



**ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

Н.Я. ОРУДЖЕВ ЕА ТАРАКАНОВА

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

*Учебно - методическое
пособие*

Волгоград
2009

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Н. Я. Оруджев, Е. А. Тараканова

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Учебно-методическое пособие

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением по
медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для системы послевузовского
профессионального образования врачей*



Волгоград
Издательство
ВолГМУ
2009

УДК 615.851(07)

УМО-36

29.01.08

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования Волгоградского государственного медицинского университета *Н. Ю. Наильков*

Доктор медицинских наук¹, профессор, заведующий кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Волгоградского государственного медицинского университета *В. Л. Малыгин*

Печатается по решению Центрального методического совета Волгоградского государственного медицинского университета

Оруджев, Н. Я.

Основные направления психотерапии: учеб.-метод. пособие / Н. Я. Оруджев, Е. А. Тараканова. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2009. — 76 с.

В учебно-методическом пособии представлен современный подход к вопросам психотерапии. Рассмотрены основные направления и психотерапевтические методы лечения различных психических расстройств. Пособие предназначено для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов и врачей-интернов.

УДК 615.851(07)

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2009

ВВЕДЕНИЕ

В течение последних десятилетий происходит интенсивное развитие психотерапии в разных странах. Эта тенденция не может не затронуть и Россию. Многими авторами отмечается «не виданное ранее бурное развитие психотерапии. Причем оно происходит не только в медицине, а зачастую и за пределами государственных медицинских структур» [Макаров В. В., 2000]. Однако подчеркивается, что в нашей стране психотерапия как самостоятельная наука и профессия только начинает развиваться, многими специалистами она не воспринимается медицинской специальностью. Возможно, это связано со следующей тенденцией: с одной стороны, психотерапия, несомненно, является медицинской, врачебной, специальностью, и заниматься ею должны врачи; с другой, — психотерапия — это гуманитарная профессия, к которой допускаются специалисты, получившие специальную подготовку. По своему психотерапией занимаются психологи, педагоги, священники, писатели - все, кто по роду своей профессии имеет отношение к душе человека.

Так что же такое психотерапия — наука или искусство?

Психотерапия — это система психического (психологического) воздействия (словом, мимикой, молчанием, при помощи техник, изменяющих психические процессы и соматическое состояние, воздействия группы, специально организованной среды) на психику, а через нее и на весь организм человека или группу с целью лечения или профилактики заболеваний и состояний дезадаптации, развития здоровья или достижения других сформулированных целей.

Психотерапия — это наука, которую можно изучать, читая специальную литературу, слушая лекции. Психотерапия — это искусство, которое вы осваиваете' рядом с учителем. И психотерапия — это ремесло, в котором вы совершенствуетесь год от года.

Можно ограничиться одним из общепринятых в России определений: психотерапия — это использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма. При этом нарушения деятельности могут касаться как соматических функций, так и психических процессов и личности. К психологическим средствам мы относим речь, молчание, эмоции и эмоциональные отношения, мимику, различные виды научения, манипуляции в окружающей среде.

Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии можно сформулировать как оказание помощи пациентам в изменении своего мышления и поведения таким образом, чтобы стать более счастливым и продуктивным.

При работе с пациентами и клиентами выделяются следующие задачи [Александром Л. Л., 200-11]:

1. Помочь пациенту или клиенту лучше понять проблему.
2. Устранить эмоциональный дискомфорт.
3. Поощрить свободное выражение чувств.
4. Обеспечить пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы.
5. Помочь пациенту или клиенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При выполнении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам:

1. Обеспечение психологической поддержки (сочувственно выслушать пациента, дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации, помочь осознать и использовать свои силы и умения).
2. Устранение дезадаптивного поведения и формирование новых, адаптивных стереотипов.
3. Содействие осознанию (инсайту) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего человек лучше понимает свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Показания для психотерапии очень широки. Она может проводиться в тех случаях, когда клиент или пациент мотивирован и от него получено информированное согласие на участие в психотерапии. В целом, проще назвать противопоказания к психотерапии, нежели определять рамки ее применения. Таких противопоказаний три:

1. По жизненным показаниям необходимо иное, не психотерапевтическое воздействие (высокая температура на фоне инфекционного заболевания).
2. Психотерапия не эффективна (слабоумный пациент).
3. Психотерапия противопоказана в связи с морально-этическими ограничениями (например, во многих школах психотерапии запрещена работа с клиентами и пациентами, имеющими интимные отношения с врачом).

Условно направления в психотерапии, развивающиеся в России, можно классифицировать следующим образом (М. Е. Бурно):

1. Российская клиническая психиатрическая психотерапия.

- 1.1. Клиническая гипнотерапия (Платонов К. И., 1962; Рожнов В. Е., 1974; Свядош А. М., 1997).
- 1.2. Аретотерапия (Яроцкий А. И.).
- 1.3. Классическая активирующая психотерапия (Консторум С. И., 1962).
- 1.4. Клиническая поведенческая психотерапия (Бехтерев В. М., 1914; Канторович Н. В., 1929; Свядош А. М., 1997).
- <Л.7к>Терапия творческим самовыражением (Бурно М. Е., 1989).
2. Российская экзистенциальная психотерапия.
 - 2.1. Психотерапия горя (Василюк Ф.).
 - 2.2. Интенсивная терапевтическая жизнь (Алексейчик А.).
3. Психоаналитическая российская психотерапия.
 - 3.1. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Карвасарский Б. Д., Исурина Г. Л., Ташлыков В. А.).
 - 3.2. Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией (Вид В. Д.).
 - 3.3. Российский клинический психоанализ (Егоров Б. Е.).
4. Мульти模альная интегративная российская психотерапия.
 - 4.1. Восточная версия трансактоного анализа (Макаров В. В., Макарова Г. А.).
 - 4.2. Онтогенетически ориентированная психотерапия (Шевченко Ю. С., Добридень В. П.).
 - 4.3. Континуальная психотерапия (Валентик Ю. В.).
 - 4.4. Дианализ (Завьялов В. Ю.).

Наконец, можно выделить психотерапию отдельных состояний, являющуюся сложным переплетением разнообразных методик:

- Клиническая психотерапия шизофрении (Клези Я. Ж., 1922; Консторум С. И., 1962; Бурно М. Е., 1985; Смирнов В. Е., 1985; Волков Б. С., 1993; Махновская Л. В., 1999).
- Клиническая психотерапия эпилепсии (Вольф В. Е., 1961; Смирнов В. Е., 1979).
- Клиническая психотерапия депрессий (Кильхольц П., 1970; Колосов В. П., 1985; Крыжановский Г. Н., 1995).
- Клиническая психотерапия психопатий (Личко Л. Е., 1985; Бурно М. Е., 1989; Зуйкова Н. Л., 1998).
- Клиническая психотерапия невротических расстройств (Иванов Н. В., 1974; Зачепиский Р. А., 1979; Колосов В. П., 1979; Слуцкий А. С., 1985; Свядош А. М., 1997; Простомолотов В. Ф., 2000).
- Клиническая психотерапия зависимостей (Павлов И. С., 1974; Иванец И. В., Игонин А. В., 1976; Новиков В. С., 1976).

- Клиническая психотерапия в комплексе с психическо-диетической терапией (Полищук Г. Л., Наирои Д. И., 1979; Гурвич, Бабенков С. К.), 1985).

Конечно, диетическая психотерапевтическая методика не может быть исчерпывающим и какой-либо универсальной. Психотерапия развивается очень стремительно. Часть информации «устаревает» уже к моменту издания книги. Нарождается огромное количество новых положений, теорий, методик. Но также быстро многие из них забываются. Оптимальный вариант издания специализированной литературы — когда новая информация сочетается с фундаментальными знаниями и проверенными временем технологиями.

1. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Основными подходами в психотерапии являются: психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический) и поведенческий (когнитивно-поведенческий). Рассмотрим подробнее особенности этих подходов и методы терапии в их рамках.

1.1. ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В соответствии с психодинамическим подходом, мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами.

1.1.1. Психоанализ

По Фрейд, личность состоит из трех компонентов. Первый — «ид» (ОНО) — резервуар бессознательной энергии, либидо. Оно включает бессознательные инстинкты, желания, импульсы (Эрос — инстинкт удовольствия и секса, Танатос — инстинкт смерти). «Ид» действует по принципу удовольствия.

Второй компонент личности — «эго» (Я). Это — разум. «Эго» ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. Оно действует по принципу реальности. Это исполнительная власть личности.

Третий компонент — «суперэго» (сверх Я), который развивается в процессе воспитания. Это наши «надо» и «нельзя». Он действует на основе морального принципа.

Инстинкты, разум и мораль могут не ладить между собой, возникают интрапсихические (или психодинамические) конфликты. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. В норме адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов и с эффективным их решением. Многочисленные тяжелые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Некоторые из этих конфликтов могут быть полностью или частично осознаваемы, но большинство из них не осознается. В таблице 1 приведены примеры интрансихических конфликтов.

Таблица 1

Примеры интрансихических конфликтов

Конфликт	ГриМСр
«Ид» против «МО»	Выорап, между милым немедленным но (награждением и большим, по отсроченным
«Ид» против «суперэго»	Вам переплатили, и Ш.И решаете, иерупн. ни рачницу
«Эго» против «суперэго»	Выбрать между реалистичным поведением и приверженностью к потенциально ценным или нереалистичным нормам
«Ид» и «эго» против «суперэго»	Решить, отплатить ли за нападение слабого оппонента, или сдержаться
«Ид» и «суперэго» против «эго»	Решить, действовать ли реалистично, если это противоречит и вашим желаниям, и вашим моральным убеждениям
«Эго» и «суперэго» против «ид»	Выбрать между желанием действовать согласно импульсу и невозможностью позволить себе это

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

1. Добиться у пациента инсайта психодинамического конфликта.
2. Проработать конфликт.

Для того, чтобы человек мог осознать свои комплексы и конфликты, необходимо вывести их в сознание,отреагировать. Осознанию мешают защитные механизмы, цензура «сверх Я»>.

Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, которая помогает защитить человека от неприятных эмоций. Каждый человек использует механизмы защиты в то или иное время, но чрезмерная опора на них создает проблемы.

Вытеснение — один из наиболее простых механизмов защиты, направленных на удаление из сознания неприемлемого содержания: чувств, мыслей, намерений к действию. Вытеснение производит «эго» или «суперэго». Однако, вытесненные в бессознательное, эти «комплексы» продолжают действовать на душевную жизнь. Для удержания их в бессознательном требуется постоянный расход энергии. Например, человеку предстоит неприятная миссия, и он «нечаянно» забывает номер телефона, по которому должен позвонить.

Регрессия — возвращение человека на более ранние стадии психосексуального развития. В эмоционально трудных ситуациях взрослый может вести себя как ребенок. Например, вера в таинственных духов, импульсивные реакции, безосновательный риск, агрессивные действия против авторитетов.

Отрицание — это попытка не принимать за реальность события, нежелательные для «эго». Например, алкогольная анозогнозия — отрицание своей зависимости от алкоголя.

Реактивное образование — защита, при которой поведение человека является противоположным его истинным чувствам. Например, мать может полностью подавлять раздражение, которое вызывает у нее ребенок, проявлять повышенную заботу о его воспитании, образовании, здоровье.

Проекция — подсознательное приписывание собственных предсудительных качеств, чувств и желаний другому человеку. Например, деловой человек, работающий нечестно, не доверяет своим партнерам; ребенок наделяет своими чувствами игрушку.

Замещение - смена объекта, на который направлены чувства, когда выражение чувств в отношении данного объекта чревато опасностью и вызывает тревогу. Например, на случайно подвернувшегося сотрудника человек выплескивает гнев, направленный на начальника.

Изоляция — это отделение психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний, Разрывается связь между мыслью и эмоцией. Например, при смерти близкого человек понимает, как велика утрата, но перестает на нее реагировать эмоционально.

Рационализация — это оправдание неприемлемых для личности желаний, чувств, мотивов. Не признавая действительных движущих сил поступков, человек стремится подыскать им социально одобряемое оправдание.

Интеллектуализация проявляется в том, что человек знает о наличии подавленных импульсов, но сами эти импульсы вытесняются.

В целом, механизмы защиты — это способы защиты человека от внутренних и внешних напряжений. Однако предполагается, что они искажают реальность и, если становятся слишком ригидными, затрудняют адаптацию и развитие человека. В процессе терапии защита снимается при одновременном укреплении «эго» для того, чтобы оно могло управлять поведением, не искажая реальности.

Классический психоанализ включает три основные технические процедуры: продуцирование материала, его анализ и формирование рабочего альянса.

Основными способами продуцирования материала являются: свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление. Так как доступ к бессознательному затруднен, З. Фрейд определил основные пути доступа к его содержанию: свободные ассоциации, оговорки, описки, ошибочные действия, сновидения, анализ переноса.

- Свободные ассоциации. Психотерапевт просит клиента или пациента говорить постоянно, высказывать свои всплывающие мысли, образы, чувства, опасения, сомнения. Пациент не должен специально думать о чем-то. Главное — не молчать. В дальнейшем проводится анализ «полученного материала».
- Сновидения. По Фрейду, сон способствует прорыву бессознательных процессов: «сновидения — прямая дорога к бессознательному». При анализе сновидений происходит попытка понять скрытый смысл символов, образов. Материал сновидений используется для идентификации и иллюстрации функционирования защитных механизмов
- Ошибочные действия. Оговорки, описки, ослышание — во всем действуют бессознательные тенденции, которые проявляются помимо воли человека.

Техника анализа включает в себя четыре процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию, тщательную проработку.

- Конфронтация заключается в том, что любое анализируемое явление должно стать очевидным для пациента. Например, прежде чем анализировать сопротивление, нужно показать пациенту, что оно у него есть.
- Прояснение имеет целью сфокусировать внимание на анализируемом феномене, обозначить его границы.
- Интерпретация — это перевод неосознанных феноменов в осознанные. Содержание интерпретаций должно тщательно готовиться, иначе оно может травмировать пациента и создать новую систему защит.
- Путь от интерпретации к пониманию обозначается как этап тщательной проработки. Это самый длительный по времени этап.

Терапевтический альянс предполагает рациональное взаимоотношение между пациентом и аналитиком. Аналитик способствует формированию рабочего альянса всем своим поведением, делает акценты на эмпатии, понимании, недирективности. От пациента требуется искреннее желание подвергнуться анализу, определенные способности и особенности личности.

В процессе лечения психотерапевт стремится интерпретировать защитные механизмы, которые затемняют старые конфликты, так, чтобы пациент мог вновь, но уже сознательно, пережить их вместе с болезненными аффектами, связанными с травмирующим опытом. Оживлению подобных переживаний мешает сопротивление, которое ослабляется с помощью интерпретаций. Движущей силой терапевтического процесса является трансфер (перенос). Его развитию способствуют потребность пациента вновь пережить опыт прошлого в настоящей жизни, перенося на психотерапевта чувства, испытанные к первичным объектам, пассивность аналитика, свободные ассоциации пациента, интерпретация защит и трансфера. Трансфер может быть положительным и отрицательным, эротическим и агрессивным, эдиповским, объектным и нарциссическим. Выделяют два основных вида контртрансферных реакций: согласующийся контртрансфер (аналитик эмпатически переживает эмоциональное состояние пациента) и дополнительный контртрансфер (аналитик эмпатически переживает эмоциональное состояние какой-то значимой личности в жизни пациента).

1.1.2. Индивидуальная психология Адлера

А. Адлер придавал большое значение сформулированному в детстве чувству неполноценности по отношению к взрослым. Он понимал невроз как защитный стиль жизни, сформировавшийся в рамках «невыгодной семейной органической конституции». В процессе воспитания ребенок строит жесткие и неэффективные модели поведения — «ложные апперцептивные схемы». Чувство неполноценности приводит к попыткам добиться превосходства. Такая компенсация может быть гомогенной (объект и средство компенсации находятся в одной сфере) и гетерогенной (объект и средство компенсации не соответствуют друг другу). Невротическая симптоматика, делинквентное поведение, алкоголизм, наркомания — примеры компенсации на бесполезной стороне жизни.

Динамика личности, по Адлеру, приобретает различную направленность в зависимости от соотношения основных структурных факторов: чувства неполноценности, стремления к превосходству и социального интереса. Если чувство неполноценности не компенсируется чувством превосходства, то возрастает страх перед людьми, враждебность к окружающим. Если же стремление к превосходству преобладает, человек замыкается в своем «Я», презирает других людей. Со-

циальный интерес является врожденной потребностью быть связанным с миром людей.

Излечение невроза Адлер видит как осознание индивидом своей конечной цели, понимание ее неадаптивного характера, дискредитацию ошибочной апперцептивной схемы, переориентацию со стремления к превосходству на развитие социального ни гереса. В терапевтическом процессе можно выделить три основные линии: выявление травматического опыта, явившегося отправной точкой невроза; анализ аранжировок конечной цели; развитие социального интереса.

Большое значение придается самому раннему воспоминанию человека. Анализ ранних воспоминаний позволяет увидеть формирование жизненных установок, тенденций, жизненных стереотипов.

Другая проективная методика — написание «истории жизни». Эта техника позволяет понять жизненный сценарий пациента, его индивидуальную мифологию. Выясняется, что помешало реализации честолюбивых замыслов пациента, в чем проявляется его доминировать, чего он боится больше всего.

В анализе сновидений, в противоположность Фрейд, Адлер видел будущее, желание, цель к действию, попытку решить проблемы комплексов. Особенно информативными считаются повторяющиеся сюжеты сновидений, которые отражают попытки удовлетворения фрустрированных потребностей.

В ходе терапии из вышеуказанных проявлений извлекаются ошибочные апперцептивные системы. Критерием эффективности терапии является не просто понимание причины невроза, а изменение в реальной жизни пациента.

1.1.3. Аналитическая психотерапия Юнга

Юнг рассматривает невроз как остановку на пути саморазвития личности, как неудачную попытку гармонизировать бессознательную и сознательную сферу личности. Бессознательная сфера делится на личностную и коллективную. Личностная бессознательная приобретается из личного опыта и включает эмоционально окрашенные комплексы. Коллективное бессознательное — это сверхличное, надиндивидуальное бессознательное, оно включает архетипы.

Первый этап терапии — анализ Персоны — наиболее поверхностного архетипа. Персона защищает проявление нашей индивидуальности, Самости. Пациент должен выделить собственные потребнос-

ти, найти свой способ взаимодействия с внешним миром. Второй этап — снятие влияния Тени, когда пациент сталкивается с ней, он переживает тревогу, стыд, в сновидениях видит отвратительных животных. Пациент должен принять свою Тень и вступить с ней в диалог. Депотенциализация Тени отдаёт её стихийную силу разуму. Третий этап — встреча с Анимой (Анимусом). Депотенциализация Анимы происходит через проекцию, чаще всего используется метод амплификации. Пациенту предлагают сосредоточиться на образе сновидения или фрагменте фантазии и выявить связанную с ними символическую продукцию (рисованием, танцем и т. п.). Символ по Юнгу — это слово или изображение, которое обладает специфическим дополнительным значением к своему обычному смыслу. Символы сновидений выражают то, что человек забыл в бодрствующей жизни, не осознаёт в отношениях с людьми, неосознанно желает. Осваивая символы бессознательного, человек опережает их появление в сознании без трансформации сознанием.

1.1.4. Характерологический анализ Хорни

Хорни является одним из ярких представителей неопсихоанализа. По Хорни, человек стремится к удовлетворению своих желаний, к самореализации. Фрустрация этих потребностей приводит к регрессу на уровне всепоглощающего стремления к безопасности — базальной тревоге, формирующейся у ребенка под влиянием среды. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одной из трех типов защитных реакций: движение к людям (беспомощность), против людей (агрессивность), от людей (отгороженность).

Идеальное Я заставляет человека ставить перед собой недостижимые цели, а переживание неизбежной неудачи еще больше снижает самооценку. Безжалостные внутренние требования, терзающие человека, Хорни называет «тиранией долга». Из-за них человек перестает воспринимать и удовлетворять свои истинные потребности.

Цель терапии — раскрыть Идеализированное Я, помочь человеку осознать различные факторы всего существования, освободить его тенденцию к самореализации, переориентировать его мысли, чувства и жизненные планы на реальность. Аналитическую работу Хорни дополняет самоанализом пациента и психосинтезом — интеграцией конструктивных сил пациента в процессе саморазвития и установления дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей.

1.1.5. Патогенетическая терапия

Создателем патогенетической психотерапии является психиатр и психолог В. Н. Мясищев. Патогенетическая терапия П. П. Мясищева является единственным динамически ориентированным подходом в России.

Свой метод он развил на основе разработанном им концепции психологии личности. Личность характеризуется прежде всего как система отношений человека к окружающей действительности. Самое главное и определяющее личность — ее отношения к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. В. Н. Мясищев выделяет четыре компонента характеристики личности:

1. Достигающие отношения личности. С ними связаны вопросы, для чего живет человек, что является для него смыслом жизни, руководит ли им социальный идеал блага или цели личного преуспеяния.
2. Психический уровень человека. Это уровень его желаний, уровень его достижений. Определить данный уровень — значит ответить на вопрос, чего достиг человек, каковы его возможности.
3. Динамика реакций личности. Она соответствует тому, что в психологии называется темпераментом, а в физиологии И. П. Павлова — типом высшей нервной деятельности.
4. Взаимосвязь основных компонентов или общая структура личности. Сюда относятся пропорциональность, гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, т. е. соотношение различных свойств психики.

В. Н. Мясищев рассматривал невроз прежде всего как функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни. В основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего. Потеря работы, смерть близкого, неудача в достижении цели и т. п. — являются источником болезненного переживания лишь в том случае, когда они занимают центральное или, по крайней мере, значимое положение в системе отношений личности к действительности. Переживание становится патогенным, когда противоречие или несоответствие между потребностью и возможностью ее удовлетворения продуктивно не разрешается. Патогенность ситуации заключается в неумении рационально (или продуктивно) преодолеть трудность или в неспособности отказа

от неосуществимых стремлений. Функциональная дезорганизация личности сказывается в нарушении как сложных, высших, психосоциальных форм поведения, так и более элементарных физиологических реакций.

В. Н. Мясищев описал три основных типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический.

- Неврастенический конфликт — это противоречие между актуальными возможностями личности и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу. Такой характер противоречия чаще всего наблюдается в условиях психогенного возникновения неврастенического синдрома.
- Истерический конфликт встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений, или когда действительность выдвигает требования, идущие вразрез с субъективными требованиями личности. Характерная картина патологической переработки такого противоречия встречается при истерическом синдроме.
- Обсессивно-психастенический тип конфликта наблюдается, когда человек заболевает в условиях противоречивых влияний и вырастающих отсюда противоречивых личностных тенденций. Личность как бы внутренне расщепляется, и этот «внутренний конфликт», внутреннее раздвоение, характерно для невроза навязчивых состояний. Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный случай этих внутренних конфликтов.
- Смешанный тип конфликтов. Патогенные ситуации могут меняться и быть множественны. Так, человек может напрягаться сверх меры и вместе с тем быть в сильнейшем конфликте, например, нести напряженную и ответственную работу, отрицательно относясь к ней, быть неудовлетворенным своим положением и испытывать острое чувство неполноценности. Возможны и другие комбинации конфликтов.

Задачи патогенетической психотерапии отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса: от изучения личности пациента через осознание к изменению, т. е. коррекции нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного функционирования личности (Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский). Терапия проводится в следующем порядке:

1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни. Большинство пациентов убеждены в том, что их болезнь имеет органические причины. Пациенту необходимо разъяснить результаты медицинского обследования, характер объективно обнаруженных функциональных расстройств.

2. Осознание психологических причин и механизмов болезни:

- объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство. Пациенту необходимо доказать, что функциональные симптомы зависят от внешних психогенных факторов, носят временный и устранимый характер;
- установление различий между поводами и причинами расстройств. Добившись понимания пациентом функциональной природы расстройств, врач меняет тематику проводимых собеседований. С этого момента они должны касаться как можно меньше собственно нарушений и как можно больше их психогенных причин, выявленных в процессе патогенетического анализа;
- анализ конфликта (анализ требований и желаний пациента и его окружения и осознание конфликта). Главное, что требуется сделать, — это довести до сознания пациента положение, что неврозы возникают не в результате одностороннего воздействия на человека психотравмирующих факторов, а в результате двустороннего взаимодействия с ними. Пациента следует постепенно подводить к осознанию своего вклада в развитие конфликтной ситуации, изучая вместе с ним компоненты его конфликта.

3. Решение конфликта. Продуктивное разрешение патогенной ситуации многие психотерапевты ставят в зависимость от нахождения рационального выхода из нее. Воплощение в жизнь найденного рационального выхода начинается в процессе психотерапии, а завершается позже — за пределами психотерапевтической среды, в процессе социально-трудовой реадaptации.

4. Реконструкция системы отношений. Осознание пациентом своих неправильных отношений является недостаточным для достижения стойкого терапевтического изменения. Более того, изменение отношения пациента к конкретной ситуации или к человеку, непосредственно вовлеченному в конфликт, также может оказаться недостаточным, если не подвергнута реконструкции система отношений пациента в целом, если не пересмотрены его жизненные позиции, установки, убеждения.

Достигнутые терапевтические изменения, новые образцы поведения должны быть генерализованы за пределы психотерапевтической среды и закреплены в условиях реальной жизни пациентов: в быту, в семье, в производственном коллективе.

Патогенетическая психотерапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах.

1.1.6. Голотропная терапия С. Гроффа

С. Грофф построил свой оригинальный подход к работе с бессознательной сферой, исследуя феномены измененных состояний сознания. Вначале он работал с ЛСД, но после запрета ЛСД в США взял на вооружение дыхательные техники сибирских шаманов. В переводе автора, это терапия, направленная на восстановление целостности. Она опирается на концепцию Юнга о коллективном бессознательном, которое является источником самоизлечения. Метод сочетается с изотерикой (йога, буддизм).

Человек, погружаясь в измененное состояние сознания, получает особый «трансперсональный» опыт, где отсутствуют реальные взаимосвязи восприятия объективной реальности в привычных образах, ощущениях, формах. Эти состояния дают возможность глубинным психическим структурам разрядить негативные аффекты, нереализованные влечения, снять заблокированные тенденции к восстановлению гармонии.

С. Грофф выделил три уровня жизни человека:

1. Перинатальный (внутриутробный).
2. Биографический (реальная жизнь).
3. Трансперсональный (исторический период развития человека).

В перинатальной области находятся «системы конденсированного опыта» — динамические констиляции эмоций, ощущений и восприятий, связанные не только с процессом рождения, но и с

другими моментами биографии. Переживания смерти и возрождения проявляются в четырех типичных формах — базовых перинатальных матрицах.

I базовая перинатальная матрица в случаях нарушения беременности (у матери пациента) проявляется тревогой и страхом, видениями демонических сюжетов, состоянием отравленности. В психопатологии ей соответствует парафрения.

II базовая перинатальная матрица отражает начало родов с переживаниями безысходности, пойманное™ в ловушку, с видениями ада, апокалипсиса, мучительными чувствами вины и неполноценности, бессмысленности мира. Матрица соответствует эндогенной депрессии, нигилистическому бреду Котара, алкоголизму, **наркоманиям, пептической язве.**

III базовая перинатальная матрица связана с продвижением плода по родовым путям. Пациенты переживают смесь невыносимых страданий и экстаза, участвуют в садомазохистских оргиях, испытывают муки Христа и т. п. Родственные психопатологические симптомы — тревожная депрессия, садомазохизм, гомосексуализм, невроз навязчивых состояний, конверсионная истерия, импотенция, фригидность.

IV базовая перинатальная матрица отражает момент рождения, сопровождается видениями огромных ярко освещенных полпленни, чувством спасения, счастья. Соответствует мессианскому бреду, маниакальной симптоматике, эксгибиционизму.

В терапии используется гипервентиляция под специальную музыку с ограниченным применением телесного вмешательства. Терапевт (фасилитатор) обеспечивает вначале информирование, релаксацию и медитацию. Групповая сессия проводится в затемненном изолированном помещении лежа на матах. Ассистенты (ситтеры) сидят рядом со своими подопечными, сопереживают, стимулируют дыхание с помощью прикосновений. В заключительной части сессии участники обмениваются опытом переживаний.

Основной излечивающий механизм — выведение, разрядка вытесненных комплексов, переживаний, а также эффект ребефинга, т. е. эффект заново родившегося, сбросившего груз прошлого, освежающего и стимулирующего пробуждение резервных сил организма, вовлечения тех структур мозга, которые раньше пребывали в пассивном состоянии.

1.2. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ (ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ) ПОДХОД

Согласно этому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. Именно личное восприятие реальности в каждый конкретный момент детерминирует поведение человека. У каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала — в личностном росте, -- хотя среда может блокировать этот рост. Феноменологи подчеркивают, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если не пытаться взглянуть на мир глазами этого человека. Гуманистическая психотерапия подразумевает, что:

- лечение есть встреча равных людей;
- улучшение наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия;
- наилучший способ создания таких условий — безусловное принятие и поддержка пациента;
- пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения (D. Bernstein, E. Roy).

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются клиент-центрированная терапия Карла Роджерса, гештальт-терапия Фредерика Перлза, логотерапия, психодрама, аутогенная тренировка.

1.2.1. Гештальттерапия Ф. Перлза

Основоположник этого направления в психотерапии Ф. Перлз в 1952 г. организовал Институт гештальттерапии в Нью-Йорке. Каждый организм стремится к достижению состояния полного функционирования. Под «гештальтом» Перлз понимает интеграции множества факторов, действующих в данный момент. Когда человек осознает свои насущные потребности и желания, из них выстраивается четкая фигура, для которой потребности прошлого и будущего являются фоном. Если потребность не удовлетворяется, гештальт остается незавершенным, возникает фиксация на фигуре, которая мешает воспринимать и удовлетворять и другие потребности. Неуправляемость незавершенных гештальтов мобилизует интеллектуально-волевой контроль, который все больше подавляет спонтанные эмоции и потребности. Так, по Перлзу, развивается невроз.

Перлз выделяет три зоны осознания: внешний мир, внутренний мир тела, мир мыслей и фантазий. Основным психотерапевтический механизм при гештальттерапии — это сознание, его тренировка в этих трех зонах. Перлз различает пять механизмов нарушения процессов саморегуляции:

- 1) интроекция,
- 2) проекция,
- 3) ретрофлексия,
- 4) дефлексия,
- 5) конфлуенция.

Интроекция — восприятие без личностной переработки. Наиболее ранние интроекты — родительские поучения, некритически усвоенные и неотличимые от собственных убеждений. Такой вид контакта приводит к усвоению ненужных, чуждых, иногда и вредных типов поведения, эмоциональных форм реагирования. При интроекции граница контекста переносится внутрь человека.

Проекция — человек отчуждает присущие ему качества, не соответствующие его «Я-концепции», отдаляет от себя неприемлемые желания, мысли, свойства и приписывает их другим людям, перекладывает на них ответственность за свои поступки. Человек с таким видом контакта часто употребляет местоимение «они» вместо «я». При проекции контакт вынесен наружу.

Ретрофлексия — человек направляет на себя то, что хотел бы сделать другому или хотел получить от других. Например, агрессия по отношению к себе, обвинения себя во всем, жалость к себе. При ретрофлексии направленность контакта изменяется: вместо направленности к среде — направленность к себе.

Дефлексия — это уклонение от реальных контактов, замена их ритуальными формами общения, болтливостью, сглаживанием конфликтов. Крайняя степень дефлексии — изоляция.

Конфлуенция — полное слияние, сглаживание различия, выражающееся в стирании границ между Я и окружением, конформности и симбиозе. Этот вид контакта характерен в детстве, когда ребенок не отделяет себя от среды, от родителей. У взрослых такой контакт сохраняется, но может приобретать патологические формы.

В результате действия описанных механизмов личность дробится на упрощенные дихотомии: мужское — женское, активное — пассивное, зависимость — отчужденность, рациональность — эмоциональность и др. Приемы, техники сознания, их тренировка призваны устранить эти патологические формы контакта и восстановить есте-

ственные, непосредственные формы контакта и свободного взаимодействия со средой, привлекая внутренние саморегулирующие механизмы без блокирования процесса сознания.

Основные принципы гештальттерапии:

- принцип «сейчас» — прошлое и будущее существуют лишь как акты воспоминаний или фантазий;
- принцип «Я — ТЫ» — прямая конфронтация мобилизует «настоящесть» переживаний;
- принцип субъективации высказываний — «что-то давит в груди» переводится как «Я подавляю себя»;
- континуум сознания — концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний со всеми его составляющими: ощущениями, чувствами, мыслями, действиями.

Важную роль играет восстановление аутентичности. Для этого пациенту необходимо пройти пять уровней:

1. Первый уровень — *шисе*. Действия заменены ритуалами. Клиент или пациент не живет непосредственно контактом со средой. Контакт носит шаблонный, формальный характер.

2. Второй уровень — *игра* роли с поиском подходящего по сценарию партнера. Контакт носит тоже непосредственный характер. Это могут быть роли благодетеля, супермена, святой невинности и т. д., Пациент играет эти роли, не являясь таким по сути.

3. Третий уровень — *тупик*, когда человек оказывается без роли и переживает чувство пустоты и страха смерти (уровень фобического избегания). В контакте снимается шаблонность, отбрасываются привычные формы контакта и роли. Человек не получает одобрения от других, а сам еще не способен на самоподдержку.

4. Четвертый уровень — внутренний взрыв (имплозия). Отмечается взрыв подавленных чувств — горя, гнева, радости, оргазма.

5. Пятый уровень — осознание (эксплозия). Оно способствует соприкосновению с глубинной сущностью личности (самостью). Освободив чувство своей «самости», человек способен переживать и выражать свои истинные чувства и эмоции.

Технические процедуры в гештальттерапии называются играми и представляют собой эксперименты с различными ролями, отождествления со значимыми чувствами, отчужденными субличностями и интроектами. Цель игр — закрытие гештальтов. Критерием достижения цели является «ага-переживание». Наиболее известны следующие игры:

1. Фокусирование на той части, которая выражает неосознанное переживание. Клиенту предлагается говорить от ее имени.

2. Челночная техника: клиент садится то на «горячий стул», обращаясь к воображаемому собеседнику на «пустом стуле», то усаживается на «пустой стул», меняя роль на значимого другого или собственную субличность.

3. Незаконченное дело: клиенту предлагается покончить с каким-то чувством. Например, начать диалог со слов: «Я обижен ...».

4. Проективная игра: клиенту предлагается играть роль другого человека, например того, кого он жалеет.

5. Реверсия: «душечке» предлагается сыграть роль «стервы».

6. Упражнения на воображение. Например, «Антикварная лавка», в которой пациент идентифицируется с определенными предметами.

Г^штальттерапия (последние годы — в сочетании с транзактным анализом) широко применяется для групповой терапии неврозов, для лечения психосоматических расстройств и личностного развития.

1.2.2. Клиент-центрированная терапия Роджерса

К. Роджерс считал главным в психотерапевтическом процессе «помогающие отношения». Важно именно не делать что-то с клиентом, а быть с клиентом. Более важны не техники, а какие мы в отношениях с клиентом. Он использовал метафору парного танца, в которой ведет клиент, а сопровождает его психотерапевт.

Согласно Роджерсу, по мере осознания Я у ребенка развивается потребность в положительной оценке значимыми другими. В дальнейшем удовлетворение или фрустрация данной потребности начинает переживаться независимо от взаимодействий с окружающими и обозначается как самооценка. Ради сохранения положительной оценки индивид прибегает к фальсификации своих переживаний, воспринимает их по критерию ценности для окружающих. Вследствие такой неконгруэнтности (несоответствия) между Я и опытом возникают неконгруэнтность в поведении и процесс защиты (в первую очередь — отрицание и искажение). Если степень неконгруэнтности велика, то защита не срабатывает, развивается тревога, которая может стать личностным радикалом.

Роджерс занимает анозологическую позицию, считая любые нозологии излишними и даже вредными. Для формирования терапевтической триады психотерапевт:

1. Переживает понимание внутренней системы координат клиента (эмпатия). Эмпатическое понимание клиента, эмоциональное созвучие его состоянию, настрой внутреннего мира психотерапевта на мир переживаний клиента создает у клиента понимание и чувство, что ему сопереживают, входят в его мир.
2. Переживает безусловную положительную оценку клиента (принятие) без негативных оценок и осуждений.
3. Является конгруэнтным в отношениях (аутентичность). Психотерапевт акцентирует внимание не на проблемах клиента, а на состоянии его внутреннего мира, переживаниях в настоящий момент. Это проявляется единством чувственных переживаний с мимикой, пантомимикой, модуляциями голоса, внутренним настроением в целом.

В динамике терапевтического процесса клиент все свободнее выражает свои мысли и чувства, они имеют все большее отношение к Я, клиент все чаще различает объекты своих чувств, все чаще замечает несоответствие между каким-либо переживанием и своей концепцией Я, осознает угрозу такого несоответствия, осознает чувства, от которых раньше защищался отказом или искажением. Неприемлемые ранее чувства включаются в концепцию Я, углубляются переживания, при этом ослабляются механизмы защиты, различаются реальные угрозы и безусловное положительное отношение терапевта, клиент все отчетливее чувствует безусловную положительную самооценку. Источником его представлений о себе все больше являются его собственные ощущения, его реакция все реже зависит от предполагаемой оценки окружающих. Все чаще как удовлетворительные оцениваются те стимулы и собственные действия, которые сохраняют и усложняют организм и Я как в настоящем, так и в будущем.

Психотерапия по Роджерсу может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме (групповые встречи). Введенное им понятие «основной встречи» предполагает индивидуальное развитие вследствие того, что члены группы могут свободно выражать свои собственные чувства и принимать в свой внутренний мир чувства других членов группы.

1.2.3. Логотерапия В. Франкла

В. Франкл понимает невроз как результат подавления потребности в самоактуализации, которая является основным источником де-

тельности человека. Человек должен быть тем, кем он может стать, причем от природы он добр и «человечен».

Франкл считает основной врожденной потребностью человека стремление к поиску и реализации смысла своей жизни: человеку требуется не гомеостаз, а борьба за достойную жизнь. Основные человеческие ценности: творчество, переживания, отношения. Конфликты между этими ценностями являются нравственными; экзистенциальная фрустрация приводит к ноогенному неврозу, коренящемуся в духовной сфере существования человека. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться в виде стремления к власти или удовольствиям (сексуальным, пищевым и др.). Результатом может стать невроз, неврогическое развитие личности, психосоматическое заболевание, алкоголизм и другие зависимости. Поэтому логотерапия показана для широкого круга расстройств.

Специфическим методом логотерапии является парадоксальная интенция. Она построена на том, что пациент или клиент должен захотеть, чтобы осуществили то (при фобии) или чтобы он сам осуществил то (при obsессии), чего он так опасается. При этом парадоксальное предложение должно быть сформулировано по возможности в юмористической форме. При этом сталкиваются и взаимно нейтрализуются страх перед гиперболизированной опасностью и ирония по поводу доведенной до гротеска тревожной реакции. Например, человек с опасениями покраснеть при выступлении перед аудиторией, должен «захотеть» это сделать, предложить себе «покраснеть настолько, насколько это возможно, стать красным, как рак, чтобы это было заметно всей аудитории».

Психотерапевт в логотерапии не навязывает свое мировоззрение. Чтобы подтолкнуть пациента к открытию им собственного смысла жизни, используется сократовский диалог. В то же время личность самого терапевта играет важную роль в качестве успешного образа свободного, самодетерминирующегося человека.

1.2.4. Психодрама

Основоположником психодрамы считается Я. Морено, который считал причиной расстройств нарушения усвоения ролей, системы отношений человека с миром. Под психодрамой понимается метод, который использует инсценирование личного опыта через проигрывание ролей на сцене в специально созданных условиях, направленных на

активизацию психических процессов участников. Разыгрывая психодраматические для себя ситуации, человекотреагирует заново, откроет что-то новое для себя, в ситуации происходит особое озарение, он расширяет свой ролевой репертуар. Обязательными элементами психодрамы являются:

- режиссер — постановщик психодрамы. Это специально подготовленный психотерапевт;
- протагонист — главное действующее лицо, чья проблема проигрывается;
- вспомогательные игроки — партнеры протагониста, которые могут играть людей, предметы (часы, игрушки и т. д.), эмоции (страх, гнев и т. д.);
- зрители — все остальные члены группы;
- сцена — пространственная организация психодраматического действия.

В психодраме различают три фазы: разогрев, действие и обмен чувствами.

1. В фазе разогрева режиссер выбирает протагониста, чья драма будет разыграна, или сами участники вызываются на эту роль. Главная цель этой фазы — представить проблему в конкретном виде, с точной соотношенностью времени и места действия.

2. В периоде действия происходит инсценирование психодрамы. В идеальном случае это приводит протагониста к катарсису и инсайту,

3. В фазе обмена участники делятся чувствами и переживаниями для того, чтобы помочь протагонисту преодолеть возможное ощущение изолированности от группы или неприятный осадок от долгого пребывания на виду. Это фаза самораскрытия и диалога участников, стадия подведения итогов, осмысления сделанных открытий. При удачном обмене чувствами у каждого участника всплывает собственный материал для психодрамы. И усиливается чувство групповой сплоченности.

Наиболее известными техниками разыгрывания психодрамы являются:

- Замена ролей (обмен ролями между двумя участниками). Техника «пустого стула», «идеального другого» и др.
- Дублирование (вспомогательный игрок вербализует мысли и чувства, которые протагонист затрудняется выразить). Техника «множественные двойники».

- Зеркальное отражение (вспомогательный игрок вторично проигрывает какие-то моменты поведения протагониста, тот наблюдает из зала).
- Монолог (протагонист вербализует свои мысли и чувства вслух для зрителей). Техника «в сторону».
- «За спиной» (обсуждение действий, мыслей и чувств происходит как бы в отсутствие протагониста, хотя он среди зрителей).
- «Статуя» (протагонист выражает свои чувства, взгляды через зримые образы, составленные из членов группы).
- «Психодраматический бодибилдинг» (протагонист выбирает помощников для исполнения ролей различных частей его тела).
- Сновидения (на сцене проигрываются сновидения протагониста).

1.2.5. Аутогенная тренировка

В настоящее время психотерапия, развиваясь, синтезируясь, имеет тенденцию сглаживать или терять очертания основных свойств различных методик. Появились психотерапевтические приемы кабинета психологической разгрузки, релаксации, которые работают по принципу отпуска процедур, но нельзя подменять эти понятия с аутогенной тренировкой. Аутогенная тренировка — это самовоспитание с помощью специальных упражнений. Каждое внешнее воздействие (гетеросуггестия) преобразуется индивидом в самовнушение (аутосуггестия). Человек развивает в себе ряд важных качеств:

1. Умение полноценно отдохнуть за короткое время.
2. Самообладание.
3. Способность научиться быстро засыпать.
4. Саморегуляция произвольных функций организма (например, деятельности системы кровообращения),
5. Повышение трудоспособное[™], в частности памяти, путем концентрации мыслей в определенное время.
6. Уменьшение интенсивности болевых ощущений путем устранения переживания боли (неподавления болевых симптомов).
7. Самонастрой путем самовнушения.
8. Самокритика и самоконтроль через самоанализ.

Аутогенная тренировка была предложена И. Шульцем для терапии неврозов. Автор выделял две ступени аутогенной тренировки:

- низшая ступень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания;
- высшая ступень — аутогенная медитация — создание гипнотических состояний различного уровня.

В настоящее время существует множество модификаций методики Шульца.

Аутогенная тренировка показана при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Она может с успехом применяться в терапии неврастении, психогенных сексуальных расстройств, расстройств сна, невротических расстройств речи и фонации. Наилучшие результаты применения аутогенной тренировки отмечены в тех случаях, когда расстройства связаны с эмоциональным напряжением и спазмом гладкой мускулатуры. Многие исследователи отмечают низкую эффективность аутогенной тренировки при истерии, когда есть своеобразная «желательность» болезни. Сравнительную резистентность обнаруживают больные с ипохондрией, компульсивными расстройствами, психастенией.

Широкое применение аутогенная тренировка получила в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях.

Противопоказана аутогенная тренировка при состояниях неясного сознания и бреда, наличии личностных особенностей (истерическая психопатия, неустойчивые, инфантильные личности), недостаточном интеллектуальном уровне. Не рекомендуется применение аутогенной тренировки во время обострений соматических заболеваний и вегетативных кризов.

Низшую ступень аутогенной тренировки по Шульцу составляют шесть стандартных упражнений. Они должны выполняться пациентами в одной из трех поз:

1. Положение сидя — «поза кучера». Человек сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги слегка расставлены.

2. Положение лежа на спине. Голова лежит на низкой подушке. Руки, несколько согнутые в локтевых суставах, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз.

3. Положение полулежа. Тренирующийся свободно сидит, облокотившись на спинку. Руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены.

Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты. Упражнения выполняются путем мысленного повторения 5—6 раз соответствующих формул самовнушения вслед за руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой «Я совершенно спокоен».

1. Упражнение «Тяжесть». Вызывается ощущение тяжести в руках, ногах, что сопровождается расслаблением поперечнополосатой мускулатуры. Формулы:

«Правая рука тяжелая».

«Левая рука тяжелая».

«Обе руки тяжелые».

Подобные формулы для ног. Окончательная формула:

«Руки и ноги тяжелые».

2. Упражнение «Тепло». Вызывается ощущение тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервации конечностей. Формулы аналогичны первому упражнению, вместо внушения тяжести внушается тепло. Окончательная формула:

«Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

3. Упражнение «Регуляция деятельности сердца». Цель упражнения — регуляция ритма сердечных сокращений. На первом этапе повторяются предыдущие упражнения, следующая формула внушения:

«Сердце бьется спокойно и сильно» (для легко возбудимых личностей — «Сердце бьется спокойно и ритмично»).

Результат упражнения оценивается путем измерения пульса. Если изменения пульса незаметны пациенту, предлагается положить правую кисть на область сердца, правый локтевой сустав на уровне грудной клетки, левая рука вдоль тела.

4. Упражнение «Регуляция дыхания». Оно направлено на нормализацию и регуляцию дыхательного ритма. После первых трех упражнений используется формула:

«Дыхание спокойное», «Мне дышится легко».

При выполнении этого упражнения должно быть достигнуто такое состояние дыхания, как при плавании в легких волнах лежа на спине.

5. Упражнение «Регуляция деятельности органов брюшной полости». Необходимо сконцентрировать внимание на солнечном сплетении (на задней стенке живота приблизительно на середине расстояния между пупком и нижним краем грудины).

После проведения первых четырех упражнений используется формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

При некоторых затруднениях при выполнении упражнения может помочь представление, что воздух при выдохе растекается по брюшной полости.

6. Упражнение «Голова». После выполнения первых пяти упражнений используется внушение:

«Мой лоб приятно прохладен».

Возможно ощущение легкого движения воздуха с прохладой.

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение на внушение тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда ощущение тепла начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит 2 недели. Весь курс первой ступени аутогенной тренировки занимает около 3 месяцев. Большое внимание уделяется самостоятельным занятиям пациентов, которые должны проводиться ими дважды в день по 15—20 минут.

Высшая степень аутогенной тренировки направлена на оптимизацию высших психических функций. Ее упражнения должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения низшей ступени, направленные преимущественно на вегетативные функции, Шульц считал только подготовкой к основному лечению — аутогенной медитации. Приемы самоочищения Шульц заимствовал из системы йоги.

1.2.6. Нервно-мышечная релаксация Джекобсона

Под термином «нервно-мышечная релаксация» понимается процесс выполнения индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность и сократительное напряжение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры. Этот метод был разработан американским психофизиологом Э. Джекобсоном (1922). Он заметил, что эмоциональному возбуждению соответствует мышечное напряжение, причем определенному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение определенной группы мышц. Например, угнетенное настроение сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, а тревожное состояние и страх вызывают напряжение мышц губ, языка, глотки, гортани и затылочных мышц.

Система Джекобсона состоит из серии упражнений на напряжение и последующее расслабление определенных мышц и мышечных групп с целью достижения состояния глубокой релаксации.

Нервно-мышечная релаксация показала свою эффективность при лечении нарушений сна, эссенциальной гипертонии, головных болей, связанных с мышечным напряжением, субъективного чувства тревоги, фобий (в методе «систематической десенситизации»), для формирования более спокойной психологической установки и препятствия развитию чрезмерного стрессового возбуждения.

Методика Джекобсона предполагает:

1. Выработку с помощью концентрации внимания способности улавливать чувство напряжения в мышцах, когда оно имеется, и чувство м^нгочасного расслабления, а также снижение порога восприятия этих противоположных состояний мышц.

2. Обучение произвольному расслаблению напряженных мышечных групп, даже если напряжение в них незначительно.

Все мышцы тела делятся на 16 групп, для каждой из них имеется инструкция, помогающая добиться напряжения мышц данной группы:

- Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
- Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
- Недоминантная кисть и предплечье.
- Недоминантное плечо.
- Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.
- Мышцы средней трети лица: крепко зажмите глаза и максимально наморщите нос.
- Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.
- Мышцы шеи: наклоняйте подбородок к груди и в то же время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.
- Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально соедините лопатки книзу и к середине.
- Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.
- Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.
- Доминантная голень: максимально подтяните к себе ступню и разогните большой палец ступни.
- Доминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

- Недоминантное бедро.
- Недоминантная голень.
- Недоминантная ступня.

Упражнения начинают с приобретения навыков различения состояний максимального напряжения и возникающего вслед за этим физиологического расслабления. Упражнения проводятся в удобном наклонном кресле. В одной группе мышц упражнение может повторяться несколько раз, пока пациент не почувствует наступление полного расслабления.

Для успешного овладения методикой пациент должен выполнить упражнения самостоятельно в течение дня дважды, затрачивая на каждое упражнение по 15—20 минут.

1.3. ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ (КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ) ПОДХОД

1.3.1. Поведенческая терапия

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Watson, согласно которой, психическая деятельность человека должна исследоваться путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма. По И. П. Павлову, условный стимул должен предшествовать по времени безусловному, нужная реакция подкрепляется награждением. Т. е. поведение есть функция его последствий. Далее развивая теорию Павлова, Торндайк и Скиннер (1953) разработали теорию оперантного обуславливания, согласно которой поведение контролируется его результатами и ожидаемыми положительными или отрицательными подкреплениями. Поведенческие терапевты рассматривали неврозы и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Критики изолированного применения поведенческой психотерапии видят ее основной дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений, т. е. в абсолютизации роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности.

Данный вид терапии широко применяется для больных с фобиями и компульсиями. Цель поведенческой терапии — улучшение или изменение, формирование новых способов действий, формирование механизмов, позволяющих человеку лучше себя контролировать и адаптироваться в окружающем.

Основной путь воздействия на поведение, исходя из теории оперантного обусловливания, это влияние на его результаты. Поэтому большое значение придается этапу поведенческой диагностики или функционального анализа. Оперантные методы используются для формирования нового стереотипа поведения, закрепления уже имеющегося стереотипа и ослабления нежелательного шаблона. При формировании нового стереотипа поведения применяются следующие специфические приемы:

- Шейпинг — поэтапное моделирование, при котором четко дифференцируется каждый последующий шаг действий в избранном направлении и точно определяются критерии его эффективности.
- Сцепление — использует представление о поведенческом стереотипе как цепи отдельных актов, где последнее звено, ближайшее к цели, рассматривается прежде всего.
- Фединг — постепенное уменьшение величины подкрепляющих стимулов для перехода от тренировок с терапевтом к тренировкам с окружающими людьми.
- Побуждение повышает уровень внимания и фокусировки на желательном стереотипе поведения. Выражается в демонстрации этого поведения и прямых инструкциях, центрированных на значимых объектах или нужных действиях с ними.
- Уменьшение нежелательного стереотипа поведения достигается с помощью наказания, угашения, насыщения. В качестве наказания применяют штрафы, которые сводятся к уменьшению числа позитивных стимулов при нежелательном поведении. Угашение основано на исчезновении реакции, положительно не подкрепляемой. Одним из вариантов угашения является лишение всех положительных подкреплений, наиболее эффективна при этом изоляция. Насыщение заключается в потере силы положительного подкрепления, если оно применяется слишком долго.

Основными техническими процедурами поведенческой терапии являются: систематическая десенситизация, методы, основанные на угасании, моделирование, тренинг поведения, позитивное подкрепление, аверзивная терапия и др.

Официальное начало поведенческой терапии связывают с именем Joseph Wolpe. Он определял невротическое поведение как «закрепившуюся привычку неадаптивного поведения, приобретенного в результате научения». Была разработана специальная техника, предназначенная для погашения условных автономных реакций, — систематическая десенситизация. Пациента обучают релаксации (прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону), затем составляют иерархию тревожащих образов или представлений в порядке их нарастания. Разыгрывая воображаемые ситуации, пациент продвигается в соответствие с составленной иерархией от наименее пугающих стимулов до наиболее устрашающих. При этом он учится заменять релаксацией ранее возникающую тревожную реакцию и остается на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Если процедура используется в условиях реальной фобогенной ситуации, она называется градуированной экспозицией.

Методы, основанные на угасании (иммерсия, погружение), заключаются в прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. К иммерсионным методам относятся «наводнение» (пациент вместе с терапевтом оказывается в ситуации, вызывающей страх, но безвредной для него), «имплозия» (методика наводнения в воображении, представление ситуаций страха), «парадоксальная интенция».

Моделирование — это обучение пациента желаемому поведению путем его демонстрации, моделирования терапевтом.

Тренинг самоуверенного поведения и социальных умений предназначен для неуверенных пациентов, не способных открыто выражать свои чувства и отстаивать свои права. Тренинг проводится в группах. В процессе занятий пациент убеждается, что самоутверждающее поведение приводит к изменению реакций окружающих, что подкрепляет такое поведение, приводит к повышению самооценки.

В методиках позитивного подкрепления используются принципы оперантного обусловливания для установления связей между поведением и его последствиями. При достижении той или иной цели поведения пациент получает позитивное подкрепление со стороны терапевта.

Техника вызывания отвращения (аверзивная терапия) использует принципы классического обусловливания. Например, лечение алкоголизма сочетанием небольших доз спиртного с веществами, вызывающими рвоту, или другие неприятные ощущения.

В типичных случаях длительность поведенческой терапии составляет 2—3 месяца (8—12 занятий), в конце лечения оценивается его эффективность, постепенно сокращается число занятий, уменьшается активность терапевта.

1.3.2. Когнитивная терапия А. Бека

Когнитивная терапия была создана А. Беком в 60-х годах 20 века. Когнитивную терапию объединяют с поведенческой следующие общие черты: эмпиричность, центрированность на настоящем, ориентировка на проблему, необходимость точной идентификации проблемы и "луации, в которой она возникает.

Начало когнитивной терапии связывают с деятельностью Д. Келли. Он решил создать техники для непосредственной коррекции неадекватных способов мышления, т. к. пришел к выводу, что причиной невротизации является именно неадаптивное мышление. В задачу терапевта тогда входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления. Эта цель лежит в основе терапевтических подходов когнитивной психотерапии. Когнитивная терапия предполагает, что проблемы пациента вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях. У каждого человека в когнитивном функционировании имеется свое слабое место — «когнитивная уязвимость», которая располагает его к психологическому стрессу. Эти «уязвимости» относятся к структуре личности. Личность формируется «схемами» или когнитивными структурами, которые представляют собой базовые убеждения или позиции. Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта. Люди формируют концепции о себе, других, мире. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и, в свою очередь, влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций. Схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными. Они становятся активными, когда включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами. У пациентов с пограничными личностными расстройствами имеются так называемые ранние негативные схемы, ранние негативные, ядерные убеждения. При наличии таких убеждений у этих людей легко возникают эмоциональные расстройства. При различных психопатологических состояниях (тревога, депрессия и др.) на переработку информации оказывает влияние сис-

тематическое предубеждение. Так, депрессивный пациент из информации, представляемой окружающей средой, выборочно синтезирует темы потери или поражения.

Например, так Бек описывает когнитивную триаду при депрессии:

1. Негативное представление о себе. Депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного.

2. Негативный взгляд на мир. Мир лишен удовольствия и удовлетворения.

3. Нигилистический взгляд на будущее. Депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы.

Неадаптивные мысли носят характер автоматичности, т. е. быстротечности, слабой осознаваемости, непризвольности. Схематически их можно обозначить как: А—В—С, где А — стимул, В — промежуточные автоматические мысли, С — реакция на стимул.

Цель когнитивной терапии — коррекция неадекватных кондиций. Выделяют четыре этапа терапии:

1. Идентификация неадаптивных мыслей методом сократовского диалога (вопросы ставятся таким образом, чтобы пациент давал лишь положительные ответы и сам пришел к принятию суждения, которое в начале беседы не принимал или не понимал).

2. Отдаление. Важно, чтобы больной разотождествил себя с этими мыслями, дистанцировался от них. Необходимо осознание пациентом того, что причина этих неадекватных мыслей в его определенном преднастрое, в укоренившемся ходе мыслей, оторванных от реальности.

3. Проверка обоснованности неадаптивных мыслей с использованием поведенческих техник.

4. Замена неадаптивных мыслей на адаптивные, внедрение их в повседневную жизнь путем тренировок, поведенческих действий.

Бек формулирует три основные стратегии когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие.

Эмпиризм сотрудничества заключается в том, что терапевт и пациент являются сотрудниками в исследовании фактов, которые подкрепляют или опровергают когниции пациента.

Сократовский диалог — тщательное составление вопросов для обеспечения нового научения с целью прояснить проблему, помочь пациенту идентифицировать мысли, изучить значения событий для пациента, оценить последствия поддержания неадаптивных мыслей и поведения.

Направляемое открытие с помощью «терапевта-проводника» приводит к модификации пациентом своих неадаптивных убеждений и предположений.

Коррекция автоматических мыслей включает следующие приемы:

- декатастрофизация (коррекция масштаба переживаний, снижение «катастрофичности» переживаемых событий);
- реатрибуция (проверка правильности автоматических мыслей при рассмотрении альтернативных причин событий);
- переформулирование (переопределение с негативных формулировок проблемы на позитивные);
- децентрализация (наблюдение за окружающими вместо тревожного ожидания неудачи);
- идентификация и коррекция дисфункциональных убеждений (выявление логического несоответствия).

1.3.3. Когнитивно-поведенческая терапия

Общим для поведенческой и когнитивной терапии является следующее:

1. Поведенческие и когнитивные терапевты не интересуются прошлым пациента, а сосредоточены на том, о чем он думает сейчас.
2. Психотерапевт в роли учителя: поведенческий терапевт учит новым способам поведения, когнитивный — новым способам мышления.
3. Оба способа дают домашние задания.
4. Оказывают предпочтение «неосложненному» теории личности пациенту.

Итак, мишенью поведенческого терапевта является изменение поведения, когнитивного терапевта — изменение мышления, восприятия себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то, и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

К когнитивно-поведенческой терапии относится **рационально-эмотивная терапия Эллиса**.

Рационально-эмотивная терапия имеет две цели:

1. Оказание помощи в устранении эмоциональных расстройств.
2. Превращение пациентов в более полно функционирующих, или самоактуализирующихся, индивидов.

Эллис рассматривает когниции и эмоции интегративно: в норме мышление включает чувства и в некоторой степени диктуется ими, а чувства включают когниции. Кроме того, мышление и эмоции взаимодействуют с поведением: люди обычно действуют на основе мыслей и эмоций, а их действия влияют на мысли и чувства.

Эллис разделяет когниции на холодные, теплые и горячие. Холодные когниции являются дескриптивными и предполагают наличие относительно слабого чувства или его отсутствие. Теплые когниции — это предпочтительные мысли и рациональные установки, которые включают в себя оценку холодных когниции, влияют на чувства и порождают чувства. Горячие когниции содержат резкие или высокие оценочные мысли и обычно предполагают наличие сильных или очень сильных чувств.

Расстройства в эмоциональной сфере являются результатом нарушений в когнитивной сфере. Эти расстройства Эллис назвал иррациональными установками, выделил четыре группы таких установок:

1. Установки долженствования. Некоторые люди убеждены в том, что в мире существуют некие универсальные установки, которые, несмотря ни на что, должны быть реализованы. Например, «мир должен быть справедливым», «люди должны быть честными». Такие установки часто выявляются в подростковом возрасте.
2. Установки преувеличения (драматизация, катастрофизация). При этих установках отдельные события оцениваются как катастрофические вне какой-либо системы отсчета.
3. Установка обязательной реализации своих потребностей. В ее основе лежит иррациональное убеждение в том, что, для того чтобы осуществиться и стать счастливым, человек должен обладать определенными качествами.
4. Оценочная установка. При этой установке оценивается личность человека в целом, а не отдельные его черты, качества, поступки. Кроме того, Эллис идентифицировал 12 основных иррациональных идей (Marzillier отмечает, что сейчас их число выросло до 27):
 1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
 2. Есть поступки скверные, порочные. И повинных в них следует строго наказывать.
 3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.
 4. Все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами.

5. Если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку,
6. Легче избегать ответственностей и трудностей, чем их преодолевать.
7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.
8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным (нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха).
9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.
10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для вас направлении.
11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.
12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

С точки зрения Эллиса, иррациональные установки — это жесткие эмоционально-когнитивные связи, они имеют характер предписания, требования, приказа. Обычно они не соответствуют реальности, что приводит к длительным, неадекватным ситуациям эмоций.

Согласно теории рационально-эмоциональной терапии, эмоциональное расстройство появляется тогда, когда индивиды имеют твердое убеждение в том, что их желания должны быть удовлетворены. Следовательно, основная цель психотерапии — «отказ от требований». Этапами терапии являются:

1. Выявление иррациональных установок.
2. Реконструкция системы убеждений на трех уровнях — когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

На когнитивном уровне: терапевт пытается показать пациенту, что ему лучше отказаться от перфекционизма. Он учит осознавать свои «должен», «надо», «следует», отделять рациональные убеждения от иррациональных, принимать действительность. Основная техника — научный опрос, сократовский диалог, когнитивный диспут.

На эмоциональном уровне: терапевт пользуется различными способами драматизации предпочтений и долженствований. Используется ролевая игра, моделирование, эмоционально насыщенное разубеждение.

На поведенческом уровне: используются поведенческие техники.

Рационально-эмотивная терапия проводится как в индивидуальной, так и в групповой формах.

1.3.4. Рациональная и разъяснительная терапия

Научное оформление метода и его описание дал швейцарский невропатолог П. Дюбуа (1912). Рациональная психотерапия ориентирована на актуальную жизненную ситуацию и устранение негативных внешних и внутренних влияний.

Цель рациональной и разъяснительной психотерапии — формирование у больных адекватной внутренней картины болезни, адекватного осознания природы расстройств, их сущности, познания закономерностей жизни в обществе, в микросреде больного, его личностного роста, налаживания полноценной жизнедеятельности.

Разъяснительная психотерапия должна носить характер доступности, наглядности, идти от более простых понятий, представлений к более сложным.

В рациональной психотерапии используется способность пациента проводить сопоставления, делать выводы, доказывать их обоснованность. Основная терапевтическая задача — снятие неопределенности, коррекция противоречивости в представлениях пациента о его болезни. В своем классическом варианте рациональная психотерапия особенно эффективна для лечения психастеников с болезненными сомнениями и ипохондрическими расстройствами.

Рациональная психотерапия помогает терапевту замечать, анализировать в высказываниях больных их бездоказательность, неправильность умозаключений, нарушения законов формальной логики, неправильное установление причинно-следственных отношений и формирование правильного, опосредованного отражения объективной действительности.

Основными, приемами рациональной терапии являются: объяснение и разъяснение, включающее истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учетом его механизмов, до этого игнорируемого больным и не включаемых в его «внутреннюю картину болезни», а также логически аргументированная коррекция неверных умозаключений больного.

Д. В. Панков предложил прием рациональной психотерапии, основанной на планомерном обучении больного законам логики и демонстрации в процессе этого обучения логических ошибок, способствовавших его дезадаптации в среде, и формированию у больного правильного и логического мышления.

2. ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ

Специфика групповой психотерапии, как самостоятельного метода, заключается в целенаправленном использовании в лечебных целях групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы.

Цели групповой психотерапии формулируются по-разному в рамках различных подходов. Общими целями являются:

1. Исследование психологической проблемы каждого члена группы оказание ему помощи в ее решении.
2. Изменение неадаптивных стереотипов поведения и достижение адекватной социальной адаптации.
3. Приобретение знаний о закономерностях межличностных и групповых процессов для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми (повышение социальной компетентности).
4. Содействие процессу личностного роста, реализации человеческого потенциала, достижению оптимальной работоспособности и ощущения счастья.
5. Устранение болезненных симптомов.

В процессе работы группы в ней складываются определенные нормы. Ведущий группы с самого начала знакомит участников с некоторыми принципами работы, стремясь к тому, чтобы эти принципы стали нормами группы. Реализация этих принципов-норм необходима для защиты участников от негативного группового опыта. К этим принципам относятся следующие:

1. Откровенность и искренность. В группе нужно не скрывать своих чувств, даже если они кажутся «неприличными». Нельзя говорить неправду. Если вы не хотите о чем-то говорить, то следует просто отказаться.
2. Отказ от использования «ярлыков». Участники группы должны стремиться к пониманию, а не к оценке.
3. Контроль поведения. Этот принцип выражается формулой: «Обо всем можно говорить, но не все можно делать». Нельзя бесконтрольно проявлять свои эмоции, прежде всего агрессивные и сексуальные.

4. Ответственность. Каждый участник группы берет на себя ответственность за других членов группы. Он принимает обязательства не пропускать занятия и не бросать группу.
5. Правило «стоп». Каждый участник имеет право без каких-либо объяснений остановить любой разговор, касающийся его личности.
6. Соблюдение конфиденциальности. Это требование невынесения за пределы группы информации интимного характера.
7. «Толерантность». Пациенты должны с терпимостью относиться ко всем откровенным суждениям других участников группы.
8. Каждая группа может вырабатывать и другие нормы, специфичные для нее.

По Кратохвилу, выделяются следующие роли психотерапевта в группе:

- Лидер. В этой роли психотерапевт открыто проявляет свою власть, оказывает постоянное воздействие на членов группы.
- Аналитик. В этой роли психотерапевт в распоряжении группы должен вести себя индифферентно, пассивно.
- Комментатор. Психотерапевт не руководит, не направляет, время от времени обобщает, комментирует происходящее в группе.
- Эксперт. Психотерапевт не принимает особого участия в работе группы, иногда подсказывает, что нужно делать. Он использует психотерапевтические приемы в удобный момент. Не навязывает свое мнение, но и не отказывается содействовать.
- Аутентичная личность. Психотерапевт является моделью для подражания, делает все для группы, делится своими проблемами, благодаря этому создаются психотерапевтические нормы.

Необходимым условием эффективности групповой терапии является групповая сплоченность. Ей способствуют: совпадение интересов участников группы (ожидание пользы от лечения); симпатии между участниками группы; дружеская атмосфера; влияние групповой деятельности; соперничество с другой группой; присутствие в группе девианта. Между членами группы возникают искренние, доверительные отношения. Очень важна возможность конструктивного проявления негативных чувств. Члены сплоченной группы готовы поддерживать отношения и поддерживать общение, даже когда налицо конфликтная ситуация.

Психотерапевтическая группа в своем развитии проходит несколько стадий (И. Ялом):

Первая стадия — ориентация и зависимость. Участники ищут рациональные основания для терапии, они встревожены и не понимают, какое отношение имеет деятельность группы к их личным проблемам. Они примеряются друг к другу и к группе в целом. Участники ждут руководства от ведущего, предполагая, что решение их проблемы — в правильном совете.

Вторая стадия — конфликт и протест. Интересы участников смешаются к доминированию, контролю и власти. Отношениям между участниками или между участниками и ведущим присуща конфликтность. Каждый старается прийти к такому уровню инициативы и власти, который является для него предпочтительным. Чаще звучат негативные комментарии и взаимная критика участников. Возникает враждебность по отношению к терапевту. Однако терапевт не должен бояться этой фазы, он должен поощрять такую конфронтацию, в противном случае возможно подавление важных противоречивых чувств.

Третья стадия — развитие сплоченности. Снижается напряжение, нарастает сплоченность, потребность в чувстве принадлежности к группе. Возникают общие нормы и ценности, теряет свое значение проблема авторитета и лидера, повышается ответственность и активность членов группы, способность к групповой деятельности и совместной работе.

Факторы лечебного действия групповой психотерапии:

- Универсальность. Проблемы пациента универсальны, т. е. в той или иной степени проявляются у всех людей, пациент не одинок.
- Акцептация, или принятие (эмоциональная поддержка). Создается климат психологического понятия, присущий и индивиду, и группе. Проявляется в том, что каждого слушают и пытаются понять и принять таким, какой он есть.
- Альтруизм. Пациент не только помогает себе, но и помогает другим. Он ощущает себя полезным, необходимым для других. Это помогает преодолеть болезненную сосредоточенность на себе.
- Отреагирование, катарсис. Это сильное проявление аффекта, которое создает условия или предпосылки для дальнейшего развития.
- Самораскрытие (самоэксплорация). Пациент становится откровенным, проявляются скрытые мысли. Пациент раскрывает самого себя в процессе терапии.
- Обратная связь (конфронтация). Пациент воспринимает других членов группы так, как они его воспринимают и как они на него

воздействуют. На основе дифференцированной обратной связи человек учится дифференцировать свое поведение.

Инсайт. Означает понимание, осознание человеком связей.

Коллективный эмоциональный опыт. Это естественные переживания актуальных отношений или ситуаций, благодаря которым происходит коррекция неправильного обобщения, сделанного в прошлом на основе болезненных переживаний.

Проверка нового поведения, проверка реальностей. Люди учатся вести себя, наблюдая за другими.

Предоставление информации. Человек получает информацию в процессе наблюдения.

3. ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ

Сегодня трансактный анализ представляет собой один из классических вариантов современного психоанализа. Он разработан как специальный метод групповой психотерапии. Конечная цель трансактного анализа — принятие ответственности, владение собой, достижение автономии, отказ от поведения, не относящегося к делу, самостоятельное определение своей судьбы. Главная цель — научить человека жить, полностью реализуя себя, и быть счастливым в изменяющемся мире.

Классический трансактный анализ состоит из пяти больших разделов:

1. Анализ фиксированных экзистенциальных позиций (основных, базовых представлений человека о себе, своем месте в обществе и окружающем мире).
2. Структурный анализ (исследование составных частей личности и взаимодействий между ними, как осознаваемых, так бессознательных).
3. Анализ взаимодействий, посвященный вариантам межличностного общения.
4. Анализ психологических игр.
5. Анализ неосознаваемых планов жизни, или жизненных сценариев.

Выбор фиксированной жизненной позиции каждого человека осуществляется семьей, ближайшим окружением и самим человеком. Это происходит с первых мгновений жизни и завершается к семи годам. Возможны четыре варианта основных жизненных установок:

1. «Я не благополучен — Вы благополучны». Уже в первые дни с момента рождения ребенка у него начинает формироваться установка неблагополучия. Это может зависеть от самой обстановки и процедуры рождения в окружении незаинтересованных и недовольных людей, от внимания родителей к младенцу, от воспитания в семье, яслях, детском саду, школе. Человек считает, что его жизнь немного стоит в отличие от жизни других.
2. «Я не благополучен — Вы не благополучны». Это позиция безнадежного отчаяния, когда жизнь бесполезна и полна разочарований. Установка неблагополучия складывается у ребенка, лишен-

ного внимания, заброшенного. Человек считает, что как его жизнь, так и жизнь других людей вообще ничего не стоит.

3. «Я благополучен — Вы не благополучны». Это установка надменного превосходства. С человеком трудно общаться, он стремится подавлять, принижать, он использует других. Например, такая установка может сформироваться, когда семья всячески подчеркивает превосходство младенца над другими ее членами и окружающими людьми. Человек свою жизнь считает весьма ценной и не ценит жизнь другого человека.

4. «Я благополучен — Вы благополучны». Это оптимистическая установка удачливой, здоровой личности. Человек считает, что жизнь каждого человека стоит того, чтобы жить и быть счастливым.

В транзактном анализе личность человека подразделяется на три части. Выделяются Родительское, Взрослое и Детское состояния:

Родитель — это внешняя, авторитарная реальность детских лет человека. Его основные функции: сохранение традиций, опыта прежних поколений. Родитель — хранитель этических норм и морали. Он ответственен за автоматические решения и действия, когда не нужно или нет времени думать. Можно выделить Поощряющего Родителя и Карающего Родителя. В тех условиях, когда Родительское состояние полностью заблокировано и не функционирует, человек лишается этики, моральных устоев и принципов, родительского инстинкта.

Взрослое состояние постоянно получает, накапливает, обрабатывает и хранит информацию из внешнего мира, собственного организма, собственной психики, мыслит и принимает решения в соответствии с поступившей информацией, приспосабливается к окружающему миру. В случае преобладания Взрослого состояния с полным подавлением других составляющих психики человека, он становится рациональным, объективным, способным просчитать наиболее адаптивное поведение. Это сухой и очень рациональный человек. Взрослое состояние не развивается, когда за человека все решения принимают другие. Когда Взрослое состояние заблокировано и не функционирует, человек живет в прошлом, он не способен осознать изменяющийся мир.

Детское состояние представляет собой зафиксировавшуюся внутреннюю реальность детства каждого человека, его желания, страхи, радости, заблуждения, его опрометчивые поступки, любопытство, чувства и эмоции. В случае полного преобладания Детского состояния человек становится чувственным, радостным, беззаботным, его жизнь превращается в череду простых удовольствий. Когда Детское состоя-

ние заблокировано, человек лишается многих простых радостей и удовольствий, он лишен основных внушений. Это мрачный, консервативный, все просчитывающий тип. Детское состояние проявляется в двух вариантах — Спонтанный Ребенок и Воспитанный Ребенок.

У развитой личности между Родителем и Ребенком стоит Взрослый. Он посредничает между ними.

Все люди, за некоторым исключением, играют в игры. Игры — это последовательность действий, часто заученных, на первый взгляд очевидных, но со скрытой мотивацией. Проще говоря, игры — это ряд движений с ловушкой. Для того чтобы понять игру, нужно обязательно раскрыть ее антитезис, т. е. внешнее освобождение от игры. Различают три степени игр:

- игры первой степени приняты в обществе, не скрываются и не приводят к тяжелым последствиям;
- игры второй степени скрываются, не приветствуются обществом, приводят к ущербу, который нельзя назвать непоправимым;
- игры третьей степени скрываются, осуждаются, ведут к непоправимому ущербу для проигравшего.

Неосознаваемый план жизни называется жизненным сценарием. Анализируя сценарии, необходимо упомянуть о «качелях жизни». Это метафорическое наименование типичного для каждого человека явления в социальной жизни, когда, достигнув вершины одного социального периода, мы переходим в другой и оказываемся в самой низкой его точке. Анализ сценариев — кропотливый, но увлекательный труд. Один из вариантов конструирования будущего — это технология самореализуемого пророчества.

4. ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

Существует ряд психотерапевтических методик, уделяющих внимание главным образом телесным ощущениям. Это техники и методы телесной терапии. «Телесные» терапевты утверждают, что большинство психологических методов слишком рассудочны, что физиологическому функционированию организма присуща своя мудрость. Этим они подчеркивают значение интеграции тела и языка. Разновидностями телесной терапии являются:

- терапия В. Райха (биоэнергетика);
- метод Фельденкрайса (формирование лучших телесных привычек — походки, осанки);
- структурная интеграция И. Рольфа (рольфинг) и др.

По Райху, характер состоит из привычных установок и отношений пациента. Он включает сознательное мировосприятие, идеи и ценности, стиль поведения, привычные физические позы и движения и пр. Райх полагал, что каждое характерное отношение имеет соответствующую ему физическую позу, и что характер человека выражается в его теле в виде мышечной ригидности или мускульного панциря. Его функция — защита от неудовольствия. Хронические мышечные зажимы блокируют три основных биологических возбуждения: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. Мышечный панцирь организуется в семь основных защитных сегментов, которые образуют горизонтальные кольца под прямым углом к позвоночнику:

- глаза;
- рот (мышцы подбородка, горла и затылка);
- шея (глубокие мышцы шеи и язык);
- грудь (широкие мышцы груди, плеч, лопаток, грудная клетка, руки с кистями);
- диафрагма (собственно диафрагма, солнечное сплетение, различные внутренние органы, мышцы нижних позвонков);
- живот (широкие мышцы живота и мышцы спины);
- таз (все мышцы таза и нижних конечностей).

Органная энергия (от слов «организм» и «оргазм») естественно течет в теле человека вверх и вниз параллельно позвоночнику. Кольца панциря препятствуют этим потокам энергии. Защита служит ограничением как свободного потока энергии, так и свободного

выражения эмоций. То, что вначале возникает как защита против захлестывающих чувств возбуждения и напряжения, впоследствии становится физической и эмоциональной смирительной рубашкой. Терапия по Райху состоит, прежде всего, в распускании панциря в каждом из сегментов, начиная с глаз и заканчивая тазом. Каждый сегмент более или менее независим, и с ним можно действовать отдельно. В распускании мышечного панциря должны использоваться три вида средств:

- Накопление в теле энергии посредством глубокого дыхания.
- Прямое воздействие на хронические мышечные зажимы (давление, зашипование, массаж), чтобы расслабить их.
- Поддержание сотрудничества с пациентом в открытом рассмотрели сопротивлений и эмоциональных ограничений, которые при этом выявляются.

Психологический рост личности Райх рассматривал как процесс рассасывания физического и психологического панцирей, постепенного становления более свободным и открытым человеческим существом, обретением способности наслаждаться полным и удовлетворяющим оргазмом.

Метод Фельденкрайса предназначен для восстановления естественной грации и свободы движений, которой обладают все маленькие дети. Он говорил, что любой акт деятельности включает мышечную работу. Отсюда следует, что всякое психоэмоциональное состояние отпечатывается на матрицах нервно-мышечной системы и вызывает изменение последней. Отрицательные переживания и стрессы приводят к определенной деформации той или иной группы мышц, которые, становясь хроническими блоками, оказывают обратное отрицательное влияние на психическую сферу и образуют порочный круг. Терапия заключается в работе с паттернами мышечных движений, помощи человеку найти наиболее эффективный способ движения и устранить ненужные мышечные напряжения и неэффективные паттерны, которые вошли в привычку в течение многих лет. Упражнения обычно начинаются с небольших движений, постепенно соединяющихся в большие и более сложные паттерны. Цель метода — развить легкость и свободу движений в каждой части тела.

Рольфинг — это физическое вмешательство, которое используется для психологической коррекции личности. Это система, стремящаяся вернуть телу правильное положение и правильные линии посредством глубоких и часто болезненных вытягиваний мускуль-

ных фасций, с использованием глубокого массажа пальцами, суставами пальцев и локтей. Цель рольфинга — привести тело к лучшему мышечному равновесию, к лучшему соответствию линиям тяжести, ближе к оптимальной позе, при которой можно провести прямую линию через ухо, плечо, бедренную кость и лодыжку. Это приводит к более уравновешенному распределению веса основных частей тела, к более грациозным и эффективным движениям.

5. СИМВОЛОДРАМА

Основоположник символодрамы — Х. Лейнер. Основной момент работы — «... воображаемые прогулки по ландшафту и переживания природы, которые воздействуют на воспоминания и чувства пациента». В процессе этого на фоне представлений всплывают в определенных символах действия, переживания, оказывающие воздействие на пациента (конфликтные и травмирующие переживания). По сути дела, это механизм вскрытия вытесненных, бессознательных конфликтов через соответствующие представления в воображении, сновидения наяву. Существует шесть принципов работы с образами:

1. Принцип конфронтации. Клиента побуждают быть смелым и противостоять образам, которые вызывают тревогу. Успешное противостояние ведет к трансформации и устранению тревоги.
2. Принцип трансформации. Превращение пугающего объекта в нечто более приемлемое. Новый объект часто демонстрирует значительный психологический рост.
3. Принцип кормления. Там, где конфронтация не подходит, предложите накормить пугающую фигуру, чтобы та сделалась ленивой и сонной.
4. Принцип примирения. Клиент становится другом враждебной символической фигуры, обращаясь к ней и прикасаясь к ней.
5. Принцип магической жидкости. Ручей или река представляют собой поток психической энергии и потенциал эмоционального развития. Купание в реке или питье из нее часто оказывается целебным.
6. Принцип изнурения и убийства. Следует применять только опытному терапевту, потому что очень часто оно представляет собой нападение на самого клиента.

На первом этапе символодрамы пациент или клиент находится в кресле или на кушетке и ему предлагается расслабиться (сеанс релаксации или транса). На втором этапе даются мотивы. Все символы могут быть классифицированы на 8 групп:

- природа,
- животное,
- человек.
- сделанное человеком,

- религия,
- мифологическое,
- абстрактное,
- индивидуальное / спонтанное.

В соответствии с этим, предлагаемые мотивы стандартны:

Первый уровень:

- луг,
- река,
- гора,
- дом,
- лес,
- розовый куст.

Второй уровень:

- книга,
- пещера,
- вместилище,
- меч,
- дракон,
- ментор.

Третий уровень:

- лев,
- субличности,
- спящая красавица,
- вулкан,
- пустыня,
- ведьма / колдун.

Наводящими вопросами необходимо способствовать возникновению символических проявлений. На первых этапах работы избегать их толкования и не давать возможных вариантов их толкования. Здесь важно вызвать ассоциативные образы и наблюдать эмоциональные реакции на эти образы, переживания. Происходит осознание через символы конфликтов, проблем и выход из этого состояния, разрядка аффектов на бессознательном уровне.

6. ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Ярким представителем позитивной психотерапии является Н. Пезешкиан. Один из главных тезисов позитивной психотерапии: «Смотри на человека, как на прииск с драгоценными камнями, которым нет цены». Этот метод учит понимать скрытые в каждом из нас возможности творческого воссоздания мира и потрясающую перспективу раскрытия самого себя.

Позитивная психотерапия является формой краткосрочной психотерапии, которая рассматривается с точки зрения межкультуральных и междисциплинарных аспектов, базирующихся на глубоких психологических знаниях. Человек развивает свои способности в тесной связи с окружающим миром. В основе концепции позитивной психотерапии лежит теория, согласно которой у каждого человека без исключения есть две основные способности — познавать и любить. Способность познавать — это способность учиться и учить. Из нее развиваются: пунктуальность, чистота, порядок, послушание, вежливость, честность, открытость, верность, справедливость, трудолюбие, бережливость, надежность, педантичность, добросовестность. Это так называемые актуальные способности.

Способность любить — это способность любить и быть любимым. Она ведет к развитию других способностей: таких, как любовь, умение быть образцом для подражания, терпение, время, контакты, нежность, сексуальность, сомнение, целостность.

Эти две основные способности разграничиваются и организуются в неизменную структуру основных качеств человека. Несмотря на социальные или культуральные различия, на неповторимость каждого человека, все люди пользуются типичными формами разрешения конфликта. Их четыре, и они связаны с четырьмя инструментами, или каналами познания (табл. 2).

Таблица 2

Соотношение средств разрешения конфликта и каналов познания

Канал познания	Средство
Тело	Разум
Деятельность	Понимание
Контакты	Традиции
Фантазия	Интуиция

Конфликт разрешается надлежащим образом, когда ни одна из четырех сфер не упускается из вида и собственная энергия приблизительно равномерно по ним распределяется.

За короткое время проведения позитивной терапии мобилизуется способность человека к самопомощи. В позитивной психотерапии выделяют 5 ступеней, которые следуют одна за другой и взаимодействуют друг с другом:

1. Наблюдение — дистанцирование. Во время конфликта человек видит только небольшие отрезки, не воспринимает картину целиком. Необходимо полно охватить картину, описать содержание конфликта, описать подробно ситуации, которые радуют и которые раздражают, в каких ситуациях проблемы возникают, а в каких нет, развивать альтернативы — как можно повести себя по-другому в определенном конфликте.
2. Инвентаризация. Речь идет о способе преодоления стресса и конфликта у клиента и у партнера. Для этого необходимо использовать вопросы и обсудить четыре сферы решения конфликта и задействованные актуальные способности.
3. Ситуативное одобрение (поощрение). Используются истории, притчи, поговорки, которые помогают изменить взгляд на вещи и уйти от постоянного обсуждения старых проблем.
4. Вербализация. Чтобы избавиться от безмолвия или словесного искажения конфликта с партнером, ступенчато отрабатывается процесс коммуникации по четким установленным правилам: поговорите с семьей, партнером, коллегами; познакомьтесь с мнением и позицией других и предложите собственные; ищите полезные для всех решения; обменивайтесь функциями и ролями в течение некоторого времени.
5. Расширение целей. Перестройка невротического сужения поля зрения: человек учится не переносить конфликт на другие сферы поведения, а ставить перед собой новые, еще не достигнутые цели, составляет жизненный план на будущее-

Пятиступенчатая модель позитивной психотерапии применяется при решении воспитательных проблем и супружеских конфликтов, лечении депрессии, фобии, сексуальных расстройств, психосоматических нарушений, коррекции личностных девиаций.

В позитивной психотерапии широко используются притчи, истории, мудрости, афоризмы. Это не только источник информации, но и «оазис расслабления», так как выполняет ряд функций:

- Функция зеркала для клиента.

- Функция посредника (медиатора).
- Функция модели (образца).
- Носитель традиций.
- Функция опосредования (истории, заимствованные из других культур).
- Источник регрессии.
- Функция контрконцепции (альтернативно концепции клиента).

Каждый читает и понимает истории по-своему, исходя из своей ситуации. Человека следует рассматривать не как отдельное живое существо, а в контексте его межличностных взаимоотношений, учитывая его транскультуральную ситуацию, которая делает его таким, какой он есть. Транскультуральный подход пронизывает всю позитивную психотерапию, он дает богатый материал для понимания индивидуальных конфликтов.

7. ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ

Терапия творческим самовыражением — клинико-психотерапевтический метод, предназначенный для лечения, прежде всего, психопатий и малопрогрессирующей шизофрении с дефензивными проявлениями. Клиническому термину «дефензивный» близки термины «психастеничность, астеничность, тормозимость» и т. п., означающие пассивно-оборонительную противоположность агрессивности. Основоположником метода терапии творческим самовыражением является М. Е. Бурно. Терапия творческим самовыражением, по М. Е. Бурно, — это лечебное преподавание элементов клинической психиатрии, психотерапии, естествознания в процессе разнообразного творчества пациентов (в индивидуальных встречах с психотерапевтом, в групповых и домашних занятиях, в реалистическом клинико-психотерапевтическом театре) с целью помочь пациентам научиться творчески (по-своему) выражать себя сообразно своим природным особенностям. В творческом общении с живописью, поэзией, прозой более или менее созвучных ему известных художников, в собственных творческих произведениях, в творческом общении с природой пациент чувствует и осознает свою особенность. Пациент, зная известные характерологические радикалы и находя их у себя, у товарищей по группе, у известных людей, находит свой путь вдохновенного самовыражения.

Конкретные методики терапии творческим самовыражением сплетаются, растворяются друг в друге. Это могут быть:

- Терапия созданием творческих произведений (рассказов, рисунков, фотографий).
- Терапия творческим общением с природой.
- Терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой.
- Терапия творческим коллекционированием.
- Терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое (общение с дорогими душе предметами детства, изучением истории своего рода и т. п.).
- Терапия ведением дневника и записных книжек.
- Терапия домашней перепиской с психотерапевтом.
- Терапия творческими путешествиями.
- Терапия творческим поиском одухотворенности в повседневном.

Первым этапом терапии творческим самовыражением является самопознание: изучение своих патологических расстройств, личностных особенностей и познание других характеров.

Второй этап — продолжение познания самого себя и других в творческом самовыражении с помощью вышеперечисленных методик. Обычно продолжительность второго этапа в 10 раз больше, чем продолжительность первого этапа терапии.

Терапия творческим самовыражением может проводиться в форме:

- индивидуальных бесед;
- повседневной домашней работы пациента;
- группы творческого самовыражения в «психотерапевтической гостиной».

Противопоказаниями к проведению терапии творческим самовыражением являются:

- психотическая суицидальная депрессия (чувство своей исключительной! безысходности углубляется в творческой обстановке);
- субдепрессия со стойкой суицидальной настроенностью;
- склонность к сверхценной или бредовой интерпретации в изучении элементов психиатрии и психотерапии;
- расстройства, противоположные по своему содержанию дефензивности (эпилептоидная, истерическая агрессивность).

8. ГИПНОЗ

Гипнотерапия — это лечение гипнотическим сном (гипнозом). Выделяют три классических степени гипноза по А. Форелю: сонливость, гипотаксия, сомнамбулизм.

1. Первая степень гипноза — гипнотическая сонливость. Человек с закрытыми глазами испытывает в этом состоянии чувство приятной расслабленности, тяжести и тепла во всем теле. Дыхание ровное и спокойное. Человеку не хочется двигаться, трудно двигаться. Слова гипнотизирующего слышатся четко и ясно, все остальное — в стороне, без внимания. Внушаемость в этом состоянии обычно повышена, но подчиняемое™ нет. Если гипнотизируемый сделает над собой усилие, он может открыть глаза, встать и уйти. Таким образом, эта стадия характеризуется отрешенностью от всего окружающего, самоуглубленностью, спокойствием и чувством просыпания при выведении из гипноза (человек не просто открывает глаза, а просыпается, т. е. возникает ощущение перехода из одного состояния в другое).
2. Вторая степень — гипнотическая гипотаксия. Возникает при углублении первой степени. Углубляется, делается более стойкой деперсонализация. Сознание по-прежнему ясное, не помраченное. Включается каталептический механизм, чувство тяжести и тепла сменяется чувством легкости и невесомости тела. Катаlepsия — мышечное напряжение с длительным сохранением положения, приданного телу. Гипотаксия отличается от сомнолентии и частичной подчиняемостью, которая заключается в том, что мы можем внушением запретить гипнотизируемому какое-то сознательное движение, но не можем внушить что-то против воли пациента.
3. Третья степень гипноза — гипнотический сомнамбулизм. Первые две степени гипноза есть, в сущности, деперсонализационный гипноз. Сомнамбулический гипноз — качественно иное состояние. При нем наблюдается аффективно-суженное сознание. Мир воспринимается сужено, в рамках избирательного рапорта с гипнотизирующим (что ему разрешим, то он и увидит из реальных предметов, что внушим — то и будет вокруг). Можно вызвать гипнотические галлюцинации, регресс возраста. Особый

интерес вызывает явление постгипнотического внушения с амнезией периода гипнотического состояния и внушений, сделанных в гипнозе.

Для проверки гипнабельности (а также внушаемости) существуют несколько общеизвестных проб:

- Падение вперед. Пациент вытягивается, как доска, ноги вместе, глаза закрыты. Психотерапевт, стоя лицом к пациенту, скользит пальцами вытянутых рук по его вискам, приговаривает: «Падаете, падаете вперед!». Выразительное падение, качание вперед-назад говорит о высокой внушаемости. Врач предупреждает пациента, что поддержит его, не даст упасть.
- Качание. Пациент в той же позе. Психотерапевт говорит ему, что при малейшем толчке спереди или сзади его потянет в ту сторону и чуть подталкивает его за плечо спереди или сзади.
- Замок. Пациент складывает руки, скрещивая пальцы так сильно, что руки слегка дрожат. Психотерапевт внушает, что трудно разорвать руки. Неспособность пациента «разорвать» руки говорит о высокой внушаемости.
- Маятник (опыт Бэкона). Пациент держит в руке нитку с небольшим тяжелым предметом на конце (металлический шарик, ключ). Глаза закрыты. Психотерапевт внушает, что маятник движется вперед-назад. Если все это отчетливо совершается — хорошая внушаемость.

Спокойный сеанс гипноза («гипнотическая песня») состоит из трех частей: погружение в гипноз, лечебное внушение в гипнозе и освобождение от гипнотического состояния (дегипнотизация). С годами у каждого психотерапевта складывается своя собственная «песня».

На этапе подготовки к сеансу складывается быстро ритуализирующаяся настройка пациента на переход в гипнотическое состояние, происходит актуализация каждым пациентом индивидуально значимых задач достижения определенных ощущений, состояний, переживаний.

На этапе гипнотизации пациенту сообщается сценарий гипнотизации и гипнотерапии. Пациент должен активно сосредотачиваться на желании войти в гипнотическое состояние. Сеанс может проводиться лежа на кушетке или сидя в удобном кресле. Пациенту описывают последовательность действий, которые будет выполнять терапевт, и ощущения, которые могут возникнуть у пациента. Следует подчеркнуть, что гипноз не является сном, что пациент может слышать слова терапевта.

На этапе гипнотерапии используются словесные внушения. В начале сеанса — это создание седативного эмоционального фона, в конце сеанса — создание активирующего фона (темпом речи, ее громкостью, модуляцией). Используются прямые мотивированные внушения чувств уверенности и спокойствия. Далее могут быть использованы патогенетические внушения (связывающие имеющееся патологическое болезненное состояние с имеющимся конфликтом; внушения, подчеркивающие обратимость страдания; внушения, кратко намечающие пути разрешения невротического конфликта).

Четвертый этап — дегипнотизация, т. е. выведение пациента из гипнотического состояния.

По длительности гипнотического сеанса различают:

- Обычный гипнотический сеанс (20—60 минут).
- Длительный гипноз — отдых (до 16—18 часов в сутки в течение 10—12 дней). Особенно показан при различного рода истощениях организма.
- Удлиненный гипнотический сон (1—4 часа). Каждые 15—20 минут врач заходит к спящим больным для лечебного внушения в течение 2—3 минут.

Помимо спокойного гипнотического сеанса существуют и другие способы гипнотизации, например, словесное внушение в сочетании с воздействием на зрительный анализатор (утомление взора блестящим предметом, метод фасцинации, шоковый способ Шарко); словесное внушение в сочетании с воздействием на слуховой анализатор (метроном, фракционный гипноз Фохта, шоковый способ Шарко); словесное внушение в сочетании с воздействием на кожный анализатор (гипнотический «массаж», пассы, способ Лагеса, способ Буля).

По мнению М. Е. Бурно, Осложнениями гипноза являются:

- Переход гипнотического сна в естественный сон.
- Истерический гипноид (переход гипнотического сомнамбулизма в выраженные истерические психотические расстройства с ослаблением или потерей рапорта).
- Спонтанный сомнамбулизм.
- Болезненное тяготение к гипнозу (очарованность гипнозом, «влюбленность» в психотерапевта и в гипнотическое состояние).
- Судорожный эпилептиформный припадок (у предрасположенных к припадкам эпилептиков).
- Провокация острого психотического состояния (чаще у больных шизофренией).

«Вплетение» гипноза в бред, сверхценные переживания (при гипнотизации бредовых или сверхценных пациентов).

Противопоказания к гипнозу:

Серьезные осложнения гипноза, которые в дальнейшем не удастся надежно предупредить никакими способами.

Всякая процессуально-бредовая или сверхценная настроенность пациента.

Нежелание пациента подвергаться гипнотизации.

Взволнованность, возбужденность пациента.

Случаи особого соматического неблагополучия.

Чувство обостренного интереса к гипнозу со стороны пациента (в таких случаях сеанс лучше отложить).

Резкая интоксикация, высокая температура, затемнение сознания" - у больного.

9. ЭРИКСОНОВСКИЙ гипноз

Говоря об эриксоновском гипнотерапевте, имеют в виду человека, который развил навыки гипнотизера до такой степени, что может ввести человека в транс во время обычной беседы, не употребляя слова «гипноз». Основной вклад в развитие данного вида гипноза внес М. Эриксон. Эриксоновский подход заключается в сотрудничестве: в данном случае ни гипнотизер, ни клиент не рассматриваются друг без друга. Поведение, мысли, желания клиента используются как основа для наведения трансa. В работе гипнотерапевт использует следующие основные положения:

- Всякая личность уникальна (т. е. гипнотерапевт руководствуется не своими теоретическими познаниями, а убеждениями клиента, его поведением).
- Гипноз — чувственное восприятие идеи. Эффективное гипнотическое внушение активизирует идеи, которые уже существуют в человеке. Задача терапевта — выявить эти идеи и использовать их как основу для возникновения гипнотического эффекта.
- Каждый человек располагает продуктивными ресурсами. Он наделен гораздо большими способностями, чем сам осознает. Более того, человек обладает достаточными ресурсами, чтобы быть счастливым и получать удовольствие от жизни. К сожалению, многие наши ресурсы разобщены с проблемами и желаниями, поэтому человеку трудно найти к ним доступ в повседневной жизни. Гипнотерапевт помогает пациенту использовать имеющиеся навыки и ресурсы для решения проблем.
- Транс активизирует эти ресурсы. Транс помогает человеку освободиться от тех жестких ограничений, которые у него существуют. Находясь в трансe, человек может найти выход из сложившейся трудной ситуации, увидеть новый вариант решения проблемы.
- Транс естественен. Состояние трансa знакомо каждому. Считается, что каждые 90 минут человек испытывает состояние трансa. Например, вы о чем-то задумались, ожидая автобус, зачитались увлекательной книгой. Или вспомните ваше состояние перед засыпанием.

При наведении трансa используется милтон-модель. Она необходима говорящему, чтобы быть «искусно неясным». Это дает воз-

возможность построить общую фразу таким образом, что она начинает звучать вполне определенно, позволяет осуществить подстройку к переживаниям клиента, дает возможность пациенту самому вложить в нее смысл. Используются следующие паттерны:

- Номинализация. Используются имена существительные, обозначающие понятия, которые нельзя осязать, видеть или слышать. Например, любопытство, любовь, знание, уважение («Вы обладаете глубокими познаниями»),
- Неконкретные имена существительные и местоимения. Существительное, о котором идет речь, не определяется («Многие делают это с закрытыми глазами, а некоторые при этом осознают определенные чувства»),
- Пропущенное условие. Гипнотерапевт не объясняет, почему данное явление оценивается именно таким образом («Здорово расслабляться в собственном ритме»).
- Неконкретные глаголы, например, знать, испытывать, делать, интересоваться («Вы можете вспомнить переживания из прошлого»).
- Чтение мыслей. Гипнотерапевт выстраивает предложение таким образом, будто он знает о внутренних переживаниях клиента («Вы, возможно, захотите узнать, что произойдет, пока вы входите в транс»),
- Универсальные количественные и модальные операторы («Вы можете чему-то научиться в данной ситуации»),
- Причинно-следственное моделирование или связывание явлений, не взаимосвязанных между собой. Для этого используются союз «и» («Я тоже рос в деревне, и поэтому хочу, чтобы вы сели на стул»); вводные слова и предлоги «когда, во время, с тех пор как» («В то время как вы удобно сидите на кресле, вы можете начать полностью расслабляться»); глаголы, указывающие на причинность («Мягкое кресло вынуждает вас расслабиться»).

Основные шаги в эриксоновской модели гипноза:

1. На первом этапе терапевт просит пациента определить, чего именно он хочет достичь. Далее, используя языковые паттерны, психотерапевт подготавливает пациента к трансу, фиксирует его внимание и взгляд.
2. На следующем этапе осуществляется диссоциация сознания и бессознательного, с использованием паттернов милтон-модели.

3. Продолжая углубление транса, гипнотерапевт обращает внимание на поведение клиента, его мимику, движения и сообщает ему об этом.
4. Используются внушения с отрицанием, дается установка на обучение.
5. Следующая ступень — использование транса. Гипнотерапевт связывает возможности научения с имеющимися внутренними ресурсами пациента.
6. Заключительный этап — переориентация. После этого клиента выводят из состояния транса, внушая ощущение бодрости, энергии, хорошего настроения.

10. НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

Нейролингвистическое программирование (НЛП) — одно из направлений психотерапии, основоположниками которого являются Р. Бендлер и Д. Гриндер. Оно возникло в начале 70-х годов прошлого века в США. Являясь математиком и лингвистом (соответственно), авторы поставили перед собой цель создать модель профессиональной психотерапевтической деятельности. В своих исследованиях они попытались «смоделировать» деятельность трех известных уже к тому времени психотерапевтов. Ими были основатель гештальттерапии Ф. Перлз, крупный специалист в семейной терапии В. Сатир и основатель одного из гипнотических направлений М. Эриксон. Само название - нейролингвистическое программирование — обозначает многомерную модель структуры и функции человеческого опыта. Т. е. на одном уровне описывается динамическое взаимодействие нервной системы, физиологии, языка и поведенческое программирование. «Нейро» — говорит об отношении к мышлению или чувственному восприятию (процессам, протекающим в нервной системе и играющим важную роль в формировании человеческого поведения), а также к нейрологическим процессам в сфере восприятия: зрения, слуха, тактильных ощущений, вкуса и обоняния. «Лингвистический» — отсылает нас к языковым моделям, играющим важную роль в достижении взаимопонимания между людьми. «Программирование» — указывает на тот способ, при помощи которого мы организуем свое мышление, включая чувства и убеждения, чтобы в конечном итоге достичь поставленных целей.

Суть НЛП заключается в том, что вы можете овладеть и навыками достижения личного совершенства точно так же, как навыками водить автомобиль, плавать или пользоваться компьютером.

Основные идеи и утверждения НЛП:

1. Карта — это не территория, которую она описывает. Мы обращаем внимание на те аспекты мира, которые нас интересуют, и игнорируем другие. Мир всегда богаче, чем те идеи, которые мы имеем относительно него. Фильтры, которые мы накладываем на наше восприятие, определяют мир, в котором мы живем.
2. Разум и тело — части одной и той же кибернетической системы.

3. Весь наш жизненный опыт закладывается в нервной системе, т. е. в нашем подсознании хранится все то, что мы когда-то испытали, пережили, видели, и все это мы можем использовать сегодня.
4. Субъективный опыт состоит из образов, звуков, чувств, вкусов, ощущений, запахов.
5. Самый тонкий элемент системы определяет ее стабильность, самый гибкий элемент определяет всю систему.
6. Смысл коммуникации заключается в той реакции, которую она вызывает. Неважно, какую реакцию мы хотели вызвать у собеседника, важно — какую вызвали.
7. Не бывает поражения, бывает только обратная связь.
8. Любое поведение представляет собой полученный выбор, доступный на данный момент.
9. Намерения любого поведения позитивны.
10. Каждый из нас обладает всеми ресурсами, нужными для достижения цели. Каждый создает собственную реальность. Т. е. каждый человек имеет все возможности создать себе «новую карту», если ему что-то не подходит.
11. Если хотя бы один человек на Земле умеет что-то делать, этому могут научиться все.
12. Вселенная, в которой мы живем, дружелюбна и изобильна. То есть надо научиться думать, что в этом мире столько всего, что «всем хватит для счастья».
13. Изменение может быть мгновенно.

Последовательность действий психотерапевта в НЛП следующая [Классен И. А., 2004]:

- На первом этапе психотерапевт собирает информацию о текущем и желаемом состоянии пациента.
- Следующая часть работы — установление раппорта, т. е. атмосферы доверия, гармонии, сотрудничества. Вместе с этим выясняется ведущая репрезентативная система пациента (аудиальная, визуальная, кинестетическая). Определяются естественные якоря и триггеры. Якорь — стимул, который связан с физиологическим состоянием и запускает его. Триггер — пусковой механизм, запускающий нежелательную реакцию. Для работы терапевт использует словесный расспрос, наблюдение за поведением (вербальные и невербальные реакции), определяет ключи доступа. Под ключами доступа понимаются неявно выраженные признаки, способные одновременно как вызвать действие, так и ука-

зывать, какой репрезентативной системой пользуется человек, когда мыслит. Ключами доступа могут быть: движения глаз, тон голоса, темп речи, поза, жесты и др.

- Далее психотерапевт помогает пациенту четко установить и хорошо сформулировать то, что пациент хочет получить (желаемый результат).
- На следующем этапе психотерапевт выбирает методы терапевтического вмешательства, которые приведут к переживанию желаемого состояния.
- В завершении работы терапевт переводит переживание в желаемое состояние с помощью выбранной техники или сочетания техник.

Техник, используемых в НЛП, много. В каком-то смысле каждая из них затрагивает уровень идентичности («новый образ себя»), поэтому выбор той или иной техники зависит от того, насколько «новый образ себя» выстроен самим клиентом. Очень важна работа на уровне убеждений и ценностей, так как только после изменения убеждений и изменения иерархии ценностей возможно решение проблемы, касающейся этих уровней. Важен учет личностных особенностей пациентов. Так, у неустойчивых, инфантильных личностей техники НЛП дают наглядный результат, эффективность, но они не носят стойкий характер, так как пациенты зависимы от среды, неустойчивы во всем. Истерическим личностям техники НЛП могут быть противопоказаны, так как тренируют механизмы возникновения моносимптомов. Чаще всего используются следующие техники НЛП:

- Техника «Якорения».
- Техника «Взмаха».
- Техника «Генератор нового поведения».
- Техника «Рефрейминг».

Для успешной работы в НЛП психотерапевт обязательно должен обладать следующими качествами: развитостью сенсорного опыта (умение чувствовать, видеть, наблюдать, ощущать невербальные сигналы пациента); гибкостью поведения (способность изящно менять методики для достижения конкретного результата, так как цель терапевта — фактически имеющийся опыт пациента следует перевести из ряда ограничений в ряд возможностей. В то же время, выбранный метод должен быть индивидуальным и приемлемым именно для конкретного пациента).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, обобщая вышесказанное, можно отметить:

- Психодинамически ориентированный подход рассматривает психическое расстройство как конфликт вытесненных в бессознательное первичных влечений и потребностей. Терапия строится на осознании внутриличностных конфликтов.
- Экзистенциально-гуманистическое направление видит в психическом расстройстве результат заблокированной основной потребности личности в самоактуализации. Задача терапии заключается в достижении адекватного целостного образа Я в процессе самоактуализации личности.
- Для бихевиористов психическое расстройство — это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного научения. Терапия рассматривается как переучивание.

Таблица 3

Сравнительная характеристика основных подходов психотерапии

Параметры	Динамический подход	Феноменологический подход	Поведенческий подход
1. Природа человека	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Человек имеет свободную волю и способен к самоактивности	Человек - продукт социального обучения, обуславливается и ведет себя на основе прошлого опыта
2. Основная проблема	Сексуальное подавление	Психическое отчуждение (собственных чувств, эмоций)	Тревога
3. Концепция патологии	Конфликт в сфере инстинктов	Расщепление «Я», рассогласование между мыслями, чувствами, поведением	Приобретенные стереотипы поведения
4. Концепция здоровья	Разрешение интрапсихических нарушений	Актуализация личностного потенциала, рост «Я», аутентичность, спонтанность.	Устранение симптома
5. Видоизменение	Глубинный инсайт (глубокое изучение себя)	Непосредственные переживания в данный момент	Прямое научение поведению в текущем настоящем
6. Временной подход	Исторический (субъективное прошлое)	Здесь и сейчас	неисторический (объективное настоящее)

Параметры	Динамический подход	Феноменологический подход	Поведенческий подход
1. Временной подход	Исторический (субъективное прошлое)	Здесь и сейчас	неисторический (объективное настоящее)
2. Задачи терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его значение	Взаимодействие в атмосфере полного принятия	Программировать, подавлять
3. Основные техники	Интерпретация (материал - сновидения, обыденное поведение, оговорки, описки)	Инкаунтер: встреча, равное участие в диалоге	Систематическая десенситизация, моделирование
4. Роль терапевта	Нейтральная (помогает исследовать пациенту свободные ассоциации)	Ускоритель роста личности	Учитель, тренер (помогает заменять дезадаптивное поведение на адаптивное)
5. Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферное (перенос), первостепенное для лечения	Связь реальная и первостепенная для лечения	Связь реальная, но второстепенная для лечения
6. Лечебная модель	Медицинская (врач-пациент). Авторитарная (терапевтический союз)	Общение двух равных людей. Эгалитарная модель - человеческий союз	Образовательная (врач - ученик), учебный союз, авторитарная модель

Основные правила психотерапии:

1. Психотерапия в комплексном подходе к лечению заболевания должна быть только предметом выбора, как и любой другой метод лечения.
2. Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимущества перед другими. Нет «хороших» или «плохих» методов психотерапии. Есть только хорошие и плохие психотерапевты.
3. Психотерапия не терпит косности. Отдельные методы психотерапии могут применяться самостоятельно или в комбинации с другими, сменять, дополнять или усиливать друг друга.
4. Психотерапия не эффективна, а иногда и вредна без обратной связи с больным, без учета имеющихся показаний или противопоказаний к тому или иному методу лечения.
5. Психотерапия должна быть индивидуализированной.
6. Любой, даже самый опытный психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и теоретическую базу, на которой эти методы основаны.

Иначе, работая «вслепую», он в лучшем случае станет ремесленником, в худшем - шарлатаном.

7. Психотерапия, так же как и любая другая отрасль клинической медицины, должна держаться на трех «кита»: клинике, знаниях (теории) и профессионализме.

Э. Берн выделил несколько основных типов психотерапевтов:

- **Фаллос в стране чудес.** Такой человек относится к своим пациентам, как к экзотическим созданиям с другой планеты. Он постоянно приходит в изумление от того, что они ведут себя так, как написано в книгах. Он — восторженный поклонник собственного мастерства и проницательности.
- **Делегат.** Этот человек знает все ответы, и, если его пациенты не излечиваются, никто не может подвергать его критике. За ним весь авторитет психотерапевтической традиции.
- **Улыбающийся бунтарь.** Такой человек всегда опаздывает, но это его не волнует. Он делает то, что считает нужным.
- **Клиницист, лечащий пациентов.** Он никогда не волнуется, не повышает голос, говорит только то, что должен сказать, спокойно и обдуманно,
- **Мастер жаргона.** Никто не знает гомосексуальное Эдипово инкорпорирование и сопротивление лучше него. Его пациенты представляют собой великолепно сконструированных роботов, и они абсолютно не осознают свои скрытые мотивации.
- **Консерватор.** Этот человек знает, что лучше не прерывать молчания и не перебивать пациента, когда он, возможно, готовится выразить аффект. Никто его не критикует, потому что нечего критиковать.
- **Ипохондрик.** Он не может пробовать что-либо новое, потому что это создает ему неудобства. Ему не приходит в голову, что он здесь затем, чтобы лечить пациентов, а не затем, чтобы ему было удобно. Он рационализирует свою неофобию на том основании, что не может хорошо делать свою работу, если испытывает неудобство.

Дж. Мармор (1998) выделяет семь общих знаменателей различных терапевтических подходов:

1. Хорошие отношения и сотрудничество между терапевтом и пациентом.
2. Ослабление напряжения на начальной стадии, связанное с надеждой на получение помощи.
3. Получение информации от терапевта.

4. Оперативное изменение поведения за счет одобрения или неодобрения терапевта.
5. Приобретение социальных навыков на модели терапевта.
6. Убеждение и внушение, в том числе скрытое.
7. Тренинг навыков адаптации при условии эмоциональной поддержки терапевтом.

В. В. Макаров определяет семь факторов эффективности психотерапии:

1. Ожидания пациента.
2. Значение для пациента лечения и излечения.
3. Характер проблем или заболевания пациента.
4. То, насколько клиент готов к сотрудничеству.
5. Ожидания терапевта.
6. Опыт терапевта.
7. Специфическое воздействие конкретных методов психотерапии.

Одна из тайн психотерапии состоит в том, что разные школы психотерапии, хотя и сильно отличаются одна от другой своими характеристиками, все они в той или иной степени добиваются успеха. Эта загадка решается, когда эффективные методы различных психотерапевтических подходов удается описать средствами одного комплекса терминов, что позволяет выявить черты сходства, существующие между ними, и дает возможность усваивать эти методы терапевту, принадлежащему любой школе.

Имеется одна особенность, характеризующая все формы успешной психотерапии, и заключается она в том, что в ходе терапии люди так или иначе изменяются. В различных школах это изменение обозначается различными словами (фиксация, излечение, рост, просветление, модификация поведения и т. д.). Но, каким бы словом не называлось это явление, оно так или иначе обогащает опыт человека и совершенствует его. Это неудивительно, так как каждая разновидность психотерапии претендует на то, чтобы помочь людям более успешно действовать в мире. Когда люди меняются, изменяется их опыт и модели мира. Независимо от применяемых техник и методов, разновидности психотерапии дают людям возможность изменить свою модель мира, а в некоторых психотерапевтических подходах, кроме того, происходит обновление части этой модели.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александров А. А.* Психотерапия. — СПб., 2004. — 480 с.
2. *Баскаков В. Ю.* Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии. - М., 2006. - 192 с.
3. *Берн Э.* Трансактный анализ и психотерапия. — СПб., 1992. — 320 с.
4. *Бурно М. Е.* Клиническая психотерапия. — М., 2000. — 720 с.
5. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. — М., 1989.
6. *Гриндер Д., Бендлер Л.* Структура магии. — М., 1995.
7. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. — М., 1985. — 672 с.
8. *Классен И. А.* Практическая психотерапия. — М., 2004. — 768 с.
9. *Макаров В. В.* Избранные лекции по психотерапии. — М., 2000. — 424 с.
10. *Павлов И. С.* Психотерапия в практике. — М., 2004. — 432 с.
11. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. — М., 1993. — 384 с.
12. *Старшенбаум В. Г.* Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. - М., 2003. - 968 с.
13. *Стюарт В.* Работа с образами и символами в психологическом консультировании. — М., 2005. — 384 с.
14. *Ъ/каев Р. Д.* Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. - М, 2006. -- 448 с.
15. *Шульц И. Г.* Аутогенная тренировка. — М., 1985. — 31 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ.....	7
1.1. Психодинамический подход.....	7
1.1.1. Психоанализ.....	7
1.1.2. Индивидуальная психология Адлера.....	11
1.1.3. Аналитическая психотерапия Юнга.....	12
1.1.4. Характерологический анализ Хорни.....	13
1.1.5. Патогенетическая терапия.....	14
1.1.6. Голотропная терапия С. Гроффа.....	17
1.2. Феноменологический (экзистенциально-гуманистический) подход.....	19
1.2.1. Гештальттерапия Ф. Перлза.....	19
1.2.2. Клиент-центрированная терапия Роджерса.....	22
1.2.3. Логотерапия В. Франкла.....	24
1.2.4. Психодрама.....	25
1.2.5. Аутогенная тренировка.....	26
1.2.6. Нервно-мышечная релаксация Джекобсона.....	29
1.3. Поведенческий (когнитивно-поведенческий) подход.....	31
1.3.1. Поведенческая терапия.....	31
1.3.2. Когнитивная терапия А. Бека.....	34
1.3.3. Когнитивно-поведенческая терапия.....	36
1.3.4. Рациональная и разъяснительная терапия.....	39
2. ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ.....	40
3. ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ.....	44
4. ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ.....	47
5. СИМВОЛОДРАМА.....	50
6. ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.....	52

7. ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ.....	55
8. ГИПНОЗ.....	57
9. ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ.....	61
10. НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ.	64
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	67
ЛИТЕРАТУРА.....	71

Учебное издание

**Оруджев Назим Яшарович,
Тараканова Елена Александровна**

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Редактор-корректор *М. Ю. Лепеско*

Художественно-техническое оформление
и компьютерная верстка *М. Н. Манохиной*

Директор издательства ВолГМУ *Л. К. Кожевников*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07. от 11.12.2007 г.

Подписано в печать 06.02.09. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Peterburg. Усл. печ. л. 4,42.
Уч.-изд. л. 3,76. Тираж 110 экз. Заказ 5Ц

Волгоградский государственный медицинский университет.
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1
Издательство ВолГМУ.
400131, Волгоград, ул. Рокоссовского, 1 г