

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное агентство по образованию
ГОУВПО
«Амурский государственный университет»

С.В.Смирнова

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ»
учебное пособие

Благовещенск, 2007

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

С.В.Смирнова

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Основы психотерапии» разработан для студентов очной и заочной форм обучения специальности 03.03.01-«Психология». Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007.

Учебное пособие составлено в соответствии с Государственным стандартом СД.Ф.01 ГОУВПО для специальности 03.03.01 и включает наименование тем, цели и содержание лекционных, семинарских и практических занятий; тестовые задания для контроля изученного материала; темы рефератов и вопросы для самостоятельной работы; вопросы для итоговой оценки знаний; тестовые задания для проверки в электронной форме остаточных знаний; список рекомендуемой литературы; учебно-методическую карту дисциплины.

Рецензент:

©Амурский государственный университет, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	5
2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	
2.1. СТАНДАРТ (ПО ПРЕДМЕТУ)	6
2.2. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	7
2.3.ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС	8
2.4. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА	94
2.5. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ И ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ	106
2.6.ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА	107
2.7. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ	108
2.8 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ	110
3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	
3.1. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	111
4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ	112
5.ТЕСТЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	113

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие интерес к психотерапии, особенно среди молодых врачей и психологов, резко возрос, и началось, с одной стороны, ее широкое проникновение в различные отрасли медицины, с другой - совершенствование традиционных и разработка новых организационных моделей психотерапевтической службы.

Однако параллельно шел процесс повышения «магического настроения» в массовом сознании, инициированный тем социальным и духовным кризисом, который переживает в настоящее время наше общество. Все это способствовало беспрецедентно широкому распространению так называемой альтернативной медицины. В теории и практике этого стихийного движения примитивная архаика странным образом уживается с новейшими технологиями, научно обоснованные концепции - с откровенно спекулятивными измышлениями и спекуляциями, апробированные терапевтические методики - с весьма рискованными экспериментами над человеческой психикой и физиологией.

Данный спецкурс разработан для студентов специальности «Психология», факультета социальных наук Амурского государственного университета.

Программа курса рассматривает основные вопросы и направления, современной психотерапии. В процессе изучения дисциплины проводится анализ целей, задач, принципов и категорий психотерапевтического воздействия .

Формирование у будущих специалистов теоретических знаний и практических навыков работы в клинико-психологической сфере во многом зависит от организации преподавателем учебного процесса по отдельной дисциплине, а учебно-методический комплекс учебной дисциплины одна из важных составляющих этого процесса.

Данное пособие составлено с учетом рекомендаций учебно-методического отдела АмГУ и включает следующие разделы:

- цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе;
- содержание дисциплины;
- учебно-методические материалы по дисциплине;
- учебно-методическая карта дисциплины

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Психотерапия-это система лечебного воздействия на психику, а через психику на весь организм и поведение человека.

В процессе изучения данной курса перед студентами ставятся следующие цели: получить целостное представление об основных направлениях психотерапии; познакомиться с основными методами и принципами данной науки.

Данная программа рассчитана на обретение студентами не только теоретических, но и практических знаний, умений, навыков, самовоспитание психологической и психотерапевтической культуры.

Цели преподавания психотерапии:

Изучить возможности инструментального воздействия на механизмы психической деятельности с целью эффективного психотерапевтического вмешательства.

Задачи преподавания психотерапии:

-Очертить круг теоретических и практических вопросов по проблематике психотерапии, имеющих решающее значение в процессе подготовки психологов и формировании их психологической культуры.

-Выстроить логику лекционного курса и практических занятий так, чтобы совместить теоретические аспекты лекционного курса и практические занятия , направленные на отработку профессиональных знаний , умений и навыков, исключив при этом дублирование.

-Ознакомить студентов с инструментальными моделями механизмов психической деятельности.

- Изучить основные направления, концептуальные подходы , основные техники ,и условия проведения групповой и индивидуальной психотерапии.

Перечень учебных дисциплин, усвоение которых необходимо для изучения курса «Основы психотерапии»; Общая психология, Психология личности, Практическая психология, Клиническая психология, Психопатология, Психофизиология.

Перечень умений и навыков при изучении дисциплины:

- овладеть новыми техниками психотерапевтической работы ;
- общаться экологически, т.е. добиваться своих целей без насилия и манипуляций над партнером;
- свободно контактировать с людьми, анализируя свои чувства и ощущения во время контакта.

Тематика семинарских занятий по дисциплине «Основы психотерапии» разработана для студентов III курса специальности 03.03.01 - «Психология» в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. Стандарт (по предмету)

ОПД.Ф.16

Предмет и структура психотерапии; история зарождения и становления специальности; объект психотерапии; направленность психотерапии; практические задачи и функции психотерапевтов; теоретические основы и исследовательские проблемы психотерапии; нормы и методы психотерапии; суггестивная психотерапия; групповая психотерапия; психоаналитическая психотерапия; личностно-ориентированная психотерапия; гештальт-терапия; бихевиорально-когнитивная психотерапия; трансактный анализ; телесно-ориентированная психотерапия; арт-терапия; музыкотерапия; парапсихология; особенности детской и подростковой психотерапии; балинтовские группы.

2.2. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТ

№	№ Темы занятий.	Лекции.	Практическое занятие.	Самостоятельная работа.
1.	1 Общие проблемы психотерапии.	2	4	4
2.	2 Суггестивная психотерапия	4	6	6
3.	3 Самовнушение. Йога. Медитация	2	6	6
4.	4 Использование плацебоэффекта в психотерапии	2	2	6
5.	5 Основные направления психоаналитической психотерапии	4	4	6
6.	6 Личностно-ориентированная психотерапия	2	6	4
7.	7 Гештальт –терапия.	2	4	6
8.	8 Бихевиорально- когнитивная психотерапия	2	4	6
9.	9 Трансакционный анализ	2	2	6
10.	1 Телесно-ориентированная психотерапия	2	4	4
11	1 Арт –терапия в историческом аспекте	2	2	6
12	1 Музыкотерапия.	2	2	6
13	1 Балинтовские группы. Модели супервизии	2	4	6
14	1 Особенности детской и подростковой психотерапии	4	2	6

15	1 Парапсихология.	2	2	6	
	Всего:	174	36 час.	54 час.	84

2.3.ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС

Учитывая три плоскости ожидаемых личностных изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) в процессе психотерапии, конкретные задачи психотерапии можно сформулировать следующим образом:

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание).

Психотерапия должна способствовать тому, чтобы пациент осознал:

- 1) связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением своего заболевания;
- 2) какие ситуации в группе и реальной жизни вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;
- 3) связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;
- 4) особенности своего поведения и эмоционального реагирования;
- 5) существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;
- 6) собственные мотивы, потребности, стремления, отношения, установки, особенности поведения и эмоционального реагирования, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
- 7) характерные защитные механизмы; внутренние психологические проблемы и конфликты; особенности межличностного взаимодействия, межличностные конфликты и их причины;
- 8) собственную роль, меру своего участия в возникновении и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также то, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем. В целом задачи интеллектуального осознания сводятся к трем следующим аспектам: осознание связей «личность—ситуация—проблема».

2. Эмоциональная сфера. Психотерапия должна помочь пациенту:

- 1) получить *эмоциональную поддержку* со стороны группы и психотерапевта, что приводит к ощущению собственной ценности, ослаблению защитных механизмов, росту открытости, активности и спонтанности;

- 2) пережить в группе те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в действительности и с которыми ранее он не мог справиться;
- 3) пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
- 4) научиться искренности в отношении к себе и другим людям; стать более свободным в выражении собственных негативных и позитивных чувств;
- 5) научиться более точно понимать и вербализовать свои чувства;
- 6) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений. В целом задачи в эмоциональной сфере охватывают следующие основные аспекты: получение эмоциональной поддержки и формирование более благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и *вербализация* собственных эмоций; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта и получение нового эмоционального опыта в группе.

3. Поведенческая сфера. Психотерапия должна помочь пациенту:

- 1) увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
- 2) приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
- 3) преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в группе, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;
- 4) развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью;
- 5) закрепить новые формы поведения, в частности, те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
- 6) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах. В общем виде задачи психотерапии в поведенческой сфере могут быть определены как формирование эффективной саморегуляции.

Задачи личностно-ориентированной психотерапии могут существенно варьироваться от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возможных последствий: вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной их

идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных личностно-ориентированных систем психотерапии).

Лекция № 9. Гештальт терапия.

План:

- 1) Краткий исторический очерк.
- 2) Основные положения учения Ф. Перлса.
- 3) Основные понятия и процедуры в работе гештальт-групп.
- 4) Сущность приемов гештальт-терапии, их психотерапевтическая ценность.

1) Краткий исторический очерк.

Метод, созданный американским психологом и психотерапевтом *Перлсом* (Perls F. S.) под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, *психоанализа* и, в частности, теории Райха (Reich W.) о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Г.-т. возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость *осознания* пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход Г.-т. противопоставляется каузальному — традиционному — подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

2) Основные положения учения Ф. Перлса.

Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое Я, реализовывать свои потребности, склонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно

экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего Я, направляющий все свои усилия на реализацию Я-концепции, создаваемой для него другими людьми — прежде всего близкими — и которую он со временем начинает принимать за свое истинное Я. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

3) Основные понятия и процедуры в работе гештальт-групп.

В процессе Г.-т. на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называет уровнями невроза.

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего Я. Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: „Я Авраам Линкольн“, а больной неврозом: „Я хочу быть Авраамом Линкольном“, здоровый человек говорит: „Я — это я, а ты это ты“». Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень — фобический, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренно, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статуса кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного количества энергии в столкновение

противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Перлс описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом Г.-т. является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания *конфронтации* со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сторону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в Г.-т. акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в Г.-т.: и те и другие связаны с настоящим. Основными принципами являются следующие.

1. Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого

является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас».

2. Принцип «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены *психотерапевтической группы* направляют не по адресу — конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.

3. Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заменять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи.

4. Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от *вербализаций* и *интерпретаций*, одно из центральных понятий Г.-т. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

4) *Сущность приемов гештальт-терапии, их психотерапевтическая ценность.*

Технические процедуры в Г.-т. называются играми. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы,

отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание») — это такой момент самопостижения, когда человек говорит: «Ага!» По Перлсу, «ага» — это то, что происходит, когда что-нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами Г.-т., может создавать новые игры или модифицировать уже известные. Наиболее известными являются следующие игры.

1. Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблюдается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности — между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой, страхом), и с отдельными частями или органами собственного тела, и с воображаемым значимым для пациента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с различными частями своей личности.

2. Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например, выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

3. Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся Г.-т. сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приема пустого стула высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-психотерапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное

чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»

4. Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», т. е. примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

5. Выявление противоположного (реверсия). Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предлагается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других, женщины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

6. Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «Старый, заброшенный магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Большое внимание уделяется в Г.-т. работе со сновидениями пациентов. Перефразируя *Фрейда* (Freud S.), Перлс говорил, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в Г.-т. не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Автор считал, что различные части сна являются

фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Перлс сначала применял свой метод в виде *индивидуальной психотерапии*, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего Я и завершая незаконченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели Г.-т. с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с транзактным анализом. Г.-т. наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

Лекция № 10. Транзакционный анализ.

План:

- 1) Краткий исторический очерк.
- 2) Основные понятия в системе транзактного анализа. Структура анализа. Анализ транзакций, игр, сценариев и ролей.
- 3) Игры в которые играют люди (Э. Берн)
 - 1) *Краткий исторический очерк.*

Создателем этого метода психотерапии является американский психиатр Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении

жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей.

2) Основные понятия в системе транзакционного анализа. Структура анализа. Анализ транзакций, игр и ролей.

Транзакционный анализ включает в себя: 1) структурный анализ — анализ структуры личности; 2) анализ транзакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми; 3) анализ психологических игр — скрытых транзакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу); 4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний Я: Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчеркивается, что Я-состояния — это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией.

Родитель — это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации.

Ребенок — это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придает человеку обаяние и теплоту.

Взрослое Я-состояние — это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения.

При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые транзакции. Дополнительными называются транзакции, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие взаимодействия не конфликтогенны и могут продолжаться неограниченное время. Конфликтогенной способностью обладают перекрестные транзакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее Я-состояние.

Скрытые транзакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух Я-состояний, так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Когда продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: «Это наша самая великолепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для Вас», то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: «Да, вы правы, учитывая то, сколько я получаю». В то же время Ребенок может ответить: «Я беру ее — это как раз то, что я хочу». Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор транзакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «любимыми» и которые он «коллекционирует». Например, в игре «Ударь меня» один из участников пытается вызвать у своего партнера неуважительную к себе реакцию. В книге Берна «Игры, в которые играют люди» описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского Я-состояния, когда повторяют игру родителей; из Взрослого Я-состояния, когда они сознательно рассчитаны; из Детского Я-состояния, когда они основаны на

ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

Понятие психологической позиции является одним из основных. Известным пропагандистом его стал психиатр Харрис благодаря своей книге «Я о'кей — ты о'кей». Название книги выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе трансактной терапии. Харрис различает 4, а Инглиш — 5 основных позиций.

Психологические позиции возникают не только в отношении себя и других, но и в отношении другого пола. Приняв психологическую позицию, личность старается укрепить ее, чтобы стабилизировать самооценку и сохранить свое восприятие окружающего мира. Психологическая позиция становится жизненной позицией, исходя из которой играют в игры и осуществляют жизненный сценарий. Например, женщина, которую в детстве третировал отец-алкоголик, принимает 2 позиции: «Я ничего не стою» (я не о'кей) и «Мужчины — это животные, которые будут обижать меня» (мужчины не о'кей). Исходя из этого, она выбирает людей, которые играют определенные роли, соответствующие ее жизненному сценарию. Так, она выходит замуж за «животное», к тому же алкоголика. В дополнение к этому на людях она играет в игру «Насильник»: привлекая мужчину беседой, пытается его соблазнить; если же он не поддается на это, она с возмущением отвергает его, еще раз убеждаясь, что «мужчины — это животные, которые хотят обидеть» ее (коллекционирование «любимых чувств»).

Сценарий — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через трансакции, происходящие между родителями и ребенком. Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Осознав свои позиции и игры, личность может понять свой жизненный сценарий. Анализ его является основной целью трансактного анализа. По Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. Первоначально сценарий пишется невербально (позиции, принимаемые в детстве — «я о'кей», «я не о'кей», — записываются невербально), затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться к общему жизненному плану («ты станешь знаменитым», «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»), а могут касаться различных сторон жизни человека: ребенку предписывается профессиональный сценарий

(«ты настоящий артист»), сценарий относительно своего пола и женитьбы-замужества («ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной», «не рассчитывай со своими данными выйти замуж»), относительно образования, религии, спорта, увлечений и т. п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть конструктивными, деструктивными (в крайних случаях — ведущими к самоубийству) и непродуктивными.

Трансактный анализ — это интеракционная психотерапия, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям, пониманию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациенты пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы того, в пределах какого Я-состояния они обычно функционируют (структурный анализ). Развивая это осознание, пациенты исследуют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получали от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного достоинства («я о'кей», «я не о'кей») и жизненной позиции.

Главная цель терапии, по Р. и М. Маклюр Голдинг, состоит в пересмотре ранних решений. Авторы отвергают представление Берна о том, что мы пассивно следуем сценарию и являемся жертвами раннего обусловливания, и полагают, что решения принимаются нами в ответ на реальные и воображаемые родительские послания и таким образом мы сами изначально создаем свой сценарий. Если было принято раннее решение, то с помощью различных психотерапевтических приемов члены группы могут заново пережить сцены раннего детства, оживить ситуации, в которых они приняли определенное пораженческое решение относительно себя и своей жизни, и в конце концов могут принять новое решение на интеллектуальном и эмоциональном уровне. Указанными авторами развит модифицированный вариант трансактного анализа, сочетающий свои принципы и приемы с гештальт-терапией, психодрамой и модификацией поведения.

3 Игры в которые играют люди (Берн).

Игры на всю жизнь.

1. «Алкоголик»

В полностью развернутом виде эта игра предполагает пять участников, но некоторые роли могут быть совмещены, так что игра может начаться и закончиться при

участии всего двух игроков. Центральная роль, роль Водящего, - это сам Алкоголик, которого мы будем называть иногда Уайт.

Наиболее важный партнер - Преследователь. Эту роль, как правило, играет представитель противоположного пола, чаще всего супруга (супруг). Третья роль - Спаситель, ее обычно играет лицо того же пола, часто врач, который принимает участие в пациенте и вообще интересуется проблемами алкоголизма.

Четвертая роль - Простак. В литературе эта роль обычно принадлежит хозяину закусочной или любому другому человеку, который дает Уайту спиртное в кредит или предлагает ему деньги в долг и при этом не преследует его и не пытается спасти.

2. «Должник» - это не просто игра, это нечто большее. В Америке игра «Должник» для многих людей становится сценарием, планом на всю жизнь.

Впрочем, то же самое происходит, например, в джунглях Африки, где родственники юноши покупают ему за огромную цену невесту и он на многие годы становится их должником.

В США, в наиболее цивилизованных районах, господствует, по существу, такой же обычай, только вместо невесты чаще всего новобрачным покупается дом. Если необходимую сумму не дают родственники, то на этот случай существует банк.

Таким образом, и африканский юноша с болтающимся в ухе амулетом на счастье, и американский с каким-нибудь подобным амулетом - оба молодых человека вдруг могут почувствовать, что в их жизни появилась "цель".

3. «Бейте меня»

В этой игре обычно участвуют люди, которые ведут себя так, будто на них написано: «Пожалуйста, не бейте меня». Искушение почти всегда непреодолимо, поэтому после вполне естественного исхода Уайт жалобно восклицает: «Но ведь весь мой вид ясно говорил: «Не бейте меня!»» После этого он чаще всего недоуменно добавляет: «Ну почему такое случается именно со мной?» (ПТСМ).

4 «Ну что, попался, негодяй!» (НУПН)

Эту ситуацию (НУПН) в ее классическом виде можно наблюдать во время игры в покер. Уайт получает самые лучшие карты, например четыре туза.

В этом случае если он любит играть в НУПН, то его куда больше волнует то, что Блэк теперь всецело в его власти, чем предстоящая ему хорошая игра ичи крупный выигрыш.

Игра НУПН рассчитана на двух игроков. Она имеет также профессиональный коммерческий вариант для трех игроков, а именно шантаж. В более-менее скрытой форме она существует и как супружеская игра только для двух участников.

5. "Посмотри, что я из-за тебя сделал" (ПЧЯТС)

В своей классической форме это супружеская игра, ей смело можно присудить первый приз по количеству разбитых браков. Однако в нее могут также играть и родители с детьми и сотрудники на работе. Пример: Уайт не желает ни с кем общаться, занимаясь какой-то работой, которая поглощает его целиком и изолирует от других людей. Возможно, что в этот момент он просто хочет, чтобы его оставили в покое. Однако его уединение вдруг нарушает жена или кто-нибудь из детей. Они хотят получить от него "поглаживание" или спросить что-нибудь вроде: "Где плоскогубцы?" В результате этого вторжения Уайт роняет кисть, стамеску паяльник или ударяет не по той клавише пишущей машинки, после чего в бешенстве кричит нарушителю его спокойствия "Посмотри, что я из-за тебя сделал!"

Выделяют так же супружеские игры, но мы их только назовем: "Тупик", "Судебное разбирательство", "Фригидная женщина", "Загнанная домохозяйка", "Если бы не ты", "Видишь, как я старался", "Дорогая".

Лекция № 11. Телесно-ориентированная психотерапия.

План:

1. История развития. Основные подходы к работе с телом.
2. Характерологический анализ В.Райха.
3. Биогенетический анализ Лоуэна.
4. Метод Александера.
5. Телесное осознание Фельденкрайза.

1 История развития. Основные подходы к работе с телом.

Неоднозначно понимаемое направление психотерапии, целью которого является изменение психического функционирования человека с помощью ориентированных на тело методических приемов.

Отсутствие стройной теории, четкого понимания особенностей воздействия и принципов применения телесно-ориентированных техник приводит к необоснованному расширению границ Т.-о. п.

В настоящее время описаны, по меньшей мере, 15 различных подходов, определяемых как «работа с телом». Некоторые из них являются чисто психотерапевтическими по своей сущности, а другие более точно определены как методы терапии, главной целью которых является телесное здоровье. Широко распространена практика комбинированных методов, таких как: рольфинга, биоэнергетики и гештальт-терапии; методов Александра (Alexander F. M.), метода Фельденкрайза (Feldenkrais M.) и гештальт-терапии (метод Рубенфельд – Rubenfeld I.); гипноза, прикладной кинезиологии; первичной терапии Янова, терапии Райха (Reich W.) и гештальт-терапии.

Наиболее известными видами Т.-о.п. являются характерологический анализ Райха, биоэнергетический анализ Лоуэна, концепция телесного осознания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александра, метод чувственного сознания Селвер (Selver C.) и Брукс (Brooks C. V. W.), структурная интеграция Рольф и др.

Менее известны в нашей стране техники биосинтеза (Боаделла – Boadella D., 1987), бондинга (Риник – Rynick G. M., 1994), метода Розен (Rosen M.) (Вутен – Wooten S., 1993), техника «танатотерапии» Баскакова (Баскаков В., 1996).

Т.-о. п. возникла на основе практического опыта и многолетних наблюдений взаимосвязи духовного и телесного в функционировании организма. Она в большей степени, чем другие направления психотерапии, придерживается холистического подхода, необходимость в развитии которого постоянно возрастает. Преодоление дуализма тела и разума и возвращение к целостной личности ведет к глубоким изменениям понимания поведения человека.

Существующие в настоящее время методы Т.-о. п. отвечают всем требованиям целостного подхода: для них человек – единое функционирующее целое, сплав тела и психики, в котором изменения в одной области сопровождаются изменениями в другой.

Их объединяет стремление вернуть человеку ощущение целостности, научить его не только осознанию вытесненной информации, но и переживанию в настоящий момент единства тела и психики, целостности всего организма. Все методы Т.-о. п. направлены, в той или иной степени, на обеспечение условий, в которых пациент сможет пережить свой опыт как взаимосвязь психического и телесного, принять себя в этом качестве, тем самым, получив возможность для улучшения своего функционирования (Сергеева Л. С., 2000).

2 Характерологический анализ В.Райха.

Одним из наиболее известных методов Т.-о. п. является анализ характера и практика вегетотерапии Райха. Райх был первым аналитиком, интерпретировавшим природу и функции характера в работе с пациентами. Он подчеркивал важность обращения внимания на физические аспекты характера индивидуума, в особенности, хронические мышечные зажимы, названные им «мышечным панцирем». Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта. По его мнению, хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. «Мышечный панцирь» не дает человеку возможность переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Райх писал: «Мышечная судорога представляет собой телесную сторону процесса вытеснения и основу его длительного сохранения» (Райх, 1997). В основе теории Райха лежит понятие о том, что защитным механизмам, которые затрудняют нормальное функционирование человеческой психики, можно противодействовать, оказывая прямое влияние на тело. Он выделял свои аналитические *интерпретации*, названные им «анализом характера», от непосредственного воздействия на защитную мускулатуру, которое называл «вегетотерапией» и «анализом характера в области биофизического функционирования». Основное препятствие для личностного роста Райх видел в защитном мышечном панцире, который мешает человеку жить полноценной жизнью в гармонии с окружающими людьми и природой. Он выделял семь сегментов «мышечного панциря», охватывающего тело: 1) область глаз, 2) рот и челюсть, 3) шея, 4) грудь, 5) диафрагма, 6) живот, 7) таз. Райх обнаружил, что расслабление «мышечного панциря» освобождает значительную либидинозную энергию и помогает процессу *психоанализа*. Райх разработал

специальную терапевтическую методику, позволяющую снижать хроническое напряжение определенных групп мышц и, таким образом, вызывать высвобождение эмоций, которые этим напряжением сдерживались. Он анализировал в деталях позу пациента и его физические привычки, чтобы дать пациентам возможность осознать, как они подавляют жизненные чувства в различных частях тела. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить эмоцию, которая связана в этой части тела. Он заметил, что только после того, как подавляемая эмоция принимается пациентом и находит свое выражение, последний может полностью отказаться от своего зажима. Постепенно Райх начал прямо работать с зажатými мышцами, разминая их руками, чтобы способствовать высвобождению связанных в них эмоций. Если проследить динамику развития представлений Райха, то можно заметить, как они развивались от аналитической работы, опирающейся исключительно на словесный язык, к исследованию психологических и соматических аспектов характера и «мышечного панциря», а затем исключительно к акценту на работе с мышечным защитным панцирем, направленной на обеспечение свободного протекания биологической энергии в организме.

Нельзя не признать, что многие работы Райха противоречивы, особенно те, в которых ставится знак равенства между психическим здоровьем и способностью переживать оргазм. Но его ранние труды по анализу человеческого характера содержат глубокие психологические прозрения, и многие психологи руководствуются ими с немалой для себя пользой. Несмотря на отдельные спорные моменты, касающиеся его оргонной теории, многие направления Т.-о. п. и в настоящее время берут за основу разработанные им понятия и техники. В их числе можно назвать биоэнергетику Лоуэна (Lowen A.) и биосинтез Боаделлы. К ним близок, сохранивший связь с психоанализом, метод Розен.

3 Биоэнергетический анализ Лоуэна.

Биоэнергетика Лоуэна центрирована на роли тела в анализе характера, включает методику дыхания Райха, многие из его техник эмоционального раскрепощения. Сохраняя приближенную к современному психоанализу методику, психологическая работа в биоэнергетике использует прикосновение и давление на напряженные мышцы на фоне глубокого дыхания в специальных позициях, способствуя расширению осознания тела,

развитию спонтанной экспрессии, помогая психофизической интеграции организма. Вместе с тем биоэнергетическая терапия по Лоуэну значительно отличается от терапии Райха. Например, Лоуэн не стремится к последовательному – от головы до пят – расслаблению блоков мышечного панциря. Он, более других преуспевший в преодолении свойственного психоанализу неприятия прямых физических контактов с пациентом, гораздо реже прибегает к мануальному воздействию на тело. Кроме того, Лоуэн не разделяет взгляды Райха на сексуальную природу неврозов, и потому его работа встречает большее понимание среди современников. По Лоуэну, причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавление чувств, которое сопровождается хроническими мышечными напряжениями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению функционирования личности. Лоуэн утверждает, что игнорирование и непонимание собственных чувств приводит к заболеваниям, и что ощущения, которые испытывает человек от собственного тела, служат ключом к пониманию своего эмоционального состояния. Через раскрепощение тела человек обретает свободу от мышечного напряжения, сопровождающегося свободной циркуляцией жизненной энергии, что, по мнению Лоуэна, ведет к глубинным личностным изменениям пациентов. Зрелая личность в состоянии в равной степени как контролировать выражение своих чувств, так и отключать *самоконтроль*, отдаваясь потоку спонтанности. Она имеет доступ в равной степени как к неприятным чувствам страха, боли, злости или отчаяния, так и к приносящим удовольствие сексуальным переживаниям, радости, любви. Лоуэн считает, что отношение человека к жизни и его поведение отражается в телосложении, позах, жестах, что между физическими параметрами человека и складом его характера и личности имеется тесная связь. Он выделил пять типов человеческого характера, основываясь на его психических и физических проявлениях: «шизоидный», «оральный», «психопатический», «мазохистический» и «ригидный» типы. Помимо этого, в биоэнергетической терапии разработан ряд понятий, к числу которых относятся «энергия», «мышечная броня», «заземление». При этом последнее является важной категорией биоэнергетической терапии, создание которого считается принципиальным вкладом Лоуэна в развитие теорий Райха. Основными приемами биоэнергетики выступают различные манипуляции с мышечными фасциями, дыхательная гимнастика, техники эмоционального раскрепощения, напряженные позы для энергетизации заблокированных

частей тела («арка Лоуэна», «тазовая арка»), активные двигательные упражнения, вербальные способы высвобождения эмоций, различные варианты физического контакта членов терапевтической группы и др. Такие контакты помогают оказать поддержку членам группы. В процессе *тренинга* применяются упражнения, способствующие выражению негативных эмоций по отношению к другим участникам групповых занятий. Проявление негативных чувств, таких как гнев, страх, грусть, ненависть почти всегда предшествует выражению положительных эмоций. По мнению сторонников биоэнергетики, негативные чувства скрывают глубокую потребность в положительных чувствах и удовольствии. На протяжении всего цикла занятий постоянно принимаются попытки соотнести телесное состояние с обсуждаемыми психологическими проблемами пациента.

Совершенно иными подходами в Т.-о. п., направленными на эффективное использование тела в процессе жизнедеятельности, подчеркивающими функциональное единство тела и психики, являются методы Александера и Фельденкрайза.

4 Метод Александера.

На метод Александера часто смотрят как на технику коррекции осанки и привычных поз, но это только небольшая часть того, что он представляет на самом деле. В действительности, это системный подход, направленный на более глубокое осознание самого себя, метод, стремящийся вернуть организму утраченное психофизическое единство. По Александеру, вся деятельность человека зависит от его способности управлять телом. Имеется много альтернативных возможностей для этого, но в каждой ситуации есть лишь один путь, обеспечивающий наилучший способ функционирования и способствующий более быстрому достижению результата. Александер считал, что способ функционирования организма, приводящий к болезням, вызывается неправильным (неэффективным) использованием мышц тела, которое осуществляется посредством преодоления мышечного напряжения. Он предлагал вместо привычных способов выполнения движений создавать новые, которые помогут улучшить использование собственного тела, тем самым, способствуя оздоровлению организма. По убеждению Александера, люди, страдающие неврозом, всегда «зажаты», для них характерно

неравномерно распределенное напряжение мышц (дистония) и плохая осанка. Он утверждал, что неврозы «...вызываются не мыслями, а дистоническими реакциями тела на мысли...», что психотерапия без учета мышечных реакций не может привести к успеху, и необходимо уделять внимание не столько исследованию причин душевных травм, сколько созданию новой системы управления мышцами. Метод Александра основан на двух фундаментальных принципах - принципе торможения и принципе директивы. Торможение – это ограничение непосредственной реакции на событие. Александер считал, что для реализации искомых изменений сначала нужно затормозить (или остановить) свою привычную инстинктивную реакцию на конкретный раздражитель, и только потом, применив директиву, найти более эффективный способ действия в данной ситуации. Он предлагал использовать следующие директивы: расслабить шею настолько, чтобы голова сместилась вперед и вверх для того, чтобы тело смогло вытянуться и расшириться. Большое значение Александер уделял взаимоотношениям между головой и шеей. «Первичный контроль» – описывающий взаимосвязь головы, шеи и тела – главный рефлекс, контролирующий все другие рефлексы, включая координацию и сбалансированное управление телом. Он считал, что вследствие зажима шейных мышц и отклонения головы назад страдает не только естественная координация движений человека, но и нарушается механизм возврата к нормальному состоянию равновесия после движения. В процессе обучения методу Александра человек должен уяснить, при каких обстоятельствах у него возникает неадекватная напряженность мышц, научиться сознательно тормозить любую рефлекторную попытку произвести соответствующее команде движение, при помощи осознанного мышления снять напряжение мышц.

5 Телесное осознание Фельденкрайза.

В отличие от Александра, Фельденкрайз больше внимания уделял осознанию, считая, что только «осознание делает действие соответствующим намерению». Фельденкрайз внес существенный вклад в разработку теории образа действия и создал свой метод, посвященный проблеме целостного подхода к функционированию организма. Он утверждал, что нарушение функций связано не только с наличием неправильных установок, но и с тем, что человек, как правило, производит неправильные действия в процессе выполнения задуманного. По мнению Фельденкрайза, в процессе деятельности

совершается много лишних, случайных движений, которые препятствуют «целевому действию»; в результате выполняется некоторое действие и противоположное ему в одно и то же время. Это происходит в связи с тем, что человек осознает лишь свои мотивы и результат действия, а сам процесс последнего остается неосознанным. Фельденкрайз считал мышечное движение важнейшей составной частью действий человека и пытался изменить поведение, обучая новому способу управления телом. В своих работах он использовал понятия образа себя и образа действия. Согласно Фельденкрайзу, чтобы изменить поведение человека, необходимо изменить образ себя, который нам присущ, а это требует изменения динамики реакций, природы мотивации и мобилизации всех частей тела, которые затронуты данным действием. Цель разработанных Фельденкрайзом упражнений состоит в том, чтобы создать способность двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности, благодаря осознанию своих действий. Концентрируя внимание на мышцах, участвующих в произвольных движениях, можно распознать те мышечные усилия, которые излишни и, как правило, не осознаются. При этом появляется возможность избавиться от действий, которые противоречат изначальной цели субъекта. Для реализации своих идей Фельденкрайз разработал упражнения, направленные на взаимодействие различных частей тела, на дифференцирование ощущений, на преодоление стандартных паттернов движения. Он предлагал изменить поведение человека, обучая его более точному управлению движениями посредством совершенствования чувствительности.

Лекция 12. Арт-терапия в историческом аспекте.

План:

1. Теоретические основы. Формы и методы.
2. Классификация по Кратохвиллу и Дельфино-Бейли.
3. Классификация уровней лечебного действия и адаптации в случае применения.
4. Механизмы лечебного действия.
5. Показания и противопоказания.

1 Теоретические основы. Формы и методы.

Изучение А. началось в 20-е годы нашего столетия с фундаментальных работ Принцхорна (Prinzhorn H., 1922). В России в 1926 году вышла первая монография, посвященная А., - книга П.И. Карпова «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники», где проблема творческих проявлений при психических заболеваниях рассматривалась не только в медицинском, но и в историческом и биологическом аспектах. В США изобразительные средства в психотерапевтическом процессе впервые применил в 1925 году при анализе сновидений своих пациентов Левис (Lewis N. D. S).

Теоретические основы терапии с помощью изобразительного искусства исходят из психоаналитических воззрений *Фрейда* (Freud S.), хотя сам он не интересовался такого рода психотерапевтическими возможностями А., *аналитической психологии Юнга* (Jung C. G.) , который использовал собственное рисование для подтверждения идеи о персональных и универсальных символах, из динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением Наумбург (Naumburg M., 1966). В дальнейшем большое влияние на развитие А. оказали психотерапевты гуманистической направленности.

Термин «арттерапия» («art» - искусство, «arttherapy», буквально - терапия искусством) особенно распространен в странах английского языка и означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние больного. В отечественной психотерапевтической литературе используются также термины «изотерапия» или «художественная терапия», однако они не тождественны англоязычному аналогу и несколько сужают его смысл.

В А. пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунки, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а так же творческого самовыражения – с другой. В настоящее время в А. включаются и такие формы творчества как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

2 Классификация по Кратохвиллу и Дельфино-Бейли.

А. – сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов. Поэтому не существует общепризнанной ее классификации. Кратохвил (Kratochvíl S.) разделяет А. на сублимационную, деятельную и проективную, однако это деление основано на внешнем характере метода и касается только экспрессивного компонента. Дельфино-Бейли (Delfino-Beighley C.) выделяет 4 основных направления в применении А.

1) Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и *интерпретации* пациентом (пассивная А.).

2) Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная А.).

3) Одновременное использование первого и второго принципов.

4) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

3 Классификация уровней лечебного действия и адаптации в случае применения.

Классификация, приводимая в книге Р. Б. Хайкина (1992) «Художественное творчество глазами врача», включает несколько уровней лечебного действия и адаптации в случае применения А.

1) Социально-личностный уровень адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

2) Личностно-ассоциативный уровень адаптации: облегчение, компенсация достигаются за счет не столько эстетического действия, сколько вследствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.

3) Ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации: лечебное действие А. достигается подключением интеллектуальных операций (проекция, обсуждение и *осознание* конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к

психопатологическим переживаниям, не требующим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простейшем проективном представлении проблем.

4) Преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творчества – А. рассматривается упрощенно, как один из видов занятости, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отличающийся от других аналогичных методов.

5) Физиологический уровень адаптации: учитывается физическое, физиологическое, координационно-кинетическое влияние пластического изобразительного творчества на организм и психику.

Каждый из элементов классификации допускает использование искусства и в экспрессивном творческом варианте, когда творят сами больные, и в импрессивном, когда используется восприятие уже готовых произведений изобразительного творчества.

4 Механизмы лечебного действия.

В мировой литературе существуют различные взгляды на механизм лечебного действия А. – креативистические, сублимативные, проективные представления, А. как занятость и др.

Креативистические представления – согласно которым адаптационное воздействие А. на психику можно понимать в связи с самой сущностью искусства. На первый план выдвигается вера в творческую основу человека, мобилизация латентных творческих сил, которая сама по себе обладает терапевтическим влиянием. Теоретическая основа этих представлений - гуманистическое направление психологии, рассматривающее личность как некое психологическое образование, в котором изначально существуют духовные, альтруистические потребности, определяющие ее поведение. В каждом человеке предполагается существование возможностей, скрытый потенциал, которые можно освободить, мобилизовать для облегчения самореализации личности, направить их на ее социальное и индивидуальное интегрирование. Задача А. – не сделать всех людей художниками или скульпторами, а возбудить у индивидуума активность, направленную на реализацию его предельных творческих возможностей. Упор в терапии делают на творческую активность, на способность создавать и побуждают пациента самостоятельно созидать.

С позиции адаптации А. расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующий общей гармонизации личности.

Другими механизмами лечебного действия А. являются отреагирование и сублимация. Художественная сублимация возникает, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, художественно-образным представлением. Как полагают сторонники этой концепции, творчество как одна из форм сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать в искусстве различные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность и т.п.). Таким образом снижается опасность внешних проявлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельности. Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а врачу обеспечивает прямой доступ к бессознательному. Кляйн (Klein M.) рассматривает рисование как компенсирующий акт, позволяющий больному подавить брутальную агрессию. Осуществляется это путем сознательной творческой деятельности и происходящей в процессе ее сублимации через выражение в символическом виде внутренних конфликтов и неосознанных стремлений. Произведения способствуют прорыву содержания комплексов в сознание и переживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это особенно важно для больных, которые не могут «выговориться»; выразить свои фантазии в творчестве легче, чем о них рассказать. Фантазии, которые изображены на бумаге, или выполнены в глине нередко ускоряют и облегчают *вербализацию* переживаний. В процессе работы ликвидируется или снижается защита, которая есть при вербальном, привычном контакте, поэтому в результате А. больной правильнее и реальнее оценивает свои нарушения и ощущения окружающего мира. Рисование, как и сновидение, снимает барьер «эго-цензуры», затрудняющий словесное выражение бессознательных конфликтных элементов.

5 Показания и противопоказания.

Показания к А. достаточно широки, тем более что ее применение может «дозироваться» от относительно «поверхностной занятости» до углубленного анализа

скрытых индивидуальных переживаний. Многоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять его к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах. При рассмотрении показаний к А. помимо клинической картины, интенсивности переживаний и состояния эмоциональной сферы пациента необходимо учитывать и его отношение и интерес к изобразительному творчеству в преморбиде и во время болезни, подготовленность, интеллект и многие другие факторы. А. можно использовать как седативное (успокаивающее) средство при психомоторном возбуждении и агрессивных тенденциях; она может выполнять функции отвлечения и занятости; способна при социальной дезадаптации облегчить контакт и помогать выявлять скрытые переживания; выполнять активизирующие и адаптивные функции; оказывать и расслабляющее действие.

Что касается противопоказаний, то здесь может идти речь о состояниях, не позволяющих больному определенное время усидеть за рабочим столом, или когда больной мешает другим. Самыми трудными для психотерапевта являются больные с выраженным психомоторным или маниакальным возбуждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте действия. Также противопоказанием являются нарушения сознания и тяжелые депрессивные расстройства с уходом в себя.

Некоторые авторы рекомендуют занятия А. в качестве профилактического средства. Клумбиес с соавт. (Klumbies G. et al., 1971) рекомендуют свободное рисование при нарастающих расстройствах сна, Порембески-Грау (Porembeski-Grau B., 1975) использовала рисование и игры с красками в качестве психопрофилактического метода «созидательного тренинга» на основании концепции, согласно которой такие игры позволяют уменьшить стресс и фрустрацию, вернуть ощущение собственной ценности, освободиться от сомнений в своих способностях.

Лекция №13. Музыкаотерапия.

План:

1. Основные направления и формы воздействия на организм.
2. Применение в групповой психотерапии.

1 Основные направления и формы воздействия на организм.

Музыкотерапия — это психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.

Рассматривая основные направления лечебного действия музыки, обычно выделяют 4 следующих аспекта: 1) эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; 2) развитие навыков межличностного общения — коммуникативных функций и способностей; 3) регулирующее влияние на психовегетативные процессы; 4) развитие эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия музыкотерапии указывают: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение осознания собственных переживаний, конфронтацию с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: активной и рецептивной (пассивной). Активная музыкотерапия представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью собственного голоса или выбранных музыкальных инструментов. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь, рецептивная музыкотерапия существует в трех формах: коммуникативной (совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия), реактивной (направленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей снижению нервно-психического напряжения).

2 Применение в групповой психотерапии.

В групповой психотерапии музыкотерапия как один из методов применяется довольно широко. Чаще всего в лечебной практике используется рецептивная музыкотерапия с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациенты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, фантазии (часто проективного характера),

возникающие у них в ходе прослушивания. На одном занятии прослушивается, как правило, три произведения или более или менее законченных музыкальных отрывка (каждый по 10—15 мин). Программы музыкальных произведений строятся на основе постепенного изменения настроения, динамики с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение должно формировать определенную атмосферу для всего занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вводить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся скорее расслабляющим, релаксирующим действием. Второе произведение динамичное, драматическое, напряженное, оно несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни пациентов. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени для обсуждения переживаний, воспоминаний, мыслей, ассоциаций, возникающих у пациентов. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть также спокойным, релаксирующим, либо, напротив, энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии.

В процессе групповой психотерапии активность пациентов может стимулироваться с помощью различных дополнительных заданий, например, постараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки подобрать собственный «музыкальный портрет», то есть произведение, отражающее собственное эмоциональное состояние, и пр.

При групповой психотерапии используется и активный вариант музыкотерапии. Для этого необходим набор простейших музыкальных инструментов или даже предметов, издающих звуки. Пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помощью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной музыкотерапии может рассматриваться хоровое пение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом или участниками группы (вместе или индивидуально) также имеет лечебный эффект, способствуя созданию доверительной теплой атмосферы.

Лекция №14. Балинтовские группы.

План:

- 1 Исторический аспект возникновения метода. Объект исследования в Балинговской группе.
- 2 Процедуры проведения Б.Г. Кратность встреч.
- 3 Отличае Б.Г. от других форм групповой работы.
- 4 Методы проведения и цели проведения Б.Г.

1 Исторический аспект возникновения метода. Объект исследования в Балинговской группе.

Этот метод групповой тренинговой исследовательской работы получил название по имени своего создателя — *Балинта* (Balint M.), проводившего с 1949 г. в клинике Тависток в Лондоне дискуссионные групповые семинары с практикующими врачами и психиатрами. Опыт, обобщенный Балинтом в его книге «Врач, его пациент и его болезнь», лег в основу метода проведения исследовательско-обучающих семинаров. Центральный объект исследования в классической Б. г. — отношения «врач—больной». Они являются объективными, поскольку пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В то же время врач в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, являющимися для него фрустрирующими (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу, который ориентирован на быстрое оказание помощи). Поэтому психотерапевту необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В Б. г. врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

2 Процедуры проведения Б.Г. Кратность встреч.

Обычно 8—12 участников встречаются с психоаналитиком — руководителем группы один раз в неделю для полуторачасовых занятий на протяжении 2—3 лет. Дискуссия развивается из описания 1—2 случаев, которые свободно всплывают в памяти. Дополнительные сведения об уже известном группе по предшествующим занятиям пациенте, как правило, сообщаются вначале. Как случай может быть квалифицирована даже короткая встреча с больным, если она, по мнению врача, представляет интерес. Однако обсуждают и небалинтовские случаи, если есть предварительная договоренность (Тренкель — Trenkel A., 1984). Группа и докладчик пытаются определить суть отношений «врач—больной» посредством комментариев и *свободных ассоциаций* (идей) по поводу обсуждаемого случая. Эти свободные ассоциации разбивают сообщение, подобно призме, на, возможно, бессознательные (неосознанные) детерминанты. Психоаналитик как руководитель группы изучает этот процесс, направляет и стимулирует его, делает выводы и дает *интерпретации*. Он объясняет структуру отношения «врач — больной»: формально — как она описывается, по мнению группы; содержательно — по способу ведения дискуссии, поведению группы (Лох - Loch W., 1969). При этом пронизываются различные уровни отношений: как пациент спонтанно сообщает о себе и своей болезни, так врач спонтанно делится со своими коллегами переживаниями отношений с пациентом; как врач пытается особым способом слушания понять скрытый смысл представлений своего пациента в контексте ситуативного момента, так стараются его коллеги добиться понимания отношений «врач—больной» в контексте своих реакций-отношений к спонтанным феноменам, которые обнаруживают в докладе своего коллеги. Неосознанные аспекты отношений, возникающих из «переноса», проявляются врачом как на уровне пациента, так и на уровне коллег. Этот актуальный «поперечно-рассеченный» феномен можно выявить в условиях долгосрочного группового процесса, протекающего в течение нескольких лет одновременно и как учебный процесс, и как процесс отношений (Аргеландер — Argelander H., 1979).

3 Отличае Б.Г. от других форм групповой работы.

Б. г. имеет ряд принципиальных отличий от родственных ей форм групповой работы. Так, Б. г. не является в строгом смысле «психоаналитическим семинаром случаев»: акцент на практическом использовании способа работы, центрированной на

отношениях, модифицирует классические психоаналитические принципы. Б. г. не является также «самообучающейся» группой: в фокусе Б. г. стоят не эмоциональные потребности участников, а проблемы их отношений с пациентами. Б. г., нацеленная на новый способ сенситивного слушания, способствует более глубокому восприятию собственной личности (собственного Я). Оба процесса усиливаются в ходе балинговского группового процесса. Наконец, Б. г. не является «центрированной на теме интеракцией»: при большом сходстве этих форм групповой работы (акцент делается на живом, связанном с практикой взаимном обучении) Б. г. более центрирована на отношениях, сильнее связана с *психоанализом*, происходит из области практической медицины. К объективной информации, например, о диагнозе, нозологии, методах лечения, в Б. г. относятся так же, как к общепринятым светским рассуждениям.

4 Методы проведения и цели проведения Б.Г.

Наряду с классической Б. г. существуют ее варианты. Бельгийский автор Моро (Moreau A., 1976) описывает экзистенциальную систему ведения Б. г. Как руководитель он отказывается от психоаналитической позиции нейтральности, которая, по его мнению, «инфантилизует группу». Моро предпочитает быть активным участником обсуждения. Он отвергает психоаналитический метод интерпретации материала, выявляемого в ходе обсуждения, и считает задачей участников группы лишь выражение своих переживаний, вчувствование в переживания других членов группы, рассчитывая, что в этом отразятся отношения «врач—больной», помогающие лучше понять последнего. Если, по Балинту, «больного следует осмыслить одновременно в интеллектуальном и эмоциональном плане», то Моро требует отказа от интеллектуальных объяснений, поскольку для него важен не диагноз, а субъективное бытие больного, постигаемое не рациональным путем, а чутьем. Для того чтобы научить этому врачей, в дискуссии по поводу доклада об одном из случаев участникам группы следует говорить не о том, что они думают, а о том, что чувствуют во взаимоотношениях «врач—больной». Врачей учат быть с пациентами непринужденными, призывать последних говорить меньше о своей болезни, а главным образом — о своем эмоциональном отношении к ней. Созданию эмоционального настроения служат специальные приемы, например метод «встречи» — проигрывание ролей попарно участниками группы, в которых один из них представляет пациента. В отличие от

классической Б. г., экзистенциальный ее вариант, согласно Моро, не только способствует улучшению эмоционального контакта врача с пациентами, но и учит его отвечать на вопросы, от которых врачи в своей практике обычно уклоняются, например на вопросы онкологического больного о неизбежной смерти.

Опыт Б. г., первоначально ориентированной на врачей общесоматической практики, в дальнейшем распространился и на подготовку психотерапевтов (Бараш Б. А. и др., 1992). Работа в такой Б. г., по мнению авторов, направлена на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противовес «апостольским» установкам врача; *психопрофилактику* участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки. В группу входят 6—15 человек (оптимально 8—10), работающих в одном или различных медицинских учреждениях, но желательно не связанных служебно-иерархическими отношениями. Группа может объединять людей с различным стажем работы, но наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Работа в группе может осуществляться в течение 2—3 лет. В этом случае 4—5-часовые занятия проводятся 1—2 раза в месяц. Если группа сформирована из слушателей краткосрочного учебного семинара, занятия могут быть ежедневными или с интервалом в несколько дней, но общее их количество должно соответствовать числу участников. По желанию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона. Руководитель Б. г. специально приглашается для этой работы или избирается участниками. Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики ее членов. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятыми»; текущие случаи, вызывающие у врача тревогу; так называемые фантастические терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Каждое занятие посвящается конкретному случаю, о котором докладывает участник группы. Рассказ строится в абсолютно свободной форме, говорящего не ограничивают во времени и не перебивают.

Для Б. г. нет необходимости в подготовке доклада, в восстановлении в памяти и документировании эпизода накануне. Более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто дает ценную информацию для выявления «слепых пятен». В заключение ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по изложенному материалу таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и пациента, а не на технических деталях лечебного процесса. Авторы подчеркивают, что в задачи ведущего входит удержать группу от «сползания» к лично-безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с пациентом?», с одной стороны, и от смещения направленности работы группы в сторону личной психотерапии, вызванного эмоциональной вовлеченностью участников группы и созданной атмосферой доверия и безопасности, — с другой. По мнению ряда авторов, уклонение группы в ту или иную сторону может носить защитный характер и являться манифестацией избегания обсуждения собственного профессионального опыта, и ведущему приходится «возвращать» группу к обсуждению взаимоотношений «врач—больной».

В классической Б. г. поведение участников не регламентировано, все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Опыт работы с отечественными специалистами подсказал авторам вариант Б. г. со структурируемыми этапами. В частности, на следующем после доклада этапе (вопросы к рассказчику) всем участникам по кругу предлагается задать уточняющие вопросы. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в *групповую дискуссию*. Нередко уже на этом этапе докладчик отмечает, что вопросы, поставленные членами группы, оказываются более существенными, чем его собственные, для прояснения описанной им ситуации. Такие вопросы могут выноситься на групповое обсуждение наряду с его собственными. На следующем этапе всем участникам группы по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные задачи. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. Каждый из ответов или суждений участников расширяет видение ситуации, стимулирует самопознание. Однако наиболее ценными являются свободные ассоциации «аналогичного случая», высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно идентифицируют себя с пациентом. Ведущий

внимательно следит за сохранением центрированности обсуждения на взаимоотношениях «врач-больной», оказывает *эмоциональную поддержку* рассказчику, предотвращает блокирующие дискуссии. При критической установке группы целесообразно использование *психодрамы*, в процессе которой «советчику и критику» предлагается реализовать собственные советы. Роль пациента отводится рассказчику. Обычно это нейтрализует критический настрой группы и эмоционально поддерживает рассказчика, в ряде случаев психодрама может провоцировать конструктивный *инсайт* у членов группы. В хорошо работающей группе высказывания отдельных участников побуждают к продолжению дискуссии в виде второго, третьего кругов обсуждения, предметом которого становится творческое коллективное развитие предложенных неожиданных точек зрения, развитие от редукционизма к плюрализму, от поверхностного к углубленному видению проблемы. Динамика Б. г. значительно отличается от динамики *психотерапевтической группы*. В частности, для блокирования обычной *групповой динамики* запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в Б. г. позволяет делать предположение о том, что наблюдаемые «здесь и теперь» эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для *обратной связи*. Задачей Б. г. является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, а расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

А. А. Александров и др. (1990) описывают использование Б. г. для подготовки *групповых психотерапевтов*. В целом Б. г. в области подготовки групповых психотерапевтов направлена на анализ трудных случаев, содержание которых более разнообразно по сравнению с *индивидуальной психотерапией*, поскольку характеризуется более многочисленными и многомерными переменными. Важная проблема Б. г. в области *групповой психотерапии*, по словам авторов, заключается в выработке приемов компактного, структурированного и достаточно содержательного изложения исходных данных о конкретном случае. Даже в классической Б. г. рассказ о трудном случае получается весьма насыщенным информационно, многосторонним, трудно

систематизируемым, избыточным по объему. Для групповой психотерапии, в силу большей сложности психотерапевтического процесса, эта задача оказывается еще более трудной. Здесь весьма полезны могут быть вспомогательные материалы и методы: представление стенограммы хотя бы одного группового занятия (магнитофонной или видеозаписи); реконструирование социометрических срезов группы; распределение психотерапевтом, предъявляющим для обсуждения сложный случай, ролей членов анализируемой группы между участниками обсуждения (включая и себя) с предложением «сценария» какого-либо важного эпизода; психодраматическое проигрывание этого эпизода. Основной акцент в дискуссии делается на различных аспектах взаимодействия и взаимоотношений психотерапевта в меняющейся групповой ситуации (с отдельным пациентом, группой в целом или одной из ее подгрупп). Такое обсуждение, будучи эмоционально значимым для психотерапевта, дает ему возможность воспользоваться обратной связью в качестве корригирующей. Эта обратная связь первого порядка (от членов группы к докладчику) может быть дополнена обратной связью второго порядка (от докладчика к участникам обсуждения), предоставляющей всем членам группы информацию об эффективности их корригирующей деятельности.

Лекция №15. Особенности детской и подростковой психотерапии.

План:

1 Структура проведения детской психотерапии. Краткая историческая справка.

Игровая психотерапия.

2 Детская психотерапия в России.

3 Индивидуальная психотерапия подростков.

1 Структура проведения детской психотерапии. Краткая историческая справка. Игровая психотерапия.

Собирательное понятие, включающее различные психотерапевтические подходы и методы, применяемые для лечения детей и подростков с психическими, пограничными и психосоматическими заболеваниями, направленные и воздействующие на ребенка и его окружение.

Д. п. обычно начинается с установления доверительных отношений между психотерапевтом и ребенком, а в случае необходимости — с устранения острой симптоматики. Затем психотерапевт осуществляет психотерапевтически-ориентированную диагностику расстройств, постановку терапевтических целей, достижение их и контроль за эффективностью (Шмидтхен — Schmidtchen St., 1978). Заключительным этапом Д. п. является закрепление полученного терапевтического эффекта и профилактика возможных рецидивов.

По мнению ряда авторов, Д. п. берет свое начало с 1909 г., когда *Фрейд* (Freud S.) опубликовал свою работу «Анализ фобии у пятилетнего мальчика». Это первая работа, в которой описанные психологические трудности ребенка и его заболевание объясняются эмоциональными причинами. Однако попытка непосредственного перенесения *психоанализа* взрослых в Д. п. была подвергнута критике, в частности в связи с тем, что ребенок, в отличие от взрослых, не может полноценно описывать словами свое состояние и не способен понять связь своего настоящего состояния с биографическим опытом. Методы и подходы Д. п. совершенствовались параллельно аналогичным разработкам для взрослых, однако практически с самого начала зарождения Д. п. имела свою специфику.

Уже с 1919 г. Кляйн (Klein M., 1955) стала использовать игровые приемы как средство анализа при работе с детьми. Она считала, что детская игра так же обусловлена скрытыми и бессознательными мотивациями, как и поведение взрослых.

В 30-е гг. Леви (Levy D., 1938) были предложены методы, направленные на отреагирование, — структурированная *игровая психотерапия* для детей, переживающих какое-либо психотравмирующее событие. Он полагал, что в игровой ситуации возможно отреагирование агрессивных тенденций в поведении. Одновременно развивалось еще одно направление игровой детской психотерапии — терапия построения отношений (Тафт - Taft D., 1933; Аллен - Alien F., 1934). Философской и методологической основой этого направления стали работы Ранка (Rank O., 1936), который перенес акцент с исследования жизни ребенка и его бессознательного на развитие, поставив в центр внимания то, что происходит «здесь и теперь» в эмоциональных отношениях между ребенком и психотерапевтом. На принципах *клиент-центрированной психотерапии* была разработана недирективная игровая психотерапия (Экслайн — Axline W., 1947). Цель этой психотерапии состоит в самопознании и развитии самоуправления ребенка. В общении с

психотерапевтом ребенок получает возможность играть так, как ему хочется, или вообще ничего не делать. Психотерапевт при этом не управляет и не направляет ребенка, а лишь способствует более полному раскрытию его в различных проявлениях на момент встречи.

С середины 50-х гг. начал функционировать Институт детского психоанализа А. Фрейд (Freud A.). Ее подход к психоанализу детей еще в большей мере, чем у Кляйн, и теоретически и методологически отличался от психоанализа взрослых, поскольку, наряду с игровыми методами, предполагалась и воспитательная работа — активное вмешательство психотерапевта во взаимоотношения ребенка с окружающей средой. Такое совмещение двух зачастую противоречивых ролей возможно лишь при высоком авторитете психоаналитика у ребенка.

Сказанным выше, конечно, не исчерпывается все многообразие психотерапевтических подходов в Д. п., существующих в настоящее время. В частности, выделяются 2 принципиальные ориентации в Д. п. — работа непосредственно с ребенком и работа с его социальным окружением (в первую очередь с семьей и детским коллективом). Обе ориентации могут реализовываться на различных уровнях: мотивационно-эмоционально-аффективном, логико-познавательном, поведенческом, психофизиологическом. Предполагается, что разные психотерапевтические направления могут включать методы различной ориентации и уровня воздействия. Например, детский психоанализ при таком рассмотрении включает ориентацию и на ребенка (игровые методики и др.), и на среду (работа с родителями в виде различных форм *семейной психотерапии*).

2 Детская психотерапия в России.

В нашей стране проблемы Д. п. активно разрабатывались рядом авторов так называемой ленинградской школы, в первую очередь А. И. Захаровым, В. И. Гарбузовым, Э. Г. Эйдемиллером и М. И. Буяновым, А. С. Спиваковской, Ю. С. Шевченко и др. Методологической основой Д. п. является комплексное использование различных психотерапевтических подходов в рамках основных форм психотерапии (индивидуальной, семейной, групповой) с учетом специфики и этапов онтогенетического развития. Использование психотерапевтических методов и их сочетание в конкретных индивидуальных (семейных) психотерапевтических программах определяется этапом

нервно-психического развития ребенка (выделяются 5 этапов: 1) период самоутверждения, становления личности, ее самооценки и системы отношений — 2,5—4 года; 2) период застенчивости — 4—7 лет; 3) период адаптации в массовой школе — 7—8 лет; 4) период адаптации личности в коллективе — 9—11 лет; 5) подростковый период — 11—20 лет), а также возрастным уровнем преимущественного нервно-психического реагирования (выделяют 4 уровня: 1) сомато-вегетативный — 0—3 года; 2) психомоторный — 4—7 лет; 3) аффективный — 5—10 лет; 4) эмоционально-идеаторный — 11—17 лет). Практически всеми указанными выше авторами отмечается, что незрелость личности ребенка, своеобразие психогенных факторов, ведущих к невротическому реагированию, такие особенности детской психики, как раздражительность, впечатлительность, склонность к фантазированию, аффективность, внушаемость и др., делают невозможным механический перенос методов психотерапии взрослых в Д. п. Ведущая тенденция в психотерапии детей — переход от симптомоцентрированных к личностноцентрированным методам по мере взросления пациентов. Чем младше ребенок, тем менее нозологически дифференцированы его нервно-психические расстройства и тем труднее их психотерапевтическая коррекция. Так, например, при синдроме невропатии (который является наименее специфичным) возможности психотерапии ограничены и заключаются главным образом в психотерапевтической коррекции воспитательных подходов матери. Такая ориентация в психотерапии маленьких детей на работу с системой «мать и дитя» объясняется особой важностью и симбиотическим характером взаимоотношений ребенка с матерью в первые годы жизни (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977).

3 Индивидуальная психотерапия подростков.

Индивидуальная психотерапия с подростком состоит из взаимообуславливающих и взаимодополняющих упражнений из различных психотерапевтических систем, использование которых зависит от опыта и предпочтений подросткового психотерапевта. Но необходимо подчеркнуть ряд принципов построения любой психотерапевтической программы, независимо от имеющейся у подростка патологии:

1) обучение отдельным психологическим понятиям, необходимым для успешной социализации (общение, характер, темперамент, личность, воля); психодиагностика

(осуществляемая самим психотерапевтом) и анализ основных психологических характеристик личности подростка;

2) блок «разминок» и психогимнастических упражнений, направленный на снятие эмоциональных зажимов, свободное проявление эмоций, спонтанное поведение;

3) установление различного по степени сложности вида коммуникаций на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровне с использованием игровых методов;

4) распознавание, анализ, моделирование эмоциональных состояний в разных ролевых ситуациях с использованием технических и дидактических средств;

5) обучение *обратной связи* через вербальные и невербальные упражнения;

6) проигрывание разнообразных ролевых ситуаций для обучения адекватному поведению в конфликтных обстоятельствах во многих сферах социальной жизни;

7) анализ различных ситуаций и обучение адекватному поведению в семейных подсистемах;

8) упражнения на развитие когнитивных структур, логики мышления;

9) домашние задания на закрепление полученных навыков для переноса в микросреду, освоение ряда психотехнических приемов (оперантная программа).

Исходя из этого могут быть сформулированы основные принципы работы подросткового психотерапевта:

1) принятие подростка таким, какой он есть;

2) использование на протяжении всего курса положительного подкрепления и выявление позитивных сторон личности подростка;

3) работа с подростком в ролевой позиции «Взрослый—Взрослый»;

4) вступление в контакт с подростками через свойственные им способы общения — речь, мимику, жесты;

5) эталонное поведение (умение воспроизводить любые упражнения и игры, быть образцом мужского и женского поведения в группе в зависимости от своего пола);

6) обобщение происходящего на занятии;

7) поиск и предоставление информации для работы с проблемной ситуацией;

8) использование подсказки, различных приемов и игровых средств для стимуляции спонтанной активности.

Лекция №16 Парапсихология.

План:

- 1 История вопроса.
- 2 Лозоискательство, телекинез, ясновидение, телепатия, кожное зрение.
- 3 Экстрасенсорное восприятие.

1 История вопроса.

П. представляет собой научное изучение «пси» (родовой термин для различных типов «психич» феноменов, доступных эмпирическому изучению). Различают в основном 2 формы пси-феноменов: а) экстрасенсорное восприятие (ЭСВ) и б) психокинез (ПК). ЭСВ — способность получать информ., недоступную органам чувств. Оно может быть по-разному локализовано во времени, относиться к прошлым (ретрокогниция) или к будущим (прекогниция) событиям. Традиционно ЭСВ далее подразделяют на телепатию и ясновидение. При телепатии информацией или мишенью является чья-то мысль, при ясновидении это — внешнее событие или объект. Психокинез представляет собой способность мысленно воздействовать на внешние системы за пределами сферы двигательной активности индивидуума.

История вопроса

Вера в психич. феномены так же стара, как и известная нам история человечества. Даже в соврем. промышленно развитых странах публикуется много сообщений о наблюдениях пси-феноменов.

Таким же устойчивым, как вера, является и скептицизм, для к-рого есть 2 основания. Во-первых, феномены проявляются спорадически и подтвердить их обнаружение трудно. Во-вторых, феномены не имеют естественного объяснения, к-рое не противоречило бы нашим здравым представлениям о том, как мы взаимодействуем с нашей средой.

Подтверждения пси-процесса носят двоякий характер — количественный и качественный. К качественным пси-феноменам относятся события, имеющие естественную основу и представляющие собой спонтанные проявления пси-феноменов в

повседневной жизни (напр., предчувствие надвигающейся катастрофы) и действие поля или феномен полтергейста (технически — рекуррентный спонтанный психокинез (РСПК)). Количественным подтверждением пси-феноменов, разумеется, являются лабораторные данные, полученные с использованием контроля и подвергнутые статистической обработке.

Наиболее обширной коллекцией спонтанных эпизодов пси-феноменов в США является собрание Л. Райна, включающее описание около 15 тыс. случаев. Автор не ставил перед собой целью подтвердить достоверность описанных событий, а лишь посмотреть, могут ли эти случаи пролить какой-то свет на пси-процесс и т. о. помочь сформулировать какие-то плодотворные гипотезы, к-рые затем можно было бы проверить в лабораторных условиях.

Парапсихологи обычно признают слабость описания случаев как свидетельства существования пси-феноменов.

Ранняя эксперим. работа была сосредоточена гл. обр. на передаче мыслей, или телепатии.

Первая серьезная попытка эксперим. изучения пси-феноменов в США была предпринята Дж. Э. Кувером. Кувер сделал вывод о том, что его результаты не позволяют подтвердить гипотезу о существовании телепатии. Среди др. ранних экспериментаторов в американских ун-тах были Троланд и Эстабрукс из Гарварда. Эксперименты Эстабрукса представляют особый интерес, поскольку в последней серии, когда индуктор и реципиент находились в разных помещениях, частота совпадений оказалась достоверно ниже той, к-рую можно было бы ожидать на уровне случайности.

2 Лозоискательство, телекинез, ясновидение, телепатия, кожное зрение.

Лозоискательство. С незапамятных времен широко распространено мнение, что при помощи лозы или проволочной рамки можно обнаружить различные руды, скрытые источники воды, карстовые образования, нефть, трещины, подземные коммуникации и т.д. Человек более или менее опытный в таких делах берет в руки лозу — в виде длинной рогатки, — растягивает за оба конца и идет, держа ее перед собой. В том месте, где под землей скрывается руда, вода, нефть, карстовое образование, трещина и тому подобные аномалии, лоза отклоняется вверх или вниз. Для той же цели пользуются и различными палочками, колеблющимися маятниками, а также проволочной Г-образной рамкой,

которую за короткий конец держат в вытянутой вперед руке – свободно в кулаке или через металлическую трубочку. В этом случае о подходе к искомому объекту сигнализирует поворот длинного конца рамки по часовой стрелке или против нее. Такого рода поиск получил название лозоискательства, иногда его называют биолокацией или биофизическим эффектом.

Загадку лозоискательства пытались разрешить многие исследователи. Но ни одному из них не удалось выдвинуть универсальную и вместе с тем достаточно правдоподобную гипотезу, которая охватывала бы весьма разнородные сферы применения этого явления. А так как и строгость проводимых экспериментов представлялась сомнительной, интерес ученых к этой проблеме постепенно угас.

Лозоискательство, как нередко в таких случаях бывает, было взято на вооружение парапсихологами, превратившими его в источник «сенсационных» открытий. Здесь и измерения интенсивности «биополя» человека (как непосредственно, так и по фотографии), медицинская диагностика и поиск ископаемых по карте, взятие пленки на корабле, находящиеся за горизонтом, и кладоискательство, и так далее.

В некоторых странах даже полиция пыталась использовать лозоискателей для выявления преступников.

Телекинез. Телекинез – это способность человека передвигать предметы в пространстве без механического воздействия на них, т.е. с помощью психической энергии. С помощью телекинеза возможно, например, поворачивать стрелку компаса, подвешивать предметы в воздухе, гнуть металлические изделия, гасить пламя свечи на расстоянии. Некоторые исследователи утверждают, что воздействие происходит за счет образования мощных физических полей. Другие исследователи полагают, что воздействие может происходить за счет мысленного усилия, при этом мысль рассматривается как нематериальная субстанция, оказывающая влияние на нематериальные сущности.

Ясновидение. Ясновидение – это способность получать объективную информацию об окружающей действительности независимо от расстояния и времени. Ясновидение можно определить, как способность видеть то, что скрыто от обычного физического взгляда. Очень часто оно сопровождается так называемым яснослышанием. Ясновидение в

пространстве – способность видеть сцены или события, отдаленные от видящего в пространстве, либо слишком далекие для обычного наблюдателя, либо скрытые, заслоняющимися их предметами. Ясновидение во времени - способность видеть предметы или события, отдаленные от видящего во времени.

Телепатия – это передача мыслей на расстояние без помощи физических органов чувств между принимающим и передающим индивидуумами.

Кожное зрение – способность зрения без участия зрительных клеток глаза. Кожное зрение зависит от цветовой гаммы, даже от освещенности в помещении. При естественном освещении кожа наиболее чувствительна к красному и оранжевому цветам. Желтый, зеленый и голубой оттенки наименее «уловимы», а синий и фиолетовый опять хорошо обнаруживаются пальцами.

3 Экстрасенсорное восприятие (extrasensory perception)

ЭСВ — многозначный термин, используемый для обозначения многих возможно существующих эзотерических феноменов. Таких как ясновидение - представляет собой мгновенное получение информации. о некоем событии без использования обычных способов получения знания. Телепатия - является коммуникацией между двумя индивидуумами без использования очевидных способов связей. Предвидение связано с предсказанием будущих событий в специфических подробностях. Лозоискательство – экстрасенсорная способность с помощью «лозы» или других тонких . Др. связанные термины — «пси» (для «психокинеза») или «телекинез» — были придуманы для обозначения предполагаемых воздействий «духа на материю», таких как перемещение объектов без прикосновения к ним или сгибание ложек при помощи лишь одной психич. концентрации. Основная. идея, выражаемая термином ЭСВ, состоит в том, что некоторые люди — возможно лишь на некоторое время — могут обладать знанием о событиях, получаемым каким-то образом без помощи обычных органов чувств, или способностью перемещать объекты без физ. контакта с ними.

Чтобы достичь признания в научном сообществе, действующие из лучших побуждений и искренне верящие в ЭСВ исследователи пытаются проводить эксперименты

для получения свидетельств или подтверждений существования тех способностей, которыми, по их утверждениям, обладают некоторые люди. Напр., испытуемых с завязанными глазами могут попросить определить цвета бумаги или ткани, которую они обследуют только при помощи своих пальцев. Конечно, любой успех здесь не явился бы результатом «сверх» восприятия, однако он бы несомненно оказался удивительным. До сих пор не удавалось осуществить демонстраций такой способности, которые удовлетворили бы психологов, хотя некоторые физики были вынуждены признать необъяснимость определенных демонстраций.

2.3. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ.

Тема 1. Общие проблемы психотерапии.

Семинарские занятия 1.

Цель - рассмотреть сущность психотерапии, как отрасли психологического знания; определить исторические корни психотерапии; определить предмет, цели, задачи психотерапевтического вмешательства; рассмотреть основные формы и методы психотерапии.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Методологические основы психотерапии. Понятие психотерапии.
- 2 История науки
- 3 Предмет, цели и задачи психотерапевтического вмешательства. Классификация методов и форм психотерапии.
- 4 Основные этические нормы и правила в психотерапии. Подготовка и личностные качества психотерапевта.

Контрольные вопросы:

- 1 Кем и когда был введен термин «психотерапия» ?

2 Какие психотерапевтические направления вы знаете?

3 Методы психотерапии?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№2,4,5,

Дополнительная: №10

Тема 2. Суггестивная психотерапия.

Цель- определить сущность понятия «внушение», рассмотреть классификацию внушения; исторические корни развития направления; рассмотреть сущность и природу гипноза.

Вопросы для обсуждения:

1 История развития направления.

2 Техники и методики суггестивной терапии.

3 Гипноз. Природа гипноза.

4 Стадии гипноза. Внушение в состоянии гипноза.

5 Показания и противопоказания к применению гипнотического воздействия

Контрольные вопросы:

1 Кто считается одним из наиболее искусных древних психотерапевтов, согласно книгам Нового Завета, исцеливший двух «весьма свирепых», переселив из них бесов в стадо свиней?

2 Уточните вклад Ф.А. Месмера, Д. Бреда, Ж. Шарко, В.М. Бехтерева.

3 Что доказал профессор В. Данилевский в 1891 году на 4 съезде общества русских врачей в Москве?

4 Назовите методы гипнотезирования?

5 Назовите стадии гипноза?

6 Кем и в каком году была проведена первая операция под гипнотической анестезией?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №10

Тема 3 Самовнушение.

Цель- рассмотреть сущность самовнушения, основные методы самовнушения.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Аутогенная тренировка (метод Шульца)
- 2 Произвольное самовнушение, (метод Куэ)
- 3 Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона), медитация, йога.
- 4 Технология проведения.
- 5 Показания и противопоказания к применению данных методов.

Контрольные вопросы:

- 1 Какие методы самовнушения в лечебной практике применяются чаще других?
- 2 Что означает слово «аутогенный»?
- 3 Аутогенная тренировка- одна из активнейших методов коллективно-индивидуальной психотерапии, на каких трех «китов» она опирается?
- 4 В каких позах проводится аутогенная тренировка?
- 5 На решение каких задач направлены занятия аутогенной тренировкой?
- 6 Раскройте сущность понятий «янтры» и «манты»?
- 7 Назовите сколько основных ступеней содержит методика достижения «освобождения» через йогу по Патанджани?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №№3,8,10,11

Тема 4. Использование плацебо-эффекта в психотерапии.

Цель-рассмотреть понятие «плацебо-эффекты»;изучить механизм действия плацебо.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Определение плацебо. Плацебо в медицине.
- 2 Общие принципы плацеботерапии. Позитивное и негативное плацебо.
- 3 Нетрадиционные методы лечения.

Контрольные вопросы:

- 1 Что является составляющей плацебо-эффектов?
- 2 Что влияет на выраженность плацебо-эффекта?
- 3 3 Что вы можете сказать о родительском плацебо-эффекте?
- 4 С какими целями используется плацебо-терапия?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №10

Тема 5. Основные направления психоаналитической психотерапии.

Цель- рассмотреть основные положения , методы психоаналитической психотерапии.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Классификация методов и основные методологические подходы.
- 2 Психоанализ и недирективная психотерапия . Исторический очерк.
- 3 Основные положения . учения З.Фрейда.
- 5 Аналитическая психология и психотерапия К. Юнга
- 6 Основные положения. основные положения индивидуальной психологии и психотерапии А .Адлера.

Контрольные вопросы:

1. Какие основополагающие принципы объединяют учение З.Фрейда со взглядами к. Юнга?

2. Уточните вклад К. Юнга и А. Адлера?
3. Какое понятие ввел К. Юнг?
4. В каком году З. Фрейд впервые употребил термин «психоанализ»?
5. Какие 4 основные психологические функции выделил К. Юнг?
6. Что может послужить «проявлению невроза»?
7. Назовите этапы индивидуальной психотерапии по Адлеру?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 1,2,4,5

Дополнительная: №№ 3,4,6,11,12

Тема 6.. Групповая психотерапия.

Цель- рассмотреть сущность метода «групповая психотерапия»; механизмы создания и взаимодействия в группе.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Основные положения. Понятие групповой психотерапии.
- 2 Показания и противопоказания к применению метода.
- 3 Психология психокоррекционной группы. Формирование группы. Роли и нормы.
- 4 Руководство группой.
- 5 Групповая динамика, групповая этика, групповая сплоченность и напряжение
- 6 Классификация групп.

Контрольные вопросы:

1. Кто первый обратил внимание на терапевтические возможности применения возможности группового взаимодействия и организовал психотерапевтические группы больных ?
2. Назовите цели групповой психотерапии?
3. Назовите методы групповой психотерапии?
4. Назовите стили руководства по Левину, Кратохвиллу?
5. В каких плоскостях ожидаются изменения у человека?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №1,11,12

Тема 7. Личностно-ориентированная психотерапия.

Цель- рассмотреть основные задачи и механизмы процесса.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Задачи и механизмы реконструктивной психотерапии в свете интегративного психотерапевтического процесса..
- 2 Поведенческие, когнитивные и эмоциональные изменения в процессе реконструктивной психотерапии.

Контрольные вопросы:

1. В каких трех основных плоскостях лежат механизмы лечения?
2. Какие два взаимосвязанных психических процесса осуществляются в течении всего лечебного курса?
3. Что способствует достижению инсайта?
4. Какие процессы происходят в ходе реконструкций нарушенных отношений больного?
5. От чего зависит степень сопротивления психотерапевтическому влиянию?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №№3,11,12

Тема 8. Гештальт –терапия.

Цель- рассмотреть сущность гештальт- терапии, основные понятия и приемы гештальт- терапии

Вопросы для обсуждения:

- 1 Исторический очерк. Основные положения учения Ф.Перлса.
- 2 Основные понятия и процедуры в работе гештальт- групп.
- 3 Сушность приемов гештальт –терапии, их психотерапевтическая ценность.

Контрольные вопросы:

- 1 Расскажите история метода и его назовите егоосновоположника.
- 2 Назовите механизмы нарушения процесса саморегуляции?
- 4 Назовите уровни невроза по Перлзу?
- 5 Переречислите зоны осознания в гештальт-психологии .
6. Что такое «Зрелость» с позиций гештальт-психологии?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,3,4,5

Дополнительная: №3,11,12

Тема 10. Бихевиорально- когнитивная психотерапия .

Цель- рассмотреть основные понятия, приемы, исторические корни бихевиорально- когнитивной психотерапии

Вопросы для обсуждения:

- 1 Современное состояние и перспективы Б.К.Т. Исторический аспект.
- 2 Основные методологические приемы и принципы Б.К.Т.
- 3 Правила психотерапии в контексте Б.К.Т.

Контрольные вопросы:

- 1 Кто ввел термин когнитивная психотерапия?
- 2 Что является болезненной основой человека в рамках когнитивной психотерапии?
- 3 Кто ввел термин поведенческая психотерапия?
- 4 Назовите принципы БКТ.
- 5 Что означает выражение «моделирование поведения»?

6 Какие приемы использует когнитивно-поведенческий психотерапевт работая с пациентом?

7 Назовите и опишите распространенны методы БКТ?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №№3,11,12

Тема 10. Трансакционный анализ.

Цель- рассмотреть основные понятия, изучить структуру анализа.

Вопросы для обсуждения:

1 Основные понятия в системе трансакционного анализа.

2 Структура анализа.

3 Анализ трансакций, игр, сценариев и ролей.

4 Основные игры в которые играют люди.

Контрольные вопросы:

1 Основоположник трансактного анализа?

2 Охарактеризуйте состояния структуры личности?

3 Назовите формы и цель проведения трансактного анализа?

4 Понятие психологической позиции- основное в трансактном анализе.

Пропагандист Харрис издал книгу «Я окей- ты окей». Назовите позиции, которые описаны в этой книге?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №№ 11,12

Тема 11. Телесно-ориентированная психотерапия.

Цель- рассмотреть основные понятия и методы телесно-ориентированной психотерапии.

Вопросы для обсуждения:

- 1 История развития . Показания к применению метода.
- 2 Основные подходы к работе с телом.
- 3 Характерологический анализ В.Райха,
- 4 Биоэнергетический анализ Лоуэна.,
- 5 Телесное осознание Фельденкрайза , метод Александера.

Контрольные вопросы:

- 1 Вклад Райха в развитие телесно-ориентированной психотерапии?
- 2 Какие сегменты «мышечного панциря» выделял Райх?
- 3 Какими свойствами обладает оргонная энергия?
- 4 Назовите наиболее известные методы телесно-ориентированной психотерапии
- 5 Назовите суть структурной организации?
- 6 Определите суть техники Александера?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №11

Тема 12. Арт –терапия в историческом аспекте.

Цель- рассмотреть формы, методы арт-терапии.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Теоретические основы. Формы и методы.
- 2 Классификация по Кратохвиллу. Классификация уровней лечебного действия и адаптации в случае применения.
- 3 Механизмы лечебного действия.
- 4 Показания и противопоказания.

Контрольные вопросы:

- 1 Что означает термин «Арттерапия»?
- 2 Кто и когда начал изучать это направление?
- 3 Назовите виды арт-терапии по Кратохвиллу?

4 Назовите 4 основные направления в применении арт-терапии по Дельфино-Бейкли?

5 Как должно проходить обсуждение работ?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Тема 13. Музыкальная терапия.

Цель- рассмотреть направления и формы лечебного воздействия музыкальной терапии на организм.

Вопросы для обсуждения:

1 Основные направления и формы воздействия на организм.

2 Применение в групповой психотерапии.

3 Процедуры построения занятия. Показания и психофизиологическое обоснование метода.

Контрольные вопросы:

1 Когда начались первые экспериментальные исследования в лечебном воздействии музыки на организм?

2 Назовите формы существования музыкальной терапии?

3 Сколько произведений прослушивается на одном занятии?

4 Как строятся программы музыкальных произведений?

5 Какие произведения и для снятия каких симптомов вы можете назвать?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Дополнительная: №12

Тема 14. Балнтовские группы.

Цель- рассмотреть основные понятия, модели супервизии; процедуры проведения балнтовских групп.

Вопросы для обсуждения:

- 1 Модели супервизии. Исторический аспект возникновения метода.
- 2 Объект исследования в Балинтовской группе.
- 3 Процедуры проведения Б.Г. Кратность встреч. Методы проведения.

Контрольные вопросы:

- 1 Кто и в каком году в клинике Тависток в Лондоне проводил дискуссионные групповые семинары с практикующими врачами и психиатрами?
- 2 В какой книге обобщен опыт Балинта?
- 3 Каково количество участников группы?
- 4 Частота проведения занятий?
- 5 Суть каких отношений пытаются определить группа и докладчики посредством комментариев и свободных ассоциаций?
- 6 Суть использования б.г. по Александрову?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Тема 15. Особенности детской и подростковой психотерапии.

Цель- рассмотреть особенности психотерапевтического вмешательства при работе с детьми и подростками

Вопросы для обсуждения:

- 1 Особенности клинической беседы в детской психотерапии.
- 2 Игровая психотерапия.
- 3 Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков.
- 4 Особенности гипносуггестии у детей и подростков.

Контрольные вопросы:

- 1 Уточните вклад З. Фрейда, Кляйна и Леви в развитие детской и подростковой психотерапии?
- 2 Назовите две принципиальные ориентации в детской и подростковой психотерапии?

3 что является методологической основой развития детской и подростковой психотерапии?

4 Назовите этапы психологического развития?

5 Как будет вести себя ребенок с эмоциональными или поведенческими расстройствами в группе?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

Тема 16. Парапсихология.

Цель- рассмотреть историческое происхождения парапсихологии, основные парапсихологические феномены

Вопросы для обсуждения:

1 История вопроса.

2 Что такое телепатия?

3 Принципы обоснования лозоискательства?

4 Что такое телекинез, ясновидение?

5 Изучение природы парапсихологических феноменов

Контрольные вопросы:

1 Назовите основные парапсихологические феномены?

2 Уточните вклад Месмера, Рейхенбаха в развитие парапсихологии?
парапсихологических феноменов?

3 Есть ли у вас такие способности?

4 Есть ли у вас своя теория на развитие парапсихологических способностей?

Литература для самостоятельной работы:

Основная: №№ 2,4,5

2.4 Вопросы для самостоятельного изучения.

1. Общий эффект психотерапии.
2. Злоупотребление психотерапией.
3. Этические аспекты (прикосновения в психотерапии).
4. Этические аспекты оплаты терапевтических услуг.
5. Карл Роджерс и терапия, центрированная на клиенте.
6. Руководство группой. Типы поведения в группе.
7. Базисные принципы НЛП.
8. Основные понятия и технические приемы в НЛП.
9. Психотерапевт и его мастерство («три кита» коммуникатора).
10. Техника НЛП - работа с внутренним конфликтом.
11. Понятие о «кризисах» семьи.
12. Основные принципы системной семейной психотерапии.
13. Законы функционирования семейных систем.
14. Свойства семейной системы.
15. Методологические принципы системной семейной психотерапии.
16. Практика психологической помощи семье.
17. Показание и противопоказание к применению гипнотерапии у детей и подростков.
18. Общие принципы гипнотизации детей и подростков.

19.Выбор метода гипнотизации в зависимости от возраста.

20. Гипноанальгезия в детском возрасте: общие принципы.

Задания к самостоятельной работе:

- 1.Разработать и апробировать по 1 психогимнастическому упражнению вразных методах психотерапии .
- 2.Произвести подборку произведений классической музыки, направленной на релаксацию.
- 3.Произвести подборку произведений классической тонизирующей музыки.
4. Провести обзор 5 русских народных сказок, выделить терапевтические аспекты данных сказок.
- 5.Составить свой психологический анамнез.

2.5. Темы рефератов

1. Особенности проведения психологического тренинга с подростками.
Рекомендации для родителей детей, находящихся в подростковом возрасте.
2. Возрастные особенности психического и психологического статуса пожилого человека.
3. Отношение к суициду у представителей разных культур и вероисповедания
4. Рекомендации для сотрудников педагогического коллектива при переживании ребенком потери.
5. Анализ работы служб телефонного консультирования г. Благовещенска.
6. Основные методы индивидуального психотерапевтического воздействия.
7. Этические требования к руководителю психотерапевтической группы.
8. Этические требования к руководству тренинговой группы.
9. Соотношение «фигуры» и «фона» в повседневной жизни.
10. Общие подходы оказания психологической помощи в герантологии
11. Возможности переструктурирования жизненного сценария.
12. Дыхательные техники в психокоррекции и психотерапии.
- 13.Возможности арттерапевтической работы со страхами в детском возрасте.
14. Специфика тренинговой работы с детьми, имеющими ограниченные возможности.

2.6. ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

1. Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов.
2. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения данной дисциплины.
3. Реферат является допуском к экзамену.
4. Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.
5. Объем реферата – не менее 10 страниц формата А4.
6. Реферат должен иметь:
 - титульный лист, оформленный согласно «Стандарта предприятия»;
 - содержание;
 - текст должен быть разбит на разделы согласно содержания;
 - заключение;
 - список литературы не менее 5 источников.
7. Обсуждение тем рефератов проводится на тех семинарских занятиях, по которым они распределены. Это является обязательным требованием. В случае не представления реферата согласно установленного графика (без уважительной причины), студент обязан подготовить новый реферат.
8. Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентов.

Сдача реферата преподавателю обязательна

2.7. Вопросы к зачетному занятию (семестр 5):

1. Методологические основы психотерапии Понятие психотерапии. История науки. Предмет, цели и задачи психотерапевтического вмешательства.
2. Классификация методов и форм психотерапии. Основные этические нормы и правила в психотерапии.
3. Суггестивная психотерапия. История развития направления.
4. Гипноз. Природа гипноза. Показания и противопоказания к применению гипнотического воздействия .
5. Аутогенная тренировка (метод Шульца).
6. Использование плацебоэффекта в психотерапии.
7. Основные направления психоаналитической психотерапии. Психоанализ и недирективная психотерапия.
8. Основные положения учения З.Фрейда.
9. Аналитическая психология и психотерапия К. Юнга, основные положения.
- 10.Идивидуальная психология и психотерапия А .Адлера.
- 11.Понятие групповой психотерапии. Показания и противопоказания к применению метода.
- 12.Задачи и механизмы реконструктивной психотерапии в свете интегративного психотерапевтического процесса.
- 13.Подготовка и личностные качества психотерапевта.
- 14.Особенности гипносуггестии у детей и подростков.
- 15.Произвольное самовнушение, (метод Куэ).
- 16.Медитация и йога.

Вопросы к зачету (семестр 6)

- 1.Методологические основы психотерапии Понятие психотерапии. История науки. Предмет, цели и задачи психотерапевтического вмешательства.
- 2.Классификация методов и форм психотерапии. Основные этические нормы и правила в психотерапии.
- 3.Суггестивная психотерапия. История развития направления.
- 4.Гипноз. Природа гипноза. Показания и противопоказания к применению гипнотического воздействия .
- 5.Аутогенная тренировка (метод Шульца).
- 6.Использование плацебоэффекта в психотерапии.
- 7.Основные направления психоаналитической психотерапии. Психоанализ и недирективная психотерапия .
- 8.Основные положения .учения З.Фрейда.
9. Аналитическая психология и психотерапия К. Юнга, основные положения.
- 10.Идивидуальная психология и психотерапия А .Адлера.
- 11.Понятие групповой психотерапии. Показания и противопоказания к применению метода.
- 12.Задачи и механизмы реконструктивной психотерапии в свете интегративного психотерапевтического процесса.
13. Гештальт –терапия.Исторический очерк. Основные положения учения Ф.Перлса. Основные понятия и процедуры в работе гештальт- групп.
- 14.Бихевиорально- когнитивная психотерапия . Современное состояние и перспективы Б.К.Т. Основные методологические приемы и принципы Б.К.Т.
15. Трансактный анализ. Основные понятия. Структура анализа. Анализ трансакций, игр, сценариев и ролей. Основные «игры в которые играют люди».
16. Телесно-ориентированная психотерапия. Основные подходы к работе с телом..
- 17.Арт –терапия.. Теоретические основы. Формы и методы. Механизмы лечебного действия. Показания и противопоказания.
- 18.Музыкотерапия. Основные направления и формы воздействие на организм. Применение в групповой психотерапии. Процедуры построения занятия.

- 19.Балинтовские группы.Исторический аспект. Объект исследования в Балинтовской группе. Процедуры проведения Б.Г..Кратность встреч. Методы проведения.
- 20.Особенности детской и подростковой психотерапии. Особенности клинической беседы в детской психотерапии.
- 21.Игровая психотерапия. Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков.
- 22.Парапсихология. История вопроса. Телепатия. Лозоискательство.
- 23.Парапсихология. Телекинез. Ясновидение. Кожное зрение. Изучение природы парапсихологических феноменов.
- 24.Подготовка и личностные качества психотерапевта.
- 25.Особенности гипносуггестии у детей и подростков.
- 26.Модели супервизии.
- 27.Характерологический анализ В.Райха.
- 28.Биоэнергетический анализ Лоуэна.
- 29.Телесное осознание Фельденкрайза и метод Александра.
- 30.Произвольное самовнушение, (метод Куэ).
- 31.Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона).
- 32.Медитация и йога.
- 33.Основные понятия и технические приемы в НЛП.

3.0. Учебная литература

Основная литература.

1. Ялом И. Групповая психотерапия М.2000
2. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия. / Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. – М.,2001.
3. Мейер В. Методы поведенческой терапии. / Мейер В., Чессер Э.СПб.,2001.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия.СПб.2002
5. Боковиков А.М. Основные направления современной психотерапии. М., 2000.

Дополнительная литература.

- 1.Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. СПб., 2000.
- 2.Ахола Т. Краткосрочная позитивная психотерапия. / Ахола Т., Фурман Б.
- 3 Берн Э.Игры, в которые играют люди.
Изд. «Речь».,2000
- 4 Групповая психотерапия/ под.. ред. Карвас.-М. Медицина, 1990.
- 5.Хейли Джей Стратегии семейной терапии. М.,2000.
- 6.Рудестам К Групповая психотерапия.М.1990.
- 7.Лидерс А. Психологический тренинг с подростками М.2001
- 8 Лекции по психотерапии/ Благовещенский мед. Ин-т/ Темпер Ю.Б., Доровских В.А. Бл-к, 1992.
9. Завьялов В. Необъявленная психотерапия. М.1999
- 10 Смирнов Г.В. Аутогенная тренировка,/ Советы начинающим/ .Саратов,1990.
- 11 Соколова Е.Т. Общая психотерапия. М.: «Привола», 2001.
12. Справочник практического психолога./ Таланов В.Л., Малыкина-Пых И.Г./ Сп-б.: Сова, М.: ЭКСМО, 2005.

4.0 Критерии оценки знаний

Оценка степени усвоения обучаемыми знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется в виде зачета- незачета.

Зачет по курсу ставится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

Незачет по курсу ставится, если у студента отсутствует понимание изученного, самостоятельность суждений, убежденность в излагаемом материале, систематизация и глубина знаний.

5.0. Тесты для текущей проверки знаний

Вопрос № 1.

Наименее ценной нормой для психокоррекционной группы является:

- 1)эмпатия;
- 2)правдивость;
- 3)теплота;
- 4)разговорчивость;
- 5)открытость

Вопрос № 2.

Члены психотерапевтической группы в процессе терапии должны:

- 1)освоить новые навыки чувствования;
- 2)отреагировать их на группе;
- 3)применять их к специфическим ситуациям реальной жизни;
- 4)пройти все три этапа.

Вопрос № 3.

Внутригрупповая этика включает в себя:

- 1)согласие или несогласие пациента участвовать в групповом процессе;
- 2)свободу выбора участия в тех или иных действиях группы;
- 3)профилактику психических травм;
- 4)все названные факторы;
- 5)первые два фактора

Вопрос № 4.

Кто автор метода рациональной психотерапии?

- 1)Форель
- 2)Дюбуа
- 3) Павлов
- 4)Бехтерев
- 5)Фрейд

Вопрос № 5

Цель медитативной практики –

- 1)повышение интеллектуальных способностей;
- 2)выработка чувства глубинного спокойствия;
- 3)улучшение памяти, ликвидация бессонницы;
- 4)повышение выносливости организма и устойчивости к разного рода заболеваниям;
- 5)все перечисленное.

Вопрос № 6.

Психология малой группы включает в себя все нижеперечисленное за исключением понятий:

- 1)роли;
- 2)нормы;
- 3)лидерство;
- 4)индивидуальность;
- 5)групповой процесс.

Вопрос № 7.

Понятие нормы в групповой психотерапии — это:

- 1)принятые правила поведения в социальных и асоциальных группах;
- 2)правила поведения, руководящие действиями участников группы;
- 3)правила поведения и санкции наказания при их нарушении;

Вопрос № 8.

Основные функции руководителя Т-группы сводятся к тому, чтобы:

- 1) вовлечь участников в совместную работу по исследованию их взаимоотношений и поведения;
- 2) организовать групповой процесс;
- 3) незаметно устранившись от директивного руководства группой;
- 4) активно участвовать в групповом процессе;
- 5) «вытянуть» группу из тупиковой ситуации.

Вопрос № 9.

Метод Фельденкрайза относится к:

- 1) суггестивной психотерапии;
- 2) аналитической психотерапии;
- 3) психотерапии, ориентированной на тело;
- 4) гештальт-терапии.

Вопрос № 10.

Основами какого метода психотерапии являются понятия «отношение фигуры и фона», «осознание чувств и сосредоточенность на настоящем», «единство и борьба противоположностей», «функции и защиты», «принятие ответственности на себя»:

- 1) психоанализа;
- 2) аналитической психотерапии Юнга;
- 3) индивидуальной психотерапии Адлера;
- 4) гештальт-терапии.

Вопрос № 11.

Психоанализ по Фрейду — это:

- 1) метод психологического исследования;
- 2) метод психотерапии;
- 3) мировоззрение;
- 4) все перечисленное.

Вопрос № 12.

Основными механизмами психологической защиты организма, по Фрейду, являются перечисленные реакции за исключением:

- 1) вытеснения и отрицания;
- 2) проекции и регрессии;
- 3) рационализации и изоляции;
- 4) реактивного образования;
- 5) сублимации;
- 6) верификации.

Вопрос № 13.

Процесс аналитической психотерапии включает в себя все нижеизложенные этапы за исключением:

- 1) признания;
- 2) толкования;
- 3) обучения;
- 4) катарсиса;
- 5) трансформации.

Вопрос № 14.

Основным механизмом невроза, по Фрейду, является:

- 1) вытеснение «комплексов» в подсознание;
- 2) конфликт между *Эго* и *супер-Эго*;
- 3) конфликт между *Ид* и *Эго*;
- 4) слабая цензура;
- 5) все вышеизложенное.

Вопрос № 15.

Примерная продолжительность курса классического психоанализа:

- 1) 2—3 недели;

2) 2—3 месяца;

3) 2—3 года.

Вопрос № 16.

Основателем транзактного анализа является:

1) Адлер;

2) Берн;

3) Роджерс;

4) Перле;

5) Юнг.

Вопрос № 17.

«Ребенок», по Берну, — это:

1) незрелая часть личности;

2) часть структуры личности, противопоставляемая Родителю;

3) наиболее импульсивная и искренняя часть личности;

4) инфантильная личность;

5) возрастное понятие

Вопрос № 18.

Какие из транзакций являются наиболее частыми и трудными в работе психотерапевта:

1) дополнительные;

2) перекрестные;

3) скрытые.

Вопрос № 19.

Обязательными признаками психологических игр являются:

1) скрытые мотивы;

2) благовидность транзакций в социальном плане;

3) выигрыш;

4) все перечисленные;

б) один из перечисленных.

Вопрос № 20.

Нейролингвистическое программирование включает в себя все нижеуказанные методы за исключением:

1) метода «якоря»;

2) визуально-кинестетической диссоциации;

3) рефрейминга;

4) метода Фельденкрайза;

5) «подстройки к будущему».

Вопрос № 21.

Мантра — это:

1) метод психотерапии;

2) термин аналитической психотерапии;

3) сочетание звуков;

4) сочетание зрительных восприятий.

Вопрос № 22.

«Ключами доступа» в не и ро лип теистическом программировании обозначают:

1) предикаты речи;

2) репрезентативные системы;

3) паттерны глаз;

4) все перечисленное.

Вопрос № 23.

Глаза повернуты вверх и направо — это:

1) аудиальные воспоминания;

- 2) аудиально конструированные образы;
- 3) визуально конструированные образы;
- 4) визуально-эйдетические образы;
- 5) кинестетические представления

Вопрос № 24.

«Мета-модель» в НЛП — понятие, означающее:

- 1) ведущую репрезентативную систему;
- 2) основную модальность;
- 3) невербальные средства информации (жесты, позы, мимика);
- 4) набор лингвистических приемов, направленных на получение информации, которая скрыта от самого пациента.

Вопрос № 25.

Понятие *бихевиоризм* (наука о поведении) ввел в науку:

- 1) Ватсон;
- 2) Скиннер;
- 3) Толмен;
- 4) Выготский.

Вопрос № 26.

Психосинтез основан на структуре личности по:

- 1) Фрейд;
- 2) Юнг;
- 3) Ассаджиоли;
- 4) Ферруччи;
- 5) Скиннеру.

Вопрос № 27.

Протагонист — это:

- 1) социально-психологическое понятие;
- 2) элемент игровой психотерапии;
- 3) психологический тип;
- 4) нейрофизиологическое понятие;
- 5) элемент оборудования гипнотария.

Вопрос № 28.

Метод «систематической десенсибилизации» Вольпе является методом:

- 1) нейролингвистического программирования;
- 2) гипноса;
- 3) поведенческой психотерапии;
- 4) психосинтеза;
- 5) позитивной психотерапии

Вопрос № 29.

Основными компонентами техники гештальт-терапии являются следующие за исключением:

- 1) расширения сознания;
- 2) катексиса;
- 3) интеграции противоположностей;
- 4) усиления внимания к чувствам;
- 5) работы с мечтами (фантазиями);
- 6) принятия ответственности на себя;
- 7) преодоления сопротивления;
- 8) дезидентификации (разотождествления)

Вопрос № 30.

Какой метод психотерапии включает в себя следующие основные компоненты: расширение сознания, интеграцию противоположностей, усиление внимания к чувствам, работу с фантазией, принятие ответственности на себя, преодоление сопротивления:

- 1) индивидуальная психотерапия Адлера;
- 2) аналитическая психотерапия Юнга;
- 3) психоанализ Фрейда;
- 4) гештальт-терапия;
- 5) гуманистическая психотерапия Роджерса.

Вопрос № 31.

Тэвинстонская, или Балинтовская, группа представляет собой нижеперечисленное за исключением:

- 1) малой учебной группы;
- 2) группы, сосредоточенной на индивидуальном развитии и уникальности каждой личности;
- 3) группы, где допускается, что высказывания одного участника и его поведение разделяются и другими участниками;
- 4) группы, где руководителю отводится активная авторитетная роль.

Вопрос № 32.

Группы тренинга умений (Т-группы) по своему целевому назначению делятся на следующие три основные:

- 1) группа умений (подготовка руководителей, деловых людей);
- 2) группа межличностных отношений (проблемы семьи);
- 3) группа «сенситивности*» (преодоление нерешительности);
- 4) группа обучения здоровых людей ролевым функциям;
- 5) группа поиска оптимальных решений в трудных ситуациях.

Вопрос № 33.

«Окно Джо гари» включает в себя все перечисленное за исключением:

- 1) арены;
- 2) слепого пятна;
- 3) видимого;
- 4) общего мнения;
- 5) неизвестного (скрытого)

Вопрос № 34.

Закон непоследовательности мышления сформулировал:

- 1) Платон
- 2) Гельвеций
- 3) Аристотель
- 4) Плутарх
- 5) Геродот

Вопрос № 35.

Метод Куэ – это:

- 1) произвольное самовнушение;
- 2) непроизвольное самовнушение;
- 3) психологическая саморегуляция;
- 4) аутогенная тренировка;
- 5) психомышечная тренировка.

Вопрос № 36.

Гипнозу поддаются:

- 1) 50 % людей;
- 2) 80 % людей;
- 3) только больные;
- 4) практически все;
- 5) степень гипнабельности различна у всех людей.

Вопрос № 37.

Автором направленной органотренировки является:

- 1) Лутэ;
- 2) Лобзин;
- 3) Свядош;
- 4) Ромен;
- 5) Клейнзорге – Клюмбиз.

Вопрос № 38.

Начало научному изучению гипноза положил:

- 1)Брейд;
- 2)Шарко;
- 3)Бернгейм;
- 4)Бони;
- 5)Бюрк.

Вопрос № 39

Групповая психотерапия противопоказана больным:

- 1)с обычными жизненными трудностями;
- 2)психастенией;
- 3)шизофренией в стадии ремиссии;
- 4)склонных к образованию бредовых идей отношения;
- 5)психопатией возбуждимого круга.

Вопрос № 40.

Автором книги «Групповая психотерапия неврозов» является:

- 1)Рудестам;
- 2)Кратохвил;
- 3)Карвасарский;
- 4)Линдер;
- 5)Левин;

Вопрос № 41.

При фазе быстрого сна отмечается все перечисленное за исключением:

- 1)снижение мышечного тонуса;
- 2)увеличение движения глазных яблок;
- 3)усиление гормональной активности;
- 4)легкости пробуждения;
- 5)наличия сновидений;

Вопрос № 42.

Сеансы наркопсихотерапии проводят:

- 1)ежедневно;
- 2)1 раз в месяц;
- 3)1 раз в неделю;
- 4)1 раз в 10 дней;
- 5)не реже 2 раз в неделю;

Вопрос № 43.

Внушение в бодрствующем состоянии не применяется:

- 1)при всех формах неврозов;
- 2)при острых психотических состояниях;
- 3)при алкоголизме;
- 4)при табакокурении;
- 5)с целью коррекции девиантного поведения;

Вопрос № 44.

Кто ввел в практику магнитотерапию:

- 1)Авиценна;
- 2)Парацельс;
- 3)Месмер;
- 4)Франклин
- 5)Брейд;

Вопрос № 45.

Основными признаками малой психокоррекционной группы являются все нижеперечисленные за исключением:

- 1)внутренней организации;
- 2)определенных отношений между участниками;
- 3)способность участников включаться в согласованные действия;
- 4)стремление вести себя в соответствии с принятыми нормами;
- 5)объединения по социальному признаку.

Вопрос № 46.

О глубине транса нельзя судить по:

- 1)дыханию больного;
- 2)цвету кожи лица;
- 3)восприятию голоса врача;
- 4)реакции на посторонние звуки;
- 5)отсутствию дрожания век.

Вопрос № 47.

Для легкого транса характерна:

- 1)полная физическая релаксация;
- 2)частичная амнезия;
- 3)каталепсия конечностей;
- 4)постгипнотическая амнезия;
- 5)нарушенная ориентировка.

Вопрос № 48.

Основной техникой системы лайя – йоги является:

- 1)пранаяма;
- 2)асаны;
- 3)нияма;
- 4)йама;
- 5)медитация;

Вопрос № 49.

Первые 3 месяца сеансы самовнушения по Шульцу продолжаются:

- 1)1-3 минуты;
- 2)5 минут;
- 3)10 минут;
- 4)до 30 минут;
- 5) до 1 часа.

Вопрос № 50.

Основой рациональной психотерапии является:

- 1)разъяснение;
- 2)внушение;
- 3)логическая аргументация;
- 4)коррекция личности;
- 5)деонтология.

Вопрос № 51.

Субъективная картина болезни проявляется:

- 1)на сенсорном уровне;
- 2)на эмоциональном уровне;
- 3)на интеллектуальном уровне;
- 4)на всех трех указанных уровнях.

Вопрос № 52.

Самовнушение- это внушение самому себе:

- 1)мыслей;
- 2)ощущений;
- 3)желаний;
- 4)образов;
- 5)всего перечисленного.

Вопрос № 53.

Упражнения прогрессивной мышечной релаксации в группе продолжается:

- 1)20 минут;
- 2)30 минут;
- 3)60 минут;
- 4)1,5 часа;
- 5)2 часа.

Вопрос № 54.

Психотоническая тренировка по Мировскому- Шагому направлена на:

- 1)расслабление;
- 2)успокоение;
- 3)стимулирование;

- 4) органы брюшной полости;
- 5) вызывание определенных цветовых представлений.

Вопрос № 55.

Термин «антисуггестивный барьер» ввел:

- 1) Шарко;
- 2) Бехтерев;
- 3) Токарский;
- 4) Данилевский;
- 5) Вельвовский.

Вопрос № 56.

Автором эмоционально-стрессовой терапии является:

- 1) Мясищев;
- 2) Платонов;
- 3) Каннабих;
- 4) Кутанин;
- 5) Фоменов.

Вопрос № 57.

Теорию «магнитических флюидов» разработал:

- 1) Лавуазье;
- 2) Парацельс;
- 3) Месмер;
- 4) Франклин;
- 5) Брейд.

Вопрос № 58.

В процессе рациональной психотерапии основным в работе врача с пациентом является вопрос:

- 1) каким пациент себя считает?
- 2) каким он хочет быть в оценке окружающих?
- 3) каков он на самом деле?
- 4) какой ущерб наносит ему болезнь?
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 59.

Внутренняя картина болезни - это понятие:

- 1) социальное;
- 2) психологическое;
- 3) клиническое;
- 4) социально – психологическое;
- 5) и социальное, и психологическое, и клиническое.

Вопрос № 60.

К методам самовнушения относится все нижеперечисленное за исключением:

- 1) прогрессивной мышечной релаксации;
- 2) метод Куэ;
- 3) йоги;
- 4) медитации;
- 5) гипносугестии;

Вопрос № 61.

Какой ступенью йоги являются позы (асаны):

- 1) первой;
- 2) второй;
- 3) третьей;
- 4) четвертой;
- 5) пятой.

Вопрос № 62.

Термин «аутогенная тренировка» (АТ) ввел:

- 1) Куэ;
- 2) Бодуэн;
- 3) Шульц;
- 4) Джекобсон;
- 5) Фрейд.

Вопрос № 63.

Медитация- это:

- 1) навязчивая мысль, мотив, образ;
- 2) способность сосредотачиваться на чем угодно и не думать о том, что мешает в данный момент;
- 3) неспособность сосредоточиться на одной мысли;
- 4) глубокое погружение в размышление над какой-либо проблемой.
- 5) все формулировки правильны.

Вопрос № 64.

Основным достоинством рациональной психотерапии является:

- 1) активное участие больного в процессе лечения;
- 2) быстрое достижение лечебного эффекта;
- 3) отсутствие противопоказаний;
- 4) возможность широкого использования метода;
- 5) экономичность.

Вопрос № 65.

Во время сеанса произвольного самовнушения формулу рекомендуется повторять:

- 1) 5 раз;
- 2) 10 раз;
- 3) 15 раз;
- 4) 20 раз;
- 5) 30 раз.

Вопрос № 66.

Последние четыре ступени йоги направлены на:

- 1) психологическую подготовку;
- 2) физическую подготовку;
- 3) психологическую и физическую подготовку;
- 4) тренировку психических процессов;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 67.

Для глубокого транса характерно:

- 1) способность открывать глаза во время транса;
- 2) системная постгипнотическая амнезия;
- 3) гиперстезия;
- 4) все перечисленное.

Вопрос № 68.

Самым древним из перечисленных источников о воздействии врачеванием является:

- 1) древнеиндийский эпос «Махабхарата»;
- 2) египетский папирус Эберса;
- 3) Салернский кодекс здоровья;
- 4) Библия;
- 5) тайная книга брахманов «Атхарваведы».

Вопрос № 69.

К осложнениям при гипнотизации относится все перечисленное за исключением:

- 1) утрата раппорта во время сеанса;
- 2) спонтанного катарсиса;
- 3) истерического припадка;
- 4) сомнамбулы эпилептического генеза;
- 5) гипнотической летаргии.

Вопрос № 70.

Групповая терапия – это:

- 1) лечение людей в группе;
- 2) метод, при котором с лечебной целью используется групповая динамика;
- 3) отношения и взаимодействия членов группы как с психотерапевтом, так и между собой;
- 4) одна из форм коллективной психотерапии;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 71.

Т-группа в психокоррекционном плане имеет в качестве основной цели:

- 1) самосовершенствование личности;

- 2) обучение умениям межличностного общения;
- 3) индивидуальное развитие отдельных черт характера;
- 4) обучение самообладанию;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 72.

Точное название метода, предложенного Джекобсоном:

- 1) психофизиологическая саморегуляция;
- 2) прогрессивная мышечная релаксация;
- 3) сосредоточенное саморасслабление;
- 4) мышечная деконцентрация;
- 5) саморегуляция мышечного тонуса.

Вопрос № 73.

Главное в йоге – это учение о:

- 1) самосознании;
- 2) самосозерцании;
- 3) философской системе;
- 4) самопознании;
- 5) самоосвобождении.

Вопрос № 74.

С современных позиций медитация является одной из форм:

- 1) онейроидного состояния сознания;
- 2) аутогипнотизации;
- 3) сумеречного сознания;
- 4) состояния сомноленции;
- 5) глубокого оглушения.

Вопрос № 75.

В основе аутогенной тренировки лежит:

- 1) произвольное самовнушение;
- 2) йога;
- 3) мышечная релаксация;
- 4) рациональная психотерапия;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 76.

Гипнабельность повышена у:

- 1) взрослых;
- 2) детей;
- 3) пожилых людей;
- 4) слепых;
- 5) глухих.

Вопрос № 77.

В психокоррекционной группе действуют нижеперечисленные факторы за исключением:

- 1) социального влияния окружения;
- 2) давления партнеров по группе;
- 3) эмоциональной поддержки участников группы;
- 4) возможности самораскрытия.

Вопрос № 78.

Для погружения в гипноз необходимо воздействие на:

- 1) зрительный анализатор;
- 2) слуховой анализатор;
- 3) кожный анализатор;
- 4) все анализаторы одновременно;
- 5) один из анализаторов.

Вопрос № 79.

Для успешного проведения гипнотерапии необходимо ввести больного в состояние:

- 1) сомноленции;
- 2) каталепсии;
- 3) сомнамбулизма;
- 4) глубина гипнотического состояния не играет решающей роли.

Вопрос № 80.

Психотерапевтическая триада В. М. Бехтерева включает в себя:

- 1) разъяснительную беседу рационального плана;
- 2) обучение вызывания ощущения тяжести;
- 3) внушение в гипнозе;
- 4) нервно – мышечную релаксацию;
- 5) обучение участников группы формулам самовнушения.

Вопрос № 81.

Коммуникация чувств в группе — это умение:

- 1) проявлять свои чувства;
- 2) ясно рассказать о своих чувствах;
- 3) понять чувства другого;
- 4) выразить свои чувства окольными путями;
- 5) всего перечисленного.

Вопрос № 82

Основными компонентами «психодрамы» являются:

- 1) ролевая игра;
- 2) спонтанность;
- 3) «теле»;
- 4) катарсис;
- 5) инсайт;
- 6) все перечисленное в совокупности

Вопрос № 83.

Психотерапия, ориентированная на тело, предложена:

- 1) Джекобсоном;
- 2) Шульцем;
- 3) Рейхом;
- 4) Лоуэном;
- 5) Александером.

Вопрос № 84.

Дополнительным транзакциям свойственно все за исключением:

- 1) параллелизма;
- 2) перекрещивания;
- 3) открытости человеческих коммуникаций;
- 4) искренности и плодотворности отношения.

Вопрос № 85.

Термин *катарсис* ввел:

- 1) Фрейд;
- 2) Юнг;
- 3) Аристотель;
- 4) Гиппократ;
- 5) Брейер.

Вопрос № 86.

Основными этапами позитивной психотерапии является все перечисленное за исключением:

- 1) дистанцирования от конфликта;
- 2) проработки конфликта;
- 3) «ситуационного одобрения»;
- 4) вербализации (обсуждения) конфликта;
- 5) расширения жизненных целей;
- 6) катарсиса.

Вопрос № 87.

Поддерживающая и корригирующая функции малой психокоррекционной группы включают в себя все нижеперечисленное за исключением:

- 1) дружеских действий;

- 2) недружеских действий;
- 3) согласия;
- 4) равновесия;
- 5) несогласия.

Вопрос № 88.

«Группа встреч» — это:

- 1) группа тренинга умений;
- 2) терапевтическая психокоррекционная группа;
- 3) группа роста личности;
- 4) группа лиц, объединенных по социальному признаку;

группа отработки навыков межличностных.

Вопрос № 89.

Модальность как термин нейролингвистического программирования отражает:

- 1) доминирующий способ восприятия окружающего мира;
- 2) доминирующий способ отражения окружающего мира;
- 3) особенности личности;
- 4) технический прием НЛП.

Вопрос № 90.

Глаза повернуты влево:

- 1) визуальные образы;
- 2) аудиальные представления;
- 3) кинестетические представления.

Вопрос № 91.

Оптимальным стилем руководства психотерапевтической группой является:

- 1) авторитарный;
- 2) демократический;
- 3) либеральный;
- 4) анархический;
- 5) антиавторитарный.

Вопрос № 92.

«Арена» — это:

- 1) зона моего Я, о которой знаю я и знают другие;
- 2) «пространство» личности, скрытое и для меня, и для других;
- 3) зона моего Я, о которой знают другие, но не знаю я;
- 4) «пространство» личности, открытое для меня, но скрытое для других;
- 5) все перечисленное в совокупности.

Вопрос № 93.

Гештальт — это:

- 1) наиболее важные и значительные события, занимающие в сознание человека центральное место;
- 2) менее важная в данный момент информация, отступающая на задний план;
- 3)отреагированная или неотреагированная потребность;

все вышеперечисленное.

Вопрос № 94.

Умелая конфронтация требует следующих умений за исключением:

- 1) чуткости к психическому состоянию оппонента;
- 2) убежденности в своих контр доводах;
- 3) установления положительных взаимоотношений и эмпатического понимания с оппонентом;
- 4) выражения в форме категорического требования, а не предположения;
- 5) умения приводить контрдоводы, которые содержат конструктивные позитивные.

Вопрос № 95.

Шестиступенчатый рефрейминг — это метод психотерапии:

- 1) групповой;
- 2) индивидуальной;
- 3) аналитической;

4) нейролингвистической

Вопрос № 96.

Руководитель психокоррекционной группы должен играть все нижеуказанные роли, кроме:

- 1)эксперта;
- 2)катализатора;
- 3)дирижера;
- 4)созерцателя;
- 5)активного партнера.

Вопрос № 97.

Психоанализом с лечебной целью в Беларуси может заниматься:

- 1)подготовленный психолог;
- 2)любой человек, имеющий высшее медицинское образование;
- 3)любой человек, имеющий высшее психологическое образование;
- 4)врач, имеющий специальную подготовку.

Вопрос № 98.

Янтра — это:

- 1)термин аналитической психотерапии;
- 2)метод психоанализа;
- 3)сочетание звуков;
- 4)сочетание зрительных восприятий.

Вопрос № 99.

Все изложенные ниже правила являются базисными для «группы встреч» за исключением:

- 1)осознания самого себя;
 - 2)открытости и честности в общении друг с другом;
 - 3)на первом плане чувства, а не мысли;
 - 4)принципа *здесь и теперь*;
 - 5)зависимости результата лечения от психотерапевта;
- зависимости результата лечения от участников группы.

Вопрос № 100.

Основоположником аналитической психотерапии является:

- 1)Адлер;
- 2)Юнг;
- 3)Перле;
- 4)Роджерс.

Вопрос № 101.

Метод «наложения» в НЛП — это:

- 1) расширение стратегии выбора;
- 2) актуализация доминирующей модальности;
- 3) диссоциация модальностей;
- 4) интеграция модальностей.

Вопрос № 102.

Когнитивный диссонанс — это:

- 1) метод когнитивной психотерапии;
- 2) понятие когнитивной психологии;
- 3) социально-психологическая теория.

Вопрос № 103.

Скрытые трансакции — это:

- 1) замаскированное состояние Я;
- 2) сочетание дополнительной и пересекающихся трансакций;
- 3) понятие, включающее более двух состояний Я, одно из которых, как правило, маскируется;
- 4) все перечисленное.

Вопрос № 104.

Предикаты как термин НЛП обозначают:

- 1) этапы визуально-кинестетических диссоциаций;
- 2) этапы рефрейминга;
- 3) зрительные образы, посредством которых человек воспринимает и отражает мир;
- 4) слова, посредством которых человек воспринимает и отражает внешний мир.

Вопрос № 105.

Автором известной работы: «Толкование сновидений» является:

- 1) Фрейд;
- 2) Юнг;
- 3) Адлер;
- 4) Фромм;
- 5) Райх.

Вопрос № 106.

В «психодраме» роль режиссера предполагает обязанности:

- 1) продюсера;
- 2) психотерапевта;
- 3) аналитика;
- 4) руководителя;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 107.

Психосинтез предполагает работу с «субличностями». На этом этапе психосинтеза наиболее важным является:

- 1) процесс индентификации (отождествление);
- 2) процесс дезидентификации (разотождествление).

Вопрос № 108.

Нормы и правила «сайнанон-группы» исключают:

- 1) тяжелый физический труд;
- 2) употребление алкоголя и наркотиков;
- 3) самообслуживание;
- 4) отсутствие лидера;
- 5) конфронтацию.

Вопрос № 109.

Суфизм берет свои истоки из:

- 1) буддизма;
- 2) католицизма;
- 3) йоги;
- 4) ислама.

Вопрос № 110.

Трансакция — это:

- 1) стимул;
- 2) реакция;
- 3) единица общения;
- 4) ситуация.

Вопрос № 111.

Под дифференцированной релаксацией Джекобсон понимал состояние:

- 1) психической активности;
- 2) двигательной активности;
- 3) противоположное психической активности;
- 4) нервно- психического напряжения;
- 5) расслабления мышц.

Вопрос № 112.

Полный курс аутогенной тренировки по Шульцу рассчитан на:

- 1) 2-3 месяца;
- 2) 4-6 месяцев;
- 3) 6-9 месяцев;
- 4) 9-12 месяцев;
- 5) 1,5-2 года.

Вопрос № 113.

Для психокоррекционных групп характерно выделение следующих типов групп за исключением:

- 1) групп лиц, сформированных по социальному признаку;
- 2) групп для обучения межличностным взаимодействиям;
- 3) групп роста личности;
- 4) терапевтических групп.

Вопрос № 114.

Какие пациенты могут делать интенсивный перенос на психотерапевта- мужчину:

- 1) пациенты с МДП (маниакальная фаза);
- 2) пациенты с антисоциальной установкой;
- 3) женщины за 40 лет, любящие жаловаться;
- 4) привлекательные молодые женщины;
- 5) все перечисленные лица.

Вопрос № 115.

Для проведения наркопсихотерапии используются все перечисленные медикаменты за исключением:

- 1) раствора гексенала;
- 2) раствора Эвилана;
- 3) раствора натрия тиопентала;
- 4) газовой смеси кислорода и закиси азота;
- 5) раствора псилобицина, мескалина.

Вопрос № 116.

К методам гипнотизации без словесного внушения относятся:

- 1) пассы Месмера;
- 2) метод фиксации Брейда- Льебо;
- 3) метод фиксации;
- 4) фракционный гипноз;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 117.

Дегипнотизация по И. З. Вельвовскому включает:

- 1) закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;
- 2) внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах;
- 3) обучение формулам самовнушения;
- 4) отключение пациента от привязанности к гипнопсихотерапии;

- 5) все перечисленное.

Вопрос № 118.

Какие внушения относятся к общим во время лечебной суггестии:

- 1) снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния;
- 2) улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус;
- 3) вызывающие безразличие к травмирующим ситуациям;
- 4) устойчивые, тесно связанные с существом болезни патологические явления;
- 5) охватывающие разные стороны болезни.

Вопрос № 119.

Третье упражнение аутогенной тренировки направлено на:

- 1) регуляцию дыхания;
- 2) регуляции ритма сердечной деятельности;
- 3) вызывание чувства тяжести и тепла в ногах;
- 4) прогревание живота;
- 5) вызывание ощущения прохлады в области лба.

Вопрос № 120.

Во время гипнотического сна:

- 1) формализуются нервные процессы;
- 2) улучшается кровообращение;
- 3) укрепляется память;
- 4) усиливается воля;
- 5) возможно все перечисленное.

Вопрос № 121.

Основы гуманистического недирективного направления в психотерапии заложил:

- 1) Прагт;
- 2) Фрейд;
- 3) Адлер;
- 4) Морено;
- 5) Роджерс.

Вопрос № 122.

Упражнение по аутогенной нейтрализации включают:

- 1) ответ бессознательного;
- 2) медитацию на эмоциональном состоянии;
- 3) медитацию на образе;
- 4) аутогенное отреагирование;
- 5) аутогенную вербализацию.

Вопрос № 123.

Какие из перечисленных элементов лежат в основе психомышечной тренировки по А. В. Алексею:

- 1) умение расслабиться;
- 2) способность максимально ярко, но не напрягаясь, представить содержание формул самовнушения;
- 3) умение удерживать внимание на избранном объекте;
- 4) умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 124.

Кто первым в России начал читать курс гипнотерапии:

- 1) Данилевский;
- 2) Корсаков;
- 3) Токарский;
- 4) Бехтерев;
- 5) Мержеевский.

Вопрос № 125.

Количественный предел малой психокоррекционной группы составляет:

- 1) 5 человек;
- 2) 10 человек;
- 3) 15 человек;
- 4) 20 человек;
- 5) 25 человек.

Вопрос № 126.

Один из методов гипнотизирования - фасцинацию разработал:

- 1) Фариа;
- 2) Льебо;
- 3) Бернгейм;
- 4) Шарко;
- 5) Эриксон.

Вопрос № 127.

Наркопсихотерапия применяется при всех перечисленных пограничных нервно – психических расстройствах за исключением:

- 1) расстройств с фобической симптоматикой;
- 2) расстройств с ипохондрической симптоматикой;
- 3) расстройств с навязчивой симптоматикой;
- 4) склонности к наркомании.

Вопрос № 128.

Четвертое упражнение аутогенной тренировки-2 – это медитация на:

- 1) цвете;
- 2) образе;
- 3) абстрактной идее;
- 4) эмоциональном состоянии;
- 5) человеку.

Вопрос № 129.

Первым использовал в лечебной практике групповую психотерапию:

- 1) Прагг;
- 2) Фрейд;
- 3) Адлер;
- 4) Морено;
- 5) Роджерс.

Вопрос № 130.

Для погружения в гипноз лучше применять:

- 1) слабые монотонные раздражители;
- 2) полифонические раздражители;
- 3) сильные раздражители;
- 4) словесное внушение;
- 5) сочетание вербального внушения с воздействием слабых монотонных раздражителей.

Вопрос № 131.

Метод наркопсихотерапии разработан:

- 1) Карвасарским;
- 2) Свядошем;
- 3) Вельвовским;
- 4) Лебединским;
- 5) Телешевской.

Вопрос № 132.

Первая ступень аутогенной тренировки включает:

- 1) 2 упражнения;
- 2) 3 упражнения;
- 3) 4 упражнения;
- 4) 5 упражнений;
- 5) 6 упражнений.

Вопрос № 133.

Психокоррекционная группа – это искусственно созданная малая группа, объединенная общностью всех нижеперечисленных целей за исключением:

- 1) межличностного исследования;
- 2) личностного научения;
- 3) самораскрытия;
- 4) неструктурированного взаимодействия по принципу *здесь и теперь*;
- 5) без исключения.

Вопрос № 134.

Конфронтация направлена на то, чтобы заставить другого:

- 1) осознать свои межличностные отношения;
- 2) изменить их;
- 3) проанализировать их;
- 4) исследовать себя;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 135.

Материалом для психоанализа, по Фрейду, может служить все нижеперечисленное за исключением:

- 1) свободных ассоциаций;
- 2) реакций переноса;
- 4) состояния сомнамбулы;
- 5) сопротивления;
- 6) сновидений.

Вопрос № 136.

Система, отвечающая за предоставление добытой информации сознанию, называется в нейролингвистике:

- 1) ведущей;
- 2) репрезентативной;
- 3) референтной.

Вопрос № 137.

В «психодраме» инсайт — это вид познания, который приводит к:

- 1) немедленному решению проблемы;
- 2) новому пониманию проблемы;
- 3) новому пониманию проблемы или немедленному решению;
- 4) максимальному катарсису;
- 5) максимальному проявлению «теле».

Вопрос № 138.

Специфическими лидерскими качествами в психокоррекционной группе являются все нижеперечисленные за исключением:

- 1) энтузиазма;
- 2) умения убеждать и подчинять себе окружающих;
- 3) уверенности в себе;
- 4) экстравертированности;
- 5) высокого интеллекта.

Вопрос № 139.

Психосинтез включает в себя следующие основные этапы за исключением:

- 1) глубинного познания личности;
- 2) контроля за различными элементами личности;
- 3) постижения своего истинного Я («независимого центра»);
- 4) консолидации субличностей (психосинтез);
- 5) катарсиса.

Вопрос № 140.

Выделяют четыре основных типа поведения людей в малой группе за исключением:

- 1) обособляющегося;
- 2) сопереживающего;
- 3) ведомого;
- 4) лидирующего;
- 5) сотрудничающего.

Вопрос № 141.

«Паттерны глаз» — это:

- 1) модальность, в которой воспринимаются зрительные образы;
- 2) результат сложных анатомо-физиологических процессов;
- 3) неосознанное движение глаз, соответствующее извлечению той или иной информации;
- 4) все перечисленное.

Вопрос № 142.

Психологические игры проявляются всем нижеперечисленным за исключением того, что они:

- 1) возбуждают внимание;
- 2) позволяют создавать и поддерживать «свой образ» в глазах окружающих;
- 3) формируют честные и искренние взаимоотношения людьми;
- 4) снимают напряжение и поддерживают соматическое и психическое равновесие (при выигрыше).

Вопрос № 143.

Метод «терапевтической метафоры» в НЛП — это:

- 1) выбор определенных предикатов речи с целью воздействия на доминирующую модальность;
- 2) выбор определенных предикатов речи с целью активизации определенной модальности;
- 3) особая техника рассказывания поучительных историй, «психотерапевтических сказок».

Вопрос № 144.

«Психодрама» в отличие от театра не поощряет:

- 1) импровизацию;
- 2) хорошо продуманный сценарий;
- 3) заранее подготовленное и отрепетированное действие;
- 4) разыгрывание ролей и ситуаций, актуальных для группы;
- 5) спонтанность.

Вопрос № 145.

Для проведения сеанса аутогенной тренировки-1 в сочетании с обратной биологической связью можно использовать:

- 1) оксигемограф;
- 2) электромиограф;
- 3) полиграф;
- 4) электроэнцефалограф;
- 5) любой из указанных аппаратов.

Вопрос № 146.

Для коллективной психотерапии характерно все нижеперечисленное за исключением:

- 1) взаимной индукции;
- 2) феномена подражания;
- 3) взаимодействие группы («групповая динамика»);
- 4) воздействия психотерапевта.

Вопрос № 147.

Лечебная эффективность внушения в гипнозе зависит от:

- 1) глубины гипнотического сна;
- 2) скорости погружения в гипнотический сон;
- 3) продолжительность сна;
- 4) содержание лечебного внушения;
- 5) всего перечисленного.

Вопрос № 148.

При проведении наркопсихотерапии основными являются:

- 1) стадия общей активности инициативы;
- 2) стадия эмоциональных сдвигов;
- 3) стадия измененного сознания;
- 4) стадия поверхностного сна, который быстро переходит в наркоз;
- 5) все перечисленные стадии.

Вопрос № 149.

Противопоказаниями для групповой психотерапии являются следующие критерии за исключением:

- 1) низкого интеллекта;
- 2) наличия психоза;
- 3) наличия тяжелых форм психопатий возбудимого круга;
- 4) гетерогенного состава группы;
- 5) участия детей до 9 лет.

Вопрос № 150.

Что означает в нейролингвистическом программировании понятие «часть»:

- 1) определенную модальность;
- 2) вид репрезентативной системы;
- 3) «часть» личности, ответственную за то или иное поведение или симптом;

4)технический прием при шестиступенчатом рефрейминге.

Вопрос № 151.

Сертификация личности, по Берну, следующая:

- 1)Отец, Мать, Ребенок;
- 2)Взрослый, Ребенок, Родитель;
- 3)Родитель, Наставник, Ребенок;
- 4)Врач, Родитель, Ребенок;
- 5)Отец, Сын, Врач.

Вопрос № 152.

Протагонист в «психодраме» — это:

- 1)исполнитель главной роли;
- 2)исполнитель второстепенной роли;
- 3)продюсер;
- 4)автор сценария;
- 5)аналитик.

Вопрос № 153.

Когнитивная психотерапия:

- 1)объединяет бихевиоризм и психоанализ и входит структурно в эти психотерапевтические направления;
- 2)противопоставляет себя бихевиоризму и не входит структурно в это психотерапевтическое направление.

Вопрос № 154.

Психологические игры — это наиболее частая форма общественных отношений, состоящая из трансакций:

- 1)параллельных;
- 2)перекрестных;
- 3)скрытых;
- 4)параллельных и перекрестных;
- 5) всех перечисленных.

Вопрос № 155.

Выделяются следующие фазы группового процесса за исключением:

- 1)ориентации и зависимости;
- 2)конфликта и протеста;
- 3)разочарования и недовольства;
- 4)развития и сотрудничества;
- 5)целенаправленной деятельности.

Вопрос № 156.

Такие понятия, как жизненный стиль, схема апперцепции, индивидуальная психотерапия, в психотерапию внес:

- 1)Юнг;
- 2)Перлс;
- 3)Адлер;
- 4)Роджерс;
- 5)Фрейд.

Вопрос № 157.

Основным признаком «группы встреч» является следующее за исключением:

- 1)осознания самого себя, своего Я (психического и физического);
- 2)ответственности за себя и членов группы;
- 3)внимания к чувствам;
- 4)принципа *здесь и теперь*;
- 5)открытости и честности в общении;
- 6)директивности лидера.

Вопрос № 158.

По Джону Богарту, руководитель группы тренинга умений, образно говоря, представляет собой:

- 1)«иудейскую праматерь»;
- 2)«примерного отца»;
- 3)«святого пророка»;

- 4) «Мефистофеля»;
- 6) все перечисленное в совокупности.

Вопрос № 159.

Катарсис в «психодраме» — это явление:

- 1) вторичное по отношению к сюжету;
- 2) вторичное по отношению к анализу;
- 3) первичное по отношению к сюжету;
- 4) первичное по отношению к анализу;
- 5) выступающее на первый план по отношению и к сюжету, и к анализу

Вопрос № 160.

«Когнитивная карта» — это:

- 1) психотерапевтический метод;
- 2) элемент поведенческой психотерапии;
- 3) элемент когнитивной психотерапии;
- 4) физиологическое понятие.

Вопрос № 161.

Визуально-кинестетическая диссоциация — это метод:

- 1) аналитической психотерапии;
- 2) поведенческой психотерапии;
- 3) групповой психотерапии;
- 4) когнитивной психотерапии;
- 5) нейролингвистического программирования.

Вопрос № 162.

Какой раздражитель можно использовать при методе «якоря»:

- 1) кинестетический;
- 2) аудиальный;
- 3) визуальный;
- 4) любой из перечисленных;

какой-то один из перечисленных.

Вопрос № 163.

Психосинтез — это:

- 1) психологическое понятие;
- 2) психотерапевтический метод;
- 3) элемент аналитической психотерапии Юнга;
- 4) отдельное направление в психотерапии.

Вопрос № 164.

Какие из указанных этапов включает метод внушения в гипнозе:

- 1) подготовительный;
- 2) гипнотизации;
- 3) лечебного внушения в состоянии гипноза;
- 4) дегипнотизации с постгипнотическим внушением;
- 5) все указанные.

Вопрос № 165.

В групповой психотерапии применяется все нижеперечисленное за исключением:

- 1) вербального воздействия;
- 2) невербального воздействия;
- 3) ориентировки на активизацию личности больного;
- 4) директивной психотерапии;
- 5) взаимодействия пациента со специально организованной управляемой средой.

Вопрос № 166.

К специальным внушениям применимы все перечисленные требования за исключением:

- 1) конкретности;
- 2) индивидуализированности;
- 3) они должны быть одинаковыми при одном и том же заболевании;
- 4) они должны быть связаны с этапом лечения;

- 5) они должны быть зависимы от жалоб больного.

Вопрос № 167.

Термин «внушение престижа» может быть определен как:

- 1) внушение третьим лицом пациенту, что его доктор – лицо, уважаемое в медицинском мире;
- 2) внушение доктором пациенту своей высокой квалификации;
- 3) внушение, результатом которого явилось изменение личности пациента;
- 4) прямое или не прямое внушение, после которого исчез патологический симптом;
- 5) ничего из перечисленного.

Вопрос № 168.

Тесты на внушаемость призваны помочь:

- 1) врачу обрести уверенность в собственных возможностях;
- 2) пациенту поверить в свою способность получить внушение;
- 3) врачу погрузить пациента в гипнотическое состояние;
- 4) усилить глубину гипнотического сна;
- 5) все перечисленное верно.

Вопрос № 169.

Цель предварительной беседы во время гипносуггестии заключается в:

- 1) повышение у пациента интереса к лечению;
- 2) усиление уверенности в успехе;
- 3) подготовке к последующей суггестии в гипнозе;
- 4) получение согласия на проводимое лечение;
- 5) все перечисленные факторы важны.

Вопрос № 170.

Позитивная психотерапия — это:

- 1) психотерапия, ориентированная на тело;
- 2) психотерапия, ориентированная на пациента;
- 3) психотерапия, ориентированная на конфликт (на ситуацию);
- 4) все перечисленное в совокупности.

Вопрос № 171.

Выигрывающий — это:

- 1) человек, заставляющий кого-то проигрывать;
- 2) человек, который способен быть достоверным;
- 3) личность, реализующая свою индивидуальность;
- 4) личность, принимающая на себя ответственность за собственную судьбу;
- 5) личность, свободная от власти догм и ложных авторитетов;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

Вопрос № 172.

Индивидуальная психотерапия — основное в учении:

- 1) Адлера;
- 2) Юнга;
- 3) Перлса;
- 4) Роджерса.

Вопрос № 173.

Ведущими лечебными факторами психотерапевтической группы являются:

- 1) сплоченность и внушение надежды;
- 2) обобщение и альтруизм;
- 3) множественный перенос и развитие межличностных умений;
- 4) имитирующее поведение и катарсис;
- 5) не является ни один из перечисленных факторов в от
дельности.

Вопрос № 174.

Кому принадлежит концепция, что мышечный, или телесный, «панцирь» сковывает эмоции и состоит из семи колец, расположенных в области лба, рта, груди, диафрагмы, живота и глаз:

- 1) Джекобсону;

- 2) Раабу;
- 3) Александеру;
- 4) Райху;
- 5) Фейденкрайзу.

Вопрос № 175.

Глаза повернуты вверх и налево — это:

- 1) аудиальные воспоминания;
- 2) кинестетические представления;
- 3) визуально конструированные образы;
- 4) аудиально конструированные образы;
- 5) визуально-эйдетические образы.

Вопрос № 176.

Что означает в психоанализе термин *абстиненция*:

- 1) состояние похмелья;
- 2) «работу» сновидения;
- 3) апогей эмоционального напряжения;
- 4) технику интерпретации.

Вопрос № 177.

В «психодраме» имеется:

- 1) прошлое;
- 2) будущее;
- 3) настоящее;
- 4) и прошлое, и будущее, и настоящее;
- 5) только прошлое и будущее.

Вопрос № 178.

Обучение тому, как учиться, включает в себя следующие основные этапы:

- 1) представления самого себя;
- 2) обратной связи;
- 3) экспериментирования;
- 4) все перечисленное.

Вопрос № 179.

Проводить гипнотерапию имеет право:

- 1) человек, имеющий высшее медицинское образование;
- 2) любой человек;
- 3) любой человек, имеющий медицинское образование;
- 4) врач - психиатр;
- 5) врач, имеющий специальную подготовку по психотерапии.

Вопрос № 180.

Противопоказанием к проведению наркопсихотерапии является:

- 1) заболевание печени с нарушением функции;
- 2) заболевание почек с нарушением функции;
- 3) склонность к наркомании;
- 4) пониженная внушаемость и гипнабельность;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 181.

Для истерической сомнамбулы характерно:

- 1) полная утрата контакта;
- 2) сохранение частичного контакта;
- 3) тотальная амнезия;
- 4) все из перечисленного;
- 5) не характерно ничего из перечисленного.

Вопрос № 182.

В литературе метод Эриксона известен как:

- 1) фракционный гипноз;
- 2) шоковый метод;

- 3) Эмоционально – стрессовый гипноз;
- 4) Метод «Сюрприз»;
- 5) Метод поднятия руки.

Вопрос № 183.

Хуже всего поддаются гипнозу больные:

- 1) истерией;
- 2) неврастенией;
- 3) психастенией;
- 4) перенесшие травму головы;
- 5) страдающие алкоголизмом.

Вопрос № 184.

Архетип — это:

- 1) характеристика личности;
- 2) технический прием аналитической психотерапии;
- 3) основа коллективного бессознательного;
- 4) символ.

Вопрос № 185.

«Стратегия выбора поведения» в нейролингвистическом программировании означает:

- 1) выбор одной определенной стратегии поведения, адекватной ситуации;
- 2) выбор нескольких стратегий поведения, адекватных ситуации.

Вопрос № 186.

Процесс развития «психодрамы*» предусматривает:

- 1) раскрепощение двигательной активности участников;
- 2) стимуляцию спонтанных поведенческих реакций;
- 3) фокусировку членов группы на конкретной теме;
- 4) психодраматическое действие и его последующее обсуждение;
- 5) все перечисленное в совокупности.

Вопрос № 187.

Автором известной работы: «Аналитическая психология» является:

- 1) Фрейд;
- 2) Юнг;
- 3) Адлер;
- 4) Рейх;
- 5) Роджерс.

Вопрос № 188.

Метод классического психоанализа включает в себя все следующие основные компоненты, за исключением:

- 1) продуцирования материала;
- 2) анализа;
- 3) катарсиса;
- 4) рабочего альянса.

Вопрос № 189.

Нейролингвистическое программирование — это психотерапевтическое направление, основанное на:

- 1) психоанализе;
- 2) бихевиоризме;
- 3) суггестии;
- 4) первом, втором и третьем;
- 5) психоанализе и бихевиоризме (только).

Вопрос № 190.

Коммуникативные умения включают все перечисленное за исключением:

- 1) коммуникации чувств;
- 2) конфронтации;
- 3) активного слушания;
- 4) описания поведения (своего партнера);
- 5) обратной связи;

б)самообладания.

Вопрос № 191.

Метод «якоря» — это метод:

- 1)проведенческой психотерапии;
- 2)условно-рефлекторной психотерапии;
- 3)аналитической психотерапии;
- 4)нейролингвистического программирования;
- 5)когнитивной психотерапии.

Вопрос № 192.

Какие трансакции являются самыми зрелыми:

- 1)дополнительные;
- 2)перекрестные;
- 3)скрытые.

Вопрос № 193.

В основе гештальт-терапии лежит:

- 1)психоанализ;
- 2)бихевиоризм;
- 3)экзистенциализм;
- 4)все перечисленное.

Вопрос № 194.

Концепцию об основных механизмах психологической защиты разработал:

- 1)Фрейд;
- 2)Юнг;
- 3)Роджерс;
- 4)Адлер;
- 5)Скиннер.

Вопрос № 195.

Восприимчивость к гипнозу зависит от:

- 1) личности гипнотизируемого;
- 2) личности гипнотизера;
- 3) степени внушаемости;
- 4) расы, пола, социального положения гипнотизируемого;
- 5) многочисленных интер- и интраперсональных отношений.

Вопрос № 196.

Для транса среднего уровня характерно:

- 1) отальмоплегия;
- 2) ригидная каталепсия;
- 3) полная физическая релаксация;
- 4) частичная амнезия;
- 5) анестезия по типу перчаток.

Вопрос № 197.

Продолжительность второй стадии наркогипноза составляет:

- 1) 5 минут;
- 2) 7 минут;
- 3) от 10 до часа.

Вопрос № 198.

В какой из следующих ситуаций гипноз будет иметь наименьший успех:

- 1) дентальной анестезии;
- 2) удалении синдрома конверсии;
- 3) восстановлении функционального амнестического дефицита;
- 4) возрастной регрессии для восстановления детских воспоминаний;
- 5) улучшения умственно отсталых пациентов.

Вопрос № 199.

Показаниями к рациональной психотерапии являются прежде всего;

- 1) невроз навязчивых состояний;
- 2) психопатия психостенического круга;

- 3) сексуальные неврозы;
- 4) истерический невроз;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 200.

Для успешного проведения гипнотерапии необходимо ввести больного в состояние:

- 1) сомноленции;
- 2) каталепсии;
- 3) сомнамбулизма;
- 4) глубина гипнотического состояния не играет решающей роли.

Вопрос № 201.

Каталепсия наблюдается:

- 1) в первой стадии гипноза;
- 2) во второй стадии;
- 3) в третьей стадии;
- 4) во всех стадиях;
- 5) не наблюдается ни в одной стадии.

Вопрос № 202.

«Теле» — это:

- 1) односторонний процесс передачи эмоций от пациента психотерапевту;
- 2) процесс передачи эмоций от психотерапевта пациенту;
- 3) двусторонний процесс передачи эмоций между пациентом и психотерапевтом;
- 4) одностороннее вчувствование одного человека во внутренний мир другого.

Вопрос № 203.

Умение слушать включает в себя:

- 1) активное слушание;
- 2) пассивное слушание;
- 3) эмпатическое понимание;
- 4) умение скорректировать собеседника

Вопрос № 204.

В терапевтических целях психодрама наиболее часто применяется при перечисленных заболеваниях за исключением:

- 1) алкоголизма и наркомании;
- 2) дсвиантных форм поведения;
- 3) пограничных нервно-психических расстройств;
- 4) эндогенно-органических поражений;
- 5) при всех вышеперечисленных.

Вопрос № 205.

Рольфинг — это:

- 1) элемент техники при классическом психоанализе;
- 2) технический прием при гештальт-терапии;
- 3) разновидность психотерапии, ориентированной на тело.

Вопрос № 206.

«Родитель», по Берну, — это:

- 1) собрание догм и постулатов, получаемых человеком еще в младенческом возрасте;
- 2) комплекс убеждений, нравственных норм, предрассудков, получаемых в наследство не только от родителей, но и от предков;
- 3) диктующая и поведенческая часть личности;
- 4) наиболее косная, ригидная часть человеческого Я, остающаяся вне критики;
- 5) все перечисленное.

Вопрос № 207.

В основе лечебного воздействия трехместной визуально-кинестетической диссоциации лежит:

- 1) перевод зрительных воспоминаний в кинестетические;
- 2) перевод кинестетических ощущений в зрительные или аудиальные воспоминания;
- 3) перевод зрительно-эйдетических воспоминаний в зрительно конструируемые образы;
- 4) и то, и другое, и третье.

Вопрос № 208.

Катексис — это:

- 1) инстинкт;
- 2) защитный механизм;
- 3) динамика либидозной энергии;
- 4) стадия гипноза.

Вопрос № 209.

T-группа выполняет функции:

- 1) «научения»;
- 2) группы психического и физического здоровья;
- 3) «группы знакомств»;
- 4) группы психического здоровья;
- 5) все вышеназванные.

Вопрос № 210.

Суфизм — это:

- 1) технический прием психотерапии;
- 2) психологический термин;
- 3) разновидность восточной психотерапии;
- 4) мистико-аскетическое направление.

Вопрос № 211.

Индивидуация — это:

- 1) характеристика личности;
- 2) технический прием аналитической психотерапии;
- 3) процесс самопознания и саморазвития личности;
- 4) своеобразие (неповторимость) психики.

Вопрос № 212.

Процесс групповой психотерапии в «группе встреч» предполагает ниже перечисленные условия за исключением следующих:

- 1) члены группы должны отвечать за свое поведение сами;
- 2) группа должна защищать своих членов в сложной ситуации;
- 3) группа должна поощрять своих членов в реализации их резервных возможностей;
- 4) группа должна способствовать принятию ее членами самостоятельных решений;
- 5) без исключения.

Вопрос № 213.

Взрослое состояние Я, по Берну, характеризует все нижеперечисленное за исключением:

- 1) способности личности хранить, использовать и перерабатывать информацию на основе предыдущего опыта;
- 2) умения быть независимым от предубеждений Родителя и архаических порывов Ребенка;
- 3) возраста человека;
- 4) способности находить альтернативные варианты в жизненных ловушках;
- 5) анализа, синтеза и выбора.

Вопрос № 214.

В «психодраме» наиболее важными являются роли:

- 1) режиссера;
- 2) протагониста;
- 3) продюсера;
- 4) вспомогательного Я;
- 5) аудитории.

Вопрос № 215.

Основными элементами техники «групп встреч» являются:

- 1) установление контакта;
- 2) построение доверительных отношений;
- 3) изучение конфликтов;

- 4) анализ сопротивления, сочувствие и поддержка;
- 5) все перечисленные.

Вопрос № 216.

Апшерцепция — это:

- 1) защитный механизм;
- 2) способ получения информации при психоанализе;
- 3) свойство психики воспринимать мир в зависимости от предшествующего опыта;
- 4) психопатологический синдром.

Вопрос № 217.

Трансверс — это:

- 1) особое состояние сознания;
- 2) термин из техники психоанализа;
- 3) перенос на врача чувств пациента;
- 4) перенос врачом чувств на пациента;
- 5) ошибочное понимание настоящего посредством прошлого.

Вопрос № 218.

Подготовка компетентных специалистов для групповой психотерапии предусматривает:

- 1) обучение теоретическим основам и технике групповой психотерапии;
- 2) стажировку в группе под руководством опытного специалиста;
- 3) личное участие в групповом процессе;
- 4) необходимость пройти все три названные этапа;
- 5) наличие диплома врача или психолога.

Вопрос № 219.

Глаза повернуты вниз и направо — это:

- 1) визуально конструированные образы;
- 2) визуально-эйдетические образы;
- 3) аудиальные представления;
- 4) кинестетические представления

Вопрос № 220.

Кому принадлежит образное высказывание «Внушение в отличие от убеждения входит в сознание человека не с парадного входа, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа – критику».

- 1) Павлову;
- 2) Бехтереву;
- 3) Мясищеву;
- 4) Платонову;
- 5) Гиляровскому.

Вопрос № 221.

Гипносуггестивная терапия показана при всех состояниях за исключением:

- 1) психогенного мутизма;
- 2) респираторных тиков;
- 3) наркомании;
- 4) выраженных интоксикаций;
- 5) беременность.

Вопрос № 222.

В групповой психотерапии гомогенные группы целесообразны для всех нижеперечисленных категорий больных за исключением лиц с:

- 1) невротизмом;
- 2) истероидной психопатией;
- 3) алкоголизмом;
- 4) заиканием;
- 5) сексуальными нарушениями.

Вопрос № 223.

Метод Фогта – Кречмера целесообразно применять:

- 1) если больной мало гипнабилен;
- 2) если у врача нет уверенности в быстром и эффективном погружении пациента в гипноз;
- 3) у пациентов, страдающих истерическим неврозом;
- 4) при невротическом заикании;
- 5) при ночном энурезе.

Вопрос № 224.

Внушение в гипнозе наиболее эффективно при:

- 1) неврастении;
- 2) истерических моносимптомах;
- 3) психастении;
- 4) ипохондрических проявлениях;
- 5) депрессивном синдроме.

Вопрос № 225.

Трансактный анализ — это:

- 1) система социального переучивания;
- 2) разновидность психоанализа;
- 3) форма гештальт-терапии;
- 4) вид познания, приводящий к новому пониманию проблемы;
- 5) трансформация либидо в полезный вид деятельности.

Вопрос № 226.

Видный психотерапевт, ученик Фрейда Вильгельм Райх был посажен в тюрьму за:

- 1) пропаганду сексуального воспитания;
- 2) идеологические убеждения (он был коммунистом);
- 3) лечение посредством «органных» аккумуляторов.

Вопрос № 227.

Кто является создателем «психодрамы»:

- 1) Рудестам;
- 2) Морено;
- 3) Пиз;
- 4) Берн;
- 5) Вендлер.

Вопрос № 228.

Посредством внушения в гипнозе могут быть вызваны различные феномены за исключением:

- 1) ярких ощущений;
- 2) различных представлений;
- 3) различных эмоциональных проявлений;
- 4) негативных психотических проявлений;
- 5) изменение соматовегетативных функций.

Вопрос № 229.

Противопоказанием для психоанализа является все нижеуказанное за исключением:

- 1) галлюцинаторно-параноидной шизофрении;
- 2) маниакально-депрессивного психоза;
- 3) олигофрении;
- 4) перверсной психопатии

Вопрос № 230.

Пересекающаяся транзакция — это:

- 1) неожиданная реакция на определенный стимул;
- 2) прогнозируемая реакция на неопределенный стимул;
- 3) характерные отношения взаимности врача и пациента;
- 4) прогнозируемая реакция на определенный стимул.

Вопрос № 231.

По какому автору структуру личности составляют: персона, Эго, тень, Анима, Анимус, самость:

- 1) Фрейду;

- 2)Адлеру;
- 3)Юнгу;
- 4)Райху.

Вопрос № 232.

Процесс развития «психодрамы* предусматривает:

- 1)раскрепощение двигательной активности участников;
- 2)стимуляцию спонтанных поведенческих реакций;
- 3)фокусировку членов группы на конкретной теме;
- 4)психодраматическое действие и его последующее обсуждение;
- 5)все перечисленное в совокупности

Вопрос № 233.

Противопоказаниями для гипносуггестии являются:

- 1) склонность к конфобуляциям у детей;
- 2) психозы;
- 3) нарушение сна;
- 4) психогенная депрессия;
- 5) нарушения сознания.

Вопрос № 234.

Имеются ли в психоанализе элементы суггестии:

- 1)да; 2) нет.