

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

**ПСИХОТЕРАПИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

**сборник учебно-методических материалов**  
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

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

*Составитель: Смирнова С.В.*

Психотерапия: теория и практика: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 – Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 41 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Смирнова С.В., составление

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	37
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	40

## КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

### Тема 1. Общие вопросы психотерапии.

Психотерапия – система лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм и поведение **больного**.

Принято различать понятие психотерапия в узко медицинском смысле как метод лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре) и в более широком, включающем в себя организацию труда и быта, профилактику психотравмирующих факторов и т. п. В таком случае психотерапия тесно связана с такими понятиями, как психогигиена и психопрофилактика.

Психотерапия является специфическим методом лечения, так как лечебный эффект здесь достигается не физическими или фармакологическими свойствами лечебного фактора, а той информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет (Свядош, 1969). Речь идет именно о специфическом, психическом воздействии на человека, ибо лечебный эффект могут оказывать и нейрорептиками, и инсулин, и тепло или магнитное поле.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует *систему, или направление, психотерапии*. Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода – различные методики и приемы.

В настоящее время наибольшее распространение получили три психотерапевтических направления: 1) психоаналитическое; 2) бихевиористское; 3) экзистенциально-гуманистическое (недирективная психотерапия, гештальт-терапия и др.).

Психотерапевтическое влияние одного человека на другого многие считают искусством. И в этом есть доля истины. Иногда говорят о врожденном психотерапевтическом таланте, и это тоже верно. Однако нельзя противопоставлять искусство науке, а врожденные способности психотерапевта – знанию и умению. Чтобы стать хорошим психотерапевтом, мало обладать нужными личностными особенностями и врожденными качествами – необходимо уметь развить их в себе и научиться ими пользоваться. Последнее определяется многими обстоятельствами.

Во-первых, психотерапия, как уже говорилось, стоит на стыке различных областей знаний: медицины, психологии, социологии, философии, а это требует от специалиста большого кругозора и глубоких знаний.

Во-вторых, психотерапия – это специфический метод лечения, состоящий из практических, подчас очень трудоемких методик, а это требует от врача при их освоении и проведении умения, терпения и трудолюбия.

В-третьих, психотерапия – очень трудная специальность, требующая от врача постоянного эмоционального напряжения и полной самоотдачи.

Психотерапия, уровень ее развития тесно связаны с уровнем культуры общества, с его обычаями, условиями труда и т. д. Там, где уровень культуры высокий, психотерапия развивается быстро и воспринимается как наука. В странах малоразвитых, с низким культурным уровнем психотерапевтические ритуалы окружаются мистикой, становятся орудием религии или шаманов.

Знание основ психотерапии необходимо каждому культурному человеку. А представителям профессий, главная задача которых – работа с людьми, – педагогам, социальным работникам, юристам эти знания профессионально необходимы. Они помогают лучше понимать и оценивать свои и чужие поступки и психические состояния, причины которых не всегда лежат на поверхности и не всегда на самом деле таковы, какими нам представляются.

Важно не просто понимать, но и правильно действовать, корректировать в случае необходимости свое и чужое поведение. Это не так просто, как кажется на первый взгляд. Иначе мы давно бы расстались с мешающими нам и другим привычками.

Одна из задач психотерапии – обучение людей способам поведения, которые помогут им успешнее решать и по возможности не создавать личные и межличностные проблемы.

Опытный психотерапевт часто сразу видит ошибочные действия, порождающие и усугубляющие проблемы, которые его клиентам кажутся возникающими сами по себе или по вине других людей и обстоятельств.

Иногда человек на уровне сознания вполне понимает, что нужно делать в угнетающей его ситуации, но не может найти в себе сил и решительности для этих действий, предпочитая смириться с ситуацией как непреодолимой.

Психотерапевт, практический психолог должны уметь отличить ситуацию, объективно неразрешимую (по крайней мере, собственными усилиями), от ситуации, которую данный человек принимает за неразрешимую, снимая с себя ответственность за принятие решений и действия по ее преодолению. Одновременно психотерапевт должен уметь четко отличать случаи, входящие в его компетенцию, от случаев, с которыми данный индивид должен быть направлен к психиатру с подозрением на психическое заболевание.

В настоящее время в США, Германии и ряде других высокоразвитых странах четко разделились немедицинская и медицинская психотерапия.

Медицинская психотерапия касается в основном работы с психически здоровыми пациентами медицинских учреждений и является более углубленным продолжением медицинской психологии и деонтологии. Готовят таких специалистов на медицинских факультетах университетов, и в дальнейшем они входят в профсоюзы и ассоциации врачей.

Немедицинской психотерапией занимаются выпускники психологических, а в США и философских факультетов (там философия понимается не только в глобальном, но и в индивидуально-мировоззренческом плане).

*Основные правила психотерапии:*

- Психотерапия в комплексном подходе к лечению заболевания должна быть только предметом выбора, как и любой другой метод лечения.

- Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимуществ перед другими, если последние применяются своевременно и с учетом механизма, клиники и динамики заболевания. Нет «хороших» или «плохих» методов психотерапии. Есть только хорошие или плохие психотерапевты.

- Психотерапия не терпит косности. В зависимости от динамики заболевания отдельные методы психотерапии могут применяться самостоятельно или в комбинации с другими, сменять, дополнять или усиливать друг друга.

- Психотерапия не эффективна, а иногда и вредна без обратной связи с больным, без учета имеющихся показаний или противопоказаний к тому или иному методу лечения.

- Психотерапия, даже в групповых ее вариантах, должна быть индивидуализированной, личностно и социально ориентированной.

- Любой, даже самый опытный, психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и что более существенно, теоретическую базу, на которой эти методы основаны. В противном случае, работая «вслепую», он в лучшем случае станет ремесленником, в худшем – шарлатаном.

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

## **Тема 2 Суггестивная психотерапия**

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

К суггестивной терапии относятся гипноз, внушение и аутотренинг.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Не последнюю роль при этом методе психотерапии играет аффективное состояние пациента. Подмечено, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и создают возможность осуществления массового внушения наяву (при боевых действиях, на митингах и т. д.). Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом,

при алкоголизме и табакокурении, с целью коррекции девиантного поведения. Особенно эффективен этот метод лечения у детей и у лиц с повышенной внушаемостью

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Тема 3. Основные направления психоаналитической психотерапии.**

Нередко психоанализ, основной объект исследования которого – сфера бессознательного, воспринимается непрофессионалами, запомнившими в основном заголовки книг Фрейда «Толкование сновидений», «Тотем и табу», «Я и Оно» и др., как нечто мистическое и таинственное, а сам Зигмунд Фрейд – чуть ли не как великий шаман и провидец. Нет ничего дальше от истины!

З.Фрейд постоянно подчеркивал, что является последовательным детерминистом, то есть утверждал, что любое самое непонятное психическое состояние и поведение имеет в своей основе совершенно материальную причину, найти которую и есть главная задача

психоаналитика. Именно нахождение этой вполне материальной причины является, по мнению З.Фрейда, необходимым условием для начала кропотливой и длительной процедуры избавления клиента от угнетающих его состояний, нерациональных моделей поведения и неврозов.

Главной заслугой Фрейда считается то, что он ввел в науку понятие бессознательного, причем не как мистическую и не поддающуюся изучению и контролю категорию, а как сферу, изучаемую и управляемую не прямыми, а косвенными методами, целую систему которых он разработал и уточнял в течение успешной многолетней практической деятельности.

Фрейд условно подразделяет психику человека на *сознание, предсознание и бессознательное*.

Именно в бессознательном он видит основные побудительные силы развития личности и ее проявления в психических состояниях и поведенческих реакциях, здесь скрыты главные ресурсы психической энергии, инстинкты и потребности, продуцирующие (часто в скрытой форме) истинные мотивы поведения, в том числе нерационального, невротического.

При этом Фрейд выделяет (и это один из основных объектов критики со стороны оппонентов) два основных инстинкта: *либидо*, включая сюда главным образом инстинкт продолжения жизни и стремление к сексуальному удовлетворению, и *мортидо* -стремления к смерти, агрессии и разрушению (в том числе саморазрушению).

Фрейд выделяет в структуре личности: *Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я)*.

Первая (нижняя) часть этой структуры – **Ид** – почти полностью бессознательная. Она состоит как из тех инстинктов и побуждений, которые никогда не осознавались, так и из тех, которые в силу их неприемлемости для данной личности оказались вытесненными из сознания, причем настолько прочно, словно их никогда в сознании и не было. При этом, как считает Фрейд, в Ид не входят морально-этические компоненты, несмотря на то, что вытеснение каких-то моментов из сознания в Ид было вызвано именно их морально-этической неприемлемостью. Говоря словами Ницше, Ид находится «по ту сторону добра и зла», не различая их.

Вторая (средняя) часть структуры личности – **Эго** – занимает промежуточное положение между полностью бессознательным и сверхсознательным, то есть, с одной стороны, следует бессознательным инстинктам и побуждениям, а с другой стороны – подчиняет эти побуждения требованиям реальности.

Можно сказать, что Эго (*Я*) – центральная часть личности как биологического и одновременно социального существа, контролирует и направляет произвольное поведение человека, примиряя биологические инстинкты и социальные требования.

Эго является как бы социально-биологическим регулятором личности, стремясь в социально допустимой мере удовлетворить свои биологические потребности, а в случае невозможности сделать это – стараться ослабить их напряжение на рациональном, а иногда и на неосознанном уровне.

Третья (высшая) часть структуры личности – **Супер-Эго (Сверх-Я)** содержит морально-этические эталоны, позволяющие Эго (*Я*) оценивать свои поступки и намерения с точки зрения, «что такое хорошо и что такое плохо», является идеалом строгого, но справедливого наставника, советчика, судьи.

*Эго* не всегда слушается этого наставника, но оно в этих случаях знает, что поступает плохо, неправильно, и в глубине души стыдится этого, даже если пытается обмануть себя и других, оправдывая свои действия, слова и мысли. То есть неприемлемые с точки зрения Супер-Эго, но истинные мотивы вытесняются в бессознательную или предсознательную сферу, но не исчезают полностью, а залегают там, как мины замедленного действия, всегда готовые начать свою разрушительную работу.

Именно такое вытеснение или подавление неприемлемых для Супер-Эго, нежелательных с точки зрения Сверх-Я мотивов – один из краеугольных камней теории и практики классического психоанализа – также стало важнейшим понятием.

Выявление этих мотивов как истинных причин, вызывающих фрустрации и неврозы, доведение их до сознания клиента и последующая работа по их устранению или коррекции является строжайшей линией не только психоанализа, но и любого направления и метода современной классической психотерапии, в том числе тех из них, которые во многих вопросах (пансексуализма, доминирующей роли раннего детства и др.) не согласны с Фрейдом.

Представители всех психотерапевтических направлений принимают аксиому психоанализа о том, что Я сопротивляется осознанию истинных, вытесненных из сознания, мотивов, ставших настоящими причинами неврозов.

Наиболее типичные пути такого самообмана, самозащиты сознания от «неприятной правды» выделены именно в психоанализе З.Фрейда и систематизированы его дочерью Анной Фрейд.

Фрейд считал, что чаще всего защиты сознания от неприятной правды встречаются рационализация, сублимация, проекция и избегание, хотя в виде тенденций постоянно просматриваются и другие их комбинации.

Обходя вышеупомянутые защиты, вытесненные мотивы и желания (к которым Фрейд в первую очередь относит сексуальные) прорываются в сознание в виде фантазий, сновидений, «случайных» оговорок, неожиданных для самого себя действий и т.п. То есть вытесненные, нежелательные для цензуры сознания мотивы только кажутся отсутствующими, а на самом деле постоянно проявляются, оказывая воздействие на поведение, состояния, эмоции и мысли человека, продолжают действовать и существенным образом влиять на поведение человека. Причем, выйдя из круга сознания, их действия становятся значительно более трудно контролируемыми и тем более – управляемыми.

Первая практическая задача психоанализа – помочь клиенту осознать истинные мотивы вытесненных в бессознательную сферу невротических (нерациональных и травмирующих психику) поведенческих реакций, эмоций и мыслей. Нередко, когда после непростой и кропотливой работы такое осознание оказывается достигнутым, это уже в значительной мере избавляет от невроза и фрустрации или по крайней мере направляет на этот путь. То есть первый этап психоаналитической терапии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать себя, свое поведение и его мотивы реально, такими, какие они есть на самом деле.

Для этого сначала применяется психоаналитическая беседа и анализ поведения клиента, позволяющие психотерапевту тщательно изучить и как можно точнее сформулировать, какие именно причины или мотивы невроза упорно прячутся от сознания клиента, игнорируются им или отрицаются (иногда в весьма агрессивной форме).

Одним из наиболее известных методов Фрейда при проведении психоаналитической беседы является **метод свободных ассоциаций**.

Сущность метода свободных ассоциаций состоит в том, что клиент, удобно расположившись и расслабившись (в классическом психоанализе – лежа на кушетке), пускает свое сознание на самотек и начинает произносить любые приходящие в голову слова, не пытаясь намеренно связать их в какой-то логической последовательности. Психотерапевт анализирует весь этот хаотичный словесный материал, обращая внимание на периодически повторяющиеся слова, словосочетания, типичные предложения и речевые конструкции. С момента внедрения магнитофонов такой анализ проводится с помощью неоднократного прослушивания магнитофонных записей.

Сейчас есть опыт применения компьютерного анализа словесного материала, хотя большинство ортодоксальных последователей Фрейда стараются сохранить всю процедуру в полном соответствии со скрупулезными требованиями своего знаменитого учителя, который невероятно болезненно относился к любой попытке модифицировать как сам классический

психоанализ, так и его отдельные технические процедуры. За малейшее отступление от канонов самые преданные ученики изгонялись им из своего круга окончательно и бесповоротно.

Но мы все-таки возьмем грех на душу и посмотрим, что из метода свободных ассоциаций или хотя бы его основной идеи может быть учтено и использовано нами.

В методе свободных ассоциаций безусловно есть логика. Ведь даже ведя связный рассказ о каком-то событии, мы периодически почему-то без видимой необходимости чаще употребляем одни слова и обороты, чем другие. Причем выбор этот случаен лишь на первый взгляд, а на самом деле весьма индивидуален и в какой-то мере отражает не только типические особенности вашей личности, но и особенности вашего совершенно конкретного состояния, на которое повлияли определенные обстоятельства или люди.

Другое дело, что сделать правильный вывод о вас и вашем состоянии не так просто, потому что многое неизвестно или неправильно понято.

И хотя до уровня толкования, доступного опытному профессиональному аналитику, нам не дойти (без специальной кропотливой и длительной подготовки и практики), все же определенные закономерности и выводы станут доступнее после знакомства с основами классического психоанализа и в частности метода свободных ассоциаций.

Одна из наиболее известных представительниц «постфрейдизма» Карен Хорни использовала аналогичные приемы в разработанной ею системе «Самоанализа», хотя, справедливости ради, следует отметить, что Фрейд категорически отрицал эффективность применения психоанализа на самом себе.

В какой-то мере по аналогии с методом свободных ассоциаций может быть рассмотрен и другой, не менее знаменитый, метод Фрейда – **толкование сновидений**. Хотя, разумеется, этот метод имеет свои индивидуальные, присущие только ему, приемы и особенности. Вся аналогия с методом свободных ассоциаций заключается в возможности получения и толкования косвенной информации, не осознаваемой (или не вполне осознаваемой) клиентом.

Однако для того чтобы начать собственные попытки толкования символа, надо обязательно хорошенько ознакомиться с «сонником» Фрейда, да и вообще с его небольшой по объему, но очень информативной для знакомства с основными идеями психоанализа работой «Толкование сновидений».

Следующий ключевой феномен классического психоанализа, выделенный З.Фрейдом, широко известен как **трансфер**, т.е. перенос. Под этим явлением подразумевается перенос своего отношения или определенного комплекса по отношению к родителям или одному из них, а также модели их отношений друг с другом на психотерапевта или того, кто в данном случае помогает выявить и решить психологические проблемы клиента (на научном или бытовом уровне). То есть этот трансфер (перенос) может быть распространен и на школьного психолога, и на педагога, и на любого человека, взявшего на себя сознательно (или по восприятию клиента) эту роль. Это отношение клиента нужно, с одной стороны, учитывать, с другой стороны – можно и нужно использовать.

В повседневной жизни явления трансфера встречаются постоянно – муж ищет в жене качества своей матери, жена в муже качества своего отца, кто-то переносит на реального человека качества выдуманного (или «напряленного» на этого человека) идеала, а потом обижается на то, что реальный человек не соответствует «напряленному» на него идеалу.

Часто такая принудительная идеализация даже льстит самолюбию невесты или жениха, но через некоторое время, поняв, что они не соответствуют этим идеалам, начинают переживать и страдать и они сами, и любящие их фантазеры.

Практический вывод: помочь человеку увидеть другого, значимого для него и даже любимого, человека как можно более реально во избежание будущих разочарований.

Что касается наиболее часто употребляемого в классическом анализе понятия трансфера (переноса), то здесь, как правило, имеется в виду перенос именно на психотерапевта определенных качеств реального или идеального (желаемого) образа

родителя. Фрейд считал, что анализ такого трансфера помогает лучше понять реальные или желаемые, но «недополученные» отношения родителей или к родителям.

Очень важно учитывать постоянные напоминания Фрейда, что психоанализ не универсален и не панацея от всех психологических проблем и расстройств. Он утверждал, что главные сферы эффективной психоаналитической психотерапии – это различные неврозы, большинство типов истерии, различные фобии (навязчивые и реально не обоснованные страхи), а также следующие из этих психических состояний иррациональные и нежелательные поведенческие реакции.

Психоанализ очень тонкая вещь и требует исключительной осторожности, тактичности, неспешности в выводах (особенно задевающих самолюбие клиента) и категорических заключениях и рекомендациях.

Серьезное психоаналитическое лечение невроза – длительный процесс рабочего альянса аналитика и клиента. Фрейд предупреждал, что этот процесс может длиться от трех до пяти лет, и безжалостно разоблачал как шарлатанов «торговцев надеждами», к которым он относил тех, кто обещал быстрый успех от психоанализа.

Требования к личности психоаналитика наиболее четко сформулированы Гринсоном (5 правил Гринсона, 1986):

- 1) всякое высказывание клиента заслуживает внимания психоаналитика;
- 2) нельзя причинять клиенту боль больше той, которая необходима;
- 3) аналитик должен быть для клиента гидом на всем пути нового для него психоаналитического курса;
- 4) аналитик обязан заботиться о сохранении у клиента самоуважения и чувства собственного достоинства;
- 5) поведение и высказывания психоаналитика должны быть ориентированы на единственную цель – помощь клиенту.

Аналитик должен быть заранее настроен, что его работа не всегда будет радостно и благодарно восприниматься клиентом. Ведь он обнажает его истинное, во многом неприглядное Я, истинные причины его психологических проблем, которые в большинстве случаев клиент заменял более приемлемым для его самолюбия объяснением.

При всей сложности классического психоанализа понимание его основных идей и подходов, признание важной роли бессознательной сферы в формировании и регуляции наших психических состояний и поведенческих реакций необходимы для правильной оценки не только своего, но и чужого поведения.

#### **Тема 4. Специфика терапевтических отношений в индивидуальной и групповой психотерапии.**

Психотерапевтические отношения – это отношения между клиентом и терапевтом в процессе терапии. Они требуют специальной работы по их выстраиванию и являются значимым фактором, от которого зависит успех терапии в целом. Психотерапевтические отношения являются целью, сущностью и результатом терапии.

Во всех направлениях психотерапевтические отношения строятся на доверии, сотрудничестве и реалистичности. В *динамическом направлении* психотерапии терапевт занимает определенную позицию, которая предполагает эмпатическую объективность, сдержанность, нейтралитет. В психоанализе выделяют отношения, основанные на переносе (контрпереносе) и рабочий альянс. Гринсон определил рабочий альянс как «относительно не невротические и рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, делающие возможным для пациента целенаправленную работу в аналитической ситуации». Рабочий альянс проявляется в готовности пациента выполнять психоаналитические процедуры и в способности работать с инсайтами, которые вызваны регрессией или причиняют страдания. В рабочем альянсе могут присутствовать как симпатия, доверие, уважение, так и сопротивление, недовольство, раздражение. Такое совмещение

характеризует истинность, естественность психотерапевтических отношений. Созданию рабочего альянса способствуют следующие действия терапевта:

- интерпретации, анализ сопротивления, его осознание и понимание пациентом;
- наличие открытого, сочувственного, понимающего отношения к проблемам и трудностям пациента;
- создание совместно-раздельного пространства жизни (время и границы терапии).

Рабочий альянс формируется быстрее, если пациент проявляет активность, способность переносить фрустрацию, осознание и ассимиляция достигнутого.

В **поведенческом направлении** психотерапии терапевт занимает директивную позицию, отношения строятся по типу учитель–ученик. Терапевт управляет процессом, дает инструкции, советы, рекомендации, использует технические приемы.

Психотерапевт **когнитивного направления** выполняет двойную функцию: а) помогает понять роль иррациональных убеждений и установок в его патологических аффективных реакциях и поведении клиента; б) выступает катализатором, содействующим коррекции опыта и обучения адаптивным навыкам. Союз между терапевтом и клиентом строится на сотрудничестве и позитивном отношении (теплоте, заботе, искренности).

Базовой характеристикой терапевтических отношений в **клиент-центрированной психотерапии** является аутентичность (подлинность). Аутентичность достигается благодаря конгруэнтности, безусловному положительному отношению, эмпатии.

Терапевтические отношения (Therapeutische Beziehung). Понятие, в самом общем виде характеризующее отношения сотрудничества, устанавливающиеся между терапевтом и пациентом. В отличие от рабочего союза в психоанализе (Гринсон), здесь не проводятся различия между отношением переноса и рабочими отношениями.

Важным является лишь «признание» обоими партнерами по взаимодействию общей терапевтической задачи; при этом признание также может основываться на превратно понимаемом общем вкладе во взаимодействие.

Взгляды Роджерса на отношения терапевт–пациент можно отразить в так называемой «триаде Роджерса»:

1. Безусловное положительное принятие пациента: терапевт принимает пациента таким, какой он есть, не требуя от него какого-то определенного поведения. Даже если поведение пациента невозможно одобрить или санкционировать, психотерапевт всё равно демонстрирует принятие и эмоциональную теплоту. Этот постулат основывается на естественной человеческой потребности в безусловном принятии, которая в норме впервые проявляется в отношениях ребенка с матерью (см. теорию личности К.Роджерса).

Терапевтическое принятие не нуждается в отдаче, а эмоциональная теплота не должна быть властной.

2. Эмпатия: понимание пациента за счет вчувствования. Эмпатическое понимание включает в себя признание, принятие и сообщение о чувствах или содержаниях переживания в относительных (внутренних) рамках пациента, то есть «его языком». Психотерапевт пытается отражать сказанное пациентом и добавок к тому, что тот выразил непосредственно, старается облечь в слова и сообщить ему составляющие переживания – как нечто такое, что он, психотерапевт, считает понятным.

Психотерапевт может также сказать здесь о том, что он усматривает за наблюдаемым поведением и высказываниями пациента, то есть о том, что находится глубже как на эмоциональном, так и мотивационном уровне. В исследованиях Сакса показано, что для терапевтического успеха пациента решающими являются прежде всего точные эмпатические высказывания терапевта «углубляющего» характера.

Баррет-Леннард дифференцировал концепцию эмпатии как трехфазный процесс: психотерапевт переживает эмпатию, сообщает ее (эмпатию) пациенту, пациент воспринимает эмпатию.

Именно воспринятая пациентом эмпатия имеет непосредственное отношение к терапевтическому успеху.

3. Аутентичность и конгруэнтность терапевта. Аутентичность – подлинность, спонтанность в отношениях с пациентом. Терапевт непринужденно и искренне общается с пациентом, если необходимо – и о своих собственных мыслях и чувствах.

Иначе, аутентичность – валидизация невербальной частью коммуникации вербальной части.

Конгруэнтность – соответствие вербальной и невербальной частей коммуникации. Высказывания терапевта не противоречат его мировоззрению, его Я-концепции, жизненному опыту и невербальным проявлениям. Он озвучивает то, что на самом деле думает и чувствует.

Терапия начинается с того, что терапевт ничего не знает о клиенте, а клиент, в свою очередь, ни в чем таком не признается. Далее терапевт пытается что-то узнать о жизни клиента, а клиент, когда эта история начинает перед ним разворачиваться, обращает внимание на некоторые детали, которые раньше оставались в тени. Происходит совместное движение навстречу, и это движение связано со взаимными обязательствами.

Терапевт отказывается от того знания о клиенте, которое возникает вне контекста их отношений и идет от предыдущего опыта, пусть и богатого, но не имеющего прямого отношения к текущему моменту. Клиент же предполагает, что все происходящее в терапии является для него полезным, поскольку именно он проживает эти моменты и проживает их для себя. Это – идеальная клиентская позиция. Я бы даже сказал, что это – идеальное мета-отношение клиента к терапии. На коротких отрезках этого длинного пути могут возникать не только приятные переживания, связанные с открытиями и перспективами, но и ощущения скуки, злости и недоверия.

Эти ощущения являются вполне “нормальными” и естественными, поскольку в терапии клиент живет настоящей жизнью, а не вкладывает свои усилия в поддержание иллюзии вежливости и лояльности, лоббируя только положительные переносы.

Терапевт делает для своего клиента примерно то же самое, что делает мать для ребенка на ранних стадиях его развития. Такая параллель ни в коей мере не является оценочной, поскольку речь идет не о примитивности и неразвитости клиента, как может показаться на первый взгляд, а о задачах, ради которых строятся терапевтические отношения. Как известно, ребенок получает знание о себе и своем мире с помощью родителей. Точнее даже, используя их для того, что бы они принимали на себя детские недифференцированные аффекты, выдерживали и возвращали их обратно сначала в качестве опыта, а потом и знания. Другими словами, ребенок демонстрирует родителям свои непонятные эмоции, они их как то обозначают и потом эти чувства присваиваются уже в опознанном виде. Так образуется опыт. Это первый момент – необходимость дать эмоциям название через их совместное проживание. Второй момент – поддержать у ребенка такое отношение к реальности, которое в ней невозможно во взрослой жизни, но которое необходимо прожить в раннем возрасте. То есть для того, чтобы выйти на прямую дорогу ясности, необходимо какое-то время поплутать в лабиринтах фантазий. Результат психотерапии, Абрамова Г.С. описывает следующим образом: до взаимодействия с психологом клиент выделял одно содержание своего внутреннего мира, после взаимодействия с психологом это содержание переструктурировалось.

По мнению ряда авторов, успешной терапией можно считать ту, которая помогает клиенту расширять возможности выбора в тех ситуациях, которые ему до момента обращения к психологу казались абсолютно неразрешимыми, тупиковыми и лишенными какого бы то ни было выбора.

## **Тема 5. Основы групповой психотерапии**

Несмотря на то, что мы в различных разделах уже затрагивали элементы и упражнения групповой терапии, она настолько популярна, что заслуживает подробного самостоятельного рассмотрения. Поэтому приносим извинения за некоторые повторы. К

тому же читателям полезно ознакомиться с различными определениями и подходами к групповой психотерапии наиболее известных теоретиков и практиков.

Групповая психотерапия в настоящее время очень популярна и имеет множество определений.

Важно отличать групповую психотерапию как форму проведения учебных и психокоррекционных занятий во многих других направлениях психотерапии (поведенческая терапия, психодрама, гештальт, психосинтез и др.) от групповой психотерапии как самостоятельного психотерапевтического направления, в котором могут применяться элементы других видов психотерапии, но которое принципиально отличается тем, что в нем основная работа и ответственность за нее переносится с психотерапевта на саму группу и отдельных ее членов.

Эти идеи групповой психотерапии особенно близки подходам гуманистической психологии и психотерапии, хотя начало этих подходов можно увидеть и в идеях Адлера.

Впервые термин «групповая психотерапия» употребил Якоб Морено в 1932 г., обозначив этим просто психотерапию, проводимую не индивидуально, а в группах. В дальнейшем многие представители как медицинской, так и не медицинской психотерапии давали свои определения этой форме и методу.

При этом каждый акцентировал внимание на какой-то одной важной стороне этого метода. С. Крахотвил (1978) указывал на то, что при проведении групповой терапии хорошо используется процесс групповой динамики отношений и взаимодействия как по вертикали (клиентов и психотерапевта), так и по горизонтали (клиентов между собой). Хотя надо сказать, что понятия «вертикаль» и «горизонталь» здесь применяются не как в менеджменте (начальник – подчиненные), так как большинство подходов к групповой терапии подразумевает создание атмосферы взаимоотношений клиентов с психотерапевтом, которую еще Адлер называл равным партнерством.

Большинство авторов (Н.К. Липгард с сотр., 1978, С. Ледар, 1990 и многие другие) отмечают как главную заслугу этого метода именно создание атмосферы совместной активности и творческого единства как клиентов с психотерапевтом, так и клиентов друг с другом.

Иногда можно встретить употребление терминов групповая психотерапия и коллективная психотерапия. Такие известные специалисты, как Либих (1974), Вельвовский (1986) и другие, считают эти термины идентичными. Однако есть и другие мнения.

Некоторые авторы считают, что понятие коллективная психотерапия подчеркивает лишь коллективную форму занятия, содержание которого не обязательно исповедует принципы усиливающего (самоисцеляющего) эффекта использования внутренних резервов группы – «динамики группового процесса» (К.Роджерс), тогда как групповая терапия именно и строится на этом эффекте.

В.Т. Кондрашенко, В.И. Донской (1997) и многие другие авторы считают, что коллективная терапия скорее относится к массовой терапии, которая по многим параметрам далеко не идентична групповой, главным образом именно по недостаточной активизации и использованию внутригрупповых резервов самопомощи.

Однако еще В.М. Бехтерев считал, что «коллективом не может быть названо случайное скопление лиц в данный период времени в определенном месте». По его мнению, это должна быть группа людей, объединенных какой-то общей целью, настроением, задачей и т.п. Хотя это определение вполне может быть отнесено практически к любой психотерапевтической группе.

К этим спорам следует еще добавить и то обстоятельство, что в нашей политизированной педагогической и психологической литературе на протяжении десятилетий коллектив трактовался как группа высшего типа, объединенная ценностно-ориентационным единством и общественно значимой целью. Думается, что такое определение, идущее от трудов А.С. Макаренко и развитое в советской психологии под

руководством А.В. Петровского и др., имеет право на существование и в современной научной литературе.

Однако сегодня, раз мы вышли в открытое общество, то для лучшего взаимопонимания с коллегами очень важно точно знать те различия, которые мы вкладываем в толкование одних и тех же терминов. Мы понимаем коллектив как наиболее высокоорганизованную, единую, активную, положительно социально ориентированную группу, а в западной психологии словом коллектив часто называется собрание людей, которым необходимо определенное объединение и включение процессов групповой динамики, чтобы быть охарактеризованным как группа.

Некоторые оппоненты приводят неопровержимые факты усиления терапевтического воздействия (главным образом, директивной терапии, самовнушения, внушения, гипноза) даже среди стихийно собранных или незнакомых (и не стремящихся к этому) людей. Действительно, у В.М. Бехтерева и других можно найти много примеров психического заражения при массовом гипнозе или в таких явлениях, как паника и даже массовые эпидемии психических заболеваний. Однако, несмотря на внешнюю общность повышения эффективности взаимодействия, у массовой, коллективной и групповой терапии есть и принципиальная разница.

Групповая психотерапия – это не стихийный, а достаточно отлаженный (хотя не жестко сконструированный) процесс, имеющий много различных видов и форм осуществления и применения в различных комбинациях почти со всеми классическими направлениями современной психотерапии.

Как и у каждого психотерапевтического направления, в групповой терапии имеется набор уже устоявшихся понятий и терминов.

Начнем с такого понятия, как группа.

Психокоррекционной группой называется малая (до 20 человек) терапевтическая группа, состоящая из людей, добровольно объединившихся для совместного изучения и решения общих психологических проблем как личного, так и межличностного характера.

Группа работает главным образом по принципу «здесь и теперь», то есть переноса все свои переживания и попытки их изучения и решения из прошлого в настоящее.

Наиболее популярны два типа психокоррекционных групп:

- группы тренинга умений;
- encounter-группы (группы встреч – столкновений).

Группы тренинга умений обычно центрированы на психотерапевте, то есть его руководство ощущается достаточно четко.

Encounter-группы (см. выше) переносят основную работу и ответственность на самих себя, то есть на всех участников группы.

Считается, что первым эффект положительного влияния группы на процесс оздоровления больных заметил американский врач Дж.Пратт при лечении больных туберкулезом. В процесс лечения он включал разъяснительные беседы о гигиенических правилах поведения, во время которых старался укрепить у больных веру в окончательное выздоровление. Сначала он вел эти беседы индивидуально, а затем с целью экономии времени стал проводить их с группой больных.

Групповая психотерапия как вполне самостоятельное направление имеет и свой понятийный аппарат. В него входят в первую очередь такие понятия, как: роли, нормы, типы поведения, лидерство, групповой процесс.

Роль: Каждый человек в жизни невольно играет определенную роль, а точнее, даже несколько ролей: он и начальник и подчиненный, и муж и отец и т.п. Так как в психокоррекционную группу он приходит к еще незнакомым людям, то, как правило, из него «проглядывает» одна из его официальных ролей, например роль служащего того или иного общественного статуса. Однако в психокоррекционной группе ему придется «примерить» на себя другую роль, что далеко не всегда и не всем легко удастся.

Например, человеку, не привыкшему руководить, группа (именно сама группа!) может поручить роль лидера, а сложившемуся начальнику, напротив, роль подчиненного. При этом нельзя сказать, что группа предлагает вам роль наобум – значит, что-то проглядывает в вас от того персонажа, который ей нужен в определенном качестве: Вожака, Скептика, Нытика и др.

Чаще всего в группе выделяются роли-антиподы. Одни специалисты (Лири, 1957) выделяют полярные профили соответственно противоположным чувствам, в некоторых случаях это делается исходя из противоположных эмоций: любовь – ненависть, сила – слабость, мягкость – жесткость и т.п. Другие рекомендуют большее количество действующих лиц. Так, Келлерман (1979) выделяет четыре пары противоположностей: Романтик – Скептик («Фома неверующий»), Невиновный (никогда, ни в чем) – Козел отпущения; Философ (умудренный жизнью) – Наивный ребенок; Пуританин (подчеркнуто сдержанный в контактах и эмоциях) – Кооператор (объединяющий).

Считается, что психокоррекционная группа может нормально функционировать, лишь опираясь на противоположности. Слишком мягкая, дружеская группа, в которой никто честно не скажет другому не всегда приятную правду, окажется искусственно изолированным коллективом с мнимым благополучием, через призму которого нельзя будет увидеть и тем более преодолеть реальные проблемы. Напротив, слишком критичная группа, не создающая атмосферу психологической защищенности, не позволит раскрыться ее членам и, значит, также не даст увидеть истинные причины внутренних и внешних конфликтов.

Необходимо, чтобы в группе сложилось оптимальное сочетание доброжелательности и критичности, то есть, с одной стороны, участники группы могут чувствовать рядом плечо товарища, но, с другой стороны, не должны рассчитывать, что их любое поведение или высказывание получит поддержку, а не критику.

Понятие нормы в психокоррекционной группе не имеет принципиального отличия от понятия любой групповой или общественной нормы. Каждое общество, сообщество и даже отдельная устоявшаяся группа имеет свои официально или неформально принятые нормы поведения, нарушение которых не одобряется группой, а к нарушителям применяются различного вида санкции. В свою очередь поведение в соответствии с групповыми нормами получает официальную или неформальную поддержку группы, а данный участник группы в различной мере закрепляет или повышает свой статус. То же самое относится и к психокоррекционным группам, в которых устанавливаются определенные нормы поведения с целью максимально эффективного выполнения данной группой стоящих перед ней задач.

Несмотря на отсутствие жесткой регламентации норм психокоррекционных групп, они в большинстве своем имеют много общего и направлены главным образом на эффективное функционирование группы в плане решения индивидуальных проблем вступивших в нее членов. Достаточно четко эти нормы изложены Б.Д. Карвасарским (1985).

#### Руководство группой

Как известно, в социологии и в психологии управления обычно выделяют три стиля руководства: авторитарный (или директивный), демократический (коллегиальный) и либеральный (его еще называют попустительский, антиавторитарный, консультативный).

К сожалению, большинство авторов забывают напомнить читателю, что в чистом виде руководители – представители этих стилей – не встречаются. (Так же как не встречаются «чистые» сангвиники, холерики, меланхолики и флегматики; экстраверты и интроверты, «левополушарные» и «правополушарные» и т.п. – речь может идти лишь о высокой степени преобладания того или иного типа.)

Поэтому, когда мы говорим о каком-то руководителе или его стиле – авторитарный или демократический, мы имеем в виду преобладание того или иного стиля.

#### Авторитарный стиль руководства группой

Как следует из названия, психотерапевт такого стиля является лидером группы, ее управляющим. Нельзя сказать, что в такой группе полностью исчезает демократизм (иначе это уже была бы не групповая психотерапия).

Однако деятельность группы, дискуссии, выступления инициируются и направляются психотерапевтом в том русле, которое он с позиции своего профессионального опыта считает наиболее правильным для решения данной конкретной задачи (или задач).

Применяя этот стиль, обязательно следует помнить, что авторитарный лидер в групповой терапии все равно остается одним из членов группы и не «заглушает» ее активность своей руководящей ролью, а, напротив, всячески инспирирует ее и поощряет.

#### Демократический стиль

За период перестройки слово «демократия» у нас оказалось дискредитированным. А зря. Слово не виновато. Демократия – это не расхлябанность и вседозволенность. И даже не просто власть народа. Без законов, обязательных для всех, такая власть народа называется «охлократией», на поводу у которой идут неуверенные в себе политики, которым лишь бы сегодня у власти удержаться, а завтра будь что будет.

Еще древние говорили: демократия – власть закона (принятого в интересах большинства, с одобрения большинства и одинаково обязательного для всех). Таким образом, обвиняя во всех наших бедах демократию, мы ругаем то, чего у нас нет.

А в групповой психотерапии демократический стиль руководства – это именно стиль опоры на коллективный разум в рамках четкого соблюдения всеми членами группы добровольно принятых, но обязательных для всех групповых норм.

Вообще вопрос оптимальной дозировки периодической межличностной напряженности и даже конфликтов является едва ли не самым тонким и важным в мастерстве группового психотерапевта любого стиля руководства. Бесконфликтная ситуация оставляет нарывы не вскрытыми, а излишне конфликтная приводит к распаду групп. Стимулировать групповую дискуссию, споры, полную открытость высказываний о себе и других, с одной стороны, и удерживать ситуацию от необратимого нарушения отношений, серьезных обид и даже ухода отдельных участников из группы – задача крайне трудная.

Опытные терапевты, несмотря на естественную индивидуально-типическую предрасположенность к одному из стилей руководства, имеют в своем арсенале прием всех трех стилей и даже их комбинации, оперативно переключаясь в зависимости от требований ситуации.

### **Тема 6. Гештальт–терапия.**

Одним из наиболее популярных направлений современной психотерапии считается гештальттерапия, которая многими авторами включается в гуманистическую психотерапию. Она возникла из гештальтпсихологии. Слово **гештальт** может быть переведено с немецкого языка и как целостный образ, и как конструкция, в таком широком смысле оно и понимается.

Гештальтпсихология, как и гештальттерапия, исходят из утверждения, что психология (и тем более психотерапия) должна заниматься не отдельными элементами личности, изолированными психическими процессами, факторами психологического воздействия, а рассматривать их в едином комплексе и взаимосвязи.

В гештальттерапии нашли свое отражение многие теоретические подходы и практические приемы не только из гештальтпсихологии, но и из психоанализа, телесной терапии, экзистенциальной терапии (о ней будет сказано позже). Однако это не просто механическое соединение различных идей и технических приемов, а достаточно стройная и обоснованная система, которая по праву считается самостоятельным направлением психотерапии.

Автором гештальттерапии по праву считается Федерик (Фриц) Пёрлз (1893-1970). Вначале он увлекся психоанализом, но, работая в госпитале с пациентами, перенесшими черепно-мозговые травмы и шоковые состояния, ощутил потребность в более действенной помощи им.

Пёрлз отверг классический психоанализ (хотя оставил многие его рабочие элементы), считая ошибочными и неэффективными фрейдовские «копания» в ранних детских воспоминаниях. Пёрлз считал, что на человека и его психологические проблемы не столько

вливают прошлые (и тем более ранние детские воспоминания), сколько в первую очередь сегодняшние и в определенной мере ожидаемые события. Этот принцип работы с *настоящим*, а не с прошлым Пёрлз назвал «здесь и теперь». (Надо сказать, что этот принцип так или иначе присутствует и в бихевиоризме и даже в некоторых постфрейдистских школах психоанализа.)

### ***Здесь и теперь***

При проведении работы с клиентом принцип «здесь и теперь» напоминает психотерапевту о важности постоянно возвращать внимание клиента к актуально переживаемой им ситуации, настраиваясь на предстоящую работу вместе с психотерапевтом на решение этой ситуации, а не на уход от нее в размышления о прошлом и будущем. Наряду с этим принципом гештальт отличается еще ряд принципиальных положений.

### ***Фигура и фон***

Это уже упомянутый принцип *целостности* и *фигуративности*. Подчеркивая необходимости целостного восприятия, учет взаимодействия всех внутренних и внешних факторов, воздействующих на клиента, Пёрлз выделял в этой целостной картине *фигуру* и *фон*. Такой комплексный подход помогает объективнее оценить и каждый из элементов гештальта, ибо то, что в отдельности выглядит недостатком, в комплексе может оказаться важным фактором психической адаптации и взаимодействия других элементов.

Гештальттерапия видит свою задачу в том, чтобы разрушить у клиента порочный гештальт (неправильное, психотравмирующее восприятие себя и ситуации), а затем помочь самому сконструировать новый положительный гештальт. Фактически только сам клиент может выстроить новый, более позитивный с его точки зрения гештальт своей жизни.

Часто в качестве наглядного примера различного гештальта восприятия одной и той же ситуации приводятся различные картинки, перевернув которые мы получаем совершенно противоположное выражение эмоций. Эти приемы подчеркивают, что наше восприятие весьма субъективно и часто зависит не от объекта, а от того, как мы на него смотрим.

Другой важнейший принцип гештальттерапии – это принцип расширения сознания.

### ***Расширение сознания***

Этот термин, так же как «здесь и теперь», получил распространение и в других видах психотерапии и даже в философии и педагогике. Сущность его состоит в том, чтобы позволить клиенту увидеть, казалось бы, неразрешимую ситуацию с другой стороны (или с разных сторон), и тем самым выход из нее. В более широком смысле расширение сознания позволяет человеку в целом взглянуть по-другому на всю свою жизнь и на себя в этой жизни, увидеть не только пути преодоления препятствий, но и возможности более полной самореализации.

Часто приемы расширения сознания целенаправленно используются, чтобы поменять местами фигуру и фон, то есть фон (или его фрагменты) сделать фигурой (вывести на первый план, в центр внимания), а фигуру (неоправданно занимавшую центральное место в сознании и мешавшую правильному видению ситуации) перевести в фон.

### ***Работа с противоположностями***

Следующий принцип – работа с противоположностями. Наше восприятие «зашлаковано» штампами. Мы вольно или невольно относим людей и их поступки (включая наши собственные) к различным оценочным категориям типа «добрый – злой», «хороший – плохой», «полезный – вредный», «защищающийся -нападающий», «мы – они» и т.д.

В гештальттерапию включены упражнения, которые позволяют нам убедиться в необъективности наших оценок, а нередко и в их двойственности. Такая двойственность эмоционального восприятия одного и того же человека, поступка, события в психологии называется амбивалентностью чувств.

### ***Амбивалентность чувств***

Амбивалентность (двойственность) чувств – совсем не обязательно признак каких-либо психических отклонений. Это совершенно нормальное свойство любого психически здорового человека: так, при ревности мы можем одновременно любить и ненавидеть. То же

самое периодически может встречаться в отношении детей к родителям и родителей в отношении к детям, в отношениях братьев и сестер и др. Или, например, человек, получивший помощь, может испытывать одновременно чувство благодарности и чувство унижения.

Возвращаясь в любимый дом из отпуска, мы можем в одно и то же время одновременно чувствовать и радость и грусть, что отпуск кончился.

У любого выдающегося писателя, музыканта, художника, спортсмена, у любого профессионала, фанатично любящего свое дело, бывают моменты или даже полосы неудач или перенапряжения, когда он буквально с отвращением заставляет себя продолжать работу, но если его лишит этой работы, он станет еще несчастнее.

А разве не бывает так, что мы радуемся чьему-то успеху, гордимся за этого человека (особенно если это наш близкий) и одновременно завидуем ему?

Повторяю, все это нормальные для каждого человека периодически возникающие настроения, которые, как правило не создают нам серьезных проблем, по крайней мере таких, с которыми мы не можем справиться сами.

Работа психотерапевта начинается там, где эта двойственность чувств становится «неотвязной», они вступают в мучающее человека противоречие, которое он самостоятельно разрешить не может. Пёрлз считает, что главная задача на этом этапе -помочь клиенту найти что-то «третье», лежащее где-то между этими мучительными для него эмоционально противоположными отношениями и примиряющее их.

В идеальном случае может быть сформировано «третье отношение», которое вообще «из другого измерения» и устраняет из сознания оба предыдущих крайних чувств (одновременной любви и ненависти, благодарности и униженности и т.п.).

В гештальттерапии состояние психического здоровья характеризуется так называемой *зрелостью*. Можно сказать, что речь идет о социальной зрелости, которая далеко не всегда коррелирует с биологической и даже с тем, что в быту называют зрелым возрастом. Социальная зрелость характеризуется в первую очередь реализмом отношения к себе, к другим, к окружающей действительности, способностью и готовностью нести ответственность за свои поступки.

Именно этого не хватает многим невротическим личностям, для которых типичен независимо от возраста «детский» уход от проблем, перекалывание ответственности за них и за выход из них на других людей и обстоятельства. А это, разумеется, не только не решает проблемы, но и усугубляет ее.

Важное условие обретения социальной зрелости – обретение индивидом с помощью психотерапевта поддержки в окружающем мире и нахождение такой поддержки в себе самом.

Одним из признаков пробуждающейся *зрелости* можно считать готовность принять на самого себя определенный риск предпринятая активных попыток самостоятельного (хотя и при консультативном руководстве психотерапевта) выхода из *фрустрационного тупика*. Мы помним, что фрустрационный тупик отличается от реального тупика тем, что данное положение не является объективно безвыходным, а лишь так воспринимается данным человеком. Поэтому психотерапевт должен довести до сознания клиента, что его тупик – фрустрационный, а не реальный, и что из него есть выходы, но они возможны только при решительности и активности его самого. Это выходы к реальности восприятия себя и проблемы из того надуманного состояния, которое оправдывало уход от принятия собственных решений и действий. При этом терапевт сводит свою поддержку к необходимому минимуму, постепенно передавая все больше ответственности самому клиенту.

Поддержка заключается главным образом в создании для клиента (как в группе, так и в индивидуальной терапии) атмосферы комфорта, безопасности и в то же время благожелательной критичности, не позволяющей уходить в самообман безвыходности от реальной ответственности за самого себя и решения своих проблем.

Терапевтическое взаимодействие создает безопасную критическую ситуацию благодаря тому, что ситуация одновременно и реальная, и модельная, а также благодаря формируемой в индивидуальной терапии или в группе атмосфере безопасности, позволяющей принимать рискованные решения.

### **Тема 7. Трансакционный анализ.**

Американский психолог Эрик Бёрн создал самостоятельное психотерапевтическое направление, которое получило широкое распространение во всем мире под названием трансакционный анализ. Слово **трансакция** переводится как взаимодействие и, соответственно, понятие трансакционный анализ подразумевает анализ взаимодействия, а проще – общения людей.

Трансакционный анализ строится на том, что в основе любых форм неадаптивного (несоответствующего, неудовлетворительного) поведения человека лежат определенные запрограммированные на уровне подсознания схемы взаимоотношений и взаимодействия. Эрик Бёрн называет эти схемы взаимоотношений играми, в которые мы, сами того не сознавая, играем всю нашу жизнь.

Трансакционный анализ предусматривает разделение моделей взаимоотношений (игр) на *разыгрывание* трех *основных ролей нашего Я*. Оно (наше Я) может выступать в роли Родителя, Взрослого и Ребенка. Эти роли непостоянны и периодически меняются у одного и того же человека в зависимости от ситуации и от восприятия им образа и поведения того, с кем он общается.

Вот традиционная схема объяснения этого исходного положения трансакционного анализа Эрика Бёрна.

*Родитель.* Каждый человек сохраняет в себе образ своих родителей и невольно (а иногда и с долей сознательного намерения) подражает в определенных ситуациях моделям их поведения (или одного из них), то есть ведет себя как Родитель.

*Взрослый.* Каждый человек способен чаще или реже воспринимать ситуацию и себя вполне объективно, зрело. Состояние такого зрелого объективного восприятия реальности и называется состоянием Взрослый.

*Ребенок.* Каждый человек сохранил в себе восприятие себя как ребенка, то есть в определенных ситуациях независимо от возраста ощущает себя мальчиком или девочкой из своего прошлого.

В трансакционном анализе процесс общения подразделяется на условные единицы общения, которые называются трансакциями. Трансакции подразделяются на трансакционные стимулы и трансакционные реакции. Все виды обращения к другому человеку относятся к категории трансакционных стимулов. А все виды ответов на эти или другие обращения считаются трансакционными реакциями.

Трансакционный анализ и заключается в анализе всех основных трансакций с помощью разработанных Э.Бёрном специальных .

Согласно концепции трансакционного анализа большинство людей уже с детства начинает неосознанно заменять естественное общение определенными *играми в общение*. Это происходит в тех случаях, когда у ребенка возникает потребность уйти от реальной ситуации, от личной ответственности, что-то выгадать в моральном смысле (самоутверждение, спасение самолюбия и т.п.) или в материальном (какой-нибудь подарок).

Ребенок начинает неосознанно изображать себя не тем, кем он является: более маленьким, слабым, несчастным или, напротив, более взрослым, родительски-начальственно относящимся к сверстникам и т.п. Эти защитные психологические механизмы, которые сначала, казалось бы, позволяют что-то выгадать, в конечном итоге входят в привычку и закрепляют выбранный (неосознанно) тип поведения.

Нередко такая игра в того, кем ты на самом деле не являешься, продолжается всю жизнь и уже приносит не выгоду, а фрустрацию и даже страдания, так как не позволяет выйти на естественные отношения с другими, выразить свои истинные чувства. Вся

загвоздка состоит в том, что индивид не только сам включился в эту игру, но и включил в нее других, которые также неосознанно подыгрывают той роли, которую он отвел себе и им. Поэтому отказаться от игры чрезвычайно сложно, так как она уже стала стереотипом не только твоего отношения к другим, но и их отношения к тебе.

Чаще всего индивид даже не сознает свою игру, то есть неестественную для его природы и для решения его проблем манеру поведения, но природу не обманешь, и эта неестественность начинает мучить его.

Эрик Берн указывает, что возможен и так называемый *патологический выбор игры*, когда *удовлетворение приносит именно неудовлетворение* желаний, позволяющее чувствовать себя маленьким, несчастным, а главное уходящим от личной ответственности (не только перед другими, но и перед самим собой) за решение своих проблем.

В качестве иллюстрации патологического выбора игры Э.Бёрн приводит пример, когда мужчина, привыкший в детстве получать внимание от собственной матери в форме критики и наказаний, продолжает во взрослом возрасте «как бы нечаянно» совершать поступки, вызывающие на себя гнев со стороны женщины (это может быть жена, начальница на работе и т.д.), что будет приносить ему неосознаваемое удовлетворение от переживания своего детского состояния, оказанного ему пусть негативного внимания и испытываемого при этом чувства вины.

Эрик Берн составил целую картотеку подобных игр, которые часто повторяются в психотерапевтической практике. В качестве примера можно привести описание игры «Если бы не ты», довольно типичной для супружеских отношений (из книги Э. Бёрна «Игры, в которые играют люди»).

Практика транзакционного анализа показывает, что нередко «одно лишь осознание своей игры, происходящее при ее разрушении (или при последовательном разъяснении психотерапевта) может привести к исцелению» .

### **Тема 8. Бихевиорально- когнитивная психотерапия**

Проводя условно знак равенства между понятиями «поведенческая» и «бихевиоральная поведенческая» психология и психотерапия, мы исходим, во-первых, из дословного перевода (английское слово *behavior* переводится на русский язык как *поведение*), а во-вторых, цель нашей работы – ознакомление с общими основами главных направлений и возможностями применения (пусть весьма ограниченного, но несомненно важного) этих знаний и некоторых технических приемов в психолого-педагогической практике, а не теоретические попытки обосновать собственные направления.

Целью бихевиористской, или, как иногда пишут, бихевиоральной психотерапии является именно изменение поведения от той модели, которая не помогала справиться с неврозом или другой психологической проблемой (а возможно, и породила их), к модели поведения или отдельным поведенческим умениям и навыкам, способным вывести человека из фрустрационного тупика.

Клиент с помощью психотерапевта находит эти модели поведения и отработывает их настолько, чтобы они могли успешно выполнить адаптационную (приспособительную) роль в тех ситуациях, которые ранее порождали вышеупомянутые неврозы и психологические проблемы.

Многие из этих знаний и навыков могут быть успешно применены не только по отношению к другим, но и к себе самому, так как практически каждый человек страдает если не выраженными неврозами, то по крайней мере какими-то психологическими проблемами, с которыми может справиться и самостоятельно, но более успешно это происходит при наличии специальных знаний и уже достаточно проверенных в психотерапевтической практике приемов.

Хотя основателем бихевиоризма как психологического направления по праву считается Джон Уотсон, многие, и в первую очередь американские бихевиористы, считают,

что не меньшее влияние на развитие бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория и «поведенческие» эксперименты над животными И.П. Павлова.

Влияние Павлова на развитие бихевиоризма не отрицают и сами американские родоначальники бихевиоризма и зародившейся на его основе бихевиориальной (поведенческой) терапии Б.Ф. Скиннера.

Идеи и экспериментальные работы Б.Ф. Скиннера внесли много нового не только в классический бихевиоризм как в психологическое направление, но и в психотерапию, распространяющуюся на лиц, страдающих неврозами, и просто на людей, желающих изменить, устранить или, напротив, приобрести определенные навыки, умения и поведенческие реакции в быту и для конкретных видов профессиональной деятельности.

Б.Ф. Скиннера по праву считают родоначальником бихевиористски ориентированного обучения (в процессе которого удельный вес теоретических знаний и формирования практических навыков резко изменился в сторону практики).

В отличие от психоанализа, занимающегося психическими состояниями, бихевиоризм и особенно радикальный бихевиоризм Б.Ф. Скиннера акцентирует свое внимание на поведенческих реакциях и их экспериментальном изменении до нахождения и закрепления нужных моделей (в основном приспособительных навыков и умений).

Нередко можно встретить утверждения, что Скиннер, как и бихевиористы, считает сферы сознания и бессознательного не заслуживающими внимания. Это ошибочное, поверхностное суждение, вызванное нескрываемым критическим отношением бихевиористов к научной достоверности психоаналитических толкований, а также тем, что бихевиористы часто переносили на объяснение механизмов поведения человека закономерности, выявленные на опытах с животными.

Напротив, Скиннер, как и другие классики бихевиоризма, считает, что эти проблемы сознания и бессознательного настолько серьезны и так трудно поддаются научному анализу, что правильнее иметь дело с их внешними проявлениями в виде поведенческих реакций, изучать эти реакции и в тех случаях, когда они оказываются неэффективными для решения проблем клиента или даже их усугубляющими.

Итак, признав научно недостоверными существовавшие методы анализа и объяснения психических состояний человека, бихевиористы сделали своим «знаменем» формулу « $S - R$ », где  $S$  обозначает **стимул** (определенный положительный или отрицательный раздражитель), а  $R$  обозначает поведенческую **реакцию** человека или животного на данный раздражитель.

При этом важность сознания, бессознательного и субъективные понятия не отрицаются (как ошибочно считают даже многие психологи), они просто не рассматриваются как не имеющие (в отличие от поведения) объективного измерения. Поведение же считается объективно наблюдаемым феноменом и, каким бы сложным или странным оно ни казалось, может иметь объективные критерии и методы наблюдения, исследования и коррекции.

Скиннер не игнорирует такое понятие, как личность, но определяет его с точки зрения бихевиоризма, то есть как **«сумму паттернов»** (определенных типов, «целостных совокупностей поведенческих реакций») поведения, а не как «изолированную самость».

В соответствии с вышеприведенной формулой бихевиоризма ( $S - R$ ) различные ситуации вызывают различные паттерны реакций. При этом различия в поведенческих реакциях на одни и те стимулы определяются индивидуальными генетическими различиями в предыдущем опыте и в генетической истории. То есть, еще раз предостерегая от вульгарного упрощения бихевиоризма, подчеркиваем, что даже самый радикальный его представитель Б.Ф. Скиннер не упрощал толкования поведенческих реакций и считал их зависящими от многих скрытых факторов, в том числе от генетических особенностей, но не считал их проблемой, сильной для объективного научного исследования (по крайней мере на современном уровне состояния науки). Однако он и его последователи предпринимали попытки определенного толкования генетической истории по паттернам поведенческих реакций.

О глубине подходов Скиннера говорит то, что, относясь с глубоким уважением к идеям И.П. Павлова и особенно к организации его экспериментов, он утверждал, что нельзя упрощенно объяснять поведение не только человека, но и животных лишь с позиции условно-рефлекторной теории.

Если И.П. Павлов открыл механизм образования условных реакций при сочетании безусловного рефлекса с некоторым условным сигналом, то Скиннер существенно расширил эту схему, предложив модель так называемого **оперантного обусловливания**. Можно сказать, что принцип оперантного обусловливания (кстати, по аналогии с принципом психического детерминизма, только по отношению не к психическим состояниям, а к поведению) подразумевает, что никакое поведение, в том числе то, которое на первый взгляд не вписывается в схему ожидаемого ответа на стимул, не является случайным или необъяснимым. Просто эти причины могут не лежать на поверхности, однако их надо искать как в предыдущем опыте клиента, так и в его генетической истории, комбинация которых оперантно (действенно) обусловила данное поведение.

Остальное близко к схеме выработки условного рефлекса в экспериментах И.П.Павлова. То есть правильные или желательные (по условиям эксперимента) поведенческие реакции поощряются (получают определенный вид положительного подкрепления), а неправильные или ошибочные порицаются (испытуемый получает определенный вид «наказания»).

Как было установлено Павловым и подтверждено многочисленными экспериментами бихевиористов, положительные санкции закрепляли требуемую модель поведения, а отрицательные снижали вероятность поведенческих реакций (ответов), за которые следовало «наказание» (отрицательный подкрепляющий стимул).

Однако повторяем, что Скиннер считал необходимым при анализе такого поведения рассматривать не просто схему S – R (стимул – реакция), а предусматривать то, что данная реакция еще и оперантно обусловлена предыдущим опытом и генетической историей испытуемого.

Важной частью теории и практики бихевиориальной терапии по Скиннеру являются так называемые **объяснительные фикции**, то есть функции определенного вида неосознанного или сознательно неосознаваемого самообмана.

Среди основных объяснительных фикций Скиннер называет такие, как: автономный человек, свобода, достоинство, творчество. Он считает их иллюзорными, но необходимыми для самоутверждения человека.

Действительно, человек – существо социальное, вынужденное считаться с требованиями общества или быть им отвергнутым, но и тогда он вынужден считаться с какими-то людьми и обстоятельствами. То есть его *автономия*, как и свобода, – понятия весьма относительные, но важные для его самосознания.

*Достоинство* (оценка себя и других) определяется не самостоятельно самим человеком, даже если ему так кажется, а под осознаваемым или неосознанным влиянием критериев и ценностей того социума, к которому он принадлежит или хотел бы принадлежать.

*Творчество*, каким бы спонтанным оно ни казалось самому творцу, тоже оперантно обусловлено его внешними условиями и внутренними потребностями, которые (как мы уже говорили) в свою очередь зависят от его предыдущего опыта и генетической истории. (Мы не говорим здесь о творчестве, которое осознанно выполняется как определенный заказ, а лишь о тех случаях, когда оно воспринимается как свободное, ни от чего и ни от кого не зависящее.)

Скиннер утверждает, что все это лишь объяснительные функции, отрицающие спонтанность и источники, не вытекающие из сферы жизненного опыта.

Повторяем, что генетическую историю он тоже выводит из жизненного опыта предыдущих поколений данной популяции и конкретного индивидуума.

Надо сказать, что бихевиоризм вырос из философии прагматизма, и Скиннер, последовательный и, более того, радикальный бихевиорист, прямо указывает, что его (с позиции прагматика) больше интересует не психическое состояние человека, а его поведение (так как именно оно может быть эффективно или неэффективно для индивидуума и общества), а в самой сфере поведения ему более интересно управление этим поведением, нежели его предсказание.

Можно сказать, что бихевиориальный психотерапевт работает не с болезнью (психологической проблемой, неврозом), а с ее симптомами (внешними проявлениями в неправильном или недостаточно эффективном поведении).

Одна из наиболее первостепенных задач при проведении поведенческой терапии – осознание так называемой неугрожающей обстановки, максимальное приближение ощущения защищенности и комфорта клиента.

Не секрет, что большинство людей, обращающихся к психотерапевту, чувствуют себя неуверенно, незащищенно и оттого не могут полностью раскрыться для доверительного контакта и партнерства. А без этого терапевтическая работа не становится сотрудничеством и, значит, не соответствует основному принципу бихевиористской терапии.

Часто на первом этапе бихевиориальные психотерапевты предлагают клиенту освоить технику психорегуляции с помощью *метода прогрессивной мышечной релаксации по Э. Джекобсону*. Этот метод, состоящий из последовательного напряжения и расслабления различных мышечных групп и концентрации внимания на разнице в этих ощущениях, осваивается довольно быстро (быстрее, чем аутотренинг по И. Шульцу) и сразу дает почувствовать клиенту, что он способен к эффективному обучению приемам и навыкам, которые предлагает ему психотерапевт. Это вселяет в него уверенность, что и более серьезные задачи – по плечу. Помните (и напоминайте клиенту) высказывание древних: «Даже маленькая победа над собой делает человека намного сильнее». К тому же техника прогрессивной релаксации пригодится при освоении других, более сложных, поведенческих навыков.

Когда психоэмоциональное состояние клиента при решении болезненной для него проблемы будет нарастать и грозить выйти из-под контроля, он (клиент) сначала по команде терапевта, а затем уже самостоятельно определяя нужный момент, резко переключает свое внимание на технику прогрессивной релаксации и (при хорошем ее освоении) в считанные минуты переключается, отходит от болевой точки, к преодолению которой он оказался пока не готов. Затем работа снова продолжается.

Наибольшее распространение среди групп поведенческой терапии получили так называемые *группы тренинга умений*. Такие группы можно назвать курсами программированного обучения. Но не обучения школьным или университетским предметам, а обучения поведенческим реакциям, умениям, необходимым для решения бытовых или профессиональных проблем клиента, а также для повышения его профессиональной эффективности.

К основным правам, которые следует научиться свободно и естественно отстаивать и использовать, относятся:

*Право быть одному*

Право отказаться от ненужного или нежелательного для вас в данный момент общения, не чувствуя при этом смущения и вины.

*Право на независимость*

Независимость в решениях и поступках в тех случаях, когда вы не связаны договорами и *объективными*, а не оправдывающими вашу нерешительность обязательствами.

*Право на успех*

Не стесняться проявлять свои способности, дающие вам честное преимущество над другими.

*Право быть выслушанным и серьезно воспринятым*

Право на то, чтобы вас внимательно выслушали и серьезно отреагировали на вашу просьбу или мнение (на реализации этого права трудно настоять, оно завоевывается правильной «постановкой себя». Как писал Киплинг: «Будь прям и строг с врагами и друзьями. Пусть все, в свой час, считаются с тобой».)

*Право получить то, за что платишь*

Это право получить оплаченные вами товары и услуги в соответствии с их наименованием и необходимым качеством.

Сюда же можно включить и право на справедливую оплату за результаты своей деятельности. (Этот пункт особенно трудно реализовывать в современной России, но вы не должны забывать о своих правах и должны на них настаивать – иначе вы не получите даже того, что получают другие, находящиеся в таком же положении).

*Право иметь права*

То есть от вас должно веять спокойной уверенностью в том, что вы знаете свои права и не намерены от них отказываться.

Речь идет не только о юридических правах, но и о праве вести себя уверенно и независимо, даже если это кому-то и не нравится, особенно тем, кто привык к вашему нерешительному и зависимому поведению.

*Право отвечать отказом на просьбу*

Не чувствуйте себя виноватым, если считаете ваш отказ обоснованным.

При этом надо быть готовым спокойно аргументировать свой отказ, даже если причины его субъективны.

Одновременно надо быть психологически открытым для обсуждения, а возможно и принятия контрдоводов собеседника.

*Право просить то, чего хочешь*

Это, разумеется, не значит, что любой ваш каприз, несправедливое или невыполнимое (по объективным обстоятельствам) желание должны быть удовлетворены. Но вы имеете право высказать любую просьбу, так же как и тот, к кому вы обратитесь, имеет право отказать вам по объективным причинам, и к этому тоже надо быть готовым.

Сейчас любая американская газета самого маленького городка или района пестрит объявлениями, призывающими собраться вместе лиц, которым хотелось бы выработать или исправить те или иные поведенческие навыки и умения. Во многом это напоминает группы самопомощи, начавшиеся с обществ анонимных алкоголиков и распространившиеся в настоящее время практически на все проблемы, с которыми люди помогают справиться друг другу.

*Право совершать ошибки и отвечать за них*

Не каждая инициатива приносит успех, но «не ошибается тот, кто ничего не делает».

Весь наш жизненный опыт складывается по методу «проб и ошибок». Если этого не осознать и все время бояться ошибиться, то ваши идеи, способности, а может и жизнь в целом, останутся нереализованными.

Главное уметь просчитывать цену возможной ошибки, влияние ее на права других людей и быть готовым нести за нее личную ответственность.

## **Тема 8. Телесно-ориентированная психотерапия**

Те или иные формы воздействия через тело на психику, которые условно можно отнести к телесной терапии, существуют с незапамятных времен. Вспомните пословицу «В здоровом теле - здоровый дух!» Аналогичные высказывания существуют в фольклоре и литературе разных народов, поэтому вряд ли кто будет оспаривать их.

Однако, признавая единство психического и физического в человеке, мы в сфере современной психотерапии чаще встречаемся лишь с однонаправленным воздействием через психику на соматику. Это, безусловно, важный путь, эффективно применяющийся для профилактики и лечения многих психосоматических расстройств и заболеваний. Однако

обратный путь (воздействие через соматику на психику) используется далеко не так широко и эффективно, как хотелось бы.

В какой-то мере мы сталкиваемся с этим в различных техниках психорегуляции, психофизических тренировок, аутотренинга. Эти методы мы находим в сокровищницах древнетибетской медицины, системе йогов, аюрведе и пр. Происходит комплексное взаимодействие: сочетание физических упражнений, специальных поз и типов дыхания с определенной духовно-психической работой и направленностью внимания на различные внутренние и внешние объекты.

Наиболее активно путь воздействия через соматику на регуляцию психических состояний прослеживается в прогрессивной (правильнее, хотя и реже встречается, – «прогрессирующей») мышечной релаксацией по Э.Джекобсону (в переводах с английского; он же Якобсон в переводах с немецкого). Джекобсону удалось выявить закономерности напряжения и расслабления отдельных мышечных групп и сегментов в строгом соответствии с определенными психическими состояниями. Поэтому по механизму обратной связи он решил (и многолетний опыт показывает правильность этого решения) целенаправленно корректировать психические состояния клиента локальным напряжением и расслаблением конкретных мышц.

Существует еще несколько более или менее удачных модификаций этого подхода с помощью добавления элементов лечебной физкультуры, различных видов массажа и т.п. Однако официально родоначальником того психотерапевтического направления, которое получило распространение под названием **телесная терапия**, по праву считается Вильгельм Райх (1897-1957).

Ключевыми понятиями телесной терапии В. Райха явились «оргонная энергия» и «мышечный панцирь», который мешает высвобождению этой энергии.

В. Райх, считавшийся (и считавший себя) учеником Фрейда, пришел к заключению, что лечение от неврозов и решение многих психологических проблем клиентов могут происходить значительно быстрее и без такого глубокого проникновения в психику, как это делается в классическом психоанализе. Райх считал, что для этого достаточно снять с человека мышечный панцирь неадекватного напряжения и тем самым освободить связанную им энергию, которая пока находится под «панцирем» и не имеет прямого выхода, ведет разрушительную работу в виде образования и усугубления неврозов и других психологических проблем. Более четкое (и широкое) осознание человеком телесных ощущений уже дает терапевтический эффект, снимающий многие невротические состояния и проблемы.

Райх выделял следующие основные области возникновения мышечного панциря: это (по нисходящей) – области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза. В соответствии с концепцией телесной терапии, так называемая оргонная энергия флюктуирует (перемещается) по телу параллельно позвоночнику то вниз, то вверх, а кольца мышечного панциря образуются перпендикулярно этому движению и мешают ему своими зажимами. Устранение этих зажимов, их расслабление способствует обретению человеком комфорта и удовлетворения, в том числе и сексуального.

Райх предлагает следующие основные способы расслабления колец мышечного панциря:– с помощью глубокого дыхания, которое способствует аккумуляции в теле оргонной энергии;–расслабление хронических «зажимов» (колец мышечного панциря) с помощью физического воздействия, различных элементов массажа;– совместный с клиентом анализ, помогающий ему осознать основные идеи телесной терапии применительно к его конкретному случаю, то есть взаимосвязь беспокоящих его психических состояний с напряжением конкретных мышечных сегментов и необходимостью устранения этих зажимов.

Вот некоторые классические примеры применения техники устранения мышечного панциря.

### *Область глаз*

Типичными признаками наличия мышечного панциря в области глаз считаются: неподвижность мышц лба и пустое (неживое) выражение глаз (как у ученика, который уставился в окно или даже на преподавателя, а думает о своем).

Для устранения данного зажима клиента просят неоднократно включать мышцы лба и век посредством раскрытия глаз как можно шире, как будто вы хотите утрированно изобразить страх. Затем отрабатываются неоднократные и все более естественные и свободные движения глаз из стороны в сторону.

### ***Область рта***

Эта область мышечного панциря, который, в соответствии с психоаналитической фрейдовской терминологией, Райх назвал оральным сегментом, состоит из мышц подбородка, горла и затылка.

Признаком неадекватного (сигнализирующего об определенном неблагополучии) состояния данного сегмента являются мышцы челюсти (за которыми легче наблюдать). Они могут быть либо излишне напряжены, либо, напротив, слишком расслаблены. Оба признака говорят о неадекватности состояния мышечной области орального сектора.

Считается, что данная область мышечного панциря содержит в себе «закодированные» в неадекватном мышечном состоянии такие выражения эмоций, как гнев, крик, плач, кусания, сосания, гримасничанья и т.п.

Для освобождения от данного мышечного зажима или парадоксального расслабления (а значит, и соответствующих им эмоций) применяются такие упражнения, как имитация плача, кусающих и даже рвотных движений, многократного произнесения звуков, заставляющих губы сильно напрягаться и расслабляться.

К этому добавляется и непосредственное физическое воздействие на эти мышцы в виде разных элементов косметического массажа, подавливания, пощипывания и растягивания.

### ***Область шеи***

В область шеи включаются глубокие мышцы шеи, а также языка. Считается, что мышечный панцирь этой области как бы сдерживает (содержит в себе в закодированном состоянии) такие эмоциональные проявления, как плач, крик, гнев и т.п.

Так как физическое воздействие типа массажа на глубокие мышцы шеи практически невыполнимо, то в виде упражнений телесной терапии здесь применяется имитация рвотных движений, различные максимально естественные и спонтанные выкрики, стоны и другие обычно сдерживаемые эмоциональные выражения.

Согласно телесной терапии такие упражнения способствуют расслаблению мышц данного сегмента и соответственно устранению или значительному уменьшению тех эмоциональных состояний, которые в них «закодированы».

### ***Область груди***

В эту область входят мышцы грудной клетки, плеч, лопаток, рук вплоть до кистей. Считается, что эта область мышечного панциря удерживает внешнее проявление, а значит, и разрядку таких эмоций, как страстность (хотя это слишком широкое понятие. -А. Р.), смех, гнев, печаль и др.

Так как одним из внешних признаков мышечного панциря в этой области и подавления соответствующих эмоций являются различные виды сдерживания дыхания, то и работа над снятием данного зажима начинается с дыхательных упражнений с акцентом внимания на максимально полное расслабление мышц этого сегмента в момент полного выдоха.

Затем подключаются активные движения рук и кистей с имитацией метких ударов, с заданием, не сдерживая своих эмоций, делать активные движения, как будто вы кого-то бьете, душите, что-то рвете на части.

### ***Область диафрагмы***

В эту область мышечного панциря входят мышцы диафрагмы, района солнечного сплетения, внутренние органы, а также мышцы нижних позвонков.

Считается, что характерным признаком наличия мышечного панциря в этой области (то есть – бессознательного защитного напряжения) является прогнутость позвоночника вперед, которую отчетливо видно, когда клиент лежит на спине на кушетке и у него между спиной и кушеткой остается четко выраженный промежуток.

Другой признак наличия зажима в этой области – свидетельство клиента о том, что выдох дается труднее, чем вдох.

Райх утверждал, что мышечный панцирь в этой области удерживает (и, соответственно, накапливает) проявление сильного гнева.

В качестве упражнений по устранению зажимов данного сегмента сначала применяются различные вышеупомянутые виды целенаправленного расслабления, массажа и т.п. для освобождения от панциря первых четырех основных областей локализации мышечного панциря: глаз, рта, шеи, груди.

И лишь после этого (сверху – вниз, а затем – вглубь) перейти к работе над панцирем, сдерживающим расслабление мышц диафрагмы и разрядку закодированных в этом панцире и неотреагированных эмоций.

Это осуществляется кропотливой и нередко длительной работой над специальными дыхательными упражнениями и имитацией рвотного рефлекса. (Практика телесной терапии показывает, что клиенты с крепким мышечным панцирем в области диафрагмы в большинстве случаев не могут вызвать реальную рвоту, даже если это необходимо, например при отравлении.)

#### ***Область живота***

В эту область, типичную для образования мышечного панциря, входят главным образом широкие мышцы живота и мышцы спины. Считается, что панцирь (зажимы) поясничных мышц удерживает в себе (но отнюдь не устраняет) проявление страха. Причем не страха вообще, а страха нападения, как прямого физического, так и косвенного: психологического, посягательства на права, свободу личности, собственность и т.п.

#### ***Область таза***

Последняя из основных выделенных Райхом областей, типичных для образования мышечного панциря, это – область мышц таза. Обычно этот панцирь захватывает одновременно и мышцы нижних конечностей.

Показателем крепости мышечного панциря в этой области считается некоторое выпячивание таза назад, которое тем больше, чем крепче мышечные зажимы.

В этих случаях, как правило, отмечается определенная болезненность и напряженность ягодичных мышц. Говоря словами Райха, такой таз «ригиден (неподвержен естественной динамике вариаций мышечного тонуса. – *A. P.*), «мертвый» и бисексуальный».

Считается что мышечный панцирь в области таза характеризует (и в свою очередь усиливает) подавление тенденций к проявлению естественной, потребности в получении удовольствия и спонтанного выражения гнева.

Будучи хотя и непоследовательным, но безусловным по своей сути психоаналитиком-фрейдистом, Райх исходил из того, что мышечный панцирь всегда возникает от возбуждения или тревожности, вызванных подавлением стремлений к получению сексуального удовольствия.

Из этого подхода вытекает, что освобождение от гнета невозможности удовлетворения этого основного (по Фрейдю) инстинкта может быть осуществлено целенаправленной разрядкой гнева и других сильных, но сдерживаемых эмоций именно в тазовой области путем полного расслабления закрепощенных мышц (или одновременно с этим).

«Телесные психотерапевты» и многие их клиенты утверждают, что по мере обретения навыков освобождения от ранее неосознаваемых телесных напряжений, а затем и полного освобождения от мышечной брони у людей не только возникает чувство внутренней раскрепощенности и свободы, но принципиально меняется жизнеощущение, а соответственно с этим и весь их жизненный стиль.

Ранее закрепощенная энергия высвобождается для ее полезного или приятного применения, пробуждая дремавшие способности и расширяя круг жизненных интересов. Люди перестают обманывать себя на счет своих истинных чувств и эмоций и начинают жить реальной жизнью с ее глубокими и искренними естественными переживаниями и их проявлениями, что и является признаком их психического оздоровления.

### **Некоторые другие направления телесной терапии**

Идеи и методы Райха, несмотря на их спорность (а во многом и благодаря его трудному скандально-демонстративному характеру), после многочисленных нападков, серьезной и несерьезной критики и осмеяния, породили целый ряд довольно интересных направлений развития. Это развитие продолжается и в настоящее время.

Среди наиболее известных современных (или по крайней мере «послерайховских») направлений телесной психотерапии можно отметить:

#### ***Биоэнергетическая терапия Александра Лоуэна***

Основные элементы этого вида терапии:

- различные типы дыхания (в основном – глубокого);
- специальные статические позы с общим и локальным напряжением различных мышечных групп тела для определения и осознания мест зажимов энергетических потоков, а так же для последующего ослабления и снятия мышечного панциря;
- специально подобранные словесные формулы, которые после условно-рефлекторного закрепления могут существенно усилить эффект физического воздействия при расслаблении конкретных мышечных групп и высвобождения энергии.

#### ***Метод Фельденкрайса***

Сущность этого метода заключается в последовательном осознании неэффективных физических привычек, определении неадекватно напрягаемых мышечных групп и избыточных статических или динамических усилий при стоянии, бытовых и профессиональных движениях.

Далее следуют упражнения по освобождению этих мышечных групп от статического хронического напряжения (мышечного панциря) и минимизации динамических усилий до уровня, необходимого для эффективной реализации нужных движений. (По существу это близко к идее активной релаксации (АР), хотя АР понимается, разумеется, значительно шире и комплекснее.) Этот метод позволяет модифицировать или сформировать лучшие «телесные привычки» (позы и навыки), восстановить естественную свободу, координацию и красоту движений, расширить самоосознание и развить свои возможности, повысить уверенность в себе и самооценку.

#### ***Метод Александра***

Этот метод тоже направлен на выявление недостаточно эффективных привычных поз и их совершенствование, что помогает восстановить и усовершенствовать естественную, наиболее экономичную и эффективную по затратам нервно-мышечную энергию.

В результате соответствующих упражнений у клиента появляется ощущение так называемой «кинестетической легкости» -свободы и ненапряженности, которая постепенно (путем упражнений и положительных закреплений каждого успеха) распространяется и на все его другие, бытовые и профессиональные, двигательные действия.

#### ***Рольфинг***

Этот метод получил свое название от имени его автора – Иды Рольф. Она характеризует ее как структурную интеграцию.

С технической точки зрения основу этого метода составляет глубокий массаж, который осуществляется не только с помощью пальцев, но и суставов пальцев и даже локтей с целью максимально глубокой проработки мышц и суставов, которые, по мнению терапевта, нуждаются в коррекции («выпрямлении» и раскрепощении мышечных зажимов). Но эта часть, несмотря на важность и необходимую квалифицированность ее выполнения, играет, по И. Рольф, подсобную роль.

Через формирование «правильного» тела и осознание этой «правильности» клиентом у него формируется и «правильный» психологический образ себя самого, что помогает освобождению от комплексов, осознанию и раскрытию истинного собственного Я, высвобождению и наиболее эффективному использованию ранее закрепленной энергии на пути самореализации.

### ***Первичная терапия Артура Янова***

Сущность метода состоит в «организации» переживания клиентом так называемой первичной боли, которая, по утверждению А. Янова, заложена в каждом человеке, главным образом, психотравмами на этапе раннего детства (здесь он близок к З.Фрейду), но вытеснена настолько глубоко в подсознание, что не осознается «в чистом виде», а проявляет себя в виде различных неврозов, фрустраций и неадекватных поведенческих реакций.

Специалисты считают, что основными авторскими достижениями А. Янова являются разработанные и усовершенствованные им и его последователями методики, позволяющие достаточно эффективно концентрировать внимание и усилия клиента на восстановлении (перевод из подсознания в сознание), а затем и имитационном воспроизведении ранних детских психотравмирующих воспоминаний.

Эти воспоминания часто оказываются чрезвычайно трудны и болезненны для их осознания и воспроизведения, однако, по мнению психотерапевтов этой школы (и вполне в соответствии со взглядами З.Фрейда), являются необходимым условием освобождения от «первичной боли» и порожденных ею неврозов и психологических проблем.

Чтобы дать выход заблокированной энергии скрытого эмоционального напряжения, клиенту помогают преодолеть смущение и с максимальной интенсивностью осуществлять спонтанную разрядку эмоций в виде криков, ругательств, импульсивных агрессивных (безопасных для других и самого клиента) движений.

За счет разблокирования одновременно хронически зажатых мышечных сегментов и ненужных барьеров сознания высвобождается энергия. Эта энергия в дальнейшем может быть направлена на более эффективную самореализацию или на прекращение скрытого разрушительного действия на психику и соматику клиента.

### **Тема 10. Арт –терапия в историческом аспекте**

**Арт-терапия** (от англ. *art*, искусство) – направление в психотерапии и психологической коррекции, основанное на искусстве и творчестве. В узком смысле слова, под арт-терапией обычно подразумевается *терапия изобразительным творчеством*, имеющая целью воздействие на психоэмоциональное состояние человека.

Основная цель арт-терапии состоит в развитии самовыражения и самопознания клиента через искусство, а также в развитии способностей к конструктивным действиям с учётом реальности окружающего мира.

Цели арт-терапии:

1. Дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам.
2. Облегчить процесс лечения. Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции.
3. Получить материал для интерпретации и диагностических заключений. Продукты художественного творчества относительно долговечны, и клиент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о клиенте, который может помогать в интерпретации своих произведений.
4. Проработать мысли и чувства, которые клиент привык подавлять. Иногда вербальные средства являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.
5. Наладить отношения между специалистом и клиентом. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

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

7. Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах

8. Развить художественные способности и повысить самооценку.

Отсюда и важнейший принцип арт-терапии – одобрение и принятие всех продуктов творческой изобразительной деятельности независимо от их содержания, формы и качества.

Задачи арт-терапии таковы: 1) акцентировать внимание клиента на его ощущениях и чувствах;

2) создать оптимальные для клиента условия, способствующие наиболее четкой вербализации и проработке тех мыслей и чувств, которые он привык подавлять; 3) помочь клиенту найти социально приемлемый выход как позитивным, так и негативным чувствам.

К методам **арттерапии** относятся следующие направления: **изотерапия** – лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и т. д.;

### **Формы арт-терапии**

Пассивная форма – клиент использует художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения.

Активная форма – клиент сам создает продукты творчества: рисунки, скульптуры, истории, музыкальные композиции, спонтанные танцы. Смешанная форма – клиент использует имеющиеся произведения искусства (музыкальные произведения, картины, сказки и т. п.) для создания своих продуктов творчества.

### **Формы арт-терапии:**

**Индивидуальная арт-терапия** может использоваться по отношению к широкому кругу клиентов:

1) к некоторым клиентам, не подлежащим вербальной психотерапии (олигофрены, психотики, лица преклонного возраста с нарушениями памяти и некоторые другие); 2) к клиентам с неглубокими психическими расстройствами, преимущественно невротического характера; 3) к детям и взрослым, испытывающим определенные затруднения в вербализации своих переживаний (например, из-за речевых нарушений, аутизма или малоконтактности), а также сложности этих переживаний и их «невыразимости» (у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством); 4) к людям, имеющим хорошо развитую способность к вербальному общению (для них изобразительная деятельность может являться альтернативным «языком», более точным и выразительным, чем слова).

**Групповая арт-терапия:** – позволяет развивать ценные социальные навыки; – связана с оказанием взаимной поддержки членами группы и позволяет решать общие проблемы; – дает возможность наблюдать результаты своих действий и их влияние на окружающих; – позволяет осваивать новые роли и проявлять латентные качества личности, а также наблюдать, как модификация ролевого поведения влияет на взаимоотношения с окружающими; – повышает самооценку и ведет к укреплению личностной идентичности; – развивает навыки принятия решений.

**Основная техника** арт-терапевтического воздействия – это техника активного воображения, открывающая клиенту неограниченные возможности для самовыражения и само–реализации в продуктах творчества при активном познании своего «Я».

Арт-терапевтические техники дают возможность относительно безболезненного доступа к глубинному психологическому материалу, стимулируют проработку бессознательных переживаний, обеспечивая дополнительную защищенность и снижая сопротивление изменениям.

По мнению Э. Кэлиш, изобразительные средства могут использоваться в психодиагностике, консультировании, психотерапии с разными типами клиентов, в сочетании с разными лечебными подходами и на разных стадиях психотерапии, особенно со

сложными клиентами, в частности, с теми, кто не способен/не склонен к вербальному общению.

Диагностические и оценочные процедуры арт-терапии основаны на признании бессознательного и того, что образы являются его естественным «языком». В процессе формирования, создания образов происходит оживление воспоминаний, фантазий...и клиент зачастую не осознаёт, какое психологическое содержание раскрывается в образах.

*Выделяются аргументы в пользу эффективности использования образов в консультировании:*

- Образы позволяют выражать чувства, разнообразные эмоциональные реакции;
- Образы затрагивают как бессознательный, так и сознательный уровень психической деятельности, обеспечивают доступ к довербальным формам психического опыта;
- Помогают в раскрытии проблемного психологического материала и преодолении защит;
- Техники спонтанного и направленного воображения обеспечивают психологические изменения, даже при отсутствии интерпретаций;
- Образы затрагивают прошлый и текущий опыт, а также позволяют выражать представления о будущем; Новые ситуации и модели поведения м.б. смоделированы и проиграны в образной форме, прежде, чем они найдут своё выражение в реальном поведении и будут осмысленны;
- Образы позволяют выразить те мысли, чувства, которые трудно выразить в словах.

*Недостатки худ. работы с образами в психотерапии и консультировании:*

- Лексическая передача информации – наиболее надёжная, т.к. значение слов относительно устойчиво и является общепринятым, в то время как содержание образов более расплывчато и многообразно (это может вести к неверной трактовке визуальных образов, создаваемых клиентом);
- Содержание визуальных образов может быть искажено или изменено в силу того, что символические образы могут заключать в себе множество различных содержаний;
- Возможно рассогласование между субъективным переживанием образов и их выражением в конкретной худ. форме;
- Как достоинством, так и недостатком является то, что изобразительные методы основаны на активности воображения (некоторые клиенты избавляются от стресса, уходя в мир фантазий...они охотно выражают свои фантазии в рисунках, и их погружение в такую деятельность может вести к уходу от реальной жизни и проблем).

Арт-терапия рекомендуется детям с 6 лет. На этом возрастном этапе изобразительная деятельность остаётся в рамках игрового экспериментирования и не становится эффективной формой коррекции. Прежде чем использовать методы арт-терапии со взрослыми клиентами следует принять во внимание разнообразные факторы. Этот подход становится несбалансированным, если консультант предлагает клиенту такой вид деятельности без тщательного взвешивания их целесообразности, или не оставляя достаточного времени для обработки её результатов. Использование арт-терапии также может быть непродуктивным, если клиент является проф. художником (причиной этого м.б. то, что такие клиенты уже поддерживают себя через творческое самовыражение, поэтому подобные задания в процессе терапии могут вызвать ощущение того, что человек работает) – очевидно, что подобный барьер можно преодолеть, если предложить клиенту тот вид деятельности, который очень сильно отличается от его вида деятельности.

**Противопоказания к арт-терапии:**

- 1) Маниакальное состояние
- 2) Нарушения сознания
- 3) Тяжелые депрессивные расстройства.

## **Тема 11. Балинтовские группы. Модели супервизии.**

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 балинтовской группе – 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 балинтовской группе врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

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 (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 (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 (Argelander H., 1979).

Балинтовская группа имеет ряд принципиальных отличий от родственных ей форм групповой работы. Так, балинтовская группа 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. Балинтовская группа, нацеленная на новый способ сенситивного слушания, способствует более глубокому восприятию собственной личности (собственного «Я»). Оба процесса

усиливаются в ходе балинтовского 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) Балинтовская группа более центрирована на отношениях, сильнее связана с психоанализом, происходит из области практической медицины. К объективной информации, например о диагнозе, нозологии, методах лечения, в балинтовской группе относятся так же, как к общепринятым светским рассуждениям.

Наряду с классической балинтовской группой существуют ее варианты. Бельгийский автор Моро (Mogeau A., 1976) описывает экзистенциальную систему ведения балинтовской группы. 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 личностно-безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с пациентом?», с одной стороны, и от смещения направленности работы группы в сторону личностной 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 балентовской группе 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 спровоцировать 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 балентовской группы 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 балентовских группах 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 балентовской группы 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 балентовских групп для подготовки групповых психотерапевтов. В целом балентовские группы 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 балентовских групп 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, трудносистематизируемым, 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 корректирующей. 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 корректирующей деятельности.

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ.**

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

*Практические занятия проводятся в форме дискуссии* и предполагают обсуждение конкретных ситуаций, раскрывающих и характеризующих тему занятия. Обсуждение направлено на освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

*Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса* студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является личным мнением автора, построенным на анализе различных источников, поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Обязательным условием подготовки к практическому занятию является изучение нормативной базы. Для этого следует обратиться к любой правовой системе сети Интернет (Консультант Плюс, Гарант и т.д.). В данном вопросе не следует полагаться на книги, так как законодательство претерпевает постоянные изменения и в учебниках и учебных пособиях могут находиться устаревшие данные.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту необходимо отслеживать научные статьи в специализированных изданиях, а также изучать статистические материалы, соответствующей каждой теме.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. Проработать тестовые задания и задачи;
6. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

## **Практические занятия**

### **Тема 1. Общие проблемы психотерапии.**

- 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.

### **Тема 2. Основные направления психоаналитической психотерапии.**

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

### **Тема 3. Специфика терапевтических отношений в индивидуальной и групповой психотерапии**

- 1.Терапевтический контракт, условия, формы, методы заключения.
- 2.Рольные ожидания клиента в психотерапии.
- 3.Модели построения терапевтических отношений.
- 4.Атмосфере принятия и доверия как основное составляющее психотерапии.
- 5.Понятие групповой психотерапии.
- 6Показания и противопоказания к применению групповой психотерапии.
- 7.Формирование группы, ее роли и нормы.
- 8.Групповая динамика.
- 9.Классификация групп.

### **Тема 4. Гештальт-терапия, как метод оказания психологической помощи**

1. Исторический очерк гештальт подхода.
- 2.Основные положения учения Ф. Перлса.
- 3.Основные понятия и процедуры в работе гештальт- групп.
4. Показания к гештальт-терапии.
5. Опишите сущность приемов гештальт-терапии и их психотерапевтическую ценность.
6. Основные принципы работы гештальт-группы.

### **Тема 5. Трансакционный анализ**

- 1.Основные понятия в трансакционном анализе.
- 2.Структура трансакционного анализа.
- 3.Анализ трансакций, игр, сценариев и ролей.
4. Основные игры в которые играют люди. Жизненный сценарий

### **Тема 6. Бихевиорально - когнитивное направление в психологии**

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.
- 4.Показания к применению бихевиорально-когнитивной терапии.
- 5.Алгоритм проведения прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсон
- 6.Сущность приемов бихевиорально-когнитивной терапии (БКТ) и их психотерапевтическую ценность.

### **Тема 7. Телесно-ориентированная психокоррекция**

1. История развития направления, ориентированного на работу с телом.
2. Показания к применению метода.
3. Основные подходы к работе с телом.
4. Терапевтическую ценность характерологического анализа В.Райха.
5. История создания и сущность биоэнергетического анализа Лоуэна.
6. Метод телесного осознания Фельденкрайза.
7. История и терапевтическая ценность метода Александра.

### **Тема 8. Арт-терапия**

1. Основные направления, цели и задачи арт-терапии.
2. Основные этапы арттерапевтического процесса
3. Механизмы коррекционного воздействия изотерапии, музыкотерапии, сказкотерапии.
4. Направления в применении арттерапии.
5. Процедуры построения занятий
6. История создания и сущность арттерапевтического метода.
7. Классификация, функции сказок сказок и формы их использования в психотерапии.
8. Архетипы в сказке.
9. Тайный шифр женских и мужских сказок.

### **Тема 9. Балинтовские группы**

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

## МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

### *Работа с литературой*

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой ко всем занятиям: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

*План* – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

*Выписки* представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе квинтэссенцию содержания прочитанного. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и даталогические сведения.

*Тезисы* – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

*Аннотация* – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

*Резюме* – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

*Конспект* представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя вопросы для самостоятельной работы, темы рефератов и темы эссе.

*Вопросы для самостоятельной работы:*

1. Современные направления психотерапии.
2. Модели психотерапии.
3. Личностно-ориентированная психотерапия.
4. Суггестивная психотерапия в условиях общеобразовательной школы.
5. Мишени психотерапии.
6. Психопрофилактика психосоматических нарушений у детей и подростков.
7. Психотерапия творческим самовыражением.
8. Групповая психотерапия в системе образования.
9. Системная семейная психотерапия, направления.
10. Трансперсональная психотерапия.

Тематика заданий для самостоятельной работы представлена в Рабочей программе.