самовнушение тепла в области лба.

Показания: вазомоторные нарушения мозгового кровообращения, мигрень, синдром Меньера.

4.3 Эриксоновский гипноз

Новый подход в гипнотерапии, создателем которого явился американский психотерапевт Эриксон, получил в 80-е гг. в мировой психотерапевтической практике широкое признание и известен как эриксоновский гипноз. Его принципы и технические приемы, дополняя традиционный гипноз, расширили возможности лечебной тактики психотерапевта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам. Приемлемым и полезным оказалось включение этого метода, прежде всего его принципов, в разрабатываемые в последние годы эклектические и интегративные модели краткосрочной психотерапии. Такие крупные исследователи и практики в гипнологии и психотерапии, как Вайценхоффер, Хейли, Росси, Зейг и др. считают Эриксона отцом современного клинического гипноза и краткосрочной стратегической психотерапии.

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

Для эриксоновского подхода свойственно расширенное понимание гипнотического состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, согласно Эриксону, это последовательность взаимодействий «гипнотерапевт – пациент», приводящая к поглощенности внутренними восприятиями и вызывающая такое измененное состояние сознания, когда «Я» пациента начинает проявляться автоматически, т.е. без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соответствии с принципом утилизации, согласно которому стереотипы самопроявления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтического трансa. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководству им.

Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда гипнотерапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Микродинамика наведения гипнотического транса и *внушения* состоит из следующих стадий (Эриксон и Росси):

- 1) фиксация внимания,
- 2) депотенциализация установок сознания,
- 3) бессознательный поиск,
- 4) гипнотический отклик.

В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать его сосредоточение с помощью:

- 1) рассказов, которые интересуют, мотивируют, увлекают пациента;
- 2) стандартной фиксации взгляда;
- 3) пантомимы и невербального общения в целом;
- 4) воображения или визуализации;
- 5) левитации руки;
- 6) релаксации и других способов.

Вторая стадия – депотенциализация установок сознания – осуществляется, когда удается зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимыми для депотенциализации. Для того чтобы обойти и депотенциализировать сознательные процессы, используются:

- 1) шок, удивление,
- 2) отвлечение внимания,
- 3) диссоциация,
- 4) когнитивная перегрузка,
- 5) замешательство и др. способы.

Эриксон часто использует «сюрприз – неожиданность», чтобы «встряхнуть» человека из его привычных паттернов ассоциаций, пытаясь развить его естественные способности к бессознательному творчеству. Можно привести пример, когда Эриксон неожиданно позволяет пациенту реагировать на внушение левитации руки индивидуальным образом. Субъект, у которого после внушения поднялась и зависла рука, пытается сознательно ее опустить, толкая ее вниз все сильнее и сильнее. Эриксон сказал ему: «Это довольно интересно, по крайней мере для меня. Я думаю, что и вам станет интересно, когда вы откроете, что не можете перестать толкать руки вниз». Он вызвал шок и удивление, которые на мгновение затормозили систему представлений субъекта. Именно в этот момент Эриксон добавил внушение: «Вы обнаруживаете, что не можете перестать толкать руку вниз». Субъект думал, что он сопротивляется. Мысль, что он не сможет остановиться, оказалась для него абсолютно неожиданной, и к тому моменту, когда она до него дошла, то оказалась полностью сформировавшейся идеей. И он, к своему удивлению, обнаружил, что не может прекратить толкать руку вниз, и

спросил: «Что произошло?» Эриксон сказал: «По крайней мере ваши руки вошли в транс. Вы можете встать?» Этот простой вопрос явился развитием фразы и распространился на ноги. Разумеется, не мог встать.

Прием замешательства явился одним из наиболее эффективных компонентов в техниках наведения транса и внушения Эриксона. В то время как другие психотерапевты, так же как и большинство людей, обычно пытаются найти способ достичь максимальной ясности в общении, Эриксон намеренно развил в себе умение общаться так, чтобы это вызывало у людей замешательство. Основной момент здесь – кажущееся случайным и непреднамеренным вмешательство, препятствующее привычному реагированию субъекта на реальную ситуацию. Это вызывает состояние неопределенности, фрустрированности и замешательства, в результате чего человек с готовностью принимает гипноз как средство разрешения ситуации. Метод создания замешательства утилизирует все, что бы ни делал пациент с целью противодействия трансу, в качестве основы, позволяющей вызвать транс. Замешательство может быть осуществлено посредством прерывания какого-либо стереотипа. В частности, одной из такого рода процедур, разработанных Эриксоном, является наведение гипнотического транса рукопожатием. Суть ее в неожиданности, которая разрывает обычные рамки существования субъекта, чтобы вызвать мгновенное замешательство. В письме к Вайценхофферу в 1961 г. Эриксон описывал свой подход к наведению транса рукопожатием как способ вызвать каталепсию. Примером использования этой техники является описание Эриксоном одного из своих «пантомимических наведений», где надо было обойти языковой барьер. К подготовленной для демонстрации субъекту-женщине Эриксон подошел и с улыбкой протянул ей правую руку, она протянула свою. Он медленно пожал руку, глядя ей прямо в глаза, как и она – ему, и медленно перестал улыбаться. Отпуская ее руку, он сделал это определенным необычным образом, выпуская ее из своей руки понемногу и слегка, нажимая то большим пальцем, то мизинцем, то безымянным, все это – неуверенно, неровно, как будто колеблясь и так мягко убирая свою руку, чтобы она не почувствовала, когда именно он ее уберет и до какой части ее руки дотронется в последний раз. Одновременно он медленно изменил фокусировку своего взгляда, дав ей минимальный, но ощутимый сигнал, что смотрит не на нее, а сквозь ее глаз куда-то вдаль. Ее зрачки медленно расширились, и тогда Эриксон мягко отпустил ее руку совсем, оставив ее висеть в положении каталепсии. Легкое давление на ее запястье, направленное вверх, заставило ее руку немного подняться.

Еще один прием замешательства, первоначально разработанный Эриксоном для возрастной регрессии, состоит в дезориентации во времени. В главных своих чертах метод «путаницы» состоит в том, что внимание пациента сосредоточивается с помощью беседы на каких-то нейтральных, повседневных действиях (например, еде), а затем постепенно выполняются различные маневры, создающие замешательство и вызывающие дезориентацию (например, быстрая смена точек отсчета времени, введение

несуразностей, ускорение темпа речи). В качестве примера можно привести фрагмент текста начала наведения Эриксоном гипнотического транса: «...и вы, возможно, ели сегодня что-то такое, что ели и раньше, может быть, на прошлой неделе или на позапрошлой неделе... и возможно, будете есть то же самое снова на следующей неделе или еще через неделю... и может быть, тот день на прошлой неделе, когда вы ели то, что ели сегодня, был тогда сегодняшним днем точно так же, как этот день сейчас – сегодняшний. Другими словами, то, что было тогда, возможно, совсем как то, что есть сейчас... может быть, это был понедельник, как сегодня, или вторник, не знаю... и, может быть, в будущем вы будете есть то же самое снова в понедельник или во вторник, но нельзя исключить и среду, пусть даже это середина недели... И что на самом деле означает быть серединой недели? Я, по правде, не знаю, но я знаю, что в начале недели воскресенье идет перед понедельником, а понедельник перед вторником, а вторник после воскресенья, если не считать того, когда он за пять дней до него...» и так далее движение во времени, перепутывая и сменяя представления и события в настоящем, прошлом и будущем времени.

В рамках недирективного (неавторитарного) гипнотического транса используются такие приемы, как импликация (подразумевание), связка и двойная связка, диссоциация, ратификация, идеомоторный сигналинг, составные внушения и многие другие способы *косвенного внушения*, разработанные Эриксоном. Психологическая импликация для него – это ключ, который автоматически устанавливает переключатели ассоциативных процессов пациента в предсказуемые паттерны без *осознания* того, как это происходит. Примеры импликаций: «Если вы сядете в это кресло, можете затем войти в транс», «Разумеется, ваша рука не онемееет, пока я не сосчитаю до пяти». Прием связки предлагает выбор из двух или более сравниваемых альтернатив, т. е. какой бы выбор ни был сделан, это направит пациента в нужную сторону. Пример связки: «Какой транс вы хотели бы испытать – легкий, средний или глубокий?» Двойные связки, наоборот, предлагают возможности поведения, которые находятся вне обычного для пациента сознательного выбора и контроля. Пример двойной связки: «Какая рука, правая или левая, сначала произвольно шевельнется, двинется в сторону, поднимется вверх или надавит вниз?» Диссоциация между сознательным и бессознательным как наиболее существенный механизм развития гипнотического транса возникает как автоматически, так и с помощью определенных стимулов и заданий. Диссоциация может возникнуть при возложении одной из задач на сознательный уровень функционирования пациента, а другой – на бессознательный. Использование разного тона голоса или различных уровней смысла нередко приводит к такому же результату. Примеры диссоциаций: «Ваше сознание может слушать мой голос, а ваше подсознание может чувствовать комфорт...», «Ваше сознание может сомневаться и вести внутренние диалоги, а ваше бессознательное может проявляться осмысленным, неоспоримым образом и погружать вас в транс».

Все позитивные изменения в структуре личности пациента, в его представлениях, эмоциях или поведении должны быть следствием обучения, возникающего во время гипноза, а не прямым результатом конкретного гипнотического внушения. Гипноз не столько создает для пациента новые возможности, сколько обеспечивает доступ к существующему у него опыту, способностям, знанию, потенциалу, помогая более эффективному их использованию. Гипноз позволяет проводить психотерапию на бессознательном уровне. Сам Эриксон называл свой терапевтический стиль натуралистическим или утилизационным подходом. Основным принципом данного подхода состоит в том, что необходимо использовать любые убеждения, ценности, установки, эмоции или формы поведения, проявляемые пациентом, чтобы вызвать у него переживания, способствующие психотерапевтическим изменениям. Терапевтическое воздействие в значительной мере облегчается, если гипнотерапевт погружается в межличностный внешнеориентированный транс (этот аспект поведения гипнотерапевта подробно разработан Гиллигеном), в котором все его внимание поглощено пациентом. Использование в транс-идеомоторного сигналинга (непроизвольные движения пальцев, покачивание головы), а затем автоматического рисунка и автоматического письма по аналогии со сновидениями и фантазиями открывает прямой доступ к пониманию бессознательного. В процессе гипнотерапии постепенно пациент становится готовым к тому, чтобы произошел перенос психотерапевтически значимого обучения с бессознательного уровня на сознательный.

Эриксоном разработан еще один из важных психотерапевтических подходов – гипнотическая проекция пациента в воображаемое успешное будущее с последующим анализом его реакций и переживаний, приведших к такому результату. Затем следует постгипнотическое внушение бессознательному, с помощью которого пациент осуществляет все те конкретные вещи, которые, как бессознательное уже показало, приведут к успеху. Этот процесс, по мнению Хейвенса, и является наиболее существенным аспектом подхода Эриксона. Активно используется также возможность в гипнозе погружения в прошлые события. Это перемещение в пространстве и времени дает возможность пациенту повторно пережить в регрессии прошлое патогенное событие и отреагировать на него более конструктивным образом, чем было в исходном положении. При этом важно защитить пациента от боли воспоминания с помощью диссоциативной отстраненности от переживаемого или с помощью амнезии. Диссоциация, отстраненность или отделение субъективного от объективного – еще одна из гипнотических форм, часто используемых Эриксоном. Диссоциативная стратегия полезна для успешности некоторых специфических форм обучения (например, анестезии или эмоциональной объективности), позволяет проводить психотерапевтические воздействия без участия *сопротивления* и мешающих субъективных реакций. Метод «рассеяния», или встроенных внушений, также широко применяется в Э. г. Встроенные внушения (например, фраза «преодолей это»), недоступные сознательному восприятию

с позиции отнесения к себе и запечатлеваемые в подсознании пациента, могут быть использованы не только в рамках формального гипноза, но и применены в ходе любого психотерапевтического общения. Легкое изменение громкости во время произнесения встроенного внушения, установление небольших пауз перед внушением и после него, упоминание имени пациента – все это способствует усилению воздействия рассеянных внушений.

Эриксон считается непревзойденным мастером использования метафорических историй в лечебных целях. Он совместно с Росси предположил, что поскольку симптомы эмоционального происхождения являются сообщениями на языке правого полушария, то использование метафор позволит напрямую общаться с правым полушарием, т. е. с бессознательным на его собственном языке. События метафорической истории должны чем-то напоминать события актуальной проблемы пациента и иметь решения этой проблемы. Это могут быть истории о других пациентах, притчи и сказки, события из жизни, но могут быть и новые метафоры, сконструированные гипнотерапевтом для данного пациента и содержащие в себе скрытые от сознательного контроля намеки на способы решения его проблемы.

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

4.4 Символдрама

Символдрама (известная также как *Кататимно-имагинативная психотерапия*, *Кататимное переживание образов (КПО)* или метод “сновидений наяву”) - это метод глубинно-психологически ориентированной психотерапии, который оказался клинически высокоэффективным при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности. В качестве метафоры можно охарактеризовать *кататимно-имагинативную психотерапию* как “**психоанализ при помощи образов**”.

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

Метод разработан известным немецким психотерапевтом профессором, доктором медицины Ханскарлом Лейнером (1919-1996). Основу метода

составляет свободное фантазирование в форме образов, “картины” на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию. Концептуальная основа метода - глубинно-психологические психоаналитически ориентированные теории, анализ бессознательных и предсознательных конфликтов, аффективно-инстинктивных импульсов, процессов и механизмов защиты как отражения актуальных эмоционально-личностных проблем, анализ онтогенетических форм конфликтов раннего детства.

Из известных сегодня около пятнадцати направлений психотерапии, использующих образы в лечебном процессе, символдрама является наиболее глубоко и системно проработанным и технически организованным методом, имеющим фундаментальную теоретическую базу. В основе метода лежат концепции *классического психоанализа*, а также его современного развития (теория *объектных отношений* М. Кляйн, *эго-психология* А. Фрейд, *психология “Я”* Х. Хартманна).

Оставаясь на принципиальных психоаналитических позициях, много общего метод имеет с теорией *архетипов* и *коллективного бессознательного* К.Г. Юнга, а также с разработанным им методом *активного воображения*.

С феноменологической точки зрения, можно проследить параллели этого метода в детской игровой психотерапии, в психодраме Я. Морено и Г. Лейц и в элементах гештальт-терапии по Ф. Перлсу. В техническом плане символдраме близки элементы ведения психотерапевтической беседы по К. Роджерсу и некоторые стратегии поведенческой терапии, например, по Й. Вольпе.

Тем не менее, *символдрама* - это не комбинация из смежных психотерапевтических методов, а самостоятельная, оригинальная дисциплина, многие элементы которой возникли задолго до того, как они появились в других направлениях психотерапии.

В *символдраме* успешно соединились преимущества богатого спектра психотерапевтических техник, занимающих полярное положение в мире психотерапии: классического и юнгианского анализа, поведенческой психотерапии, гуманистической психологии, аутотренинга.

Применительно к работе с детьми и подростками символдрама развивалась известным немецким детским психоаналитиком и социальным педагогом Гюнтером Хорном и другими специалистами Международного общества Кататимного переживания образов и имагинативных методов в психологии и психотерапии.

Описание метода символдрамы.

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

последовательно в различных участках тела. В работе со многими детьми даже и это часто бывает излишним. Достаточно попросить ребенка лечь или сесть, закрыть глаза и расслабиться .

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

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

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

Участие психотерапевта внешне выражается в том, что через определенные промежутки времени при помощи комментариев типа “да”, “угу”, восклицаний типа “Вот как!”, повторения описаний пациента, а также при помощи вопросов о деталях и свойствах образа он сигнализирует о том, что внимательно следит за ходом развития образов пациента.

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

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

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

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

Символдрама проводится в *индивидуальной, групповой* форме и в форме *психотерапии пар*, когда образы одновременно представляют либо супруги/партнеры, либо ребенок с одним из родителей. Символдрама может быть также составной частью *семейной психотерапии*.

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

Показания для применения символдрамы:

Лучше всего применение методов *символдрамы* зарекомендовало себя:

- при работе с фобиями,
- при лечении детских навязчивых состояний.
- в случаях нейро- и психовегетативных нарушений средней тяжести,
- психосоматических расстройств,
- ночного недержания мочи (энуреза),
- заикания,
- нервной анорексии и других нарушений питания,
- деструкции функциональных или психических компонентов при внутренних или других заболеваниях,
- в случае обусловленных невротическим развитием личности нарушений адаптационной способности,
- при замкнутости, закомплексованности,
- в случае нарушений концентрации внимания и проблем с успеваемостью в учебе.

Противопоказания для применения символдрамы:

- недостаточное интеллектуальное развитие с IQ ниже 85;
- острые или хронические психозы или близкие к психозу состояния;
- церебрально-органические синдромы;
- недостаточная мотивация, даже в случае простой, глубоко не проникающей психотерапии;
- ярко выраженные приступы страха и тяжелые депрессивные состояния.

Стандартные мотивы

Характерной особенностью символдрамы является предложение пациенту некоторой темы для кристаллизации его образной фантазии - так называемого мотива представления образа. Этим символдрама отличается, например, от метода *активного воображения* К.Г. Юнга, в котором предполагается спонтанное развитие образа, и от техники классического *психоанализа*, где аналитик принципиально не должен ничего “давать” пациенту.

С психологической точки зрения, *Кататимное переживание образов* - это *проективный* метод. Однако, в отличие от всех известных проективных методов, для символдрамы характерна независимость от какой бы то ни было заданной материальной структуры. Благодаря этому в воображаемых образах непосредственно отражаются глубинные психические процессы, проблемы и конфликты, что позволяет называть кататимные образы "*мобильной проекцией*". При этом воображаемые образы характеризуют типичные признаки *работы сновидения* и *первичного процесса* по З. Фрейду, прежде всего, *смещение* и *сгущение*.

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

В качестве *основных мотивов символдрамы для детей и подростков* Х. Лейнер предлагает следующие:

- 1) *луг*, как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса;
- 2) *подъем в гору*, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта;
- 3) *следование вдоль ручья* вверх или вниз по течению;
- 4) *обследование дома*;
- 5) *встреча с особо значимым лицом* (мать, отец, братья и сестры, кумир, учитель и т. д.) в реальном или символическом облачении (в образе *животного, дерева* и т. п.);
- 6) *наблюдение опушки леса* и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса;
- 7) *лодка*, появляющаяся на берегу пруда или озера, на которой ребенок отправляется покататься;
- 8) *пещера*, которую сначала наблюдают со стороны в ожидании, что из нее выйдет символическое существо, и в которую, по желанию ребенка, можно также войти, чтобы в ней побыть или чтобы исследовать ее глубины.

Наряду с перечисленными мотивами в последние годы широко используются также три следующих дополнительных мотива:

- 1) наблюдение и установление контакта с *семьей животных* - с целью получить представление о проблемах в семье ребенка, а также провести их коррекцию;
- 2) получение во владение *надела земли*, чтобы что-нибудь на нем возделывать или построить;
- 3) представление себя примерно на *10 лет старше*.

Для подростков можно предложить также мотив *собственная машина* или *мотоцикл*.

Кроме того, в плане психодиагностики особенно эффективными оказались следующие мотивы:

- *дерево*;
- *три дерева*;

- **цветок**.

В определенных случаях используются специфические мотивы символдрамы:

- представление **реальной ситуации** в школе или дома;
- **воспоминания** из прошлого опыта;
- представление последней сцены из **ночного сновидения** и продолжение его развития в **сновидении наяву** под контролем психотерапевта;
- интроспекция внутренностей тела (путешествие вглубь своего тела);
- представление определенных предметов, имеющих особое эмоциональное значение, например, **игрушки, любимой куклы, плюшевого мишки** или **другой мягкой игрушки**.

Таблица – Соответствие стандартных мотивов определенной проблематике и стадиям детского развития

Проблематика	Соответствующие мотивы
<i>Актуально-насуущные конфликты, актуальное настроение</i>	Мотив <i>луга</i> , ландшафтные мотивы, “фигуры” в облаках
<i>Оральная тематика</i>	Мотив <i>луга, ручья, коровы, кухни в доме</i>
<i>Агрессивно-экспансивная тематика:</i>	Мотив окна (отверстия) на болоте, вулкана Мотив льва
а) анально-агрессивная	Мотив следования вдоль <i>ручья</i> , путешествие на поезде, корабле, верхом на лошади, полета на ковре-самолете, в самолете или в образе птицы
б) орально-агрессивная	
в) экспансивное раскрытие и развитие	
<i>Эдипальная тематика:</i>	Мотив <i>горы</i>
<i>Тематика достижения и конкуренции</i> (идентификация со стремящимся к достижению интроектом):	Мотив <i>подъема в гору</i> и открывающейся с ее вершины <i>панорамы</i>
<i>Оценка собственной личности:</i>	Мотив <i>дома</i> , в который нужно зайти и тщательно обследовать
а) в плане готовности к общению и социальным контактам, общего фона настроения, раскрытия генетического материала	Мотив <i>символического существа, выходящего из темноты леса</i> , из пещеры, из отверстия на болоте или моря.
б) в плане вытесненных инстинктивных и поведенческих тенденций, в том числе на интроектном уровне	
в) оценка способности	
	Мотив <i>ручья</i> или <i>реки</i> , когда предлагается

целиком чему то отдаться	отправиться вниз по течению на лодке без весел, мотив купания и плавания в воде вообще
<i>Проблема идентичности и идеала “Я”:</i>	Мотив выбора какого-нибудь имени того же пола и представление этого человека
<i>Отношение с человеком, имеющим особо важное эмоциональное значение из прошлого (интроект) или настоящего:</i>	а) в символическом облачении во всех ландшафтных мотивах (<i>гора, деревья и группы деревьев, растения</i>); <i>животные (или семья животных) и символические существа</i> , возникающие на лугу, выходящие из темноты леса или из упомянутых отверстий в земле (из пещеры, окна/отверстия на болоте, из глубин моря) б) как <i>реальные люди</i> (родители, братья и сестры, бабушка, дедушка, дети, учитель, начальник, конкурент и т. п.); представление регрессивных драматических сцен из детства (например, сцена за обеденным столом в кругу семьи)
<i>Сексуальная и эдипальная тематика:</i>	Мотив <i>спальни в доме</i> , окна (отверстия) на болоте, плодового дерева, плод которого съедается, куста розы, когда нужно сорвать один цветок (для мужчин), поездки на попутной машине, телеге или коляске (для женщин), дискотеки, похода на пляж или в баню
<i>Представление либидинозного заполнения органов тела при психогенных и психосоматических заболеваниях:</i>	Интроспекция внутренностей тела, рассматривая их через прозрачную оболочку тела, выполненную как бы из стекла, или уменьшившись до размеров маленького человечка и, проникнув сквозь отверстия в теле, отправляясь на их обследование

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

Мотив “цветок”

Мотив цветка больше подходит для девочек на *латентной* стадии [8], чем для мальчиков, которым предпочтительнее давать более динамичные мотивы.

В работе со старшими подростками и со взрослыми пациентами мотив цветка служит для введения в Кататимно-имагинативную психотерапию. Так называемый “*тест цветок*” дается, как правило, по окончании сбора данных глубинно-психологического анамнеза в конце первого или второго сеанса. Тест должен показать, способен ли и насколько способен пациент

образовывать полноценные *кататимные образы*. Действительно, потрясает тот факт, что почти все пациенты (даже с относительно тяжелыми нарушениями) легко справляются с этим тестом и представляют себе цветок, хотя у нетренированных пациентов достигаемое в положении сидя состояние расслабления может быть и не очень глубоким.

Цветок следует обрисовать во всех подробностях, описать его цвет, размер, форму, описать, что видно, если заглянуть в чашечку цветка и т. п. Важно описать также эмоциональный тон, непосредственно идущий от цветка. Далее следует попросить пациента попытаться в представлении потрогать кончиком пальца чашечку цветка и описать свои тактильные ощущения. Некоторые дети переживают эту сцену столь реалистично, что поднимают руку и выставляют указательный палец.

Из наиболее часто представляемых цветов можно упомянуть красный или желтый тюльпан, красную розу, подсолнух, ромашку, маргаритку. Лишь в самых редких случаях невротическая проблематика проявляется в том, что уже при первом представлении цветка появляется экстремальный или ненормальный образ. Ярко выраженным признаком нарушения считаются случаи, когда возникает черная роза или цветок из стали, или если цветок через короткое время уже увядает, а листья обвисают.

Об особо ярко выраженной способности к воображению говорят фантастические цветы, которых не бывает в природе, или слияние двух цветочных мотивов в один. Истерическую структуру личности также характеризуют нереальные или искусственные цветы с яркой, вызывающей окраской.

Своеобразная, не так уж редко встречающаяся форма нарушения заключается в том, что вместо одного цветка их одновременно появляется несколько. Они могут сменять друг друга в поле зрения, так что трудно решить, на каком из цветков остановиться. Часто предложение дотронуться в образе кончиком пальца до стебля цветка помогает сосредоточиться на одном из цветов. Если и после этого не удастся остановиться на одном цветке, можно предположить, что и в реальной жизни пациенту бывает сложно сделать выбор и на чем то сосредоточиться, что, в свою очередь, может быть следствием нарушения по типу невротического развития личности с преобладанием полевого поведения.

Важно предложить пациенту проследить, двигаясь вниз по стеблю, где находится цветок: растет ли он в земле, стоит ли в вазе или предстает в срезанной форме, “зависшим” на каком-то неопределенном фоне.* Отсутствие “почвы под ногами” может говорить о некоторой оторванности, недостаточной основательности, проблемах с осознанием своих корней, своего места и положения в жизни.

Далее следует спросить, что находится вокруг, какое небо, какая погода, какое время года, сколько сейчас времени в образе, как пациент себя чувствует и в каком возрасте себя ощущает. Символическое значение этих критериев разбирается в разделе о мотиве *луга* .

После окончания представления “цветка” рекомендуется тактично выразить пациенту поддержку и похвалу. Например, можно сказать: “У меня сложилось впечатление, что у Вас хорошее воображение” - или - “У Вас живая фантазия. Это мы могли бы хорошо использовать для применения одного психотерапевтического метода. Я предлагаю и далее проводить лечение в форме *сновидений наяву*”. Если образы были выражены менее ярко, можно похвалить пациента, сказав о его “хорошей предрасположенности к представлениям” или что-то в этом роде. Затем можно сказать, что через несколько сеансов пациент разовьет у себя еще более четкие представления. Важно, чтобы пациент получил положительную обратную связь и поддержку на уровне *эмпатии*.

Мотив “дерево”

Гюнтер Хорн отмечает, что образы, которые ребенок представляет после задания мотива *дерева*, можно анализировать *одновременно* в двух планах - на *субъектном уровне* и на *объектном уровне*.

На *объектном* уровне образ дерева символизирует родителей ребенка или других значимых для него лиц. Дерево может как подавлять своими размерами, так и представлять собой защиту и укрытие. Ребенок может прятаться под ветвями дерева, с его верхушки он может оглядеть панораму ландшафта, его плодами ребенок может питаться, в его ветвях он может играть, построить в них для себя жилище и многое, многое другое.

На *субъектном* уровне дерево может отражать представление ребенка о том, каким ему хотелось бы быть: большим, сильным, могущественным. Здесь важны все детали: представляет ли ребенок вечнозеленое дерево или это лиственное дерево, стоит ли дерево одиноко или окруженное другими деревьями, здорово ли дерево, не опали ли его листья, или же оно засыхает, либо уже засохло.

В ходе сеанса у ребенка могут сложиться определенные отношения с его деревом. Возникающие у ребенка образы характеризуют актуальную для него бессознательную проблематику.

Мотив “три дерева”

Этот мотив можно рассматривать как хороший проективный тест внутрисемейных взаимоотношений. Детский психотерапевт Эдда Клессманн, рекомендует сначала предложить ребенку нарисовать на одном горизонтально расположенном листе бумаги три любых дерева и сравнить их затем с близкими ребенку людьми - членами его семьи. В случае отягощенности рисунка конфликтной символикой Э. Клессманн предлагает ребенку вновь представить нарисованные им деревья в ходе сеанса символдрамы и установить с ними какие то отношения. Зачастую это удается легче, чем образное представление родителей в реальном или даже в символическом виде в образе животных. Ребенок, в основном, без труда и особых комментариев понимает свою роль в созданном им динамическом поле и может самостоятельно найти какую-то возможность разрешения или преодоления сложившейся конфликтной ситуации, как это показывает приводимый далее пример “*кататимной семейной психотерапии*”.

Мотив “семья животных”

Гюнтер Хорн отмечает, что этот мотив возникает у детей часто спонтанно. Это связано с тем, что дети, с одной стороны, еще более тесно связаны с родительской семьей, чем взрослые, а с другой стороны, у них еще не полностью сформировалось сильное и зрелое Я [6, 9], чтобы они были в состоянии непосредственно противостоять в образах своим родителям, братьям и сестрам. Представление *семьи животных* дается ребенку в целом даже легче, чем представление отдельного животного, так как в последнем случае он в большей степени подвержен отягощенной конфликтами конфронтации между внутренними структурами Я и Ты.

Сначала ребенок наблюдает *семью животных* - часто с некоторого придающего уверенность отдаления. Очень часто в образах таким образом проявляется стремление ребенка к защищенности, ощущению безопасности, укрытости.

Происходящее в *семье животных* отражает в символической форме события в собственной семье ребенка и связанные с ними желания. Иногда ребенок может быть настолько эмоционально захвачен происходящим, что сам становится в образах членом *семьи животных*, как показывает приводимый пример.

Техника проведения психотерапии.

Прежде всего, необходимо установить эмоционально-личностный контакт между ребенком и психотерапевтом. При этом особо важное значение придается беседе с ребенком о его радостях и заботах. В то же время внимание ребенка не должно отвлекаться на посторонние предметы, в частности, на игрушки. Поэтому сеанс символдрамы желательно проводить в другой комнате, а не в той, где проводится игровая психотерапия.

Желательно, чтобы помещение было слегка затемнено, шторы при этом должны быть наполовину прикрыты (полностью закрывать не следует, иначе это может вызвать у ребенка тревогу). Делать это нужно заранее, до прихода ребенка, так как в его присутствии это может вызвать у него беспокойство. Обстановка должна казаться ребенку вполне нормальной.

Существенное отличие психотерапии детей и подростков от работы со взрослыми пациентами заключается также в принципиально иной *эмоциональной* установке психотерапевта. Она характеризуется тем, что требует от психотерапевта

- 1) большей активности, жизненности и бодрости чувств;
- 2) полного доброжелательности и радости отношения к ребенку, которое он очень хорошо чувствует;
- 3) готовности и способности воспринимать позитивные чувства, которые может вызывать в психотерапевте ребенок;
- 4) психотерапевт ведет себя так, как будто он уже хорошо знает ребенка, но долго не видел его и поэтому теперь очень рад его приходу .

Работая с детьми *младшего школьного возраста (от 6 до 9 лет)*, предпочтительно проводить сеанс, *сидя в удобном кресле с достаточно высокой спинкой*, чтобы ребенок мог удобно облокотить голову. Эта поза

лучше соответствует особенностям моторно-двигательной активности данного возраста, когда дети даже с закрытыми глазами совершают произвольные движения руками или ногами. Кроме того, в таком положении они не столь сильно подвергаются страху предстать “на растерзание” психотерапевту, как в более незащищенном положении лежа.

В отличие от работы со взрослым пациентом, в работе с ребенком психотерапевту предпочтительно сесть не напротив, а *параллельно, рядом* с пациентом. Сидеть при этом следует лицом не к окну, а в сторону темной части комнаты.

Следующим важным условием проведения с ребенком сеанса символдрамы является его *понятное* и *приемлемое* для ребенка *обоснование*. Например, ребенка можно спросить, знает ли он интересную “игру полета фантазии с закрытыми глазами”. Обычно ребенок отвечает: “Нет”. Таким образом у него удастся пробудить любопытство и создать мотивацию для проведения сеанса символдрамы.

В работе с более старшими детьми и подростками психотерапевт может спросить, не хочет ли ребенок пройти интересный тест, в котором нужно представлять в воображении определенные образы. Как правило, в этом возрасте дети с удовольствием выполняют различные тесты.

Каждый сеанс *символдрамы* начинается с короткой *предварительной беседы*, длящейся **от 5 до 15 минут**. В ходе этой беседы необходимо прежде всего обсудить актуальное состояние ребенка, его самочувствие и реальную ситуацию. Можно спросить о том, что происходит в школе (оценки, задания) или дома (например, если кто-нибудь заболел, приехали гости и т. п.)

Пример проведения символдрамы.

Серёжа, 11 лет, единственный ребенок в семье, сильно привязан к матери. Родители обратились с жалобами на его неуравновешенность и повышенную подверженность страхам. Он постоянно “цеплялся за мамину юбку” и из-за своей сверхчувствительности не мог установить нормальные отношения со сверстниками.

В образе *дерева* у него явно отразилось стремление к матери, желание найти у нее защиту. Ветви спускаются вниз до самой земли так, что под ними можно спрятаться. О дереве *Серёжа* говорит в восторженно-благоговейных словах, что позволяет предположить, что, помимо стремления найти у дерева *защиту и покровительство*, оно символизирует для него также и *эдипальные* желания по отношению к матери.

Серёжа представляет себя стоящим внизу под ветвями дерева и говорит, что только отсюда можно увидеть, какая жизнь происходит в кроне дерева: птицы свили себе гнезда, бабочки порхают между веток, пчелы собирают пыльцу и т. д. К дереву приходят козы и коровы, которые обглодали внизу не только листья, но и кору, отчего на стволе дерева образовались раны. “Дереву от этого больно.” Приходит крестьянин и прогоняет животных. Овцы и коровы, очевидно, символизируют *оральную зависимость* и инфантильные желания *симбиоза* с матерью. Ребенок на уровне *образного сознания* понимает, что затянувшаяся оральная зависимость доставляет страдания

матери. Крестьянин, символ интроецированной фигуры *отца*, помогает преодолеть *оральные* и *эдипальные* побуждения.

На вопрос: “Что можно было бы сделать, чтобы спасти дерево от коз и коров?” - *Серёжа* говорит, что лучше всего было бы переставить дерево куда-нибудь, где никого нет, где было бы красиво и где ему никто ничего плохого не сделает (идентификация с образом матери, нарциссические установки). Но так как дерево пересадить нельзя, он строит, опять же при помощи крестьянина, вокруг дерева забор. Настроение в образе после этого изменилось, “...птицы успокоились, дерево тоже”.

Таким образом на символическом уровне ребенок нашел разрешение актуальной для него проблемы.

4.5 Позитивная психотерапия

Позитивная психотерапия является кросс-культурным методом, интегрирующим в себе, с одной стороны, философскую и интуитивную мудрость Востока, а с другой стороны, рациональную системность и научность Запада. Позитивная психотерапия (ППТ) акцентирует внимание на исцеляющих возможностях позитивного потенциала жизненного опыта человека. ППТ отличается методической разработанностью отдельных направлений психокоррекционной работы (индивидуальная, семейная, групповая психокоррекция, работа с психосоматическими нарушениями).

Метод позитивной психотерапии основывается на 3-х принципах, каждому из которых соответствует определённая методическая составляющая:

- *Принципу надежды* соответствует позитивный подход в видении способностей и возможностей человека.

- *Принципу баланса* соответствует содержательный дифференциальный анализ психодинамики личности, результатом которого есть гармонизация первичных и вторичных актуальных способностей человека.

- *Принципу самопомощи* соответствует 5-шаговая мета модель, используемая как стратегия гармонизации, адаптации и развития личности - вначале, в самом процессе психотерапии, и потом, в дальнейшем процессе самопомощи человека себе и своему окружению: своему партнёру, своей семье, своей организации, своей общине и т. д.

Основатель ППТ Пезешкиан Носсрат (р. 1933) – немецкий психолог иранского происхождения. Специалист в области психиатрии, невропатологии, психотерапии. Н. Пезешкиан обращает внимание на происхождение термина *positive psychotherapie* от лат. *positum* – «имеющее место, реально существующее», а не от *positivum* – «положительное», подчеркивая тем самым необходимость проработки и позитивных, и негативных аспектов проблемы и жизни пациента, диалектического расширения его мировоззрения. Это терминологическое уточнение позволяет использовать в качестве синонимов данного вида позитивной психотерапии

название «психотерапия реальностью» или «психотерапия здравым смыслом».

Психотерапевтическое направление, созданное Н. Пезешкианом, можно назвать «психотерапией, центрированной на конфликте». Она основывается: на позитивном подходе к пациенту и заболеванию; на содержательной оценке конфликта; на пятиступенчатой терапии, в основе которой лежит самопомощь.

Позитивный подход к пациенту и заболеванию.

Позитивная психотерапия исходит из того, что любой человек независимо от расы, социального положения и вероисповедания обладает от природы двумя основными способностями: к познанию и к любви. Первая выражает рациональную, интеллектуальную суть человека (левое полушарие головного мозга), а вторая – его эмоциональную и душевную суть (правое полушарие). В Европе и Америке Больше выражена способность к познанию, в восточных странах – способность к любви. Позитивная психотерапия исходит не только из способностей человека, но также из культуральных особенностей среды, в которой он воспитывается и живет.

Позитивная интерпретация симптомов или всего заболевания нередко противопоставляется общепринятой, «традиционной». С точки зрения позитивной психотерапии в каждом симптоме можно найти не только плохое (негативное), но и хорошее (позитивное) начало. Боль, например, можно интерпретировать как сигнал о бедствии, повышенную температуру тела – как хорошую сопротивляемость организма, и т.д.

Основной *целью* позитивной психотерапии является изменение точки зрения пациента на свою болезнь и как следствие – новые возможности поиска резервов в борьбе с недугом. А поскольку в основе многих психических и психосоматических заболеваний лежит конфликт, то смена точек зрения на симптомы или синдромы позволяет терапевту (и пациенту) более дифференцированно подходить к конфликту. Так, психотерапевт, определив депрессию, прежде всего как «способность человека глубоко, эмоционально реагировать на конфликт», далее будет заниматься не столько депрессией, сколько конфликтом, который стоит за этим синдромом. В позитивной психотерапии широко используются притчи, поучительные истории, «психотерапевтические сказки».

В соответствии с концепциями позитивной психотерапии, реакция на конфликтную ситуацию у любого человека проявляется через **четыре основные «сферы разрешения конфликта»**: через тело, деятельность, контакты и посредством фантазии.

Анализ конфликта. Один человек реагирует на конфликт преимущественно эмоциями, что влечет за собой вегетативные дисфункции, психосоматические заболевания (тело); другой с головой погружается в работу или впадает в безделье, что ведет к нарушениям корково-подкорковых взаимоотношений, которые в свою очередь проявляются в нарушениях на уровне висцерально-вегетативных функций.

Деятельность. Возможны две взаимоисключающие реакции на конфликт – уход в работу и уход от работы. В основе реакций лежит завышенная или наоборот заниженная самооценка, хорошо контролируемая сознанием. Эти формы отреагирования присущи населению индустриально развитых стран.

Контакты. Так же как и в предыдущей сфере, возможны две противоположные формы реакций. Одни пациенты в поисках выхода из конфликтной ситуации ищут контактов с окружающими, проявляют гиперактивность, требуя к себе повышенного внимания. Другие, наоборот, избегают контактов, замыкаются в себе.

Фантазии. Реакции на конфликт проявляются в основном в активизации фантазии. Пациент представляет себе оптимальные выходы из создавшейся ситуации, мысленно «поощряет» или «наказывает» себя и порой интуитивно находит правильный выход. Нередко желание уйти от конфликта в мир фантазий толкает человека к употреблению алкоголя или наркотиков. На короткое время искусственно созданные иллюзии позволяют уйти от реальных трудностей, но вскоре эти трудности обнаруживаются вновь.

Человек со здоровой психикой – это не тот, кто не имеет проблем, а тот, который знает, как их преодолеть. Поэтому одна из задач психотерапевта, практикующего позитивную психотерапию, состоит в том, чтобы проникнуть в суть конфликта и попытаться равномерно перераспределить энергию, направленную на его разрешение, по основным четырем сферам.

Этапы работы с пациентом

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

На этапе работы с учетом принципа надежды используются:

1) позитивная интерпретация проблемы пациента (например, нервная анорексия – проявление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.);

2) транскультурный подход – расширение представлений пациента о проблеме посредством знакомства с иным (часто – прямо противоположным) реагированием и отношением к сути его проблемы в других культурах (например, различия в отношении к еде и голоданию в восточных и западных культурах);

3) притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом (авторы выделяют 9 психотерапевтических функций притчи: посредничество между врачом и пациентом, модель разрешения проблемы, привлечение культуры пациента и т. д.).

На этапе работы с учетом принципа гармонизации используется распределение энергии по 4 основным сферам жизнедеятельности – телесной, ментальной, социально-коммуникативной и духовной. К телесной относятся еда, сон, секс, телесные контакты, забота о внешности, физические упражнения, переживания боли и телесного комфорта–дискомфорта; к

ментальной –удовлетворение познавательной потребности и любознательности, профессиональные достижения; к социально-коммуникативной – общение человека; к духовной – мировоззренческие и религиозные переживания, фантазии о будущем, надличностные («гражданские») переживания и поступки. В идеальной, гармоничной модели на каждую сферу выделяется 25% жизненной энергии. Реальное же распределение энергии выявляется с помощью неформализованного теста; дисбаланс отмечается при совместном его обсуждении и распределении 10 значимых событий за последние 4 года жизни по 4 сферам жизнедеятельности. Дисбаланс в телесной сфере создает риск соматических и психосоматических заболеваний, в ментальной – агрессивных дисстрессовых реакций и перфекционизма, в коммуникативной – чувства одиночества и депрессии, а в духовной – чувства тревоги и психотических нарушений. При выявлении дисбаланса (менее 10% или более 50%) в какой-либо сфере с пациентом сначала рассматривают возможности гармонизации, перераспределения остальных 3 сфер и только на последнем этапе целенаправленно обсуждают мероприятия для сбалансирования наиболее проблемной сферы, если необходимость в этом остается. Достигается это посредством директивных, конкретных и простых предписаний по изменению стиля жизни пациента, а также с помощью методики планирования будущего с учетом всех 4 сфер жизнедеятельности.

На этапе гармонизации выявляются и прорабатываются актуальный и базальный конфликты пациента. Актуальный конфликт складывается под воздействием внешних событий (например, смена места работы, смерть близких и т. д.), микротравм в значимых межличностных отношениях при недостаточной способности к преодолению этих проблем. Авторы выделяют первичные (любовь, надежда, доверие) и вторичные способности (вежливость, честность, послушание, бережливость, пунктуальность и т. п.). Типичным базальным конфликтом является конфликт между «честностью и вежливостью». Ярко выраженная вежливость способствует социально обусловленному поведению агрессии, парасимпатикотонии и тревоге; доминирование же честности приводит к симпатикотонии и агрессии. Эти «пусковые механизмы» вызывают функциональные расстройства, а при наличии «зон наименьшего сопротивления» (см. выше о дисбалансе 4 сфер жизни) –и соматические или психические нарушения. На концептуальном уровне речь идет о гармонизации «правополушарных» проявлений и объектов (любовь – интуиция – тело – поиск смысла) и «левополушарных» аспектов (знание – время – поиск значения).

Реализация принципа консультирования означает передачу пациенту функций психотерапевта (аутопсихотерапия). Такой подход соответствует принципам психологического консультирования. В практике уже с первого занятия используются структурированное интервью и опросники (дифференциальный аналитический и висбаденский), при заполнении которых пациент сам может прийти к осмыслению различных аспектов своих проблем. Широко практикуются «домашние задания», о выполнении которых

пациент отчитывается на последующем занятии. Семейная терапия зачастую применяется в «заочной» форме: пациент получает инструкции для самостоятельных проведенных занятий дома.

Техника позитивной психотерапии обычно предусматривает *пять уровней работы*:

1) **Дистанцирование от конфликта** (наблюдение) – отказ от критики, от стереотипных оценок;

2) **Проработка конфликта** – инвентаризация (описание) – оценка способностей партнера, как негативных, так и позитивных, характерных для самого пациента или желательных для него;

3) ситуативное ободрение – подкрепление хорошего и правильного, с точки зрения пациента, поведения партнера;

4) вербализация – выбор соответствующей ситуации и стратегии обсуждения проблемы с партнером;

5) расширение жизненных целей – выбор новых целей и сфер взаимодействия с партнером с учетом его позитивных качеств и без переноса негативного опыта.

Первый уровень. Дистанцирование от конфликта

На этом этапе психотерапевт должен помочь клиенту дистанцироваться от проблемы, которая причиняет ему дискомфорт и мешает видеть весь окружающий мир реально. Это напоминает *гештальт-терапию*, когда некая проблема, неоправданно заняв место центральной фигуры, закрыла собой фон, который на самом деле куда более достоин быть фигурой.

Как писал Сергей Есенин:

«Лицом к лицу лица не увидать.

Большое видится на расстоянии».

Только взглянув на проблему со стороны, непредвзятым взглядом, клиент сможет увидеть ее реальные размеры и значение. И лишь тогда может продуктивно начаться следующая стадия терапии – проработка конфликта.

Второй уровень. Проработка конфликта

На этом этапе психотерапевт совместно с клиентом пытается определить степень выраженности данного конфликта в каждой из четырех вышеупомянутых сфер. Они, творчески сотрудничая, доверительно выясняют, какое влияние оказал данный конфликт на самого клиента (его состояние, профессиональные дела и т.п.), его семью (или отдельных ее членов), бытовые и деловые отношения с другими людьми, социальный статус и пр.

Одновременно предпринимается совместный максимально откровенный анализ того, как и насколько на этот конфликт могли повлиять взаимоотношения родителей клиента, другие люди, с которыми он общается, события, его собственные индивидуально-психологические особенности.

После тщательнейшей проработки этого уровня позитивной психотерапии можно переходить к ее следующему этапу.

Третий уровень. Ситуативное одобрение

На этом уровне акцент делается на положительных качествах и моделях поведения клиента. При этом ошибки и отрицательные качества не игнорируются, но отступают на задний план, обнажая то лучшее в клиенте, на что можно опереться в преодолении отрицательных моментов и неверных поведенческих моделей.

Ситуативное одобрение можно понимать и шире – как стремление избегать различного рода негативных оценок и мнений даже о посторонних людях, так как любые негативные высказывания и даже мысли и чувства усугубляют патогенную конфликтную ситуацию.

Четвертый уровень. Вербализация

Только пройдя первые три уровня, клиент с помощью психотерапевта переходит к четвертому этапу позитивной психотерапии – вербализации.

На этом уровне терапевт начинает приучать клиента как можно более точно словесно описывать состояние своего конфликта, все более открыто и свободно обсуждать его. *Для этого очень важно создать атмосферу благожелательности, доверия и полной конфиденциальности.* Клиент должен быть убежден не только в том, что любые его откровения не станут кому-либо известны, но и в том, что психотерапевт даже молчаливо не осудит ни одного из полученных признаний и высказываний.

При этом психотерапевт не занимает соглашательскую позицию, а в тактичной форме высказывает свои мнения и советы, но не навязывает их клиенту, а лишь помогает лучше оценить ситуацию.

На этом уровне применяется широко распространенный во многих психотерапевтических направлениях принцип «здесь и теперь», т.е. психотерапевт ненавязчиво, но постоянно возвращает клиента к обсуждению данной ситуации и теперешнему ощущению ее, отвлекая его мысли от прошлого и от размышлений о будущих последствиях ее развития.

Пятый уровень. Расширение жизненных целей

После того как клиент насколько возможно отстранился от конфликта (увидел его со стороны), проработал его (разложил по полочкам на составляющие), постарался увидеть все, что возможно, в позитивном смысле, научился спокойно обсуждать свой конфликт, он переходит к завершающему уровню позитивной психотерапии – расширению жизненных целей.

Клиент с помощью психотерапевта видит, как много энергии (в основном отрицательной) он безуспешно тратил на преодоление конфликта. После осознания этого факта могут быть намечены два пути действия. Первый – расширить сферы воздействия на конфликтную ситуацию, т.е. решать ее не через одну из вышеупомянутых сфер (тело, деятельность, контакты и фантазии), а оптимально задействовать каждую из них – пойти на решение конфликта более широким фронтом и не стихийно, а по намеченной (вместе с психотерапевтом) стратегии.

Может быть и второй выход (по аналогии с фрейдовской сублимацией энергии либидо), когда клиент отказывается от разрешения фрустрирующей его ситуации (прямого решения конфликта) и направляет высвободившуюся энергию на достижение более важных жизненных целей. Естественно, что

такому решению может хорошо помочь добавление элементов психоанализа, поведенческой и других видов психотерапии при их квалифицированном осуществлении.

Для вербализации проблемы рекомендуется ряд конструктивных правил:

- 1) предлагайте партнеру обсуждение в удобное для него время и в отсутствие посторонних;
- 2) начинайте беседу с упоминания о достоинствах партнера и положительных аспектов его поведения;
- 3) перейдя к проблеме, не повышайте голос, говорите от первого лица;
- 4) избегайте смещения обсуждения самой проблемы на личностные особенности партнера;
- 5) помните, что выявляющиеся различия во мнениях и взглядах – это показатель доверия и искренности;
- 6) старайтесь ограничить длительность обсуждения 1 часом;
- 7) напоминайте себе и партнеру, что конструктивное разрешение проблемы – выигрыш для вас обоих;
- 8) при интенсивных, но неудачных попытках прийти к откровенному диалогу с партнером обратитесь за помощью к психологу или психотерапевту как к посреднику.

Существенная роль в психотерапии принадлежит религиозно-мировоззренческому аспекту. Авторы отмечают, что ни в какой другой области не вытесняются так отчетливо религия и смысл, как в психологии, медицине и психотерапии. Между тем веру, религию и мировоззрение можно считать общей системой отношений (базовой концепцией), формирующей установки и способы поведения. Так, религиозно-мировоззренческие установки могут служить базовой информацией об отношении к сексуальности (сексуальные запреты и нормы, обычаи сексуального поведения), о воспитании (роль родителей, авторитарное воспитание, антиавторитарные тенденции, предпочтение сына или дочери), о профессии (ограничение профессиональных возможностей, мотивация, стоящая в основе профессиональной деятельности, например служение человечеству, стремление к самореализации, работа как цель жизни, работа как общественное поручение, работа как нагрузка или уклонение от реальных задач), о партнерстве (равноправие между мужчиной и женщиной, мировоззренческая оценка партнерства как средства воспитания детей, как ячейки общества, как союза для получения удовольствий, как совместного прогресса), о социальных контактах (предписываемые социальные отношения, например между индийскими кастами или социальными группировками, слоями и классами; предписываемые религией ситуации общения, например совместные молитвы, общие праздники, хоровое пение, медитация или работа, требования социального аскетизма).

Авторы не противопоставляют свою психотерапевтическую систему другим концепциям, используют при необходимости психодинамические и поведенческие приемы, подчеркивая значимость собственной концепции в формировании контакта с пациентом и доступных его пониманию

психотерапевтических целей (баланса). В отличие от других позитивно-ориентированных современных методов, позитивная психотерапия Пезешкиана не фиксируется только на позитивных аспектах, а последовательно прорабатывает и позитивные, и негативные.

4.6 Краткосрочная терапия, фокусированная на решении

Уже устоявшееся название – краткосрочная позитивная психотерапия – отечественное обозначение подхода, называемого в США терапией, фокусированной на решении (*solution focused therapy*) (Shazer, 1985; Kim Berg, 1991, 1992). В Финляндии пользуются названием «разговор о решении» (*solution talk*) (Furman, Ahola, 1992). Предлагаемая модель, будучи социо- и саногенетически ориентированной, чрезвычайно адекватна в широком диапазоне случаев: психотерапия и решение реабилитационных задач при психосоматических заболеваниях, семейное и профессиональное консультирование, школа и дошкольные учреждения и т. д.

В концепции терапии, фокусированной на решении, подчеркивается, что чувство вины является деструктивным для психотерапии, а самообвинение и обвинение своих близких являются препятствием к сотрудничеству пациента и его близких с врачом, причиной низкой эффективности и длительности классической психотерапии. Поэтому психотерапевты, фокусированные на решении, принципиально не фиксируются на поиске причин дискомфорта своих пациентов, а занимаются поиском и реализацией ресурсов для его преодоления.

1. Качество жизни – производное мировоззрения человека, его отношения к событиям. Психотерапевт в большинстве случаев не может изменить реальную жизнь пациента, но может изменить его мировоззрение. Человек не волен освободиться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и проблемы на более диалектичное.

2. Конфронтация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев не эффективна. Каждая проблема, каждый симптом имеет и позитивный (адаптивный) аспект. Принятие этих аспектов, поиск компромисса – путь к решению.

3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных пациентов и их семей. Следование концепции может навязывать нереалистичные и неэффективные решения в силу «логической красоты» и догматической веры. Опыт и интуиция пациента, его семьи и врача закрепляют и подсказывают эффективные решения. Нет «сопротивляющихся» пациентов, есть концептуально или технически ригидные психотерапевты.

4. Анализ причин проблемы не должен сопровождаться самообвинительными переживаниями пациента и его обвинениями своих близких. Более конструктивно выявлять и активизировать ресурсы для решения проблемы, имеющиеся у каждого пациента и его окружения.

Вышеприведенные постулаты диктуют стратегические принципы:

1. Акцент на ресурсах и позитивной динамике проблемы.
2. Использование опыта, мировоззрения, интересов и эмоций пациента, характера симптома или проблемы.
3. Позитивистский подход: нетеоретическое, ненормативное видение проблемы, опора на субъективную «концепцию здоровья/болезни» пациента.
4. Экономичность и краткосрочность («то, что можно сделать малыми средствами, не делайте большими»).
5. Преимущественная ориентация на будущее пациента («прошлое уже не изменить, но оно несет в себе ресурсы для преодоления проблемы, настоящее уже существует, можно изменить лишь будущее»).
6. Сотрудничество и гласность, подразумевающие передачу ответственности за принятие решений пациенту. Акцентируется сотрудничество психотерапевта с пациентом, а не ожидание сотрудничества пациента с врачом, характерное для классической медицины.
7. Техническая пластичность и подстройка к конкретному пациенту.

Цель краткосрочной психотерапии не в том, чтобы «проанализировать» проблему, а в том, чтобы найти продуктивные способы ее осмысления и практические идеи обращения с ней. Традиционные психиатрические объяснения, включающие предположения о роли психологических факторов, личностных расстройств, нарушениях или любых формах патологии в семье не приветствуются. Либо они заменяются более приемлемыми объяснениями, либо вопрос о причине проблемы полностью игнорируется.

Данный раздел написан по материалам книги «Краткосрочная позитивная психотерапия» (Ахола, Фурман, 2000).

Последовательность техник и продвижение от техники к технике не являются жестко фиксированными. Они отражают логичный взгляд на последовательность работы с неким обобщенным образом пациента. Приводимые техники не только способствуют продвижению в сторону решения; их подбор работает на создание необходимой атмосферы психотерапевтической сессии, столь важной для успеха. Излюбленный способ введения ряда техник – это рассказ (иногда подробный) пациенту о случае из прошлой практики, о другом пациенте, успешно решившем проблему. Используются также притчи и истории из жизни, завершающиеся открытой позицией: «Нет ли чего-то подобного в Вашем случае?»

Эти рассказы, притчи, истории не должны звучать как утверждение «Ваш случай аналогичен». Действительно, прямые аналогии редко удачны и функция такой формы введения техник заключается в дополнительном стимулировании пациентов думать о своей ситуации непривычным для них образом.

Надо подчеркнуть, что не существует также и жесткого соответствия техники и блока, сами техники могут комбинироваться. Приветствуются импровизации, опирающиеся на интуицию психотерапевта.

Метод 1. «Работа с проблемой»

Терминология, вызывающая мысли о патологии, может иметь ряд нежелательных последствий. Даже общие слова «нарушение», «расстройство», «дисфункция» и «патология» вызывают образы ненормальности и дефицита.

Техника **хороших наименований** заключается в поиске такой формулировки, которая создает атмосферу надежды, позволяет смотреть на проблему, как нечто поддающееся изменению. Функция нового имени – помочь людям избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием, и сосредоточиться больше на своем потенциале, чем на проблемах. Новое имя должно явиться трамплином для новых творческих решений проблемы и позволить стать активными в ее решении.

Техника 1. «Придумывание имен и ярлыков»

Главная функция нового наименования – помочь людям, причастным к проблеме, избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием. Одно удачно выбранное новое имя может одновременно послужить целям облегчения разговора о проблеме и сыграть роль трамплина для новых творческих решений.

Образцы вопросов:

- Есть ли у вас какое-то прозвище (или уменьшительное имя) для этой проблемы?
- Может быть, начнем с того, что дадим этой проблеме симпатичное «психотероптимистическое» название. Что бы это могло быть?
- Как бы старое поколение, до того как появились психиатрия и психология, назвало проблему такого рода?
- Да, можно было бы воспользоваться термином «слабое эго» для описания этой проблемы, но, если мы скажем «сильное эго находится в состоянии сна», не будет ли это означать то же самое, но при этом звучать симпатичнее?

Следует подчеркнуть, что новое название проблемы не должно подрывать ее серьезности. Например, не следует называть злоупотребление лекарственными препаратами или наркотиками «исследованием» или жестокое обращение с домашними – «проявлением темперамента». Новое название не должно стать оправданием непринятия никаких мер по поводу проблемы, оно должно быть взаимно приемлемым термином, который дает возможность людям стать активными в решении этой проблемы.

Такие возможности дает, например, замена биологического психиатрического ярлыка нормальными оборотами речи из повседневного языка.

Так, слово «депрессия» используется, чтобы обозначить ситуацию, где люди видят свою жизнь в пессимистическом свете и страдают от недостатка энергии для разных дел. Оно лишает уверенности в себе, приводит в уныние. Для описания этой ситуации доступны выражения «проводить инвентаризацию своей жизни», «собирать силы», «находиться в поиске смысла жизни», «чувство хандры» «скрытая радость» и т. д.

Психотические симптомы могут называться фантазированием, грезами, необычными мыслями, общением с призраками, напуганностью смертью; или что жизненный стиль этого пациента – «быть в углу» (в зависимости от характера текущей проблемы).

Человек, который пьет слишком много, не должен называться алкоголиком. Стремясь к сотрудничеству с таким человеком, плодотворнее использовать более мягкие выражения, такие, как «чрезмерная выпивка». Иногда подходят юмористические альтернативы: так, можно предложить, что этого человека «грызет пьяный червь».

Еще один пример – когда пациенты и профессионалы разговаривают, используя такой ярлык, как «базальная тревога». Он отсылает к психоаналитическому представлению, что проблемы имеют свое происхождение в ранних взаимоотношениях между ребенком и лицом, осуществляющим уход, обычно матерью. В подтексте подразумевается вина матери и предполагается глубинность проблем. Может оказаться полезным заменить этот тяжелый термин менее обременительным. Однако отказ или оспаривание экспертных диагностических терминов нелегки. В таких случаях юмор удачнее, чем старание быть рассудительным. Вместо слов: «Я не думаю, что полезно говорить, что у этого ребенка – базальная тревога» может быть более удачным сказать: «Это благо, потому что люди с таким диагнозом особенно хороши в решении своих проблем» или: «Это у нас обоих». (Напомним, что юмор – явление контекстуальное).

Не всегда пациент способен сразу изменить «выстраданное» название, которое он носил с собой долгое время. Тогда возможно ограничиться тем, чтобы проблема получила какое-то имя или симпатичное прозвище.

В начальном описании пациента важно обращать внимание на то, что уже делалось пациентом или другими профессионалами для решения проблемы. Это поможет не повторять ошибки и не делать снова то, что не сработало.

Иногда могут быть случаи, когда начальное описание проблемы отсутствует: «Нет у меня никаких проблем. И вообще, хочу, чтоб все от меня отстали!» Это категория людей, которые вступили в контакт с психотерапевтом по инициативе или настоянию членов семьи, других социальных институтов. Их стремление отметить, нанести визит с тем, чтобы, например, сказать потом жене: «Я был у доктора, как ты хотела. Твой доктор ничего в это не понимает». Правильная в целом, но слишком общая идея установления контакта с такими пациентами конкретизируется в технике **работы с «визитером»**. Суть ее – в работе через третье лицо, когда психотерапевт занимает мета-позицию и исследует ситуацию без отождествления как с позицией пациента, так и с позицией других лиц.

Техника 2. «Работа с визитером»

Образцы вопросов:

- Чья идея была, чтобы вы пришли сюда?
- Что заставляет N думать, что вам надо сюда прийти?
- Что должно произойти, чтобы N оставил вас в покое?

- Что, по мнению N, вам необходимо делать по-другому?
- Как вы полагаете, что N скажет о том, чем ваш приход сюда будет полезен вам?

Еще один тип отношений с пациентом – когда тот видит себя в роли невинного постороннего или жертвы. Этот пациент-«жалобщик» охотно рассказывает о том, какую боль ему причиняют, но не делает никакой попытки разрешить проблему. Ответственность за решение возлагается на людей, которые, по мнению пациента, породили проблему. Такие пациенты, в отличие от «визитеров», охотно предоставляют информацию и видят в психотерапевте своего союзника. В такие моменты слишком рано начинать говорить о его стороне проблемы. Пока пациент не достигнет точки, где он видит себя участником поисков решения, следует относиться с сочувствием к его трудному положению и благодарить за предоставление информации. Лучше всего – принять его сторону, проявить сочувствие, подчеркивать любые его положительные действия, но упорно концентрироваться на чем-то, что он должен делать по-другому, чтобы найти решение.

Зачастую пациент предъявляет сразу несколько проблем, подразумевая, что одна влечет за собой другую, а наличие третьей делает неразрешимыми первые две. Пациенты, как и все люди, являются «природными психологами» и склонны совершать типичные атрибутивные ошибки, например, «после этого – значит, по причине этого».

В действительности установление точного типа взаимосвязи – отнюдь не простая задача и для профессионала. Наличие нескольких проблем ставит перед психотерапевтом вопрос: как ему следует думать о связи между несколькими одновременными проблемами? Являются ли они связанными друг с другом, и если это так, то какая из них причина, а какая – следствие? Возможно ли, что все проблемы должны рассматриваться как симптомы другой, лежащей в основании проблемы, которой еще предстоит быть обнаруженной? Возможно ли, что каждая из одновременных проблем независима и не связана с другими?

Объективный наблюдатель может составить список проблем, нарушений, совершенных человеком и совершенных по отношению к нему: например, пациентка выросла в детском доме, у нее не было контактов с матерью, оказалась «на крючке» у темных личностей, использовавших ее; у всех ее четверых детей разные отцы, и она не заботится о них и жестоко обращается с ними сейчас. Подобный перечень подразумевает, что эта пациентка обречена быть неудачницей в жизни. Для профессионалов имеется искушение связать ее проблемы вместе так, что они видятся как вызывающие, поддерживающие или осложняющие друг друга. Ясно, что такое мнение не помогает ей, в частности, потому, что все мы передаем то, что думаем и чувствуем, едва заметными невербальными способами. Когда психотерапевт чувствует подавленность нагромождением проблем, у него появляется тенденция искать оправдания своей неудаче, и пациенты получают характеристики «неперспективен для работы», «отсутствует мотивация», «оказывает сопротивление» и т. д. Альтернатива такому списку

проблем – план того, что необходимо делать, нацеленный на постепенные малые изменения, отсекающие проблему за проблемой. Вместо списка того, что «неправильно у пациента», – карта, позволяющая определить, куда хочет попасть пациент (и психотерапевт).

Если во время консультации у профессионала всплывают несколько проблем, то соединение их друг с другом или видение их как вызывающих одна другую может служить препятствием способности людей сохранять свой оптимизм и творческий подход. Наличие «клубка» проблем вносит оттенок безысходности. Предпринимать шаги по расследованию действительного характера их связи – занятие трудоемкое, а результат не всегда соответствует затраченным усилиям. С точки зрения продвижения к решению в технике изоляции проблем плодотворнее принять как рабочую гипотезу, что названные проблемы случайно сосуществуют у одного человека, будучи независимыми друг от друга.

В конечном счете часто невозможно знать наверняка, вызывается данная проблема другой определенной проблемой или нет. Однако с прагматической точки зрения наилучшим может быть предположение, что нет необходимости в установлении какой-либо причинно-следственной связи между двумя сопутствующими проблемами. Посредством этого становится возможным концентрировать внимание скорее на фактической жалобе, чем на предполагаемой, гипотетически лежащей в основании проблеме. Сотрудничество в разрешении предъявленной проблемы может быть позитивным опытом, который вдобавок благоприятно отражается на других проблемах.

Когда существует множество затруднений, взгляд на каждую из них, как на независимый элемент со своей собственной жизнью, позволяет людям принимать во внимание возможность, что прогресс в обращении с одной проблемой может помогать в решении другой.

Техника 3. «Установление связи с другими проблемами»

При подходе к проблемам с ориентированной на решение позиции лучше воздерживаться от предположения причинных соотношений между существующими проблемами.

Образцы вопросов:

- У вас, по всей видимости, одновременно несколько проблем. Согласны ли вы, если мы сперва сфокусируемся на этой и рассмотрим другие позже, если в этом будет необходимость?
- Вы упомянули несколько проблем. Какую из них вы хотели бы разрешить в первую очередь?
- Возможно, разрешение какой-то одной из ваших проблем окажет положительный эффект на остальные. Какая, по-вашему, наиболее перспективна в этом отношении?
- Известен ли вам древний вопрос о курице и яйце? Считаете ли вы, что он применим к вашим проблемам?

Вы назвали несколько проблем. Какая из них больше всех научила вас чему-то? Можете ли вы применить то, чему научились благодаря этой проблеме, для решения некоторых остальных?

Иногда психотерапевт и пациент не согласны по поводу того, как сосуществующие проблемы причинно связаны друг с другом. В таких случаях психотерапевт должен либо принять точку зрения пациента, либо, если это невозможно, открыто обсудить разногласия с позиции возможных последствий такого расхождения.

Когда возможные причинные связи между двумя проблемами оспариваются или игнорируются, идеи по решению проблемы начинают легче рождаться и текут более свободно.

Другой подход к ситуациям, где имеются две предположительно связанные проблемы, – в том, чтобы поменять местами причины и следствия. Такой переворот «вверх дном» причинных отношений – способ обнаружить абсолютно новые пути в обращении с проблемами. Например, часто предполагается, что низкое самоуважение вызывает разнообразные проблемы. Противоположное мнение, что проблемы вызывают низкое самоуважение, – одинаково правдоподобно, но требует другого подхода.

Еще один способ связать две проблемы друг с другом – видеть их как помогающие в решении одна другой. При работе с двумя одновременными проблемами можно предложить план, в котором одна проблема используется в решении другой.

В психосоматической медицине существует общее представление, что соматическое расстройство – симптом, следствие лежащих в основе психологических проблем. Эта распространенная идея дает профессионалам возможность новых подходов в лечении. С другой стороны, когда она принимается пациентом, то это имеет отрицательную сторону. Мысль, что разум ответственен за возникновение проблем в теле, имеет результатом странное положение дел, когда две части человека рассматриваются как враждебные и виновны в конфликте друг с другом. Более плодотворный психосоматический подход – видеть разум и тело как партнеров, заботящихся и помогающих друг другу. Вместо предположения, что разум стремится обманом навязать свои собственные проблемы телу, более полезно думать, что разум поддерживает тело в его задачах совладания с болью и дискомфортом, заживления ран и восстановления тканей.

В заключение, обобщая все случаи, когда имеется более одной проблемы, следует отметить, что оказание предпочтения определенному взгляду на связь между проблемами влияет на достижение желаемого изменения.

Когда мы страдаем от проблемы, мы обычно смотрим на нее как на врага, на несчастье, которое приносит только горе. Однако позже мы можем быть в состоянии понять, что проблема, помимо немалых страданий, одновременно в чем-то помогла нам, но в то время это не было ясно. Проблемы могут быть нам полезны, облегчая разрешение других проблем или научая нас чему-то ценному, чего бы мы иначе не узнали.

Техника 4. «Проблема как друг»

Образцы вопросов:

- Существует поговорка: «У каждой тучи есть светлая сторона».

Применимо ли это в какой-то мере к вашей проблеме?

- Многие думают, что проблемы и страдания не напрасны. А что думаете вы?

• Если эта проблема научила вас чему-то важному о жизни, о себе или о других людях – что это было в вашем случае?

• Знаете, иногда невозможно сразу понять, чему человека научили проблемы, это происходит значительно позже. Представим себе, что через несколько лет мы встретимся и я задаю вам этот вопрос. Как вы думаете, что бы вы ответили?

• Представим себе, что в один прекрасный день, когда у вас будут дети или внуки, вы захотите научить их чему-то важному в жизни, чему научили в свое время вас эти самые проблемы. О чем бы вы им сказали?

С точки зрения краткосрочной психотерапии попытка разрешить проблему всегда зависит от того, как человек ее определяет и объясняет. Изменение мышления о проблеме может коренным образом изменить способ, которым человек попытается решить ее.

Согласно такому взгляду на оказание помощи, тот, кто оказывает помощь, отвечает за придание такого направления разговору, при котором акцентируются не столько проблемы, сколько ресурсы и решения. Цель разговора о решениях – создать у людей приятный опыт, который превращает проблему в вызов, поощряет оптимизм, развивает сотрудничество, стимулирует творческие способности и прежде всего помогает людям сохранить свое достоинство.

При работе с проблемой надо быть осторожным с вопросами, направленными на углубление в проблему, поиск ее причин. Такие вопросы приводят к выявлению двух мнений – пациента и профессионала. И эти мнения иногда в скрытом виде, а иногда – в явном, в виде спора, конфронтируют друг с другом. В таком случае это соперничество, где профессионал выступает с позиций авторитета (науки, профессиональных достижений, успешного человека). Следует избегать актуализации этой позиции «старшего» в отношениях с пациентом и избегать ситуации соперничества. Альтернативой являются вопросы, направляющие разговор к будущим целям.

Метод 2. «Работа с целью»

Разговор о цели автоматически ориентирует нас на будущее. Следует стремиться перевести проблему в цель. Зачастую пациенты формулируют цель обобщенно. В этих случаях надо помочь конкретизировать цель, например, с помощью техники «знаки улучшения».

Техника 1. «Знаки улучшения»

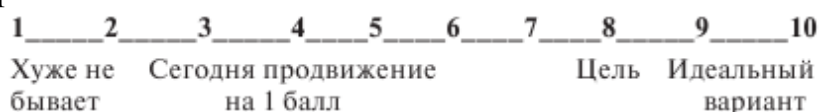
Образцы вопросов:

• Давайте вообразим, что произошло чудо и вдруг в один прекрасный день проблема исчезла. По каким признакам вы заметили бы, что ее больше нет?

• Как могут заметить другие люди, что произошла перемена?

Техника 2. «Шкальные оценки»

В технике шкальных оценок вычерчивают графическую 10-балльную шкалу, где 10 баллами обозначен идеальный результат, а начало шкалы – наихудшее положение дел. Пациента просят отметить на этой шкале его сегодняшнюю ситуацию, а затем описать, какой должна быть его жизнь, чтобы он смог оценивать ситуацию на один балл больше. Следует не ограничиваться метками на бумаге или доске, а проговорить вслух их содержание.



Техники знаков улучшения и шкальных оценок индуцируют идею продвижения «со ступеньки на ступеньку».

В краткосрочной позитивной психотерапии считается, что единственный перспективный вопрос, о котором следует говорить с пациентами, это – как им представляется будущее без их проблемы. Создание положительных фантазий о будущем имеет много преимуществ. Разговор о том, какие у человека надежды на будущее, порождает оптимизм. Это также помогает людям ставить перед собой конкретные цели, что представляется нам предпосылкой к изменению. Положительные представления о будущем также обладают силой изменять взгляд на настоящее и прошлое. Когда людям помогают предвидеть хорошее для себя, они автоматически начинают смотреть на свои трудности в настоящем как на переходную фазу, а не как на вечную изнурительную ситуацию. Мечта о позитивном будущем также проливает новый свет на прошлые и настоящие проблемы. Открывается возможность посмотреть на них в более благоприятном свете, не только как на бессмысленное страдание, но скорее как на трудности, которые в конечном счете содействуют способности человека достигнуть своей цели. Фантазии о будущем также помогают людям думать о возможных способах решения проблем, увидеть изменения, которые уже происходят, и понять, как разные люди могли бы способствовать осуществлению желаемого результата.

В технике «*воспоминание из будущего*» интересуются представлением пациента о сроках, когда проблема уже не будет существовать (цель будет достигнута); затем, предоставив возможность эмоционально «окунуться» в это замечательное время, любопытствуют насчет того, как удалось к этому прийти. Психотерапевт разговаривает, используя глаголы совершенного вида и прошедшего времени так, словно это замечательное изменение – свершившийся факт.

Большинство пациентов с удовольствием строят фантазии о положительном будущем. Однако иногда можно заметить, что пациент

неохотно идет на сотрудничество. В таких случаях рекомендуется подробно объяснить ему, в чем цель фантазирования о будущем. Если он по-прежнему проявляет нежелание, может оказаться полезным проведение кругового опроса, т. е. вовлечение всех присутствующих на встрече в создание позитивных фантазий о будущем. Коллективное фантазирование о будущем обычно заставляет даже самого безучастного пациента включиться в этот процесс. Другой подход, который может быть использован, когда люди, по всей видимости, не интересуются разговором о позитивном будущем, сперва предложить, чтобы они представили себе пессимистическую картину будущего и только после выполнения этого задания перейти к созданию оптимистической картины.

Когда пациенты отчетливо представят, каким бы они хотели видеть будущее, им станет легче распознавать признаки прогресса, которые уже наметились. Поэтому предлагается, чтобы психотерапевт предложил пациентам составить представление о позитивном будущем прежде, чем он начнет разговор с ними об исключительных случаях и прогрессе.

Участие психотерапевта в мечтах пациента, даже если они заведомо нереалистические или фантастические – замечательный путь установления контакта. (Как и вообще участие одного человека в мечтах другого способствует хорошим отношениям.) Участие в таком словесном фантазировании совершенно не подразумевает, что психотерапевт собирается участвовать в их осуществлении. Смысл такого разговора в том, что психотерапевт избегает менторской позиции.

Большинство людей с удовольствием фантазирует о будущем: они охотно соглашаются, когда это предлагается психотерапевтом. Иногда, однако, люди кажутся или неспособными, или не желающими генерировать позитивное будущее. Когда это случается, уместна техника *создания положительных представлений о будущем*, где психотерапевт может создать *собственные* фантазии о будущем пациента и поделиться ими, предоставляя пациенту комментировать это позитивное видение. Когда на сессии присутствует несколько человек – друзья, члены семьи, студенты или другие помощники, – можно пригласить их предлагать их собственные или генерировать коллективные фантазии позитивного будущего, касающегося пациента.

Техника 3. «Создание положительных представлений о будущем»

Образцы вопросов:

- Представим себе, что эта встреча окончена. Предположим, что, уходя, вы поймете, что встреча была для вас полезной. В таком случае, на какие вопросы вы получили ответы?
- Давайте предположим, что мы встретились снова через год и этой проблемы больше нет. Как в таком случае выглядит теперь ваша жизнь?
- Когда проблема, наконец, больше не будет существовать, кого, кроме себя, вы будете благодарить?
- Давайте пофантазируем, что мы – в будущем и проблема довольно давно уже не существует. Мы случайно встречаемся. Мне интересно знать,

как вы поживаете, я вас об этом спрашиваю. Что вы мне ответите? Я продолжаю интересоваться и спрашиваю, благодаря чему стала возможна эта перемена? Что вы ответите?

Когда пациенты упорно держатся за пессимистический взгляд на будущее, может оказаться полезным начать с генерирования негативного видения будущего. Даже в случае, где единственной вещью, которую пациент может представить в будущем, является суицид, психотерапевт неотступно занимается предвидением позитивного будущего, основываясь на суицидной фантазии пациента. После установления хороших взаимоотношений с пациентом психотерапевт может сказать: «Предположим, что после того, как вы умрете, вы обнаружите себя в небесных вратах. Вас уважительно приветствует ангел, который информирует, что ваш случай был пересмотрен и что вам дарован второй шанс. Когда вы вернулись на землю, то обнаружили, что ваши проблемы миновали и теперь ваша жизнь вполне удовлетворительна. Как теперь выглядит ваша жизнь?»

В некоторых случаях стоит создавать две и более картины будущего. Эти видения развиваются до тех пор, пока они не становятся положительными и оставляются открытыми для дальнейшего выбора. Эта идея оставления альтернатив открытыми основывается на том факте, что, когда двое или более людей находятся в конфликте друг с другом, никто из них не склонен ни принять другую точку зрения, ни согласиться на компромисс, лежащий где-нибудь посередине. Часто решение конфликта заключается в «третьей альтернативе», которую обе партии видят как довольно отличную от первоначальных конфликтующих предложений. Основной вопрос – откуда возьмется эта «третья альтернатива»? Генерирование позитивных видений будущего преодолевает «зацикленность» на сегодняшнем моменте и благоприятствует появлению такой «третьей альтернативы».

Будущее – одна из наиболее вознаграждающих тем для психотерапевтической беседы. Это территория, которой никто не может владеть, поэтому она открыта для всех возможных идей и представлений. Люди могут расходиться во взглядах насчет того, что будущее может принести. Но они в глубине души понимают, что никому не известно, что оно принесет, и потому эта ничейная территория – замечательное место для равноправных конструктивных разговоров.

Предвидение для себя позитивного будущего дает способность видеть свое прошлое как ресурс, распознавать свои успехи и ценить их, видеть других людей скорее как союзников, чем противников.

Часто при формулировании цели пациенты руководствуются скорее конвенциональными нормами, чем собственными мотивами. Поэтому следует также выявить и усилить мотивацию на ее достижение (пациент должен предвидеть для себя выгоды, которые последуют в связи с реализацией цели). Здесь уместно использовать технику нахождения выгод от достижения цели.

Техника 4. «Нахождение выгод от достижения цели»

Образцы вопросов:

- Какие положительные события начнут происходить, когда проблемы больше не будет? А еще?

- Какие из этих перемен уже начались? А еще?

- Что изменится в вашей жизни, когда вы достигнете того, что вы намечаете?... А еще?

Если уже установилась общая атмосфера взаимопонимания, усилению мотивации способствует также техника разубеждения.

Техника 5. «Разубеждение»

Образцы вопросов:

- Вы говорите, что из-за своей проблемы не можете сменить свою работу на более интересную и вышеоплачиваемую. Да зачем вам это надо? Ведь на этой работе спокойнее и есть свободное время.

- Вы говорите, что хотите бросить пить, чтобы сохранить брак. Да найдете себе другую жену!

- В этой технике в вопросах психотерапевта должны звучать нотки любопытства, юмора и уважения намерений, а не суггестия и недоверие (в последнем случае можно не усилить, а ослабить мотивацию).

Метод 3. «Работа с ресурсами»

Все люди обладают какими-либо ресурсами – это навыки, способности, интересы, достойные восхищения черты характера и т. д. Они могут быть в той или иной степени использованы при разрешении проблемы. Однако эти ресурсы могут остаться и незамеченными, если психотерапевт намеренно не сфокусирует внимание на их появлении. Можно задавать прямые вопросы: «Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение в разрешении данной проблемы?» В технике «копинг-вопросов» стремятся выявить, каким образом человеку удается совладать со своими проблемами, противостоять их давлению.

Техника 1. «Выявление ресурсов пациентов»

Образцы вопросов:

- Если бы мне пришлось пройти через то, через что прошли вы, я бы, наверное, не выжил. Как вам удалось выжить? Откуда у вас взялись силы?

- Вам так долго удавалось избегать этой проблемы. Какие ресурсы вы для этого использовали?

- Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение в разрешении данной проблемы?

- Какая у вас самая хорошая черта характера? Как вы до сих пор использовали эту черту характера в подходе к этой проблеме? Что еще вы могли бы сделать, что позволило бы вам использовать эту черту для решения проблемы?

- Существуют ли похожие проблемы, которые вам приходилось решать до этого? Могли бы вы подумать о том, как использовать решение аналогичного типа в данном случае?

- Кто, по-вашему, мог бы разрешить эту проблему? Как вы себе представляете, что бы он или она сделали?

Краткосрочные позитивные психотерапевты склонны искать ресурсы везде и повсюду, например в прошлой жизни пациента.

Иногда люди убеждены, вне всяких сомнений, что за страдание ответственен определенный проступок, грех, совершенный ими по отношению к другим или совершенный другим лицом по отношению к ним. Негодование, чувство обиды или сильный и стойкий гнев, возникающие из ощущения несправедливости и причиненного зла, могут также (не отличаясь в этом от чувства вины) стать препятствием к наслаждению собственной жизнью.

Наша история – неотъемлемая часть нас. Когда мы думаем о прошлом, как об источнике наших проблем, мы причиняем себе боль. Прошлое, очень по-человечески, отвечает негативно на критику и отрицание и благосклонно к уважению и поглаживанию. Прошлое предпочитает быть увиденным как ресурс, как предание памяти, хорошее и плохое, и как источник мудрости, исходящей из нашего жизненного опыта.

Обычно, будто это само собой разумеется, господствует убеждение, что первопричина текущих проблем – в прошлых отрицательных переживаниях. Стало привычным думать, что неблагоприятный детский опыт (а также более поздние стрессорирующие события) оставляют свой след, отпечаток на людях и проявляются в последующей жизни как симптомы. В клинической практике, основываясь на этой идее, пациентов зачастую поощряют «работать» через разговор о прошлых психотравмах. Это убеждение сейчас встречается не только в психиатрических и психологических учебниках и среди профессионалов, но также и в повседневных условиях.

Взгляд, что прошлый травматический опыт – источник проблем в последующей жизни, конечно, правдоподобен, по крайней мере в нашей культуре. Это мнение, однако, не является единственным. Противоположный взгляд, что прошлые тяжелые испытания – ценный обучающий опыт, одинаково разумен. Убеждение, что трагедии прошлого являются причиной последующих проблем и делают людей уязвимыми к будущим стрессам, может становиться самоисполняющимся пророчеством. И наоборот, мысль о своем прошлом как о ресурсе может помогать людям в достижении своих целей. Можно думать о негативных событиях, пережитых в прошлом, и как о тяжелых испытаниях, приведших к чему-то положительному, являющихся основой некоторых нынешних ресурсов и позитивных качеств.

Поэтому, хотя терапия, фокусирующаяся на решении, стремится концентрироваться скорее на будущем, чем на прошлом, это не означает, что разговор о прошлом следует считать запретной или нежелательной темой. Прошлое должно обсуждаться не как источник затруднений, а как ресурс. Человек может научиться видеть свои прошлые несчастья как тяжелые испытания, которые, кроме причинения страдания, вызвали что-нибудь ценное и стоящее.

В технике *«ревизия прошлого»* мысль о том, что прошлое пациента способствовало увеличению его внутренних ресурсов не менее чем возникновению проблем, должна быть высказана в сердечной манере,

предпочтительнее в форме рассказанной истории. Это входит в задачу пациента, а не психотерапевта – произвести обзор своей прошлой жизни в соответствии с этим взглядом.

Техника 2. «Ревизия прошлого»

Образцы вопросов:

- Если бы можно было каким-то образом узнать, имеют ли ваши прошлые переживания отношение к вашим текущим проблемам, и выяснилось бы, что ваша проблема не имеет ничего общего с вашим прошлым, будет ли ваш подход к своей проблеме другим?

- Есть ли что-то такое, чему вы научились из всего, через что вам пришлось пройти, что могло бы оказаться полезным в разрешении этой проблемы?

- Может быть, это к лучшему, что у вас было такое богатое событиями детство? Разве это неправда, что человек, прошедший через все, что пережили вы, с большей вероятностью сможет разрешить такого рода трудные проблемы, чем, скажем, человек, у которого было счастливое детство?

- Как вы думаете, трудное детство делает человека сильнее или слабее?

- Давайте представим себе, что прошло десять лет. В течение довольно долгого времени ваша проблема больше не существует, и если вы оглянетесь на свое прошлое, как, по-вашему, прошлые переживания помогли вам преодолеть свою проблему?

Мысль о том, что прошлое пациента больше способствовало увеличению его внутренних ресурсов, чем возникновению проблем, должна быть высказана в сердечной манере, предпочтительнее в форме рассказанной истории или мягкой аллюзии. Это должно входить в задачу пациента – не психотерапевта – произвести обзор своей жизни в соответствии с этой более положительной позицией.

Следует подчеркнуть, что этот взгляд, что неблагоприятные и даже мучительные жизненные обстоятельства могут позднее, в ретроспективе, видаться как ценный обучающий опыт, никаким образом не оправдывает совершенное насилие, оскорбление или пренебрежение. Мы делаем все, чтобы защитить себя и других.

Как эксперты в области психотерапии, профессионалы иногда не признают того факта, что пациенты зачастую являются экспертами по своим проблемам. Они уже испробовали многочисленные способы их решения, и это дало им отчетливое представление, какого рода решения непригодны в их случае. Они выслушали бесчисленные предложения родственников и друзей, а также профессионалов. Благодаря этому они стали экспертами в области более традиционных способов подхода к проблеме. Часто пациенты на удивление хорошо ознакомлены с литературой по своей проблеме и могли встречаться и разговаривать со многими людьми с похожими проблемами. Мы уже упоминали мысль М. Эриксона, что пациентам известно решение их проблем, даже если они не знают, что знают его.

Членов семьи также можно часто рассматривать как экспертов. Если у них была или продолжает существовать проблема, сходная с проблемами пациента, они многое могут сказать не только о том, как нужно решать такую проблему, но и о том, как ее не следует решать.

Техника «жизненного опыта» или «признания компетентности пациента» позволяет выяснить собственные, глубоко индивидуальные идеи пациентов о том, как подходить к решению проблемы, с тем чтобы в последующем опираться на эти идеи. Убеждение, что пациентам известно, что им не поможет, и что где-то в глубине рассудка у них даже есть мысль о том, как должна разрешаться их проблема, позволяет психотерапевту «проконсультироваться у своего Психотерапевта».

Техника 3. «Признание компетентности пациентов»

Образцы вопросов:

- Предположим, что ваш друг с проблемой вроде вашей пришел к вам за советом. Что бы вы ему сказали?
- Представьте, что в один прекрасный день вы получаете приглашение прочесть лекцию профессионалам о проблеме, подобной вашей. Что бы вы им рассказали?
- У меня есть предположение о том, что вы могли бы сделать, но, вероятно, вы лучше всех можете предвидеть, что произойдет, если попытаться решить вашу проблему тем или иным способом.
- Предположим, после этой встречи у вас будет чувство, что наш разговор был успешным. Как вы представляете, какие темы мы обсуждали бы в этом разговоре?
- Какое из ваших собственных решений проблемы на сегодняшний день оказалось самым успешным? Что еще, по-вашему, вам хотелось бы испытать?
- Можете ли вы составить список решений проблемы, которые вы испробовали или предлагали, но убедились, что они неприменимы в вашем случае?

Просто поразительно, как часто пациенты дают положительные ответы, если их спрашивают, произошел ли какой-нибудь прогресс в решении их проблемы за последнее время. Намеренное фокусирование даже на незначительных признаках прогресса помогает созданию плодотворной атмосферы во время сессии. Она способствует выявлению выполнимых решений, найденных самими пациентами. Когда имеются свидетельства прогресса, пусть даже небольшого, ограниченного, разговор о нем позволяет естественно двигаться в направлении таких конструктивных предметов, как то, что сделало улучшение возможным (и в том числе, что сделали разные люди, чтобы его вызвать).

Если об этом не спросить, многие пациенты часто думают, что изменение не настолько значительно, чтобы о нем сообщать; оно им кажется совсем маленьким по сравнению с крупными проблемами, стоящими перед ними.

Техника 4. «Шкала надежды» – один из способов инициирования разговора о прогрессе. На стандартной 10-балльной шкале отмечаются наихудшее состояние проблемы и сегодняшнее положение дел. Типовой вопрос: «Что дает вам основание давать такую оценку, считать, что ваша ситуация сегодня лучше?»

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Хуже не Вчера Сегодня Цель Идеальный
бывает вариант

Разговор о достигнутом прогрессе очень естественно ведет к вопросу о том, как его (прогресс, а не проблему!) объяснить. Это, в свою очередь, – богатый источник информации о том, что было полезным до сих пор. Собственные идеи пациентов о том, что им помогло, могут быть использованы как начальный пункт, из которого разрабатываются будущие планы.

Другой способ создания атмосферы, аналогичной вышеописанному, – фокусировать внимание на исключениях или периодах, когда проблема временно отсутствовала. Фокусирование на исключениях позволяет людям увидеть, что проблема не вечна и есть основания думать, что у них больше возможностей справиться с проблемой, чем кажется на первый взгляд.

Техника 5. «Фокусирование на исключениях и прогрессе»

Образцы вопросов:

- Были когда-нибудь такие ситуации или времена, когда проблема отсутствовала? Как вы это объясняете?
- Мы выяснили, что часто в момент, когда пациент встречается с врачом, желаемая перемена уже начала происходить. Вы не заметили, что уже наметился прогресс?
- Давайте предположим, что ваша проблема в ее худшей стадии была равна 10 баллам. Какой балл сейчас? Как вы объясняете эту перемену?
- Бывали ли такие ситуации, при которых проблема не возникала, несмотря на то что вы ожидали ее возникновения? Как вы объясняете такие ситуации?
- Бывали ли такие ситуации, когда вам удавалось устоять перед соблазном отреагировать так, как вы обычно реагируете? Как вы это сделали?

Ким Берг (1992) выявила в описаниях пациентов два типа исключений: обдуманное и случайное. Обдуманное исключение – это такое, создание которого пациент способен описать шаг за шагом. Ясно, что его задача – поступать так чаще. Случайный успех – когда он приписывается кому-то или чему-то. Метафора: «Чтобы парусник шел вперед, необходим не только ветер, но и поднятый парус». Фокусирование на прогрессе и исключении – больше, чем просто психотерапевтические техники установления факторов, содействующих решению. Это способ поощрения оптимизма пациентов и помощи им в усвоении более дальновидного подхода к их проблемам и даже к жизни в целом.

Профессионалы сталкиваются лицом к лицу и с ситуациями устойчивого ухудшения или недавней неудачи вместо прогресса. Одна из возможностей в

таких случаях – установление позитивных аспектов несомненно враждебных обстоятельств. Когда ситуация кажется достигшей наихудшего, можно подойти к ней, как к обеспечивающей возможность усилить мотивацию для изменения или просто как к фазе в общем процессе восстановления.

Понимание, проникновение в более светлую сторону текущего серьезного затруднения делает его легче выносимым. Когда проблемы видятся в позитивном свете, люди становятся более творческими в их разрешении. Часто люди проявляют больше способности к прогрессу только после того, как поймут, что, кроме боли, их проблема несет что-то ценное.

Предлагая пациентам рассмотреть возможные позитивные следствия их ситуации, важно помнить, что это нелегко сделать, когда проблемы остры. Например, человеком, недавно пережившим утрату, такое предложение может быть сочтено обидным или оскорбительным. Важно ни в коей мере не навязывать этот взгляд пациентам. Задача психотерапевта в том, чтобы мягко, предпочтительно при помощи истории или иносказания, смысл которых понятен пациенту, привлечь его внимание к возможности «болезни, которая учит (или помогает)», после чего пациенту предоставляется свобода решать самому, подходит ли ему такой взгляд на проблему.

Очень часто осознание светлой стороны проблемы приходит позднее, когда человек способен оглянуться назад и представить вещи в разной перспективе. Чтобы помочь разобраться, можно задавать конкретизирующие вопросы о том, заметил ли пациент вследствие проблемы какой-то прогресс в своем личностном росте, физическом здоровье, семейных отношениях, работе, духовных вопросах, отношениях с друзьями, проведении свободного времени и т. д.

Иногда людям помогает конструктивно думать о своих затруднениях использование имени или прозвища для проблемы (см. технику «хороших наименований»). Трудно думать позитивно о своем «пограничном личностном расстройстве». Становится много легче узнавать полезные следствия, которые уже произошли, и представлять те, которые могут в конечном счете случиться, если назвать то же самое явление нейтрально-иронически, например «бантиком».

В качестве прогресса можно рассматривать очень разные вещи. Например, мысль о том, что надо пробовать бороться с проблемой, намного лучше, чем отсутствие такой мысли; появление такой мысли должно несомненно приветствоваться психотерапевтом.

Успех так же, как и ухудшение, в большей степени, чем мы привыкли думать, является социально конструируемым феноменом (или даже иллюзией, хотя этот взгляд может быть неожиданным). Чтобы успех случился (или чтобы случившееся стало успехом), надо, чтобы кто-то его увидел и сказал о нем. В ходе социализации реакции других людей интериоризируются, но сам механизм социального конструирования успеха продолжает действовать постоянно.

Тема успеха, как и разговор о любом типе ресурсов, естественным путем подводит к вопросу о том, как разные люди своим участием помогают

пациентам. Такая помощь – необязательно прямое участие. Другие люди могут помогать своим положительным или отрицательным примером; оппоненты стимулируют уточнение и отстаивание своей позиции, благодаря некоторым людям можно лучше осознать свои стремления, и т. д. Таким образом, люди, окружающие пациента, – это тоже его ресурс, важность которого невозможно переоценить.

2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Тематика семинарских занятий по дисциплине «Современные методы психотерапии и психокоррекции»

Практическое занятие 1

Тема 2. Принципы составления и основные виды психокоррекционных программ

Вопросы для обсуждения:

1. Основные принципы составления психокоррекционных программ.
2. Виды коррекционных программ.
3. Основные требования к составлению коррекционных программ.
4. Выбор темы индивидуальной психокоррекционной программы в соответствии с темой магистерской диссертации.
5. Обсуждение и анализ подготовленной психокоррекционной программы.

Темы рефератов:

1. Трудные дети. Выделение категорий «трудных детей». Основные причины их появления.
2. Особенности темперамента и характера «трудных» учащихся. Категории «трудных» детей.
3. Особенности взаимоотношения трудных детей с педагогами, родителями и сверстниками.
4. Понятие школьной дезадаптации (Каган В.Е.).
5. Неуспевающие дети. Причины школьной неуспеваемости. Категории неуспевающих школьников.
6. Особенности центральной нервной системы школьника и трудности учения.
7. Психокоррекционная и развивающая работа с неуспевающими школьниками (Ануфриев А.Ф., Костромина С.Н.).
8. Дети, требующие медицинской помощи. Раннее выявление отклонений в развитии (Захаров А.И., Бурменская Г.В., Карabanова О.А., Лидерс А.Г., Буянов М.И., Р. Гарднер, Мастюкова Е.М.).
9. Работа психолога с родителями больных детей. Интеграция детей с нарушениями в развитии: больной ребенок в массовой школе.
10. Педагогически запущенные дети. Основы психокоррекционной работы.
11. Коррекционная работа с аутичными детьми.
12. Коррекция детских фобий.

Литература:

1. Венгер, А. Л. На что жалуетесь?: Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков / А. Л. Венгер. - М.: Рига, 2000. – 184 с.

2. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков / Г.В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова. - М., 2002. – 416 с.
3. Истратова, О. Практикум по детской психокоррекции / О.Истратова. – Р/нД.: Феникс, 2011. – 352 с.
4. Мандель, Б.Р. Общая психокоррекция / Б.Р. Мандель. – М.: Инфа – М, 2013. – 349 с.
5. Осипова, А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие / А. А. Осипова. - М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 512 с.
6. Рогов, Е. Настольная книга практического психолога: в 2 ч. / Е. Рогов. – М.: «Юрайт», 2012. – Ч.1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 416 с.
7. Рогов, Е. Настольная книга практического психолога: в 2 ч. / Е. Рогов. – М.: «Юрайт», 2012. – Ч.2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приёмы и упражнения. – 512 с.

Практическое занятие 2

Тема 4. Современные направления и методы психотерапии

Вопросы для обсуждения:

1. Методы суггестивной психотерапии.
2. Методы психотерапии в символдраме. Основные символические сюжеты.
3. Методы позитивной психотерапии.
4. Методы краткосрочной психотерапии.

Темы рефератов:

1. Национальные стили ведения деловых переговоров.
2. Ключевые умения в переговорном процессе.

Литература:

1. Ахола, Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия / Т. Ахола, Б. Фурман. - СПб.: Речь, 2000. – 220 с.
2. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук, А.С.Кочарян, М.Е.Жидко . – Спб.: Питер, 2007. – 480 с.
3. Ахола, Т. Терапевтическое консультирование / Т. Ахола, Б. Фурман. - СПб.: Речь, 2001. – 160 с.
4. Пезешкиан, Н. Позитивная психотерапия: Теория и практика метода / Н. Пезешкиан. – Франкфурт, 1977. – 234 с.
5. Символдрама / Под ред. Я.Л.Обухова и В.А.Поликарпова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001. – 416 с.
6. Симмонс, А. Сторителлинг. Как использовать силу историй / А. Симмонс. – М.: Манн, Иванов и Фарбер, 2012. – 272 с.

3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Проверочные тесты

1. К какому критерию классификации психокоррекционных мероприятий относится симптоматическая и каузальная коррекция?
 - а) по содержанию;
 - б) по характеру направленности;
 - в) по форме работы с клиентом.
2. Какой из психологических механизмов коррекционного воздействия на ребенка относится к методу игротерапии?
 - а) моделирование системы социальных отношений в наглядно-действенной форме в особых игровых условиях;
 - б) в символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее решение через реструктурирование этой ситуации на основе креативных способностей ребенка;
 - в) эмоциональная разрядка, регулирование эмоционального состояния.
3. Какой из методов арттерапии в ходе коррекционного воздействия на ребенка с помощью чтения специально подобранной литературы способствует нормализации или оптимизации его психического состояния?
 - а) танцевальная терапия;
 - б) библиотерапия;
 - в) музыкотерапия.
4. Какой из методов арттерапии используется в коррекционной работе с целью развития у ребенка осознания собственного тела и создания позитивного образа тела и создания позитивного образа тела, осуществление спокойного движения и побуждения к свободе и выразительности движений?
 - а) игротерапия;
 - б) куклотерапия;
 - в) танцевальная терапия.
5. Какой метод практической коррекции выполняет функции психологической подготовки к напряженным эмоциональным ситуациям, символическому отреагированию физиологических и эмоциональных стрессов, принятию в символической форме своей физической активности?
 - а) куклотерапия;
 - б) сказкотерапия;
 - в) библиотерапия.
6. В чем заключается направленность каузальной формы коррекции, имеющей приоритет перед формой симптоматической коррекции?
 - а) в направленности на симптомы отклонения в развитии;
 - б) в направленности на источники и причины отклонения в развитии;
 - в) симптомы отклонения в развитии могут иметь различную природу, причины.

7. Определите содержание собственно коррекционной работы в форме индивидуальной и групповой коррекции как формы организации психологической помощи:

а) формирование системы рекомендаций на основе результатов диагностики, учет и выполнение родителями, педагогами и воспитателями при активной роли самого ребенка;

б) адресуется группе родителей, педагогов и предполагает рассмотрение основных закономерностей развития ребенка, возрастно-психологических особенностей конкретных стадий развития ребенка, типичных критических ситуаций, трудностей и проблем каждого возраста;

в) осуществляется непосредственно психологом с группой детей или индивидуально с ребенком при содействии родителей и педагогов; требует значительных усилий, применения специальных методов, методик, техник и процедур.

8. В чем заключается направленность каузальной формы коррекции, имеющей приоритет перед формой симптоматической коррекции?

а) направлена на симптомы отклонения в развитии;

б) направлена на источники и причины отклонения в развитии;

в) симптомы отклонения в развитии могут иметь совершенно различную природу, причины.

9. Определите содержание собственно коррекционной работы в форме индивидуальной и групповой коррекции как формы организации психологической помощи:

а) формирование системы рекомендаций на основе результатов диагностики, учет и выполнение родителями, педагогами и воспитателями при активной роли самого ребенка;

б) адресуется группе родителей, педагогов и предполагает рассмотрение основных закономерностей развития ребенка, возрастно-психологических особенностей конкретных стадий развития ребенка, типичных критических ситуаций, трудностей и проблем каждого возраста;

в) осуществляется непосредственно психологом с группой детей или индивидуально с ребенком при содействии родителей и педагогов; требует значительных усилий, применения специальных методов, методик, техник и процедур.

10. Определите, какие из типичных психологических трудностей свойственны детям переходного возраста к школьному обучению с 6-7 лет?

а) определенные трудности, связанные с возрастными или индивидуально-психологическими особенностями: упрямство, плохая память, невнимательность, неорганизованность поведения, медлительность, неусидчивость, робость, импульсивность;

б) трудности, связанные с новым режимом дня, адаптацией ребенка к классному коллективу, во взаимоотношениях с учителем, в освоении учебной деятельности при переходе от игровой, в изменении домашней ситуации;

в) затруднения в учебе вплоть до стойкой неуспеваемости, нарушение взаимоотношений со сверстниками и учителем, нарушения дисциплины, отказы ходить в школу или угрозы это сделать.

11. К какому критерию классификации психокоррекционных мероприятий следует отнести директивную и недирективную коррекцию?

- а) по наличию программ;
- б) по характеру направленности;
- в) по характеру управления коррегирующим воздействием.

12. К какому критерию классификации психокоррекционных мероприятий следует отнести сверхкороткую, короткую, длительную, сверхдлительную коррекцию?

- а) по характеру управления коррекционным воздействием;
- б) по продолжительности;
- в) по форме работы.

13. К какому критерию классификации психокоррекционных мероприятий следует отнести индивидуальную и групповую коррекцию?

- а) по наличию программ;
- б) по форме работы с клиентом;
- в) по характеру направленности.

14. Какой из психологических механизмов коррекционного воздействия относится к методу арттерапии?

- а) моделирование системы социальных отношений в наглядно-действенной форме в особых игровых условиях;
- б) в символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переструктурирование этой ситуации на основе креативных способностей ребенка;
- в) эмоциональная разрядка, регулирование эмоционального состояния.

15. Какой метод практической коррекции включает в себя подготовительную, пантомимическую, заключительную части, одна из задач которого направлена на формирование способности выражать свои чувства с помощью невербальных средств общения?

- а) музыкотерапия;
- б) библиотерапия;
- в) психогимнастика.

16. Определите, какие из типичных психологических трудностей свойственны детям младшего школьного возраста:

а) определенные трудности, связанные с возрастными или индивидуально-психологическими особенностями: упрямство, плохая память, невнимательность, неорганизованность поведения, медлительность, неусидчивость, робость, импульсивность;

б) трудности, связанные с новым режимом дня, адаптацией ребенка к классному коллективу, во взаимоотношениях с учителем, в освоении учебной деятельности при переходе от игровой, в изменении домашней ситуации;

в) затруднения в учебе вплоть до стойкой неуспеваемости, нарушение взаимоотношений со сверстниками и учителем, нарушения дисциплины, отказы ходить в школу или угрозы это сделать.

17. К какому критерию классификации психокоррекционных мероприятий, следует отнести общую, частную и специальную коррекцию?

- а) по содержанию;
- б) по масштабу решаемых задач;
- в) по продолжительности.

18. Какому критерию классификации психокоррекционных мероприятий следует отнести коррекцию познавательной сферы, личностной, аффективно-волевой сферы, межличностных отношений, поведения?

- а) по содержанию;
- б) по продолжительности;
- в) по характеру направленности.

19. Какой из психологических механизмов коррекционного воздействия относится к методу музыкотерапии?

а) изменение действия «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л. С. Выготский);

б) формирование реальных отношений как равноправных партнерских отношений сотрудничества и кооперации между ребенком и сверстником;

в) приобретение новых средств эмоциональной экспрессии.

20. Какой из методов арттерапии активно используется в коррекции эмоциональных отклонений, двигательных и речевых расстройств, психосоматических заболеваний?

- а) музыкотерапия;
- б) проективный рисунок;
- в) сказкотерапия.

Вопросы к экзамену по дисциплине

1. Психотерапия и психокоррекция: предмет, задачи, основные методы.
2. Понятие психотерапии и психокоррекции и различие между ними.
3. Основные цели психотерапии и психокоррекции.
4. Общие факторы психотерапии. Составляющие психотерапевтического лечения.
5. Сравнительный анализ медицинской и психологической моделей психотерапии.
6. Виды психотерапии.
7. Типы психотерапевтического вмешательства.
8. Особенности психотерапевтических методов лечения.
9. Показания для психотерапии и психокоррекции.
10. Оценка эффективности психотерапии и психокоррекции.
11. Сущность психокоррекционного процесса.
12. Элементы психокоррекционной ситуации.
13. Основные принципы психокоррекционной работы.
14. Виды коррекционных программ.
15. Основные требования к составлению психокоррекционной программы.
16. Четыре блока психокоррекционного комплекса: диагностический, установочный, коррекционный, оценки эффективности коррекционных воздействий.
17. Коррекция нарушений интеллектуальной сферы.
18. Коррекция нарушений эмоционально-волевой сферы.
19. Коррекция нарушений детско-родительских отношений.
20. Основные методы используемые в психокоррекционной практике с детьми и подростками.
21. Игровая терапия как метод коррекции.
22. Арт-терапевтические методы.
23. Методы поведенческой коррекции.
24. Методы социальной терапии.
25. Метод замещающего онтогенеза.
26. Методы психокоррекционной работы со взрослыми.
27. Позитивная психотерапия.
28. Суггестивная терапия. Внушение.
29. Самовнушение и аутогенная тренировка.
30. Эриксоновский гипноз.
31. Символдрама. Метод кататимного переживания образов.
32. Краткосрочная психотерапия.

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Ассаджиоли, Р. Психосинтез. Принципы и техники. / Р. Ассаджиоли. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002 – 416 с.
2. Ахола, Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия / Т. Ахола, Б. Фурман. - СПб.: Речь, 2000. – 220 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук, А.С.Кочарян, М.Е.Жидко . – СПб.: Питер, 2007. – 480 с.
4. Венгер, А. Л. На что жалуетесь?: Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков / А.Л. Венгер. - М.: Рига, 2000. – 184 с.
5. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков / Г.В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова. - М., 2002. – 416 с.
6. Кондрашенко, В.Г. Общая психотерапия / В.Г. Кондрашенко, Д.И. Донской. - Мн.: Выш.шк.,1997. – 464 с.
7. Кочюнас, Р. Психотерапевтические группы: Теория и практика / Р. Кочюнас. – М., 2000. – 240 с.
8. Малкина – Пых, И.Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
9. Малкина – Пых, И.Г. Телесная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 752 с.
10. Малкина-Пых, И. Г. Гендерная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2006. - 928с.
11. Мандель, Б.Р. Общая психокоррекция / Б.Р. Мандель. – М.: Инфа – М, 2013. – 349 с.
12. Осипова, А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие / А. А. Осипова. - М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 512 с.
13. Рогов, Е. Настольная книга практического психолога: в 2 ч. / Е. Рогов. – М.: «Юрайт», 2012. – Ч.1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 416 с.
14. Рогов, Е. Настольная книга практического психолога: в 2 ч. / Е. Рогов. – М.: «Юрайт», 2012. – Ч.2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приёмы и упражнения. – 512 с.
15. Рудестам, К. Групповая психотерапия / К. Рудестам . – СПб.: Питер, 1999. – 384 с.
16. Самыгин, С.И. Психотерапия детей и подростков / С.И.Самыгин, Г.И. Колесникова. – Р/нД.: Феникс, 2012. – 284 с.

Дополнительная литература

1. 29.Дилтс, Р. Фокусы языка. Изменение убеждений с помощью НЛП / Р. Дилтс.- СПб.: Питер, 2012. – 220 с.

2. Александрова Н.В. Современные модели психотерапии при ВИЧ / СПИДе / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова, Э.Г. Эйдемиллер. - СПб.: Речь, 2010. – 191 с.
3. Арт-терапия женских проблем / А.И. Копытин [и др.]; под общ ред. А.И. Копытина. - М.: Когито-Центр, 2010. – 272 с.
4. Ахмедов, Т.И. Психотерапия в особых состояниях сознания / Т.И. Ахмедов, М.Е. Жидко. – Харьков: Фолио, 2000. – 768 с.
5. Ахола, Т. Терапевтическое консультирование / Т. Ахола, Б. Фурман. - СПб.: Речь, 2001. – 160 с.
6. Базыма, Б.А. Психология цвета / Б.А. Базыма. – СПб.: «Речь», 2005.- 205 с.
7. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми: Учебное пособие. СПб, 1998 .- 83 с.
8. Баскаков, В. Танатотерапия / В. Баскаков. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2014. – 360 с.
9. Бен-Шахар Т. Научиться быть счастливым / Т. Бен-Шахар. - М.: Эксмо, 2012. - 168 с.
10. Березкина-Орлова, Е. Телесная психотерапия. Бодинамика/ Е. Березкина-Орлова. – М.: АСТ, 2010. – 416 с.
11. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. М.: Лист – нью, 1997. – 336 с.
12. Блаво, Р. Сказки для улучшения памяти, интеллекта и учебы/ Р.Блаво. – М.: Веды, 2010. – 192 с.
13. Блэр, Ф. Мгновенный самогипноз / Ф. Блэр. - М.: Эксмо, 2012. – 256 с.
14. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб., «Сударыня», 1999. - 32 с.
15. Бреслав, Г.Э. Цветомедитация: механизмы и техники коррекции / Г.Э. Бреслав. – СПб.: «Речь», 2007. - 224 с.
16. Бретт, Д. Жила-была девочка, похожая на тебя... Психотерапевтические истории для детей / Д. Бретт. - М.: Независимая фирма «Класс», 2012. – 216 с.
17. Бриттон, Р. Эдипов комплекс сегодня. Клинические аспекты / Р. Бриттон, М. Фельдман, О. Шонесси. - М.: Когито-Центр, 2012. – 160 с.
18. Булюбаш, И.Д. Руководство по гештальт-терапии / И.Д. Булюбаш. – М.: Изд-во «Психотерапия», 2011. – 768 с.
19. Бурно, М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно. – М.: «Альма матер», 2012. – 520 с.
20. Василец, Т.Б. Мужчина и женщина – тайна сакрального брака / Т.Б.Василец. – СПб.: «Речь», 2004.- 368 с.
21. Витакер, Д.С. Группы как инструмент психологической помощи / Д.С. Витакер.- М.: Класс, 2000.- 432 с.
22. Владиславова, Н. Возрождающие техники НЛП. 4 уровня сложности / Н.Владиславова. – М.: София, 2012. – 288 с.

23. Вудман М. Опустошенный жених. Женская маскулинность / М.Вудман. – М.: Когито-Центр, 2010. – 320 с.
24. Гордеева, О. Измененные состояния сознания / О. Гордеева. – М.: Когито-Центр, 2012. – 256 с.
25. Гринберг, Д. Управление стрессом / Д. Гринберг. - СПб.: Питер, 2004. – 496 с.
26. Гроф, К. Неистовый поиск себя / К. Гроф, С. Гроф. М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1996. – 345 с.
27. Гроф, С. Психология будущего / С. Гроф. – М.: ООО «Изд-во АСТ», 2003. – 458 с.
28. Даунинх, Д. Из практики гештальт – терапии. Работа со сновидениями / Д. Даунинх, Р. Мармонштейн. - СПб.: «Речь», 2011. – 196 с.
29. Делозье, Д. НЛП – 2: поколение next / Д. Делозье, Р. Дилтс. - СПб.: Питер, 2012. – 320 с.
30. Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала» / А.И. Копытин [и др.]; под общ ред. А.И. Копытина. - М.: Психотерапия, 2011. – 144 с.
31. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2001. – 426с.
32. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Практикум по креативной терапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т.М. Грабенко. – СПб.: «Речь», 2001. – 400 с.
33. Змановская, Е.В. Современный психоанализ / Е.В.Змановская. - СПб.: Питер, 2011. – 288 с.
34. Иерофей, (Влахос), митрополит. Православная психотерапия / (Влахос) Иерофей. - СТСЛ, 2010. – 368 с.
35. Ильин, Е. Психология любви / Е. Ильин. - СПб.: Питер, 2012. – 434 с.
36. Ильин, Е. Психология творчества, креативности, одаренности / Е. Ильин. - СПб.: Питер, 2012. – 448 с.
37. Истратова, О. Практикум по детской психокоррекции / О.Истратова. – Р/нД.: Феникс, 2011. – 352 с.
38. Каменюкин, А.Г. Стресс-менеджмент / А.Г. Каменюкин, Д.В. Ковпак. - СПб.: Питер, 2012. – 224 с.
39. Киселева, М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе / М.В. Киселева. – СПб.: Речь, 2007. – 336 с.
40. Ковалев, С.В. Введение в современное НЛП / С.В. Ковалев. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2002. – 512 с.
41. Ковалев, С.В. Восточная версия нейропрограммирования, или учебники умения жить. НЛП – психокоррекция: психотехнологии благополучия, совершенства и удачливости / С.В. Ковалев. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. – 408 с.
42. Козлов, В. В. Трансперсональная психология: учебное пособие/ В. В.Козлов. – М.: Эксмо, 2010. – 512 с.
43. Козлов, В.В. Свободное дыхание / В.В. Козлов. М.: Издательство московского Трансперсонального Центра, 1993. – 109 с.
44. Колин, П. Сайссон. Экстаз дыхания. Практика ребефинга / Сайссон. П. Колин,. М.: Центр психологического тренинга «Breath», 2001. -156 с.

45. Копытин, А.И. Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам. Отечественный и зарубежный опыт/ А.И. Копытин. – М.: Когито-Центр, 2012. – 288 с.
46. Копытин, А.И. Фототерапия, использование фотографии в психологической практике/ А.И. Копытин. – М.: Когито-Центр, 2006. – 192 с.
47. Лазарус, А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / А. Лазарус. - СПб.: «Речь», 2001. – 256 с.
48. Лейбин В. Возмездие фаллоса. Психоаналитические истории/ В. Лейбин. - М.: Когито-Центр, 2012. – 352 с.
49. Лиар Д. Детский юнгианский психоанализ / Д. Лиар. – М.: Когито-Центр, 2008. - 208 с.
50. Лоуэн, А. Язык тела / А. Лоуэн. - СПб.: «Академический проект», 1997. – 383 с.
51. Лэнгле, А. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии / А. Лэнгле. С. Кривцова. – М.: Генезис, 2012 – 288 с.
52. Малкина-Пых, И. Г. Кризисы пожилого возраста/ И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 368 с.
53. Марина И. Психологическое сопровождение личности, склонной к суицидальным формам поведения / И. Марина. - СПб.: Речь, 2012. – 80 с.
54. Мейер, В. Методы поведенческой психотерапии / В. Мейер, Э. Чессер. – СПб.: «Речь», 2001. – 256 с.
55. Мейроуз Г. Нутрицевтика как метод психокоррекции / Г. Мейроуз. – М.: Профит-Стайл, 2009 – 256 с.
56. Москаленко, В.Д. Когда любви слишком много / Москаленко В.Д.. – М.: Психотерапия, 2006. – 224 с.
57. Мэй, Р. Мужество творить / Р. Мэй. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 160 с.
58. Мэй, Р. Сновидения и символы / Р. Мэй, Л. Калигор. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. – 360 с.
59. Наговицин, А. Симвология от философских теорий до практики сказкотерапии / А. Наговицин. – М.:Генезис, 2014, - 304 с.
60. Назарова, Л.Д. Фольклорная арт-терапия / Л.Д.Назарова. - СПб.: «Речь», 2002. – 240 с.
61. Нельсон – Джоунс, Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон - Джоунс. - СПб.: Питер, 2000.- 464 с.
62. Олдер, Г. НЛП: полное практическое руководство / Г. Олдер, Б. Хэзер. Киев, 2001 – 268 с.
63. Ормонт, Р. Луи. Групповая психотерапия: от теории к практике / Р. Луи. Ормонт. СПб. 1998, Ч.1,2, 135 с, 123 с.
64. Паддикомб, Э. Медитация и осознанность./ Э. Паддикомб.- М.: Альпина нон-фишин, 2014. – 336 с.
65. Пергаменщик, Л. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Л. Пергаменщик, Н. Пузыревич. – Мн.: «Издательство Гревцова», 2012. – 340 с.

66. Перре, М. Клиническая психология и психотерапия / М. Перре, У. Бауман. - СПб.: Питер, 2012. – 914 с.
67. Погодин, И. Диалоговая гештальт-терапия. Психотерапия переживанием / И. Погодин. – Р/нД.: Феникс, 2012. – 384 с.
68. Проблемно-ориентированная психотерапия / А. Блазер [и др.]; под общ. ред. А. Блазер. - М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 272 с.
69. Психоаналитическая психотерапия подростков, страдающими тяжелыми расстройствами / Д. Анастасопулос [и др.]; под общ. ред. Д. Анастасопулос. – М.: Когито-Центр, 2007. – 200 с.
70. Психосинтез и другие интегративные техники психотерапии / Под ред. А.А. Бадхена, В.Е.Кагана. М.: Смысл, 1997. – 288 с.
71. Психотерапия /Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2012. – 672 с.
72. Пути за пределы «эго». Под ред. Уолша Р. И Воон Ф. – М.: Открытый мир, 2006. – 392 с.
73. Пушкарев, А.Л. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий. Метод. Рекомендации / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий. - Мн.: БНИИЭТИН, - 2000. – 45 с.
74. Ричардсон Ш. Искусство экстремальной самопомощи / Ш. Ричардсон. – М.: Весь, 2010. – 192 с.
75. Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия / М.Е.Сандомирский. - М.: Класс, 2007. – 592 с.
76. Свит, К. Сам себе психотерапевт. Как изменить свою жизнь при помощи когнитивно-поведенческой терапии / К. Свит. – М.: Претекст, 2013. – 304 с.
77. Семаго, Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. - СПб.: Речь, 2005. – 384 с.
78. Семенов, А. Психодрама. Способ решать, а не жаловаться / А. Семенов, С. Бессчетная. – Р/нД.: Феникс, 2012. – 576 с.
79. Серов, Н.В. Лечение цветом / Н.В. Серов. – СПб.: Речь, 2005. – 224 с.
80. Серов, Н.В. Светоцветовая терапия / Н.В. Серов. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
81. Символдрама / Под ред. Я.Л.Обухова и В.А.Поликарпова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001. – 416 с.
82. Симмонс, А. Сторителлинг. Как использовать силу историй / А. Симмонс. – М.: Манн, Иванов и Фарбер, 2012. – 272 с.
83. Строганов, А.Е. Психотерапия на базе театральных систем / А.Е. Строганов. – СПб.: Наука и техника, 2008. – 496 с.
84. Тимошенко, Г.В. Работа с телом в психотерапии / Г.В.Тимошенко, Е.А. Леоненко. . – М.: Психотерапия, 2006. – 480 с.
85. Фопель, К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие / К. Фопель. - М.: Генезис, 1999.-256 с.

86. Харчук, Ю. Психоголуботерапия. Лечение голубями, или приобщение к чуду/ Ю. Харчук. – Р/нД.: Феникс, 2011. – 112 с.
87. Хойфт, Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия / Г. Хойфт, А. Крузе, Г. Радебольд. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 370с.
88. Хорни, К. Психология женщины. Самоанализ / К. Хорни. - СПб.: Питер, 2012. – 320 с.
89. Чобанц, И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии / И.К.Чобанц. – М.: Литтерра, 2012. – 184 с.
90. Шиманская, А. Сказки на песке. Практика песочной терапии / А. Шиманская. - СПб.: Речь, 2010. – 224 с.
91. Шкурко, Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг / Т.А. Шкурко. – СПб.: Речь, 2005. – 192 с.
92. Шутц, У. Радость. Расширение человеческого сознания / У. Шутц. – М.: Изд-во Эксмо, 2003. – 256 с.
93. Щербатых, Ю.Психология стресса и методы коррекции / Ю. Щербатых. - СПб.: Питер, 2012. - 256 с.
94. Эксакусто, Т. Тренинг позитивного мышления / Т. Эксакусто. - М.: Феникс, 2012. – 432 с.
95. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом. - СПб.: Питер, 2000. - 640с.
96. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. - М.: Класс,1999. – 576 с.

Электронные ресурсы

1. <http://www.psychol.ras.ru/> – официальный сайт Института психологии РАН;
2. <http://www.vorpsy.ru/news.htm> – сайт журнала «Вопросы психологии»;
3. <http://magazine.mospsy.ru/catalogue.shtml> – каталог публикаций Московской психотерапевтической академии;
4. <http://www.psy.msu.ru/> – сайт факультета психологии МГУ;
5. <http://www.koob.ru/> – библиотека психологической литературы;
6. <http://flogiston.ru/> – портал «Флогистон»;
7. <http://psylib.kiev.ua/> – Киевская библиотека психологической и философской литературы;
8. <http://www.psychology.ru/> – психология на русском языке;
9. <http://azps.ru/index.html> – психология от А до Я;
10. <http://forum.myword.ru/index.php?act=home> – крупный портал психологической информации;
11. <http://www.psi-net.ru/catalog/sites/material/index.html> – портал информационной сети российской психологии;
12. <http://pedlib.ru/index.php> – библиотека педагогической литературы.