

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Методические указания

по выполнению лабораторных работ
по дисциплине «Базовые теории и методы психотерапии»
для студентов

Специальности 37.05.02 Психология служебной деятельности
Специализация «Психологическое обеспечение коммуникаций в служебной
деятельности»

Ставрополь, 2026

Введение

Цель освоения дисциплины «Базовые теории и методы психотерапии» - развитие компетенций в области психотерапии, с пониманием ее роли и значения в развитии психологической науки и в практической деятельности специалиста.

Основные задачи учебной дисциплины:

- ~ ознакомление с ролью и значением психотерапии в системе психологического знания и психологических методов, историей возникновения и развития психотерапии, основными теоретико-методологическими и этическими принципами и моделями психотерапевтического процесса, классификацией психотерапевтических методов и современных подходов к их использованию;
- ~ формирование у студентов профессиональных компетенций в области формулирования задач и выбора адекватных методов решения, особенностей интерпретации полученных результатов, конструирования психотерапевтического процесса в ситуации оказания психологической помощи с учетом условий, индивидуальных особенностей и психического статуса человека;
- ~ формирование способности к использованию методических инструментов, адекватных поставленным задачам и удовлетворяющих требованиям психотерапевтической практики с учетом трудностей и возможных ошибок, возникающие в процессе практической работы;
- ~ формирование профессионального мышления, способностей саморегуляции в процессе выполнения психотерапевтических процедур в соответствии с этическими и методическими принципами.

Лабораторное занятие № 1

Тема: Общее представление и история психотерапии.

Цель: Ознакомление с содержанием, принципами, теоретическими основами и областями психотерапии.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Оборудование и материалы: Оборудование, закрепленное за лабораторией комплексного психологического исследования личности: Антистрессовая психофизиологическая аудио-визуально-вибротактильная система Сенсориум «SENSORIUM»; оборудование, закрепленное за лабораторией конфликтологии и медиации: Телевизор 48 Samsung UE48JU7000U.

Состав и содержание заданий:

Практические упражнения направления «Символдрама» с последующим анализом.

Самостоятельная работа:

1. Заполните таблицу «Основы психотерапии»

Основы психотерапии	Задачи	Методы
Клинические		
Физиологические		
Психологические		

2. Заполните таблицу «Этические модели психотерапии»

Модель	Содержание
Модель Гиппократ	
Модель Парацельса	

Деонтологическая модель	
Биоэтика	

3. Выполните конспект «Основные показания для применения психотерапии» (Клиническая психотерапия в общей врачебной практике/ под ред. Н.Г. Незнановой, Б.Д. Карвасарского, – СПб.: Питер, 2008. с.100-108).

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–9765–0885–9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–4475–3999–3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Лабораторное занятие № 2

Тема: Методы психотерапии. Формы организации психотерапевтической помощи.

Цель: Ознакомление с методами психотерапии, с формами организации психотерапевтической помощи.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Оборудование и материалы: Оборудование, закрепленное за лабораторией комплексного психологического исследования личности: Антистрессовая психофизиологическая аудио-визуально-вибротактильная система Сенсориум «SENSORIUM»; оборудование, закрепленное за лабораторией конфликтологии и медиации: Телевизор 48 Samsung UE48JU7000U.

Состав и содержание заданий: тренинг.

Практические упражнения в Т-группах.

Самостоятельная работа:

1. Заполнить таблицу «Основные формы организации психотерапевтической помощи»

№	Основная форма организации психотерапевтической помощи	Характеристика

2. Заполните таблицу «Качества, необходимые консультанту для эффективной работы»

№	Качества	Определение, содержание
1	Эмпатия	
2	Уважение к клиенту	
3	Конкретность	
4	Принятие себя и клиента	
5	Подлинность	
6	Конгруэнтность	
7	Непосредственность	

3. Выполнить конспект «Вербальные и невербальные техники терапевтического вмешательства».

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2–е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–9765–0885–9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–4475–3999–3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Лабораторное занятие № 3

Тема: Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.

Цель: Ознакомиться с теоретическими основами, принципами, техниками поведенческой психотерапии.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Оборудование и материалы: Оборудование, закрепленное за лабораторией комплексного психологического исследования личности: Антистрессовая психофизиологическая аудио-визуально-вибротактильная система Сенсориум «SENSORIUM»; оборудование, закрепленное за лабораторией конфликтологии и медиации: Телевизор 48 Samsung UE48JU7000U.

Состав и содержание заданий:

Провести в группе одно из следующих упражнений: «Лицензия на приобретение знаний», «Утраченные иллюзии», «Учимся на ошибках», «Вехи» и «Развитие».

Самостоятельная работа:

Составьте схему «Основные идеи экзистенциализма».

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Лабораторное занятие № 4

Тема: Телесно-ориентированная психотерапия.

Цель: Изучить общую характеристику различных подходов, специфику видов телесно-ориентированной психотерапии, применяемых в психотерапевтической работе.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Оборудование и материалы: Оборудование, закрепленное за лабораторией комплексного психологического исследования личности:

Антистрессовая психофизиологическая аудио-визуально-вибротактильная система Сенсориум «SENSORIUM»; оборудование, закрепленное за лабораторией конфликтологии и медиации: Телевизор 48 Samsung UE48JU7000U.

Состав и содержание заданий:

Отработка в группе техники «Распускание мышечного панциря» (по В.Райху).

Самостоятельная работа:

Заполните таблицу «Особенности телесной организации различных типов характера по Лоуэну»

Тип характера	Особенности телесной организации
Шизоидный	
Оральный	
Нарциссический	
Мазохистический	
Ригидный	

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–9765–0885–9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–4475–3999–3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Лабораторное занятие № 5-6

Тема: Трансактный анализ.

Цель: Познакомиться с теоретическими положениями и практическими приемами транзактного анализа Э.Берна.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Оборудование и материалы: Оборудование, закрепленное за лабораторией комплексного психологического исследования личности: Антистрессовая психофизиологическая аудио-визуально-вибротактильная система Сенсориум «SENSORIUM»; оборудование, закрепленное за лабораторией конфликтологии и медиации: Телевизор 48 Samsung UE48JU7000U.

Состав и содержание заданий:

Подготовьте и проведите в группе одну из техник транзактного анализа.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Лабораторное занятие № 7-8

Тема: Нейролингвистическое программирование как метод психотерапии.

Цель: Познакомиться с этапами развития и становления нейролингвистического программирования, охарактеризовать основные рабочие термины, изучить приемы и техники.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Оборудование и материалы: Оборудование, закрепленное за лабораторией комплексного психологического исследования личности: Антистрессовая психофизиологическая аудио-визуально-вибротактильная система

Сенсориум «SENSORIUM»; оборудование, закрепленное за лабораторией конфликтологии и медиации: Телевизор 48 Samsung UE48JU7000U.

Состав и содержание заданий:

Подготовьте и проведите в группе техники НЛП «Якорение», «Взмах» и др.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Методические указания

по выполнению практических работ
по дисциплине «Базовые теории и методы психотерапии»
для студентов
Направление подготовки 37.03.01 Психология
Направленность/профиль «Психологическое консультирование»

Ставрополь
2026

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Занятие 1. Общее представление и история психотерапии.

Занятие 2. Методы психотерапии. Формы организации психотерапевтической помощи.

Занятие 3. Психодинамическая психотерапия.

Занятие 4. Поведенческая психотерапия.

Занятие 5. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.

Занятие 6. Гипносуггестивная психотерапия.

Занятие 7. Психотерапия детей и подростков.

Занятие 8. Психотерапия в психиатрии.

Введение

Цель освоения дисциплины «Психотерапия: теория и практика» - развитие компетенций в области психотерапии, с пониманием ее роли и значения в развитии психологической науки и в практической деятельности специалиста.

Основные задачи учебной дисциплины:

- ~ ознакомление с ролью и значением психотерапии в системе психологического знания и психологических методов, историей возникновения и развития психотерапии, основными теоретико-методологическими и этическими принципами и моделями психотерапевтического процесса, классификацией психотерапевтических методов и современных подходов к их использованию;
- ~ формирование у студентов профессиональных компетенций в области формулирования задач и выбора адекватных методов решения, особенностей интерпретации полученных результатов, конструирования психотерапевтического процесса в ситуации оказания психологической помощи с учетом условий, индивидуальных особенностей и психического статуса человека;
- ~ формирование способности к использованию методических инструментов, адекватных поставленным задачам и удовлетворяющих требованиям психотерапевтической практики с учетом трудностей и возможных ошибок, возникающие в процессе практической работы;
- ~ формирование профессионального мышления, способностей саморегуляции в процессе выполнения психотерапевтических процедур в соответствии с этическими и методическими принципами.
- ~

Практическое занятие № 1

Тема: Общее представление и история психотерапии.

Цель: Ознакомление с содержанием, принципами, теоретическими основами и областями психотерапии.

Форма занятия: диспут.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Актуальность темы занятия: формирование представлений о становлении психотерапии выступает необходимым условием для развития профессионального самосознания.

Теоретическая часть:

Буквальное значение термина «психотерапия» связано с двумя его толкованиями, базирующимися на переводе греческих слов *psyche* - душа и *therapeia* - лечение: «исцеление душой» или «лечение души». Сам термин «психотерапия» был введен в 1872 г. Д. Тьюком в книге «Иллюстрации влияния разума на тело» и стал широко популярен с конца XIX в. Можно говорить о существовании медицинской, психологической, социологической и философской моделей психотерапии. В узком смысле слова (медицинская модель) психотерапия понимается как комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях.

В последние годы условно различают *клинически ориентированную психотерапию*, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и *личностно-ориентированную психотерапию*, которая стремится помочь человеку изменить свое

отношение к социальному окружению и к собственной личности.

Расширительное понимание области психотерапии закреплено в Декларации по психотерапии, принятой Европейской ассоциацией психотерапии в Страсбурге в 1990 году. В этой декларации зафиксировано следующее:

1. Психотерапия является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;
2. Психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;
3. Гарантированным является разнообразие психотерапевтических методов;
4. Образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально: оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора, одновременно приобретаются широкие представления о других методах;
5. Доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

Даже если рассматривать психотерапию в рамках медицинской модели, следует обратить внимание на отличия от других методов лечения. Речь идет, прежде всего, о том, что при ее проведении используются **психологические методы и средства**. Кроме того, в качестве пациентов выступают люди с теми или иными расстройствами психики, а в качестве специалистов - лица, имеющие профессиональную подготовку, среди прочего, в области **основ психологии и медицины**. В клинически ориентированной психотерапии традиционно используются такие методы, как гипноз, аутогенная тренировка, различные виды внушения и самовнушения. В личностно-ориентированной психотерапии можно обнаружить огромное разнообразие методов и приемов, основывающихся на концептуальных моделях множества школ и течений. Тем не менее, бесспорно можно говорить о наличии ключевой и ведущей идеи, объединяющей почти все имеющиеся в психотерапии подходы: стремление помочь развитию личности путем снятия ограничений, запретов, комплексов, освобождения ее потенциала; это идея изменения, трансформации человеческого Я в динамично изменяющемся мире.

Психотерапия традиционно рассматривалась как отрасль медицины, поэтому и по сегодняшний день многие клинические психотерапевты считают, что психотерапией имеют право заниматься только врачи. Однако, как было сказано выше, в науке имеет место и психологическая модель психотерапии, а значит, ее (психотерапию) можно рассматривать как направление деятельности практического психолога. При этом под психотерапией следует понимать «оказание психологической помощи здоровым людям (клиентам) в ситуациях различного рода психологических затруднений, а также в случае потребности улучшить качество собственной

жизни».

Практический психолог использует те же методы, что и клинический психотерапевт (краткое описание этих методов см. выше); разница заключается, прежде всего, в их нацеленности. Его важнейшая задача состоит не в снятии или облегчении симптомов болезни, а в создании условий для оптимального функционирования личности и ее развития, в частности, в целях улучшения взаимоотношений с другими людьми (с членами семьи, коллегами и пр.).

Будучи одним из направлений деятельности практического психолога, психотерапия предъявляет особые требования к подготовке и уровню квалификации психолога. Представляется оправданным разделение специализаций практического психолога на психотерапевта, диагноста, консультанта, коррекциониста с тем, чтобы в рамках единой психологической службы каждый выполнял одну из указанных основных функций. В области психотерапии психолог неизбежно использует эклектичный подход, однако желательным является специализация в каком-то определенном психотерапевтическом направлении: психоаналитическом, поведенческом, экзистенциально-гуманистическом или другом.

Общую для большинства психотерапевтических подходов **цель психотерапии** можно сформулировать вслед за D. Bernstein, E. Roy et al. следующим образом: общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами терапевт:

- 1) помогает пациенту лучше понять свои проблемы,
- 2) устраняет эмоциональный дискомфорт,
- 3) поощряет свободное выражение чувств,
- 4) обеспечивает пациента информацией о том, как решать проблемы,
- 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт:

- обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, он должен сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в помощи пациенту осознать и использовать свои силы и умения.
- устраняет дезадаптивное поведение и формирует новые, адаптивные стереотипы.
- содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой один член группы является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого - терапевтического, хирургического и т. д.) имеют некоторые общие основные

черты, или составляющие (J. Frank, 1978):

- человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы (*клиент*, или пациент);

- человек, который благодаря обучению или опыту, воспринимается как способный оказывать помощь (*терапевт*);

- *теория*, которая используется для объяснения проблем пациента. В медицине теория объясняет, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может изучать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает в себя изучение психодинамики, принципов научения или других психических факторов;

- набор *процедур* для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией.

- специальное социальное *отношение* между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента. Терапевт стремится к созданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем.

Основные направления психотерапии

Основн ые теоретич еские парамет ры	Динамическ ий подход	Поведенчески й подход	Феноменоло гический подход
Природа человека	движется сексуальными и агрессивными инстинктами	продукт социального научения и обусловливания; ведёт себя на основании прошлого опыта	имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основна я проблем а	сексуальное подавление	тревога	психическое отчуждение
Концепц ия патологи и	конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние либидинозные влечения	приобретённые стереотипы поведения	экзистенциал ьное отчуждение: утрата возможностей, расщепление «я», рассогласование между мыслями, чувствами и поведением (потеря

			аутентичности)
Контцепция здоровья	разрешение интрапсихических конфликтов: победа «эго» над «ид», т.е. сила «эго»	устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижения тревоги	Актуализация личностного потенциала: рост «я», аутентичность и спонтанность
Вид изменения	глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	прямое научение: поведение в текущем настоящем, т.е. действие, или действие в воображении	непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временный подход и «фокус»	исторически й: субъективное прошлое	неисторически й: объективное настоящее	отсутствие историзма: феноменологический момент («здесь и сейчас»)
Задачи терапевта	понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до духовного)
Основные техники	Интерпретация материала: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	обусловливание: систематическая десенситизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование	«Энкаунтер» («встреча»): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное.	Фасилитатор (ускоритель) роста личности

	другого материала из бессознательного	Активный, ориентированный на действия	
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферентная и первостепенная для лечения: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальная, но второстепенная для лечения: реальные взаимоотношения
Лечебная модель	Медицинская: врач – пациент. Авторитарная. Терапевтический союз	Образовательная: преподаватель – ученик. Авторитарная. Учебный союз	Экзистенциальная: общение двух равных людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз.

Вопросы и задания:

Темы для диспута:

1. Определение и виды психологической помощи. Сравнительный анализ видов психологической помощи (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование).
2. Психотерапия (определение, цели, задачи). Области практического применения психотерапии.
3. История психотерапии: донаучный и научный периоды.
4. История отечественной психотерапии.

Подготовить доклады на следующие темы:

1. Этические принципы психотерапевта.
2. Научные, клинические, психофизиологические и психологические основы психотерапии.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–9765–0885–9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–4475–3999–3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Практическое занятие № 2

Тема: Методы психотерапии. Формы организации психотерапевтической помощи.

Цель: Ознакомление с методами психотерапии, с формами организации психотерапевтической помощи.

Форма занятия: диспут.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Актуальность темы занятия: знания о методах и формах психотерапии имеют практическое значение для успешного профессионального становления.

Теоретическая часть:

Психодинамический подход подчеркивает важность для понимания генеза и лечения эмоциональных расстройств интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности. Разновидности психодинамического подхода, наряду с классическим психоанализом З. Фрейда:

- * индивидуальная психология *А. Адлера*;
- * аналитическая психология *К. Г. Юнга*;
- * эго-психология (*А. Фрейд, Г. Хартман, Д. Клейн*, рассматривавшие эго как творческую адаптивную силу);
- * неофрейдизм (*К. Хорни, Э. Фромм, Г. Саяливен*, шедшие по пути Адлера в рассмотрении роли социальной среды в формировании личности);
- * теории объектных отношений (*М. Клейн, О. Керберг, Г. Кохут*).

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и не видимую, - бессознательное. Любой метод в рамках психодинамического подхода ставит перед собой две основные задачи:

1. Добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта.
2. Проработать конфликт, т.е. проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Сущность психодинамического подхода в психотерапии: это подход, который подчеркивает важность для понимания генеза эмоциональных расстройств и их лечения интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы внутри личности противоречивых ее мотивов.

Экзистенциально-гуманистический подход опирается на философские идеи экзистенциализма и феноменологии. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих положениях:

- лечение есть встреча равных людей (иногда вместо понятия «встреча» используется калька с английского - термин «энкаунтер»);
- улучшение у клиентов наступает само, если терапевт создает правильные условия - помогает осознанности, самопринятию и выражению клиентом своих чувств;
- наилучший способ - создание отношений безусловной поддержки и принятия;
- клиенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

При анализе работ представителей экзистенциально-гуманистического направления (*Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл* и др.), возникшего в начале пятидесятих годов прошлого столетия, следует подчеркнуть, что во многом благодаря именно им понятие «Я» как чрезвычайно важного в личностном развитии феномена (английский термин «self» - «самость») после длительного перерыва вновь оказалось в центре внимания психологов и психотерапевтов. Первым указал на огромное значение «самости» Г. Олпорт, им же впервые было введено понятие «образ самого себя». К безусловным заслугам Олпорта можно с полным правом отнести и его разработку проблемы воздействия будущего на развитие личности и ее самосознание. Он отмечает, что высшие мотивы, порождающие обращение в будущее системы целей, к свободной реализации своих потенций, составляют ядро личности, или «Я». Представители этого направления, объявившие себя «третьей силой» в психологической науке, строили свои концепции в острой полемике с бихевиоризмом и фрейдизмом, делая особый акцент на роль самосознания в стремлении личности к самосовершенствованию, подчеркивали ее уникальность. *А. Маслоу* утверждал, что наивысшей человеческой потребностью является стремление к самоактуализации. **Основополагающими идеями** этого направления стали представления о человеке как о существе, изначально активном, стремящемся к расширению пространств своего бытия, имеющем почти безграничные возможности позитивного личностного роста. Экзистенциальная сущность человека раскрывается, прежде всего, в пограничной ситуации между жизнью и смертью. Поэтому центральными категориями человеческого бытия выступают смерть, свобода, изоляция, бессмысленность.

Одной из главных причин заболевания или серьезных психологических проблем является «блокирование» проявления человеком его подлинности,

экзистенции, безуспешный поиск смысла своей жизни. Важнейшими целями психологической помощи человеку выступает создание условий для восстановления аутентичности личности, осуществления ею своих истинных возможностей, освобождения творческого потенциала, раскрытия соответствия ее экзистенции своей истинной природе.

В психотерапии к экзистенциально-гуманистическому направлению относят: клиент-центрированную психотерапию, гештальттерапию, логотерапию, психодраму, первичную терапию Янова, трансцендентальную медитацию, экзистенциальную психотерапию, дзэн-психотерапию и др.

Пожалуй, наибольшее влияние из всей зарубежной психологии на современное состояние отечественной психологической науки оказали идеи клиент-центрированной психотерапии *К. Роджерса*, который развил феноменалистический подход в понимании Я-концепции, опираясь на следующие положения:

- Поведение человека зависит от его субъективного индивидуального восприятия;
- Всякое восприятие преломляется в феноменальном поле его сознания, центром которого является Я-концепция;
- Я-концепция - это одновременно и представление, и внутренняя сущность индивида, которая тяготеет к ценностям, имеющим культурное происхождение;
- Я-концепция обуславливает довольно устойчивые схемы поведения.

Нужно отметить важную мысль Роджерса о том, что очень часто причиной внутренних психологических конфликтов является расхождение между представлением человека о себе реальном и тем, кем он хочет стать. Только настоящие, глубокие человеческие отношения могут, по мнению Роджерса, уничтожить этот разрыв между «реальным» и «идеальным Я». Фундамент лечения по Роджерсу - знаменитая триада: безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

Согласно логотерапии *В. Франкла*, разнообразные формы неврозов возникают как реакции на утрату человеком смысла существования. В отличие от *А. Маслоу*, *Франкл* считал самоактуализацию личности не самоцелью, а средством осуществления смысла. Не стремление к самоактуализации по *Маслоу*, не принцип удовольствия по *Фрейд*у, не воля к власти по *Адлеру*, а воля к смыслу - вот что определяет человеческую жизнь. Отсюда задачей психотерапевта является помощь людям в обретении смысла в самых сложных ситуациях.

По многим позициям совпадает с подходом *Франкла* концепция экзистенциальной психотерапии *И. Ялома* (1999). Человек боится неминуемой смерти, стремление к свободе оборачивается отсутствием опоры, одиночество становится неизбежным спутником человека, несмотря на постоянные контакты, непредопределенность жизни порождает проблему ее осмысления. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь человеку осознать и преодолеть эти экзистенциальные конфликты.

Поведенческий подход. Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно - в конце 50-х годов. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Фраза «современные теории научения» относилась тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания. Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Уотсона и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах, но истолковали и использовали их механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность у человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма независимо от влияния личности. В попытках смягчить явно механистические положения своих учителей необихевиористы (*Tolman, 1932, Hull, 1943, и др.*) стали учитывать между стимулами и ответными реакциями так называемые «промежуточные переменные» - влияния среды, потребностей, навыков, наследственности, возраста, прошлого опыта и др., но по-прежнему оставляли без внимания личность. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о «животных машинах» и концепции французского материалиста XVI II века Ламетри о «человеке-машине».

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. *Wolpe* определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения. Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются» (цит. по Р.А. Зачепискому). При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. *Frank* заявлял даже, что вскрытие таких причин мало помогает лечению. Сосредоточение внимания на их последствиях, т. е. на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непосредственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача. Более того, *Eysenck* утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов и тем самым будет устранен невроз.

Поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Психотерапия связана с необходимостью формирования у обратившегося за помощью человека оптимальных поведенческих навыков, что реализуется с помощью следующих методов:

- позитивного и негативного подкрепления (направлены на разрыв нежелательной установившейся связи между условным раздражителем и

реакцией и /или замену ее новой);

- наказания (сочетание неприятного воздействия с ситуацией, обычно приятной);
- систематической десенсибилизации (сочетание состояния релаксации с предъявлением ситуации, вызывающей тревогу);
- викарного научения (термин «викарный» означает «замещающий»: обучение осуществляется не через организацию собственного опыта клиента, а через предъявление моделей оптимального поведения).

В настоящее время во многих странах (включая Россию) стал популярен психотерапевтический подход, получивший название нейролингвистического программирования, который имеет корни в поведенческом направлении. Под нейролингвистическим программированием (НЛП) его авторы - Р. Бэндлер и Д. Гриндер - понимают процесс моделирования внутреннего человеческого опыта и межличностной коммуникации путем выделения структуры процесса (*R. Bandler, D. Grinder, 1981*). Одним из главных отличий НЛП от других психологических направлений является отсутствие всякого интереса к содержанию процессов коммуникации, а вместо этого - изучение структуры процесса: всех последовательных шагов программы взаимодействия или внутреннего действия у наиболее эффективно коммуницирующих людей. Описание этой структуры необходимо делать, опираясь только на категории сенсорного опыта, в котором нейролингвистические программисты выделяют три основные модальности - визуальную, аудиальную и кинестетическую. «Очистка» и обострение собственных сенсорных каналов специалистом-психотерапевтом, работающим в области НЛП, является важнейшим условием адекватного понимания невербальных ответов на его вопросы со стороны клиентов. На том же условии основывается возможность эффективного использования методов НЛП во всех других сферах человеческой жизнедеятельности. Изучение структуры субъективного опыта необходимо нейролингвистическим программистам для того, чтобы помочь человеку изменить свое поведение. Как считают Бэндлер и Гриндер, практически все психологические проблемы возникают у людей из-за субъективной невозможности вырваться из цепей привычных стереотипов поведения. У человека в любой ситуации должно иметься не менее трех возможностей выбора, иначе он становится рабом одной-единственной программы. Благодаря перепрограммированию поведения с помощью специальных психотехник у человека формируется широкий спектр возможностей, из которых он делает наилучший выбор. Здесь необходимо отметить одну специфическую особенность НЛП: в этом направлении психотерапии безусловное предпочтение отдается подсознательному выбору вариантов поведения. Если психологи и психотерапевты других школ видят свою задачу в том, чтобы оказать помощь людям в осознании проблем, причин их возникновения и сознательном поиске путей их решения, то нейролингвистические программисты считают главным присоединиться к

подсознанию клиента, минуя его сознание, коммуницировать именно с подсознанием, причем, как уже было сказано выше, попытаться изменить стратегию подсознания, не вникая в содержание проблем данного конкретного человека.

Когнитивно-поведенческая психотерапия. В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности, в исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности, чтобы понять, как у них происходит научение. Кроме того, возникло понимание того, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладания с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт:

1. И те, и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные - на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те, и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта - как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные - новым способам мышления.

3. И те, и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем, чтобы те практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те, и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (имеется в виду психоанализ), подходу, не обременённому сложными теориями личности.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. *Аарон Бек* (1967), наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях: 1) негативный взгляд на настоящее; 2) безнадежность в отношении будущего; 3) сниженное чувство собственного достоинства. Под влиянием идей *Пиаже* Бек концептуализировал проблемы депрессивного пациента: события ассимилируются в негавистическую, абсолютистскую когнитивную структуру, результатом чего является уход от действительности и социальной жизни. Пиаже также учил, что деятельность и ее последствия

имеют силу изменять когнитивную структуру. Это привело Бека к составлению терапевтической программы, которая использовала некоторые из инструментов, разработанных поведенческими терапевтами (самоконтроль, ролевая игра, моделирование, домашние задания и др.).

Другим примером является *рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса*. Эллис исходит скорее из феноменологической позиции, что тревога, чувство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта - изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире. Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к нему.

Психотерапия еще не сложилась как единая наука: существует множество психотерапевтических направлений, методов, поэтому имеется много определений понятия «психотерапия», при этом многие из них основываются на тех или иных теоретических концепциях, исключая подходы иного рода.

Вопросы и задания:

Темы для диспута:

1. Классификации методов психотерапии. Формы и направления психотерапии.
2. Основные подходы к организации психотерапевтической помощи. Формы организации психотерапевтической помощи.
3. Общественные организации в психотерапии.
4. Этапы психотерапевтического процесса. Трудности и ошибки в процессе психотерапии.
5. Условия, уровни и формы супервизии.

Подготовить доклады на следующие темы:

1. Психотерапевтический кабинет как основное структурное подразделение психотерапевтической службы.
2. Психотерапевтический контракт: содержание и правила составления.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное

пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Практическое занятие № 3

Тема: Психодинамическая психотерапия.

Цель: Ознакомиться с основными теоретическими положениями и психодинамической психотерапии.

Форма занятия: диспут.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Актуальность темы занятия: формирование представлений о основных положениях и истории психодинамической психотерапии является важным условием для эффективного становления психолога-практика.

Теоретическая часть:

Одним из наиболее важных для развития современной психологии направлений явился психоанализ. В первую очередь он связан с именем австрийского психолога и психиатра **Зигмунда Фрейда** (1856-1939).

Возникнув как метод лечения неврозов, психоанализ затем превратился в психологическую теорию, а впоследствии - в одно из важных направлений философии XX в. Отметим еще раз: психоаналитическая теория складывалась не на базе проверки Предварительно выдвинутых гипотез, как происходит в академической науке; она возникала из необходимости практической помощи страдающему человеку, и психоаналитические представления формировались как попытка объяснения того, что открывалось в терапевтической практике иногда неожиданно для самого психоаналитика.

Психоанализ основывается на идее о том, что поведение человека определяется не только и не столько его сознанием, сколько бессознательным, к которому относятся те желания, влечения, переживания,

в которых человек не может себе признаться и которые поэтому либо не допускаются до сознания, либо вытесняются из него, как бы исчезают, забываются, но в реальности остаются в душевной жизни и стремятся к реализации, побуждая человека к тем или иным поступкам, проявляясь в искаженном виде.

Например, в сновидениях, творчестве, невротических нарушениях, фантазиях, оговорках и др.

Почему же возникает эта своеобразная цензура, запрещающая непосредственно осознаваться определенным желаниям и переживаниям? Прежде всего в силу того, что они не соответствуют тем правилам, запретам, идеалам, которые вырабатываются у человека под влиянием взаимодействия с окружением - в первую очередь взаимоотношений с родителями в детстве. Эти желания, переживания как бы аморальны, но, по З. Фрейду, они естественны для человека. Подавленные в прошлом и подавляемые ныне нереализованные желания, конфликт влечения и запрета (внутренний конфликт) - причина тех сложностей, страданий, которые испытывает человек в психологическом плане, вплоть до невротических заболеваний. Если человек сможет осознать эти, скрытые в прошлом, желания и переживания, он в настоящем сможет хотя бы отчасти зрело управлять своим поведением. Но как же возможно это осознание, если их скрывает бессознательное? Дело в том, что бессознательные желания высокоэнергетичны. Они стремятся к реализации, отчего повышается энергетическое напряжение; стремясь к реализации, бессознательное как бы находит способы обойти цензуру. Сновидения, фантазии, оговорки и пр. - все это своеобразный язык символов, который может быть прочитан и расшифрован при помощи психоаналитика. Терапевтическая задача психоаналитика - помочь страдающему человеку понять истинную причину его страданий, скрытую в бессознательном, вспомнить те травматические переживания, которые забылись (то есть были вытеснены из сознания), перевести их в сознание при помощи интерпретации, толкования, что и делает терапевт.

Что же это за переживания, какова их природа? З. Фрейд утверждал наличие в человеке двух начал, двух влечений - стремления к жизни и стремления к смерти и разрушению. Основное место в исходной концепции Фрейда занимает эротическое влечение, связываемое им со специфической энергией, называемой либидо. Она, собственно, и движет человеком; вся жизнь, начиная с рождения, пронизана эротичностью.

Сложившуюся картину Фрейд описывает следующим образом:

В начале жизни ребенком руководит особая психическая инстанция, называемая «Оно» - его желания и влечения; «Оно» руководствуется «принципом удовольствия» и не взаимодействует с реальностью. В каком-то смысле «Оно» можно уподобить живущему внутри человека капризному ребенку, которому дела нет до того, может ли взрослый исполнить его желания. «Оно» целиком бессознательно. Однако желания должны найти себе реалистические формы удовлетворения; для этого из «Оно» (и это происходит достаточно быстро в детском развитии) выделяется структура,

называемая «Я», задача которого - найти такие пути, то есть, по словам Фрейда, «Я» выступает как служанка «Оно». «Я» ориентировано на принцип реальности. Продолжая нашу метафору, «Я» можно уподобить живущему в нашей психике относительно зрелому человеку, который в той или иной степени знает мир и может в нем ориентироваться, помогая «Оно» удовлетворить свои желания; при этом, однако, часть желаний не может быть исполнена непосредственно, и «Я» - как положено взрослому - накладывает запреты или отсрочки на эти желания. Иными словами, отношения между «Оно» и «Я» двойственны: с одной стороны, «Я» помогает «Оно», с другой - оказывается инстанцией, частично подавляющей Оно, то есть человек оказывается внутренне конфликтен. Однако конфликтность еще более усугубляется, когда в период формирования нравственных чувств ребенка формируется еще одна инстанция, называемая «Сверх-Я» выступающая как система нравственных запретов и идеалов, в частности, как голос совести, подавляя влечения. («Я» и «Сверх-Я» частично бессознательны.) «Сверх-Я» - это как бы внутренний родитель (собственно, «Сверх-Я» и возникает в результате частичного неосознаваемого отождествления себя с родителями). С этого момента основной внутренний конфликт ребенка - а в дальнейшем и взрослого-это конфликт между желаниями и внутренними нравственными запретами, то есть между «Оно» и «Сверх-Я». «Я» становится своеобразным полем битвы между ними, его задача - помочь реализоваться желаниям, не обижая при этом запреты. В травматической ситуации внутреннего конфликта «Я» вырабатывает психологические защиты, особые формы бессознательной психической активности, которые позволили бы хотя бы временно облегчить конфликт, снять напряжение, а в конкретных жизненных ситуациях так исказить смысл событий и переживаний, чтобы не нанести ущерб представлениям о самом себе как соответствующем некоторому идеалу.

По Фрейду, отголоски детских переживаний можно видеть на протяжении всей жизни человека, и за огромным числом страданий и невротических проявлений взрослого можно увидеть нереализованные сексуальные устремления. Идея бессознательной сексуальности, лежащей в основе человеческого поведения, в том числе тех его форм, которые мы считаем высшими (творчество, религия) - центральная идея Фрейда, на которой он настаивал и по поводу которой подвергался жестокой критике, в том числе со стороны собственных учеников, многие из которых ушли от него, не разделяя «пансексуализма», то есть стремления объяснять все через сексуальную проблематику.

Психоанализ рождался как метод психотерапии неврозов, в частности, истерии - заболевания, при котором, как было показано, именно психологические причины, внутренний конфликт вызывают симптомы физических нарушений (параличи, слепота, боли и др.). Все люди, согласно Фрейду, неизбежно внутренне конфликтны. За многими проявлениями фантазии, творчества и др. лежит, согласно идеям психоанализа, прежде всего скрытая сексуальная проблематика, все это - как бы символическое

воплощение нереализованных желаний. Выявить скрытое, сделать бессознательное содержание осознаваемым - а значит, доступным осмыслению и отчасти контролю - задача психоанализа как терапевтического метода, с чем вы познакомитесь в дальнейшем.

Учение Фрейда трансформировалось в процессе своего развития и всегда вызывало самые противоположные мнения, от восторгов до абсолютного неприятия.

Фрейд распространил на всех людей те закономерности, которые он увидел при работе с невротиками, то есть людьми нездоровыми; правомерность этого спорна, и, как мы увидим вскоре, многие современники и авторы, творившие позже, будут подчеркивать необходимость рассмотрения прежде всего здоровой психики, высших тенденций человека. Так, Л.С. Выготский, превосходно знавший психоанализ, говорил о необходимости *вершинной психологии* - в противовес психоаналитической глубинной; в гуманистической психологии центральным станет представление об исходной доброте, а не агрессивности.

Фрейд - как и другие крупнейшие представители психоанализа и близких к нему направлений - не пользовался в работе экспериментальным методом; психоанализ, под которым его создатель понимал не только метод лечения и не только теорию, но и метод исследования психики, предполагал работу преимущественно на основе по специальным правилам построенной беседы психоаналитика и пациента. Основные психоаналитические положения вообще очень трудно поддаются экспериментальной проверке, что вызывает нарекания со стороны академически ориентированных психологов.

Классический психоанализ направлен на то, чтобы дать Эго достичь победы над Ид, усилить Эго, сделать его независимым от Супер-эго. Цель психоанализа - сделать бессознательное сознательным и через это помочь человеку решить свои психологические проблемы и изменить поведение,

С точки зрения классического психоанализа, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены - это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. По мнению З. Фрейда, человек заболевает в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивления им. Причиной невроза является *невротический конфликт* между Ид и Эго. Невротический конфликт - это бессознательный конфликт между побуждением Ид, стремящимся к разрядке, и защитой Эго, препятствующей разрядке или не допускающей ее к сознанию. Конфликт ведет к усилению инстинктивных побуждений, в результате чего Эго может оказаться подавленным. В таком случае возможны произвольные «разрядки», которые и проявляются как симптомы невроза.

В формировании неврозов немаловажную роль играют и внешние психотравмирующие факторы. Однако итогом их воздействия является тот же внутренний невроти́ческий конфликт между Ид и Эго.

Супер-эго в невротическом конфликте может выступать либо на стороне Эго, либо на стороне Ид. При этом именно Супер-эго заставляет Эго чувствовать себя виновным.

Патогенное воздействие невротического конфликта заключается в том, что Эго вынуждено тратить энергию на то, чтобы не допустить неприемлемые инстинктивные побуждения к сознанию и моторике. Это приводит в конечном итоге к истощению Эго. В результате инстинктивные побуждения «прорываются» в сознание и поведение в форме невротических симптомов.

Эго в борьбе с запретными и опасными побуждениями Ид постоянно прибегает к различным защитным механизмам, которые могут быть эффективны только в том случае, если обеспечена периодическая разрядка инстинктивных напряжений.

Классический психоанализ включает следующие основные компоненты:

- 1) продуцирование материала;
- 2) его анализ;
- 3) рабочий альянс;
- 4) дополнительные психотерапевтические приемы.

Продуцирование материала

Продуцирование материала (или получение от клиента необходимой информации) достигается с помощью таких техник, как: свободные ассоциации, анализ переноса, анализ сопротивления, анализ сновидений, анализ ошибочных действий, анализ контрпереноса.

Свободные ассоциации. Содержание техники: не оказывая никакого давления, психоаналитик предлагает клиенту лечь удобно на софе, тогда как сам он сидит на стуле за ним, вне поля зрения. Клиента не просят закрывать глаза, избегают любых прикосновений к нему, а также избегают всяких других процедур, которые могут напомнить о гипнозе. Сеанс проходит как беседа между двумя людьми, в равной степени бодрствующими, но один из них воздерживается от любых мускульных усилий или ощущений, которые могут отвлечь его внимание от его собственной умственной деятельности.

Психоаналитик просит клиента войти в такое состояние, как если бы они беседовали бесцельно, наугад. При этом он обращается с клиентом как со взрослым, чье сотрудничество необходимо.

В процессе продуцирования ассоциации клиентом психоаналитик сохраняет молчание, побуждая этим быть его настолько открытым, насколько это возможно. Клиент должен говорить не только то, что он может сказать намеренно и по своему желанию, получая облегчение, но и все, что приходит ему в голову, даже если это неприемлемо для него и кажется ему неосуществимым или вообще бессмысленным.

Техника свободных ассоциаций основана на предположениях:

- все мысли человека направлены к тому, что является для него значимым;
- потребность клиента в психотерапии и значение того, что его

лечат, поведут его ассоциации в направлении значимой для него проблемы, за исключением того случая, когда действует сопротивление;

- сопротивление препятствует свободному течению ассоциаций клиента.

Перед началом процедуры клиент предупреждается, что она будет для него болезненна, но это необходимо для психотерапии. Сеанс не прекращается, если клиент находится в середине рассказа или переживает интенсивные эмоции.

Анализ переноса (или трансфера). В процессе психотерапии возникают особые отношения между психотерапевтом и клиентом, в основе которых лежит следующий психологический феномен: клиент подсознательно идентифицирует (отождествляет) психотерапевта со значимым для него лицом из раннего возраста (например, с отцом или матерью) и переживает чувства, схожие с чувствами, которые он испытывал по отношению к этому лицу. Очевидно, что эти переживания неадекватны по отношению к психотерапевту. Перенос, с одной стороны, способствует более полной реализации метода свободных ассоциаций, а с другой - представляет собой объект анализа для психоаналитика, так как содержит в себе информацию об источниках психологических проблем клиента.

Различается *позитивный* и *негативный* перенос. Первый сопровождается чувством симпатии, уважением, любовью к психотерапевту, второй - чувством антипатии, ненависти, презрения, гнева.

В ситуации психоаналитической терапии может возникнуть «*невроз переноса*», то есть актуализация совокупности реакций клиента, характерных для его невротического конфликта до начала психотерапии. Это явление служит как бы переходом от болезни к выздоровлению. Психоаналитик направляет усилия на то, чтобы невроз переноса у клиента проявился во всей полноте. Это позволяет лучше понять причины и картину психологических проблем клиента. После этого психоаналитик помогает клиенту избавиться от этих проблем.

Очевидно, что эта процедура требует от психоаналитика достаточного опыта работы и высокого профессионализма.

Задачей психотерапевта является:

- распознавание содержания переноса (так, сексуальное влечение к психотерапевту может маскироваться враждебностью к нему);
- помочь клиенту осознать явления переноса;
- определить его источник.

Анализ сопротивления. Сопротивление - это бессознательное стремление клиента защитить свой внутренний мир от вторжения психотерапевта. Сопротивление проявляется в форме защитных реакций, которые человек использует в повседневной жизни.

Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как клиент сопротивляется, чему и почему. Источник сопротивления - бессознательное стремление избежать тревогу, страх, чувство вины, стыда.

Выделяют *Эго-синтоничные* сопротивления и сопротивления, чуждые

Эго. В первом случае человек отрицает сам факт существования сопротивления и препятствует его анализу; во втором - человек ощущает неестественность сопротивления и готов к его анализу вместе с психоаналитиком. *Задача психоаналитика* - помочь клиенту перевести сопротивление из *Эго-синтонического* в сопротивление, чуждое *Эго*. Результатом решения этой задачи является формирование рабочего альянса психотерапевта и клиента.

Сопротивление может проявляться в молчании, закрытой позе, негативных эмоциях, избегании обсуждения определенных тем, пропусках встреч с психотерапевтом и т.д. Кроме того, механизмы психологической защиты (вытеснение, отрицание, замещение и т.д.), рассмотренные выше, также могут являться формой проявления сопротивления.

Сопротивление может быть сознательным, предсознательным и бессознательным.

Принципы анализа сопротивления:

- необходимо признать вклад реальности в сопротивление;
- необходимо относиться с уважением и пониманием к механизмам защиты как проявлению силы характера клиента;
- необходимо помнить, что клиент должен признать и испытать на собственном опыте работу сопротивления, и только после этого можно ее интерпретировать;
- необходимо приступить к интерпретации факта сопротивления до интерпретации его содержания.

Анализ сопротивления продвигается от его формы к содержанию, от сознательного - к бессознательному, от «поверхности» - к глубинному пониманию.

Техника анализа сопротивления включает следующие шаги:

- 1) выявление в поведении клиента определенной формы проявления сопротивления;
- 2) демонстрация факта сопротивления самому клиенту;
- 3) определение характера переживаний, сопровождающих сопротивление;
- 4) установление мотивов сопротивления;
- 5) определение истоков сопротивления в прошлой жизни человека.

В процессе работы с клиентом целесообразно дать ему почувствовать свое сопротивление, а затем перейти к анализу. Поспешность в анализе сопротивления может ранить человека или побудить его к интеллектуальному соперничеству с психотерапевтом. Только тогда, когда человек сам осознает, что он сопротивляется, найдет ответ на вопрос, почему и чему он сопротивляется, станет возможным сотрудничество с ним и установление рабочего альянса.

Анализ сновидений. Сны в психоанализе рассматриваются как способ исполнения невыполненных желаний. При этом выделяется *явное* и *скрытое содержание сна*. Явное - это то, что фактически составляет содержание сна, а скрытое - то, что обнаруживается при свободной ассоциации сновидений и

их толковании.

В психоанализе также различаются такие понятия, как *работа сновидений* и *толкование сновидений*.

Работа сновидений - это перевод скрытого смысла сна в явный. Толкование, наоборот, - попытка добраться до скрытого смысла сновидений.

В работе сновидений существуют определенные закономерности. Наиболее значимые из них - сгущение сновидений, смещение сновидений и регрессивное превращение мыслей в зрительные образы. Под *сгущением сновидений* понимается тот факт, что явное сновидение содержит в себе меньше информации, чем скрытое, так как является сокращенным переводом последнего.

Смещение сновидений - это результат работы «цензуры», то есть замещение истинного смысла сновидения намеками, символами.

Регрессивное превращение мысли в зрительные образы - это иллюстрация мыслей в форме образов.

При анализе сновидений предлагается соблюдать следующие правила: не обращать внимания на внешнее содержание сновидения, так как оно не соответствует искомому бессознательному; сновидения следует разбивать на элементы, каждый из которых исследуется в отдельности; клиента просят «объяснять» каждый элемент сновидения первыми пришедшими словами, то есть применяется метод свободных ассоциаций; при анализе сновидений исследователь должен набраться терпения и подождать, пока скрытое бессознательное не возникнет само; клиенту рекомендуется не замалчивать ни одной из пришедших ему в голову мыслей, даже если они ему кажутся малозначительными, не соответствующими здравому смыслу и его понятиям о приличии.

Задача психотерапевта при анализе сновидений - при помощи свободного ассоциирования клиента с каждым отдельным элементом его сновидения вызвать у него ряд других, «заменяющих» представлений, а затем попытаться расшифровать скрытый смысл сновидений.

При анализе сновидений психотерапевт сталкивается с сопротивлением клиента. Однако с точки зрения психоанализа, как раз те мысли, которые клиент пытается подавить, оказываются наиболее важными.

Ключом к расшифровке скрытого смысла сновидений З. Фрейд считал символы, которые уходят корнями в мифологию, языкознание и в какой-то мере унифицированы и пригодны для расшифровки любых сновидений у разных людей. При этом З. Фрейд выделял, прежде всего, символы, имеющие сексуальное значение. Так, все вытянутые, торчащие вверх предметы - свечи, деревья, столбы и т.п. - символизируют мужской половой член, а предметы, полые внутри - сосуды, чемоданы, пещеры и т.п., - символизируют женские половые органы.

На начальной стадии психотерапии главное внимание уделяется «дневному остатку» в сновидении клиента. Таким образом психотерапевт доводит до сознания клиента тот факт, что сновидения связаны с опытом бодрствования, с опытом реальной жизни. Клиент узнает, что сновидения

можно анализировать и понимать их смысл. Такое первоначальное понимание, в свою очередь, подготавливает клиента для восприятия более глубоких, более бессознательных значений сна, в которых отражаются его бессознательные страхи, конфликты желания.

Анализ ошибочных действий. К ошибочным действиям относят оговорки (обмолвки), описки, очистки, ослышки. В определенной степени к ним также относят забывания намерений, имен, названий, переживаний, затеривание и запрятывание вещей, заблуждения и др. Ошибочные действия рассматриваются не как случайные, а как психические акты, в которых можно усмотреть смысл и намерение. Эти психические акты возникают в результате одновременного действия противоположных желаний. Одно желание сознается человеком, а другое - нет. При этом в ошибочном действии отражается «победа» именно бессознательного желания, которое более приемлемо для человека, хотя он и не признается себе в этом.

Клиент с помощью психотерапевта осознает истинные причины своих ошибочных действий.

Анализ фантазий. Клиент по предложению психотерапевта записывает все приходящие ему в голову фантазии, которые отражают его неосознаваемые проблемы. А затем происходит их толкование, напоминающее толкование сновидений.

Анализ контрпереноса (контртрансфера). Контрперенос, или контртрансфер - это эмоциональная реакция психотерапевта на клиента. Часто контрперенос является результатом событий, произошедших в жизни психотерапевта. Контртрансфер может быть как потенциальным препятствием психотерапии, так и условием ее эффективности. Второе возможно тогда, когда психотерапевт способен заметить конфликты клиента через наблюдение собственных незначительных эмоциональных реакций. Затем психотерапевт может исследовать эти чувства с помощью самоанализа и рассматривать их не только как возможные отзвуки своего бессознательного, но и как реакцию на переживания клиента, как «окно» в область бессознательного клиента.

Выделяют два вида контртрансферных реакций - согласующиеся и дополнительные. При первых психотерапевт переживает эмоциональное состояние клиента, при вторых - переживает эмоциональное состояние какой-то значимой личности в жизни клиента.

Анализ контртрансфера подразумевает учет психотерапевтом следующих моментов:

- принимать во внимание вопросы своего прошлого и настоящего, их возможное влияние на ситуацию психотерапии;
- не принимать на свой счет чувств, выражаемых клиентом;
- сдерживать желание отреагировать контртрансфер;
- использовать содержание контртрансфера для анализа проблем клиента;
- вести поиск согласующегося контртрансфера, когда в реальности переживается дополнительный контртрансфер.

Анализ материала клиента

После того как клиент сообщит о себе достаточно информации, осуществляется анализ полученной информации. Анализ основан на использовании следующих техник: а) конфронтации, б) прояснения, в) интерпретации и г) тщательной проработки.

Конфронтация подразумевает подведение человека к осознанию того, что какое-либо психическое явление у него существует. Если этого удастся достичь, то переходят к прояснению.

Прояснение - это фокусировка внимания человека на анализируемом психическом явлении, помощь клиенту в отделении этого явления от других психических феноменов.

Интерпретация - это помощь клиенту в том, чтобы сделать какое-то неосознанное психическое явление осознанным, чтобы человек мог лучше понять значение данной особенности поведения и источники ее появления.

Процедуры прояснения и интерпретации тесно переплетаются. Так, прояснение ведет к интерпретации, а интерпретация, в свою очередь, приводит к дальнейшему прояснению.

Тщательная проработка - это путь от интерпретации к пониманию, от возможности аналитика проникать во внутреннюю жизнь клиента до понимания клиентом самого себя, от инсайта (озарения) клиента к личностным изменениям. Процедура тщательной проработки требует много времени и может длиться несколько месяцев.

Рабочий альянс

Необходимым условием эффективной психоаналитической терапии является установление рабочего альянса или таких отношений между клиентом и психотерапевтом, которые способствуют взаимному доверию, повышают мотивацию клиента к работе над собой.

Большую роль в установлении рабочего альянса играет личность психотерапевта. Психоаналитик должен хорошо ориентироваться в своей личности, а процесс психотерапии не должен зависеть от психологических проблем самого психоаналитика.

Во взаимодействии с клиентом психоаналитику рекомендуется следовать правилам, которые были предложены Р. Гринсоном:

- всякое высказывание клиента заслуживает внимания психотерапевта;
- нельзя причинять клиенту боль больше той, которая необходима для психотерапии;
- психотерапевт должен быть для клиента гидом на всем пути новой для него психоаналитической терапии;
- психотерапевт должен заботиться о сохранении у клиента самоуважения и чувства собственного достоинства;
- поведение и высказывания психотерапевта должны быть ориентированы на единственную цель - помощь клиенту.

Сложность деятельности психоаналитика заключается в том, что наряду с поддержанием рабочего альянса он должен обеспечивать

проявление у клиента невроза переноса. Для решения второй задачи он должен оставаться относительно анонимным, а иногда провоцировать клиента к реакциям переноса. 3. Фрейд сравнивал деятельность психоаналитика с деятельностью хирурга. Сопереживание, забота и теплота психотерапевта должны сочетаться с умением занять позицию бесстрастного наблюдателя.

В некоторых случаях психотерапевт, особенно если он противоположного с клиентом пола, испытывает на себе перенос любви. Психотерапевт в этом случае не должен отвергать переноса любви, а должен отнестись к нему с пониманием. Однако психотерапевт должен твердо воздерживаться от любых ответов на него, терпеливо дожидаться того момента, когда перенос любви исчезнет вместе с причинами, его породившими.

Быстрота формирования рабочего альянса зависит также от личности психотерапевта, его способности общаться и правильно строить отношения с другими людьми. Разговорный язык психоаналитика сравнивают с хорошо разработанными руками хирурга.

Дополнительные психотерапевтические приемы

В процессе психоанализа используются также психотерапевтические процедуры, которые рассматриваются как дополнительные и косвенно способствуют анализу: отреагирование, внушение, манипуляции, «правило абстиненции» и «аналитик как зеркало».

Отреагирование (или катарсис) представляет собой специальный прием, побуждающий человека к разрядке эмоций, вытесненных ранее в бессознательное, и отражающих внутренний конфликт. Считается также, что процесс отреагирования способствует убеждению клиента в реальности его бессознательных феноменов.

Катарсис приносит, как правило, временное чувство облегчения и не может заменить процесса психоанализа.

Разновидностью катарсиса является гипнокатарсис, когда клиента погружают в гипнотическое состояние и предлагают перенестись в прошлую ситуацию, которая могла служить источником психологических проблем. У клиента в этом состоянии могут возникать воспоминания, мысли и чувства, до того не осознаваемые. Когда клиент выходит из гипнотического состояния в связи с переживаемыми воспоминаниями и сообщает психотерапевту о своих переживаниях, то это рассматривается как признак отреагирования вытесненных эмоций и перевода их из бессознательного в сознание.

Внушение - это процесс воздействия на психическую сферу человека в обход его критического и рационального мышления. Внушение при умелом его использовании помогает человеку войти в психоаналитическую ситуацию. Однако при использовании внушения рекомендуется учитывать следующие моменты:

- клиент может привыкнуть к внушению и начнет стремиться к нему как своеобразному «протезу», избегая классических психоаналитических процедур;

- если результаты внушения в последующем не осознаются клиентом и не становятся объектом совместного анализа психотерапевта и клиента, то это не только не облегчает психологическую помощь, но и может создать дополнительные трудности.

Манипуляции - это действия психотерапевта, позволяющие незаметно для клиента управлять процессом его переживаний. Цель манипуляций - способствовать ускорению процесса психоанализа. Манипуляции могут выражаться, например, в том, что психотерапевт специально не реагирует на эмоции клиента, способствуя их усилению, либо в том, что психотерапевт как бы не замечает перенос, позволяя стать ему ярким и демонстративным. Психотерапевт может также сознательно, если это нужно в конкретной ситуации, использовать приказной тон.

«Правило абстиненции». *Абстиненция* - это достижение апофеоза страдания клиента. З. Фрейд считал, что психоаналитик должен следить за тем, чтобы страдание клиента дошло до такой степени, при которой стало бы эффективным в работе. В данном случае страдание клиента рассматривается как союзник психотерапевта в решении задач психологической помощи, так как оно мобилизует внутренние силы человека.

«Аналитик как зеркало» - это психотерапевтический прием, заключающийся в том, что психотерапевт выбирает такую манеру поведения, при которой он остается непроницаемым, «темным» для клиента. Это необходимо в тех ситуациях, когда клиент должен сам проявлять активность в ходе психоаналитической процедуры, когда реакция психотерапевта может снизить накал переживаний клиента, помешать более яркой демонстрации переноса. Прием «аналитик как зеркало» не должен вызывать у клиента ощущение того, что психотерапевт проявляет бездушие и эмоциональную холодность.

В настоящее время наряду с классическим психоанализом существует также психодинамическая терапия. В отличие от психоанализа психодинамическая терапия имеет более узкий фокус воздействия и более сориентирована на то, что происходит «здесь и теперь». Фокус внимания психодинамической терапии - это воздействие прошлого жизненного опыта на формирование такого стиля поведения человека, который негативно влияет на его здоровье.

Психодинамическая терапия, несколько модернизируя процесс психологической помощи (большая интенсивность воздействия, использование методов других направлений психотерапии и т.д.), сохраняет основные процедуры классического психоанализа.

Вопросы и задания:

Темы для диспута:

1. Фундаментальные положения и принципы психоаналитического направления.
2. Структура личности по З.Фрейду.
3. Психосексуальные стадии развития.
4. Защитные механизмы сознания.

5. Психотерапевтические методы и техники классического психоанализа.
6. Аналитическая психология Карла Густава Юнга.
7. Индивидуальная психология Альфреда Адлера.

Подготовить доклады на следующие темы:

1. Жизнь и творчество Зигмунда Фрейда.
2. Работа со сновидениями в рамках классического психоанализа.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2–е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–9765–0885–9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–4475–3999–3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Практическое занятие № 5

Тема: Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.

Цель: Изучить многообразие теорий гуманистической и гуманистической психологии и психотерапии.

Форма занятия: диспут.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Актуальность темы занятия: обусловлена тем, что знания о принципах, истории и методах экзистенциальной и гуманистической психотерапии необходимы для выполнения профессиональных задач.

Теоретическая часть:

Новая ситуация, сложившаяся в мире в связи с последствиями первой и в особенности второй мировой войн, безумие фашизма обратили психологическую мысль запада к новой проблематике - смысла (или бессмысленности?) бытия, трагизма бытия, свободы (или несвободы?) личности, одиночества (или неодинокчества?) человека, его ответственности, жизни и смерти - к проблемам, разрабатывавшимся в философии экзистенциализма. Помимо того, что эта философия повлияла на многих

неофрейдистов (мы уже называли *К. Хорни*, *Э. Фромма* и других), она вызвала к жизни новую психологию, пересмотревшую базовые основания предшествующей и во многих отношениях противопоставившую себя как бихевиоризму, так и психоанализу прежде всего в понимании подлинной природы человека. Это направление в целом часто обозначается как экзистенциально-гуманистическая психология.

В 1964 г. в США состоялась первая конференция по гуманистической психологии. Ее участники пришли к выводу, что бихевиоризм и психоанализ (они были обозначены как две главные на тот момент «психологические силы») не видели в человеке того, что составляет его сущность именно как человека. Такие вещи, как свобода, достоинство человека и др., не только не рассматривались, но устами известного вам Б. Скиннера были объявлены фикциями, то есть искусственно созданными и не имеющими отношения к реальности понятиями. Гуманистическая психология обозначила себя как «третья сила» в психологии, противопоставленная психоанализу и бихевиоризму.

Основные представители гуманистической психологии: *Шарлотта Бюлер*, *К. Гольдштейн*, *Абрахам Маслоу*, *Гордон Олпорт*, *Карл Рогджерс*, *Ролло Мей* и другие. Философские основы гуманистической психологии связаны с экзистенциализмом (или философией существования), то есть с учениями *Мартина Хайдеггера*, *Жана Поль Сартра*, *Карла Ясперса*, *Альбера Камю* и других.

С точки зрения М. Хайдеггера, необходимо различать сущее и бытие. Сущее - это предмет науки, а бытие - предмет философии. Бытие постигается не с помощью мышления, то есть опосредованно, а через личное существование, то есть экзистенцию. Человек, осознав свою экзистенцию, становится свободным, то есть ответственным за свое существование. По мнению Ш. Бюлер, гуманизм, с психологической точки зрения, предполагает изучение человека как целостность, а не как совокупность его качеств и поступков. С этической же точки зрения, гуманизм - это установление таких правил жизнедеятельности, которые основаны на потребностях человека, а не на потребностях низших животных, заветах Бога или законах неживой природы. Гуманистическая психология противопоставляет себя психоанализу и бихевиоризму. Объектом ее изучения стали любовь, творчество, «Я», развитие и реализация человеком своих возможностей, высшие ценности бытия, психическое здоровье, опыт и др.

Основные принципы гуманистической психологии:

1. Хотя человеческое бытие имеет предел, человек всегда обладает свободой и необходимой для реализации этой свободы независимостью.
2. Самым важным источником информации является экзистенциальное состояние человека, его субъективно переживаемый опыт.
3. Природа человека никогда не может быть определена полностью, т.к. она всегда стремится к беспрерывному развитию.
4. Человек един и целостен. В его психике невозможно разделить органическое и психическое, осознаваемое и неосознаваемое, чувство и

мысль.

5. Каждый человек уникален, поэтому анализ отдельных случаев не менее оправдан, чем статистические обобщения.

6. Самореализация - это неотъемлемая часть природы человека.

7. Человек устремлен в будущее, это активное творческое существо.

Из этих принципов гуманистической психологии вытекают нравственные жизненные принципы:

- ответственность человека за свои поступки. Он не орудие бессознательного, не раб сформировавшихся привычек;
- отношения между людьми должны основываться на взаимном признании и уважении опыта переживаний друг друга;
- каждый человек должен ощущать себя в настоящем, «здесь и теперь».

Взгляды отдельных представителей гуманистической психологии

Нейрофизиолог *Курт Гольдштейн* изучал в основном клиентов с поврежденным мозгом. Это не помешало ему сформулировать понятие самоактуализации: организм управляется тенденцией максимально актуализировать свои индивидуальные способности, свою «природу» в мире. Гольдштейн обращает внимание на то, что здоровый организм стремится не к редукции напряжения (как принято считать в психоанализе и в бихевиоризме), а, наоборот, к формированию определенного уровня напряжения. Этот уровень напряжения делает возможной упорядоченную деятельность организма. Самоактуализация сопровождается нередко страданием и болью.

Гордон Олпорт (1897-1967) - американский психолог, профессор психологии в Гарварде. Олпорт рассматривает личность как динамическую организацию мотивационных, психофизиологических систем. В основе этих систем лежат привычки, установки и личностные черты. Личность, по Олпорту, - это целостная система, ядром которой является человеческое «Я». Особенности этой системы - стремление к реализации своего жизненного потенциала. Человек в своих проявлениях в большей степени следует социальным, чем биологическим мотивам.

В системе черт личности Олпорт выделял следующие основные группы:

- общие для большинства людей черты (например, альтруизм, эгоизм, интеллектуальность, самоконтроль);
- индивидуальные или специфические для данного человека черты, отличающие его от других представителей данной социальной группы (например, нарциссизм, макиавеллизм, садизм, мазохизм и др.).

В зависимости от проявления черт в жизни человека, они подразделяются на кардинальные (то есть сильно выраженные), центральные (то есть наиболее характерные для данного человека), второстепенные (то есть редко проявляющиеся). Кроме того, выделяются черты, инициирующие адаптацию человека, и черты, инициирующие самовыражение, экспрессию. Процесс формирования личности Олпорт рассматривал как образование все

более усложняющихся систем. Венцом синтеза этих систем и является личность.

Шарлотта Бюлер (1893-1974) - австрийский и американский психолог. Разработала периодизацию жизненного пути личности, активно использовала биографический метод исследования. В человеческой жизни выделила четыре базисных тенденции: удовлетворение потребностей, адаптивное самоограничение, творческую экспансию и установление внутренней гармонии. Личность, по Бюлер, - это индивидуально данное духовное образование, сущность которого практически не изменяется в процессе жизни. Жизненный путь человека уникален, а главной движущей силой его развития является потребность личности в самоосуществлении.

Гуманистическая психология А. Маслоу

Абрахам Маслоу (1908-1970) - американский психолог, 10 лет возглавлял кафедру психологии в университете Брандеис, профессор. Один из основателей гуманистической психологии - «психологии третьей силы», по его выражению Маслоу рассматривал концепцию человека как единое, уникальное, организованное целое. Природа человека хороша или, по крайней мере, нейтральна. Разрушительные силы в человеке являются результатом фрустрации или неудовлетворения основных потребностей, а не обусловлены влиянием врожденных пороков человечества. Природой в человеке заложены потенциальные возможности для позитивного развития и самосовершенствования. Наиболее отличительной и универсальной характеристикой людей является творчество. Творчество проявляется в разных формах. Врожденная способность человека к творчеству может утратиться в результате «окультуривания» или подчинения человека нормам, господствующим в обществе. Маслоу считал, что мы не сможем понять психическое заболевание, пока не поймем психическое здоровье. Самосовершенствование является основной темой жизни человека, а изучение самоактуализирующихся здоровых людей позволит создать универсальную психологическую науку.

Маслоу описал человека как «*желающее существо*», потребности которого требуют постоянного удовлетворения. Потребности человека носят врожденный характер и организованы в иерархическую систему. В основании этой иерархической пирамиды - физиологические потребности (5); выше - потребности безопасности и защиты (4); еще выше - потребности принадлежности и любви (3); далее - потребности самоуважения (2); а завершают пирамиду потребности самоактуализации или личного самоусовершенствования (1). Удовлетворение потребностей, расположенных на самом низком уровне (то есть физиологических), делает возможным осознание потребностей вышележащего уровня. Чем выше человек поднимается в этой иерархии потребностей, тем большую индивидуальность, человеческие качества и психическое здоровье он демонстрирует.

Маслоу признавал возможность реализации более высших потребностей при неудовлетворении более низших (творческие люди, герои и т.д.). Степени удовлетворения потребностей различаются: физиологические

- удовлетворяются на 85 %, безопасности и защиты - на 70 %, любви и принадлежности - на 50 %, самоуважения - 40 %, самоактуализации - 10 %. Наиболее полно воплощают человеческую сущность самоактуализирующиеся личности (1 % человечества). Самоактуализирующихся мало, потому что люди не осознают своего творческого потенциала или боятся его (комплекс Ионы - страх успеха).

Позднее Маслоу выделяет две глобальные категории мотивов человека: *дефицитарные (мотивы нужды)* и *роста (мотивы развития, или метапотребности)*. Метапотребности направлены на реализацию нашего потенциала, который проявляется в достижении: целостности, совершенства, активности, доброты, красоты, уникальности и др. Неудовлетворение метапотребностей приводит к метапатологии, которая проявляется в отчуждении, депрессии, цинизме и др. Этим двум глобальным мотивам человека соответствуют два образа жизни. Первый - это Д (*дефицитарная жизнь*), или образ жизни, ориентированный на удовлетворение нужды (*дефицита*) и выполнение требований общества. Второй - это Б (*бытийная жизнь*), или образ жизни, направленный на полную реализацию своих возможностей. Вершинными переживаниями Б-образа являются великий экстаз, благоговение, восторг.

Основные характеристики самоактуализирующейся личности, по Маслоу:

- более адекватное восприятие реальности;
- принятие себя, других и природы;
- непосредственность, простота и естественность;
- центрированность на проблеме (то есть поглощенность деятельностью);
- независимость, которая проявляется, в том числе, в потребности в уединении;
- автономия, то есть относительная независимость от культуры и окружения;
- свежесть восприятия окружающих явлений;
- вершинные или мистические переживания;
- общественный интерес, проявляющийся, в том числе в стремлении помочь другим людям;
- глубокие межличностные отношения;
- демократический характер;
- разграничение целей и средств их достижения, которое основано на сложившейся иерархии ценностей;
- философское чувство юмора;
- креативность;
- сопротивление окультуриванию (то есть определенной устойчивостью к давлению социальных норм).

Карл Роджерс

Карл Роджерс (1902-1987) - американский психолог, сотрудник Колумбийского, Чикагского и Висконского университетов, профессор,

доктор, президент Американской психологической ассоциации в 1946-1947 годах.. Для него, в отличие от Маслоу, понятие самоактуализации оказывается обозначением той силы, которая заставляет человека развиваться на самых различных уровнях, определяя и его овладение моторными навыками, и высшие творческие взлеты. Человек, как и другие живые организмы, полагает Роджерс, имеет врожденную тенденцию жить, расти, развиваться. Все биологические потребности подчинены этой тенденции - они должны быть удовлетворены в целях позитивного развития, и процесс развития протекает несмотря на то, что на его пути встают многие препятствия - есть много примеров того, как люди, живущие в жестких условиях, не только выживают, но продолжают прогрессировать.

По Роджерсу, человек не таков, каким предстает в психоанализе. Он полагает, что человек изначально добр и не нуждается в контроле со стороны общества; более того, именно контроль заставляет человека поступать плохо. Поведение, ведущее человека по пути к несчастью, не соответствует человеческой природе. Жестокость, антисоциальность, незрелость и т. п. - результат страха и психологической защиты; задача психолога - помочь человеку открыть свои позитивные тенденции, которые на глубоких уровнях присутствуют у всех.

Тенденция актуализации (так иначе обозначается потребность в самоактуализации в динамике ее проявления) - причина того, что человек становится более сложным, независимым, социально ответственным.

Первоначально все переживания, весь опыт оцениваются (не обязательно сознательно) через тенденцию к актуализации. Удовлетворение приносят те переживания, которые соответствуют этой тенденции; противоположных переживаний организм старается избегать (термин «организм» в данном случае означает человека как единое телесно-психическое существо). Такая ориентация характерна для человека как ведущая до тех пор, пока не формируется структура «Я», то есть самосознание. Проблема же заключается, по Роджерсу, в том, что вместе с формированием «Я» у ребенка возникает потребность в положительном отношении к себе со стороны окружающих и потребность в положительном самоотношении; однако единственный путь выработки положительного самоотношения связан с усвоением таких способов поведения, которые вызывают положительное отношение других. Иными словами, ребенок будет руководствоваться теперь не тем, что способствует актуализации, а тем, насколько вероятно получение одобрения. Это означает, что в сознании ребенка в качестве жизненных ценностей будут возникать не те, которые соответствуют его природе, а в представление о себе не будет допускаться то, что противоречит усвоенной системе ценностей; ребенок будет отвергать, не допускать в знание о себе те свои переживания, проявления, тот опыт, которые не соответствуют «пришедшим извне» идеалам «Я-концепции» (то есть представление о себе) ребенка начинает включать ложные элементы, не основанные на том, что есть ребенок на самом деле.

Такая ситуация отказа от собственных оценок в пользу чьих-то создает

отчуждение между опытом человека и его представлением о себе, их несоответствие друг другу, что Роджерс обозначает термином «неконгруэнтность»; это означает - на уровне проявлений - тревогу, ранимость, нецельность личности. Это усугубляется и ненадежностью «внешних ориентиров» - они нестабильны; отсюда Роджерс выводит тенденцию примыкать к относительно консервативным в этом отношении группам - религиозным, общественным, малым группам близких друзей и пр., так как неконгруэнтность в той или иной степени свойственна человеку любого возраста и социального положения. Однако конечной целью, по Роджерсу, является не стабилизация внешних оценок, но верность собственным чувствам.

Возможно ли развитие на основе самоактуализации, а не ориентации на внешнюю оценку? Единственный путь невмешательства в самоактуализацию ребенка, полагает Роджерс - безусловное позитивное отношение к ребенку, «безусловное принятие»; ребенок должен знать, что он любим, независимо от того, что он делает, тогда потребности в положительном отношении и самоотношении не будут в противоречии с потребностью в самоактуализации; лишь при этом условии индивид будет психологически цельным, «полностью функционирующим».

Хорошая жизнь, по Роджерсу, не проявляется только в получении удовольствия и редукации напряжения, а подразумевает такое направление жизни человека, которое соответствует его истинной природе. Полноценно функционирующий человек - это человек, максимально реализующий свои способности и таланты. Ему свойственны пять основных личностных характеристик:

- 1) открытость переживанию;
- 2) экзистенциальный образ жизни, то есть полноценный и насыщенный переживаниями, с открытой и гибкой структурой «Я»;
- 3) организмическое доверие, то есть ориентация при выборе поведения на свои внутренние ощущения, а не на давление социальных норм;
- 4) эмпирическая свобода, то есть способность жить в соответствии с собственной волей (отсюда - ответственность за свои поступки);
- 5) креативность, то есть творческий образ жизни.

Виктор Франкл

Близка к гуманистической психологии позиция *Виктора Франкла* (1905-1997), основателя 3-й Венской школы психотерапии (после школ Фрейда и Адлера). Его подход носит название логотерапия, то есть терапия, ориентированная на обретение смысла жизни (в данном случае *логос* означает смысл.) В основу своего подхода Франкл ставит три основных понятия: свобода воли, воля к смыслу и смысл жизни. Таким образом, Франкл обозначает несогласие с бихевиоризмом и психоанализом: бихевиоризм по сути отвергает представление о свободной воле человека, психоанализ выдвигает идеи о стремлении к удовольствию (*Фрейд*) или воле к власти (ранний *Адлер*); что касается смысла жизни, то Фрейд в свое время полагал, что человек, задающийся этим вопросом, проявляет тем самым

психическое неблагополучие.

По Франклу, этот вопрос естествен для современного человека, и именно то, что человек не стремится к его обретению, не видит путей, к этому ведущих, выступает основной причиной психологических трудностей и негативных переживаний типа ощущения бессмысленности, никчемности жизни. Главным препятствием оказывается центрация человека на самом себе, неумение выйти «за пределы себя» - к другому человеку или к смыслу; смысл, по Франклу, существует объективно в каждом моменте жизни, в том числе самых трагических; психотерапевт не может дать человеку этот смысл (он для каждого свой), но в силах помочь его увидеть. «Выход за свои пределы» Франкл обозначает понятием «самотрансценденция» и считает самоактуализацию лишь одним из моментов самотрансценденции.

Для того чтобы помочь человеку в его проблемах, Франкл использует два основных принципа (они же - методы терапии): *принцип дерефлексии и принцип парадоксальной интенции*. Принцип дерефлексии означает снятие излишнего самоконтроля, размышлений о собственных сложностях, того, что в обиходе называют «самокопанием». Так, в ряде исследований было показано, что современная молодежь в большей степени страдает от мыслей о том, что несет в себе «комплексы», нежели от самих комплексов. Принцип парадоксальной интенции предполагает, что терапевт вдохновляет клиента именно на то, чего тот старается избежать; при этом активно используются (хотя это не обязательно) различные формы юмора - Франкл считает юмор формой свободы, аналогично тому, как в экстремальной ситуации формой свободы является героическое поведение.

Психотерапевтический инструментарий

Недирективная психотерапия, или терапия, центрированная на клиенте

Основное значение в клиент-центрированной терапии имеют взаимоотношения психотерапевта с клиентом, а ее техники имеют второстепенное значение. Психотерапевт стремится адекватно отражать поведение клиента, пытается понять самовосприятие клиента. Клиент и его сущность являются центром взаимодействия в процессе психотерапии.

Шесть характеристик клиент-центрированной терапии:

1. Два человека (психотерапевт и клиент) должны находиться в психологическом контакте.
2. Клиент, как правило, находится в состоянии несоответствия самому себе, он может быть уязвим и тревожен.
3. Психотерапевт должен ощущать себя гармоничным, интегрированным человеком (прежде всего в момент психотерапии).
4. Психотерапевт должен проявлять позитивное безусловное внимание к клиенту.
5. Психотерапевт должен быть способен к эмпатии и к ее реализации, то есть может эмоционально почувствовать внутренний мир клиента. Эмпатия схожа с лучом солнечного света в темном густом лесу. Эмпатичные высказывания помогают инсайту, то есть внезапному озарению клиента.

6. Клиент должен ощущать, что психотерапевт проявляет эмпатию и безусловное позитивное внимание по отношению к нему.

Особенности клиент-центрированной терапии:

1. Психотерапевт создает только необходимые условия для личного роста клиента. Далее запускается организмический оценочный процесс клиента. Роль психотерапевта - использовать это стремление и направить клиента по нужному пути.

2. Психотерапия больше акцентируется на эмоциональных аспектах, нежели на интеллектуальных.

3. Терапия больше опирается на непосредственную конкретную ситуацию (по принципу «здесь и теперь»), а не на прошлый опыт индивида.

4. Терапия ориентирована на инициативу самого клиента с минимумом участия со стороны терапевта.

5. Терапевт должен быть тем, кем он есть на самом деле, то есть быть естественным.

Роджерс создал новый тип психотерапевтических групп, которые называются энкаунтер-группы, или группы встреч. Психотерапевтический процесс в группах встреч имеет ряд особенностей.

Вначале групповой психотерапии участники осматриваются и проявляют сопротивление раскрытию личности. В рассказах преобладает описание прошлых переживаний (*«там и тогда»*). Затем наблюдаются проявления участниками группы негативных чувств. Роджерс отмечает, что первое проявление значимых чувств *«здесь и теперь»* обычно имеет знак «-», а не «+». При этом негативные чувства нередко выражаются в адрес самого ведущего. С началом выражения членами группы личностно значимого материала и начинается собственно психотерапевтический процесс. Объектом исследования выступают не только личные переживания участников групповой психотерапии, но и выражение чувств относительно того, что происходит в группе. Развитие терапевтической способности группы проявляется в том, что участники начинают отзываться на переживания других и облегчают их. Психотерапевтический процесс способствует принятию участниками себя и началу личностного изменения. Это, в свою очередь, приводит к «ломке фасадов», то есть нетерпимости к сохранению участниками масок. Психотерапевт обращает внимание на то, чтобы реакция членов группы на действия других участников (обратная связь) выражалась в терминах положительных или негативных чувств, а не носила форму оценок.

К. Роджерс обращает внимание на значение для эффективности групповой психотерапии так называемого основного столкновения членов группы (*basic encounter*). Основное столкновение - это наиболее напряженный момент межличностного взаимодействия членов группы, после которого групповая работа становится значительно продуктивнее, а у ее участников рождается чувство общности с другими. Личностным и поведенческим изменениям членов группы способствуют, по данным исследований К. Роджерса, выражение членами группы положительных

чувств и взаимной психологической близости, взаимопомощь вне занятий в группе.

Эффекты групповой работы: изменения в индивидах (и прежде всего в представлениях о самом себе), в отношениях участников с другими людьми (как правило, появляются более глубокие контакты в межличностных отношениях) и в организации (когда группа является ядром коллектива организации).

Вопросы и задания:

Темы для диспута:

1. Основные теории гуманистической психотерапии (К. Гольдштейн, Г. Олпорт, Ш. Бюлер, Р. Мэй, А. Маслоу, К. Роджерс, Ф. Перлз).
2. Основные направления гуманистической психотерапии (К. Роджерс, А. Маслоу, Ф. Перлз, Р. Ассаджоли).
3. Истоки становления и развитие экзистенциальной психотерапии (С. Кьеркегор, Ф. Ницше, Э. Гуссерль, М. Хайдеггер, Ж.-П. Сартр, Д. Бьюдженталь).
4. Методы экзистенциальной психотерапии.

Подготовить доклады на следующие темы:

1. Современный этап развития экзистенциальной психотерапии (И. Ялом).
2. Позитивная психотерапия Н. Пезешкиана.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Практическое занятие № 6

Тема: Гипносуггестивная психотерапия.

Цель: Познакомиться с теоретическими основами различных видов суггестивной психотерапии. Изучить их специфику, показания и противопоказания к применению. Познакомиться с теоретическими основами, положениями, направлениями и техниками трансперсональной психотерапии.

Форма занятия: диспут.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Актуальность темы занятия: формирование представлений о проблемах и особенностях применения гипносуггестивной психотерапии является важной составляющей в процессе профессиональной подготовки.

Теоретическая часть:

В основе гипносуггестивной психотерапии лежат явления внушения (или суггестии) и гипноза. Под *внушением* понимается процесс воздействия на психическую сферу человека, который основан на снижении осознанности и критичности восприятия человеком внушаемого содержания. Под гипнозом понимается временное «наведенное» состояние сознания человека, характеризующееся сужением объема осознания, сильной фокусировкой на содержании внушения.

История изучения и использования гипноза и внушения

В Древнем Египте человека приводили в гипнотическое состояние, предлагая ему смотреть на каплю чернил, на блестящие тарелки с нарисованными на них знаками; применяли также поглаживания или пассы. В Древней Индии факиры использовали гипноз для проделывания «фокусов» (внушение смотрящим того, что веревка висит в воздухе, хотя она лежала в это время на земле), а священнослужители - для усиления своего воздействия. Имеется информация об усыплении больных в храмах асклепиадов, «потомков» греческого бога медицины Эскулапа. Для погружения в сон использовались блестящие предметы, металлические предметы, металлические плоскости (или «волшебные зеркала»), кристаллы, сосуды.

Римский писатель и мыслитель *Плутарх* описал способность царя *Эпира* (319-272 гг. до н.э.) погружать людей в глубокий сон прикосновением ноги. Исцеляющую силу прикосновения приписывали королю *Норвегии Олафу II*, королю *Англии Вильгельму III Оранскому* и другим.

В России с древности были известны заговоры и нашептывания.

Одним из первых, кто пытался объяснить гипнотические явления, был швейцарский врач *Ф.А. Парацельс* (1493-1541). Он обозначил их словом «магнетизм». Человек - это часть природы, которая наполнена магнетической силой, поэтому магнетическая сила может переходить от человека к человеку. Парацельс использовал также магниты для «вытягивания» из человека болезни. В исцелении придавал большое значение вере человека.

Идеи Парацельса получили продолжение в деятельности венского врача *Франца Антона Месмера* (1734-1815), живущего с 1778 года в Париже. Месмер говорил о «магнетических флюидах», которые распространяются во

всей вселенной. Эти флюиды могут исходить из рук человека. Месмер лечил богатых людей с помощью «заряженных» им баков, наполненных железными опилками и с выходящими из них стержнями, а для бедных он «заряжал» дерево. Для лечения использовал прикосновения рук и железной палочки. Опыты Месмера были осуждены специальной ученой комиссией, созданной по указу Людовика XVI.

Последователь Месмера *Шастэнэ де Пьюсегер* в 1784 году открывает наиболее глубокую стадию гипноза - сомнамбулизм.

Впервые термин «гипноз» (от греч. *hypnos* - сон) использовал в 1843 году английский хирург *Джеймс Брейд* (1795-1860). Гипноз он определил как «нервный сон», или такое состояние нервной системы, которое может быть вызвано продолжительным сосредоточением и напряжением чувствительного нерва...». Брейд снял покров таинственности с гипноза, с него начинается научный этап в изучении гипноза. Брейд доказал, что возникновению гипнотического состояния способствует утомление органов чувств. Он фиксировал глаза человека на одном предмете, например на горлышке бутылки. Брейд использовал гипноз для лечения параличей истерического происхождения. Одним из первых он применил слово для лечения в состоянии гипноза. Брейд также открывает гипнабельность, то есть степень подверженности человека гипнотическому воздействию. Лечебное воздействие слова в гипнозе Брейд объяснял «моноидеизмом», то есть состоянием, в котором душа подчинена одной господствующей идее. Брейд использовал гипноз и для обезболивания во время операции.

В XIX веке разными врачами были произведены операции, во время которых для обезболивания использовался гипноз: при ампутации бедра (Вард, 1842 г.), ампутации голени (Лавуазель, 1845 г.), при операции на матке (Фай, 50-е годы) и др.

Продолжателем исследований Брейда стал французский врач, основатель гипноза *Амвросий Льебо* (1823-1904). В качестве усыпления он использовал монотонную, неторопливую, тихую речь, внушающую *представление о засыпании*. Льебо считал, что гипноз - это обычный сон, наступающий в результате внушения. Дело Льебо в городе Нанси поддерживали врачи *Дюмон, Бернгейм, Бони*. С помощью приборов Бони доказывает влияние внушения на слезотечение, выделение молока, потоотделение, сердцебиение и другие функции. *Ипполит Бернгейм* (1840-1919) считал, что гипнотический сон ничем не отличается от обычного сна, за исключением одного - гипнотик засыпает с мыслью о том, кто его усыпил.

Почти одновременно в Париже возникает школа, возглавляемая невропатологом *Жаном Мартином Шарко* (1825-1893). Исследования привели его к выводу о том, что в гипнотическом состоянии целесообразно выделить три стадии: *каталепсию, летаргию и сомнамбулизм*. Гипноз, по мнению Шарко, - это явление ненормальное и является разновидностью истерии, то есть болезни.

В 1889 году в Париже состоялся Первый международный конгресс, посвященный вопросам экспериментального и лечебного гипноза. Большой

вклад в понимание природы гипноза внесли российские ученые. Так, профессор Харьковского университета *Василий Яковлевич Данилевский* (1852-1939) экспериментально изучал гипноз у животных и человека. Под гипнозом он понимал эмоциональное, чисто *рефлекторное* «*торможение мышления и воли*». В 1891 году он выступил с докладом о гипнозе на IV съезде Общества русских врачей в Москве.

Ученик Шарко *Владимир Михайлович Бехтерев* (1857-1927) разработал учение о гипнозе как особом состоянии видоизмененного естественного сна, которое развивается как у человека, так и у животных. Бехтерев заложил основы гипнотического лечения алкоголизма.

Исследования *Ивана Петровича Павлова* (1849-1936) привели его к выводу, что гипноз - это *частичный сон* или *состояние, переходное между бодрствованием и сном*, при котором на фоне заторможенных в разной степени участков мозга присутствует бодрствующий, сторожевой пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность рапорта (связи) между гипнотизирующим и гипнотиком. Гипнотический сон - это условно-рефлекторный сон, вызванный внушением.

Исследования гипноза Павловым и Бехтеревым в нашей стране были продолжены *К.И. Платоновым*, *А.М. Святоцем*, *Л.П. Гримаком*, *М.П. Невским*, *П.В. Симоновым*, *В.Е. Рожновым*, *В.Л. Райковым*, *А.П. Слободяником* и другими.

Переворот в современных представлениях о гипнозе связан с именем американского ученого *Милтона Эриксона* (1901-1980).

Эриксо́нианский гипноз. *Милтон Эриксон* (1901 - 1980) - магистр психологии, доктор медицины, адъюнкт-профессор в университете Уэйна, пожизненный член Американской ассоциации психиатров, создатель новой модели гипноза. Деятельность Эриксона была осложнена многочисленными проблемами со здоровьем. У Эриксона было нарушено цветовое зрение: он различал лучше всего пурпурный (ярко-красный с фиолетовым оттенком) цвет, не различал звуки по высоте, в 17 лет переболел полиомиелитом (острое вирусное заболевание с поражением нервной системы, нередко сопровождается параличом). Некоторое время был полностью парализован, мог только водить глазами. В 51 год Эриксон был снова парализован: не действовала правая рука, левая была ограничена в движениях, только половина диафрагмы была подвижна, губы часто парализованы, язык смещен, не мог пользоваться вставными зубами. Последние десять лет жизни был прикован к инвалидному креслу. Ограниченные возможности побудили его развить свой голос, который был главным инструментом его работы.

Основные труды: «Гипнотический опыт: терапевтический подход к измененным состояниям сознания», «Гипнотические реальности», «Применение гипноза в медицинской и зубоврачебной практике», «Искажение времени под гипнозом».

Теоретические основы эриксо́нианского гипноза

Гипнотический транс, по Эриксону, - это такое состояния психики, в котором она наиболее способна к изменению и к восприятию нового знания.

Транс - это состояние, при котором внимание направлено внутрь, это естественное состояние, переживаемое каждым человеком. В состоянии транса наше подсознание может произвести ту внутреннюю реорганизацию психики, в которой мы нуждаемся. Гипнотизер и гипнотизируемый в модели Эриксона - это равноправные партнеры. Первый помогает второму научиться новому восприятию мира и новому поведению. У каждого человека есть потребность в трансовых состояниях, где он черпает дополнительные ресурсы для своей психики. Эриксон называл гипноз передачей образов. Образы управляют нашей жизнью. Поэтому одна из целей транса - создание такого физиологического состояния, в котором человек мог бы начать создавать новые образы, образы достижения жизненных целей. В психологически трудных ситуациях сознание сосредоточивается на ограниченной части внутреннего опыта человека. Это ограниченное поле составляет «систему проблемы». Задача психотерапевта - *присоединиться* к замкнутой «системе проблемы» и превратить ее в «систему решения». За присоединением следует *закрепление и ведение* клиента.

Что значит присоединиться? Это значит настроиться на любое проявление внешнего поведения человека: на частоту дыхания, позу, движения, выражение лица, движение глаз и т. д. Настройка может осуществляться через вербализацию текущего переживания клиента: «Вы улыбаетесь, когда вспоминаете о детстве».

Модель присоединения и ведения осуществляется по схеме:

XI и X2 и X3 и X4 и Y. Утверждения XI - X4 - это утверждения присоединения. Это абсолютно истинные утверждения о поведенческих реакциях, которые возникают у клиента.

Утверждение Y - утверждение ведения, которое приводит к возникновению у клиента состояния транса. Пример: XI - Вы сидите в этом кресле, X2 - и Вы смотрите на меня, X3 - и Вы легко дышите, X4 - и я с Вами разговариваю. Y - и Вы можете начать расслабляться. Эриксоновская модель гипноза включает:

- 1.Ориентацию клиента на состояние транса.
- 2.Фиксацию внимания и построение раппорта.
- 3.Диссоциацию сознания и бессознательного.
- 4.Укрепление и углубление транса.
- 5.Установку на обучение.
- 6.Использование транса.
- 7.Переориентацию.

В настоящее время издается «Международный журнал по клиническому и экспериментальному гипнозу», в 1991 году в Санкт-Петербурге вышел первый выпуск журнала «Вестник гипнологии и психотерапии». Начиная с 1965 года, результаты исследования гипноза обсуждаются на международных конгрессах и конференциях.

Психологическая характеристика основных форм гипнотического состояния

Существуют различные подходы к определению фаз гипноза. Так,

Бернгейм выделял 9 степеней гипноза, Льебо - 6, Шарко и А. Форель - 3, Дейвис и Хусбэнд - 30. Бехтерев различал малый гипноз (сонливость), средний гипноз (гипотаксия) и глубокий гипноз (сомнамбулизм). Павлов придерживался классификации Бернгейма. Наиболее распространенной является трехфазная классификация стадий гипноза.

Различные точки зрения на стадии гипноза в нашей стране были обобщены Е.С. Катковым, который предложил следующее описание стадий гипноза:

Первая стадия

1-я степень. Наблюдается нарастающее снижение тонуса коры головного мозга, иррадиация торможения на двигательный анализатор и 2-ю сигнальную систему. *Показатели:* человек испытывает ощущение покоя, приятное чувство легкости в теле; слышит, свои мысли контролирует; чувствительность сохранена; из этого состояния он легко может выйти.

2-я степень. Тонус коры головного мозга еще более снижен, глубоко заторможен двигательный анализатор. Постепенно закрываются глаза, человек чувствует тяжесть в теле. *Показатели:* глаза гипнотизируемого закрыты, но при внушении легко открываются; прикосновение к руке вызывает активное нормальное напряжение; двигательные реакции легко реализуются; человек активно воспринимает окружающее; легко может быть разбужен.

3-я степень. Тонус коры головного мозга значительно снижен. Более глубокое угнетение двигательного анализатора и второй сигнальной системы. *Показатели:* гипнотизируемый ощущает дремоту и сонливость; течение мыслей вялое, чувство тяжести в теле; мышцы расслаблены; поднятая рука бессильно падает; трудно открыть веки, двинуть рукой; на вопрос о самочувствии человек отвечает медленно или молчит; окружающее слышит; после пробуждения уверен, что он мог бы выйти из этого состояния.

Первую стадию называют также стадией сонливости, или сомноленции.

Вторая стадия

1-я степень. Тонус коры головного мозга низкий, возникает зона раппорта. Разлитое торможение выключает кинестезическую (то есть двигательную) систему (*каталепсия*). Возникает торможение второй сигнальной системы. Торможение иррадирует и на кожный анализатор, снижая его чувствительность (*аналгезия*). Появляются «переходные состояния» - уравнивающая фаза между возбуждением и торможением. *Показатели:* человек ощущает значительную сонливость, движения затруднены; легкая каталепсия (поднятая рука остается в воздухе недолго); внушить двигательные реакции не удастся; окружающие звуки гипнотизируемый воспринимает, но не проявляет к ним интереса.

2-я степень. Еще большее углубление предыдущего состояния. Восковидная каталепсия. Более выражена анальгезия. Торможение второй сигнальной системы усиливается. *Показатели:* резкая сонливость; человек демонстрирует «скованность» двигательной сферы; значительное ослабление

кожной чувствительности, реализуются внушения двигательных реакций, начавшееся автоматическое движение пока быстро ослабевает, внушенные иллюзии пока не реализуются.

3-я степень. В коре головного мозга появляются фазовые явления - уравнивательная фаза. Наблюдается более глубокое торможение второй сигнальной системы; внушенные иллюзии реализуются при закрытых глазах.

Показатели: полное исчезновение собственных мыслей у гипнотизируемого, он слышит только голос гипнотизера; наблюдается «титаническая» каталепсия (пружинит рука); внушение активных и пассивных двигательных реакций реализуется хорошо (медленные движения, невозможность разжать кулак, двинуть рукой); наблюдается анестезия слизистой оболочки носа (на нашатырный спирт - нет реакции). Вторую стадию называют также стадией каталепсии.

Третья стадия

1-я степень. Зона раппорта формируется полностью. Вторая сигнальная система сильно заторможена кроме пункта раппорта. Превалирует первая сигнальная система. Это свидетельствует о парадоксальной фазе в соотношении процессов возбуждения и торможения. *Показатели:* иллюзия при открытых глазах хорошо реализуется во всех анализаторах, за исключением слухового и зрительного; самопроизвольная каталепсия исчезает (симптом Платонова - поднятая рука быстро падает); галлюцинации при раздражении носа, языка, кожи; можно вызвать ощущение голода, жажды; хорошо реализуются внушенные двигательные реакции.

2-я степень. Почти полное торможение деятельности второй сигнальной системы. *Показатели:* вызываются все положительные (то есть говорящие о наличии, а не об отсутствии какого-либо предмета) галлюцинации (например, человек с закрытыми глазами «ловит бабочек»). При внушении открыть глаза галлюцинации исчезают, часто наступает пробуждение. Легко реализуются двигательные реакции (пассивные и активные); наблюдается частичная амнезия (потеря памяти о том, что делал во время гипноза).

3-я степень. Полное господство раппорта. Вторая сигнальная система выключена, кроме пункта раппорта. Слово сильнее реального раздражителя. *Показатели:* легко реализуются все типы положительных и отрицательных галлюцинаций при открытых глазах; галлюцинации реализуются и постгипнотически (то есть после выхода из гипноза); амнезия после пробуждения; легкая реализация трансформации возраста (перевод в детское состояние); при открытии век глаза мутные, влажные; возможен «молниеносный» гипноз.

Третью стадию называют также стадией сомнамбулизма.

Вопросы и задания:

Темы для диспута:

1. Внушение. Виды внушения.

2. Гипносуггестивная психотерапия: определение, история, методы, показания и противопоказания.
3. Аутотренинг как метод психотерапии.
4. Эриксоновский гипноз.
5. Наркогипноз и наркопсихотерапия.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2–е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–9765–0885–9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978–5–4475–3999–3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Практическое занятие № 7

Тема: Психотерапия детей и подростков.

Цель: Ознакомиться со спецификой и принципами, трудностями и показаниями, многообразием методов и приемов психотерапевтической работы с детьми и подростками.

Форма занятия: диспут.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Актуальность темы занятия: формирование представлений особенностях психотерапевтической работы с детьми и подростками выступает необходимым условием для развития профессионального самосознания.

Теоретическая часть:

Особенности клинической беседы в детской и подростковой психотерапии.

На течение психических заболеваний в детском и подростковом возрасте влияет множество факторов: наследственность; закономерности течения заболевания; ход индивидуального развития (рост, созревание, индивидуализация, формирование, обучение); возраст и пол; системные

влияния (психотерапия и другие виды помощи); “случайные события” (жизненные события, факторы окружающей среды); факторы риска; защитные факторы самого ребенка и его окружения. Под защитными факторами понимают воздействия, способные задержать, смягчить или предотвратить проявление заболевания, причем они не обязательно сопровождаются положительными или радостными переживаниями. Эти факторы могут различным образом взаимодействовать: суммироваться, взаимно исключаться или дополнять друг друга.

Насколько равноценно расстройство? При равных причинах и при одинаковых отягчающих обстоятельствах не у всех детей возникают психические заболевания. Например, у ребенка с неврозом навязчивых состояний возможен риск хронизации заболевания в случае алкоголизма отца в большей мере, чем у ребенка с подобной отягощенностью, но в гармоничной семье.

В подростковом возрасте особенно сложно определить, является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае так называемых кризисов взросления, которые могут со временем развиться в психическое заболевание или полностью компенсироваться. Многими детскими психиатрами высказывается точка зрения на нарушения поведения и психические расстройства, как неспособность ребенка создать эффективные механизмы преодоления трудностей, уход от решения проблем в пассивное, дисфункциональное псевдо-адаптивное или дезадаптивное поведение. Сложность клинической диагностики в настоящее время связана и с патоморфозом психических расстройств. Помимо изменения степени тяжести, одним из его проявлений является обнаружение у пациентов сочетания нескольких психических расстройств - коморбидность.

Диагностика заболеваний стала значительно сложнее, применение многоосевого кода и постановка многомерных гипотез детскими и подростковыми психотерапевтами облегчает эту задачу. Выявление нескольких расстройств очень важно для последующего планирования сроков и методов психотерапии, иерархического построения психотерапевтических программ.

Психотерапия периода взросления должна отвечать специфическим потребностям этой жизненной фазы. В частности, оправдали себя следующие *принципы*:

1. Критерий необходимости проведения психотерапии при психических расстройствах детского и подросткового возраста - выявление отклонений, угрожающих нормальному возрастному развитию ребенка, и в том случае, когда энергия пациента тратится на преодоление внутренних и внешних конфликтов, а не на выполнение задач развития.

2. Объем и выбор последовательности психотерапевтических вмешательств зависит от степени выраженности симптоматики, наличия внутри-личностных и/или межличностных конфликтов, физического состояния пациента, продолжительности нарушений, количественных и

качественных отклонений в эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферах, искажения образа Я, дисфункциональных семейных отношений, мотивации на работу, субъективного отношения к имеющимся нарушениям (эго-синтонное, эго-дистонное), возможности и желания микросоциального окружения к изменениям. В случае сочетания нескольких расстройств у одного пациента следует ранжировать актуальность проблем для него и его семьи.

3. Индивидуальная и групповая психотерапия у детей и подростков учитывают следующие моменты: направленность на конкретное содержание, учет актуальности проблемы для пациента; необходимость тщательной обработки информации; разграничение целей работы с ребенком и родителями; оценка личностных ресурсов, которые могли бы стать резервом для усиления стратегий совладания с трудностями (копинг-механизмов); директивный стиль проведения занятий и активность психотерапевта; выбор адекватной формы проведения психотерапии. Определенные психотерапевтические методы должны применяться при определенных типах расстройств. Это означает, что различные психические заболевания у детей и подростков следует лечить с помощью разных методов. Принцип специфичности требует выбора такого метода воздействия, который наиболее приемлем и эффективен именно при данном варианте патологии. Может быть назначена комбинация нескольких форм психотерапии, которые в конкретном случае имеют наибольшие шансы на успех.

4. Гибкость терапевтической тактики. Психотерапевт не должен действовать по схеме. Следует обсуждать с пациентом то, что его интересует, если этого требует ситуация. Иногда необходимо прибегнуть к обсуждению проблем в ходе совместной прогулки. Психотерапевт должен отказаться от дистанции в общении, активно вторгаться в процесс лечения, и, поддерживая в целом благожелательную и открытую атмосферу, твердо отстаивать свою точку зрения.

5. Соответствие возрасту и уровню развития. Подростки с характерной для них боязнью неудачи тяжело переносят фрустрацию в ходе психотерапии. Она может возникнуть в результате слишком высоких требований врача к вербальным способностям пациента, к его фантазиям, вследствие долгих пауз в разговоре, в результате морализаторских оценок или подавляющего стиля психотерапевта.

6. Усиление функций Я и осторожность в работе с регрессией. Важная задача психотерапии детей и подростков - усиление Я пациента. В то же время допускать регрессию поведения необходимо. Следует исходить из целей приспособления к реальности, овладения ею, поэтому нужно избегать затяжных регрессий поведения с сильной актуализацией инфантильных желаний.

7. Предоставление коррективного эмоционального опыта. Обсуждая с психотерапевтом обстоятельства своей жизни, пациент получает возможность приобрести новый эмоциональный опыт. Предпосылкой возникновения такого опыта служит установка врача на специфические

возрастные проблемы, с которыми ребенок мог прежде и не сталкиваться.

8. Сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы. С другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с ровесниками. Психотерапия у детей и подростков не может не быть интегративной, так как постоянно идет параллельная психотерапевтическая работа с родителями. Система психотерапии интегрирует не только понятия индивидуальной психологии и системного подхода, но и все то многообразие позиций, которое характерно для каждого из них. Тем самым учитываются психоаналитические и когнитивно-поведенческие представления, достижения структурной, стратегической семейной психотерапии, интегративного подхода. Психодинамические конфликты поддерживаются взаимоотношениями членов семьи, а попытки подростка и его родителей справиться с эмоциональными и поведенческими расстройствами препятствуют успешному разрешению конфликтов.

9. Подключение семейной психотерапии, нацеленной на устранение нарушений границ между семейными подсистемами, разрешение семейных конфликтов приводят к снижению частоты рецидивов психических и поведенческих расстройств. Задачей семейной психотерапии у детей и подростков часто служит не решение всех семейных проблем, а только относящихся к “проблемному” пациенту. При формулировании психотерапевтического запроса психотерапевт нередко ограничивается уровнем осознания родителями себя как неэффективных в родительской роли.

10. Создание наилучших условий для проведения психотерапии. Это предполагает решение трех вопросов: где проводить лечение (в стационаре или на дому); какой подход (индивидуальный или групповой) использовать; какими должны быть сроки психотерапии (долгосрочная, краткосрочная). Эти проблемы всегда следует решать, опираясь на данные об эффективности отдельных методов и учитывая возможности создания доверительных отношений с ребенком, подростком и семьей.

11. В интегративной психотерапии подростков необходимо выполнить основные задачи: блокирование симптомов нарушенного поведения путем использования комплексных вмешательств; прояснение неосознаваемых конфликтов, являющихся причиной появления симптомов; решение семейных проблем системного характера, связанных с эмоциональными и поведенческими нарушениями у ребенка, а также совершенствование копинг-стратегий.

Для обучения детских и подростковых психотерапевтов концептуализации и планированию психотерапии приводим *модифицированную схему стратегической модели Оудсхоорна*. При ее использовании любую проблему можно представить в виде 6 уровней.

Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Этот подход является мультимодальным, соотносится с многоосевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

Повод обращения (Жалобы). 1. Жалобы, которые беспокоят пациента или родителя в момент беседы с врачом. Например, головные боли или манкирование учебой. 2. Жалобы, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает 1 раз в месяц, снижение успеваемости в конце учебного года. 3. Жалобы, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление тиков после критики матери, манкирование учебой при получении двойки).

При планировании психотерапевтических мероприятий следует распределить жалобы и данные клинико-психологического исследования на уровни.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего учебу в школе или работу членов семьи, отношения с дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие психотравмирующие ситуации. Другие примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками, роль “козла отпущения”. При анализе демографической информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составляют недоминантную группу (например, член семьи - беженец из Средней Азии или член семьи - “гей”). Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы пациента.

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение идентифицированного пациента анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза, структуре семьи, иерархии, сплоченности, границам,

коммуникации, треугольнику как единице оценки семьи, коалициям, стадии жизненного цикла, семейной истории, горизонтальным и вертикальным стрессорам; определяются функции симптомов в семейной системе (морфостатическая функция, морфогенетическая функция), выясняются их “коммуникативные метафоры”.

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории научения (связь между иррациональными установками и поведением): контакт; невербальные признаки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка - адекватная, низкая, завышенная; способность к адаптации, устойчивость к стрессу; мотивы поведения (особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии; обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы; выявить блокировку основных потребностей; определить временную перспективу); выявить суицидные мысли и намерения; найти ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты. Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны; аффекты (следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия), защитные системы (наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения). Следует также учитывать фазы и периоды психического развития (по Ковалеву и Эльконину, З. Фрейду и А. Фрейд, Э. Эриксону, Кернбергу), своевременное их прохождение ребенком, соответствие симптоматики возрасту.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как “искаженного”, так и “поврежденного” развития: аутизм, ядерные психопатии, психогенные формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. Характеристика степени личностной зрелости; психоаналитическая диагностика личности; уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); “условная приятность” симптомов.

Уровень 6. Биологические нарушения. Формулируется гипотеза, согласно которой биологические факторы (отягощенная наследственность, пре-, пери- и постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях в основном оказывается медикаментозная помощь.

При составлении или написания клинико-психотерапевтического заключения необходимо получить информацию о мотивации пациента и семьи к изменениям. Подчеркнуть наиболее важные проблемы, которые могли бы послужить “мишенями” психотерапии. При планировании психотерапии - отметить цели психотерапии, ее этапы, возможные

терапевтические методики в начале работы со всей семьей и отдельным ее членом; число сеансов. Повысить мотивацию подростка на изменение может неподдельный интерес к его личности, приведение примеров из практики. Дополнительным моментом в создании мотивации служит обсуждение с пациентом данных психологического исследования. Нередко в процессе психодиагностики выясняется, что родители нуждаются в большей степени в помощи и поддержке, чем непосредственно сам ребенок.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, чаще всего следует рассматривать всю совокупность возможных медицинских, психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, предполагая возможность их одновременного использования.

Помощь в сборе информации оказывают наблюдение за поведением в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, в ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях. При проведении проблемного исследования существуют несколько схем. Наиболее отработанная заключается в следующем:

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа - это слишком глобальные описания. Необходима более тонкая дифференциация.

2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.

3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.

4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало применимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и количественное описание признаков.

5. Оценить количественные и качественные последствия поведения. После проведения функционального анализа надо запланировать этапность применения психотерапевтических приемов и проконтролировать сроки отмены назначенного временно некоторым пациентам препарата в начальном периоде психотерапии.

Цель любого психотерапевтического вмешательства состоит не в преобразовании внешней ситуации, не в изменении внешнего окружения, других людей или хода событий, а в преобразовании внутреннего восприятия, которое пациент формирует у себя сам, происходящих фактов, их взаимосвязей и всех их возможных значений. Таким образом, психотерапевтическая работа нацелена на приобретение пациентом нового личностного опыта, перестройку своей индивидуальной системы восприятия и представлений. *Центральная проблема краткосрочных методов*, которые сходны с “психотерапевтическим обучением”, - определение мотивации

пациента. Усиление мотивации к лечению основано на следующих принципах:

- совместное определение целей и задач психотерапии (важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через “Я хочу, а не хотел бы”);
- составление позитивного плана действий, его достижимость для каждого пациента, тщательное планирование этапов;
- проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его проблеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;
- разработка “повестки дня” каждого занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе психотерапии.

Особенности клинической беседы в детской и подростковой психотерапии. Установление контакта с пациентом - один из важнейших этапов работы психотерапевта. Поздоровавшись с пациентом, следует спросить, как его зовут, и представиться. Важно запоминать (и не путать!) имена пациентов. «Помните, что имя человека - это самый сладостный и самый важный для него звук в любом языке» (Д. Карнеги, 1990). Отметьте для себя, как пациент входит, на каком расстоянии от вас садится (это его «личная дистанция» по отношению к вам, которая может укорачиваться и удлиняться в ходе терапии). В процессе психотерапии важное значение имеет «подстройка» к тону, громкости и, конечно, темпу речи (отражающему скорость протекания ассоциативных процессов пациента). Целесообразно бывает вычленить специфические особенности речи (жаргонизмы, профессиональные обороты, неологизмы) и уяснить для себя их значение. Например, если подросток заявляет: «Вчера завалили мы на флэт (в квартиру) и колес наглотались», ясно, что речь идет отнюдь не о велосипедных колесах, а скорее всего о таблетках психотропного препарата. В процессе беседы можно «возвращать» пациенту отдельные «особенные» слова и фразы - этим подкрепляется восприятие психотерапевта как внимательного и «понимающего» слушателя. Но перегружать свою речь «жаргонизмами», особенно в беседе с асоциальными подростками, не стоит, а разговор на ломаном либо устаревшем жаргоне настораживает подобных лиц.

Ни в коем случае не следует «копировать» патологические особенности речи пациентов (заикание, дефекты звукопроизношения, навязчивые движения: многие из этих людей имеют психотравмирующий опыт «передразнивания» их окружающими и именно в этом ключе воспринимают подобную «подстройку»). Клиническая беседа обычно начинается с так называемого «открытого вопроса» (например: «Что привело вас/тебя сюда?») - этим мы избегаем преждевременного установления рамок беседы. Но у детей ответом на подобный вопрос может быть удивленный взгляд, пожимание плечами. Только ребенок побойчее скажет что-нибудь типа: «Моя мама привела меня сюда, чтобы вы со мной поговорили!». В детском возрасте невербальный компонент общения преобладает над вербальным. Лучшими способами «подстройки» к ребенку будут совместная игра,

рисование (особенно полезны проективные рисуночные тесты).

В случаях «недобровольного» обращения (под давлением родителей и других членов семьи, администрации, в ситуации судебной психолого-психиатрической экспертизы и т. п.) можно столкнуться с негативным отношением к беседе, особенно у подростков. «Беспронизышных» способов установления контакта в этих случаях не существует. Часто помогает такой прием: в ответ на реплику подростка: «У вас и так все обо мне написано!» - можно ответить: «Да, кое-что мне сообщили, но мне хотелось бы услышать об этом непосредственно от тебя» (или от «вас», так как некоторые старшие подростки предпочитают такой стиль обращения, как бы подчеркивающий их «взрослость»). В отличие от следователя для психотерапевта важны не столько «протокольные подробности», сколько характерная для пациента манера рассказывать. Даже заведомая ложь пациента может быть полезна для выявления его личностных особенностей.

Нецелесообразно уличать пациента во лжи, противоречиях, непоследовательности, пытаться «с ходу» изменить его убеждения, какими бы странными они нам ни казались. В отношении же бредовых идей следует помнить пословицу, гласящую, что «и 100 мудрецов не переубедят безумного».

Продолжительность первой (диагностической) беседы составляет в среднем 40-50 мин.

Для психотерапевта важно четко структурировать свое рабочее время: ведь затянувшаяся до 3-4 часов клиническая беседа с одним словоохотливым пациентом приведет к срыву всего графика работы и бесцельному ожиданию остальных пациентов, которые могут уйти с чувством обиды и разочарования. Поэтому за 5-10 мин до окончания консультации можно сказать пациенту: «К сожалению, время нашей сегодняшней беседы подходит к концу. Но, может быть, у вас остались ко мне вопросы?» или «Проблема, затронутая в ходе нашей беседы, очень сложна. Для того чтобы полностью в ней разобраться, нам потребуется еще одна или несколько встреч». После этого можно согласовать с пациентом время и место следующей консультации или сеанса.

Однако в ходе беседы недопустим и педантизм, при котором «соблюдение расписания» становится самоцелью. При нестандартных ситуациях (особенно при «кризисных состояниях» с наличием суицидальных намерений и т. п.) особенно важно дать пациенту закончить свой рассказ, проявить заинтересованность в его проблеме и наметить хотя бы начальные пути выхода из кризиса.

Глубина «проникновения в прошлое» зависит от того, сколько времени имеется в распоряжении психотерапевта, сколько планируется встреч. Если предполагается долговременная работа, то, как правило, необходим детальный анализ прошлого; при разовых консультациях и кратковременной психотерапии большее внимание обычно уделяется ситуации «здесь и теперь».

Первая беседа с пациентом обычно позволяет составить лишь

предварительное заключение о его проблемах - «терапевтическую гипотезу». В ходе второй и последующих бесед происходит получение дополнительной информации о пациенте и тем самым уточнение «гипотезы». Последняя не должна «зашоривать» мышление психотерапевта. На любом этапе психотерапии нужно иметь мужество отказаться от «гипотезы», если она противоречит реальности. В противном случае следует признать, что мы работаем не с пациентом, а с «проекцией» на него наших собственных проблем.

В начале второй беседы полезно узнать у пациента, что он (она) думает о первой встрече, о его (ее) реакции на эту встречу. Можно также сказать: «Часто после того, как человек уходит от врача (психолога), он припоминает еще целый ряд проблем, которые ему хотелось бы обсудить. Есть ли у вас подобные проблемы?»

Разговаривая с родственниками пациента, следует руководствоваться тремя важными правилами:

- психотерапевт должен лично увидеться с пациентом («заочная» психотерапия недопустима);
- психотерапевт в ходе работы с пациентом должен общаться с членами его семьи, лишь получив на то его согласие;
- психотерапевт обязан соблюдать конфиденциальность беседы, не обманывать доверие пациента ни прямо, ни косвенно.

Единственным исключением из третьего правила могут быть случаи, когда существует опасность для жизни пациента или кого-либо еще. Если психотерапевт не может добиться от пациента разрешения раскрыть его суицидальные намерения или одержимость манией убийства, если больной при этом отказывается от госпитализации, необходимо поставить об этом в известность его семью и настаивать на госпитализации.

Игровая психотерапия детей. Игротерапия опирается на основные функции детской игры и применяется, в первую очередь, при психотерапии широкого спектра психических расстройств, нарушений поведения и социальной адаптации у детей. Наиболее известное определение игры принадлежит Э. Эриксону: «Игра - это функция. Это попытка синхронизировать телесные и социальные процессы со своим Я». Игра с ребенком для установления с ним контакта и как способ вовлечения ребенка в аналитическую работу впервые использовалась А. Фрейд. Изучение детской игры путем наблюдения позволило осознать уникальность способа общения ребенка с окружающим его миром.

Игра была положена в основу метода лечения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и представляет собой серию межличностных взаимодействий, направленных на следующие цели: отреагирование эмоциональных переживаний, гармонизацию рассогласованных компонентов личности и создание целостной Я-концепции, формирование адекватной самооценки, конфронтацию со своими личностными проблемами, раскрытие своих переживаний и их вербализацию, создание условий для роста и компетентности, получение

необходимых коммуникативных навыков, развитие внутреннего источника оценки и обретения веры в себя.

Игровое взаимодействие проходит на познавательном, поведенческом и эмоциональном уровнях и осуществляет свое лечебное воздействие через эмоциональную поддержку, обратную связь и игровую активность. В игровой психотерапии распространены следующие правила: нельзя произвольно менять время и место занятий; содержание игр должно соответствовать тем ситуациям, которые бывают в жизни и которые актуальны для пациентов; каждая игра имеет свои правила, понятные ее участникам; формы и цели игры признаются родственниками пациентов.

Основные психологические механизмы коррекционного воздействия игры

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

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

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

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

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

Основные функции психолога, ведущего игровые занятия

1. Создание атмосферы принятия ребенка.

2. Эмоциональное сопереживание ребенку.

3. Отражение и вербализация его чувств и переживаний в максимально точной и понятной ребенку форме.

4. Обеспечение в процессе игровых занятий условий, актуализирующих переживания ребенком чувства достижения собственного достоинства и самоуважения.

Вопросы и задания:

Темы для диспута:

1. Специфика и задачи психотерапевтической работы с детьми и подростками.
2. Принципы психотерапии периода взросления.
3. Определение показаний и планирование терапии.
4. Особенности клинической беседы в детской и подростковой психотерапии.
5. Игровая психотерапия детей.
6. Групповые формы работы с детьми и подростками.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

Практическое занятие № 8

Тема: Психотерапия в наркологии и психиатрии.

Цель: Изучить особенности и роль психотерапии в наркологии и психиатрии. Познакомиться с подходами психотерапии алкоголизма и наркомании, токсикоманий и никотинизма, а также других форм зависимостей.

Форма занятия: диспут.

Знания и умения, приобретаемые в результате освоения темы, формируемые компетенции: ПК-4

Актуальность темы занятия: знания об особенностях использования психотерапии в наркологии и психиатрии имеют практическое значение для успешного профессионального становления.

Теоретическая часть:

Попытка целенаправленного изучения системы отношений больных невротами и ее перестройка в ходе групповой психотерапии была предпринята Г.Л. Исуриной (1983). В исследовании показано, что нарушение системы отношений у больных невротами заключается в нарушении ее

целостности за счет нарушения практически всех наиболее значимых для личности отношений. В основе этого нарушения лежит искажение когнитивного компонента отношений и значительное преобладание эмоционально-аффективного компонента, связанного с переживанием эмоционального неблагополучия. Следствием этого является недостаточность поведенческого компонента отношения, что влечет за собой нарушение основной функции системы отношений - адекватной регуляции поведения.

В процессе групповой психотерапии происходят позитивные сдвиги в системе отношений больных неврозами, которые свидетельствуют о коррекции нарушенных отношений личности. Ведущую роль в этом процессе играет изменение самооценки и отношения к себе. Коррекция отношения к себе и самооценки, так же как и других отношений, происходит в процессе групповой психотерапии за счет эмоциональной поддержки и обратной связи. По мнению Г.Л. Исуриной, эмоциональная поддержка в большей степени направлена на коррекцию эмоционального компонента отношения, а обратная связь - когнитивного компонента. Включенное наблюдение за работой терапевтической группы показывает, что коррекция отношения к себе начинается с изменения эмоционального компонента отношения, затем захватывает когнитивный, который уже вторично вновь влияет на изменение эмоционального компонента этого отношения.

Эмоциональная поддержка ослабляет действие невротических защитных механизмов, позволяет участникам группы раскрыть свои проблемы и переживания без страха, что это повлечет за собой негативную оценку. Таким образом, эмоциональная поддержка оказывает позитивное влияние на эмоциональный компонент отношения к себе и создает условия для осуществления направленного психотерапевтического воздействия посредством обратной связи и конструктивной переработки ее содержания, в результате чего формируется более адекватное самопонимание, т.е. корректируется когнитивный компонент отношения.

Коррекция отношения к себе происходит не только на уровне реальных отношений, но и на уровне идеальных. Перестройка идеальных отношений заключается в том, что они основываются уже не только на абстрактных нормативных представлениях, но и на реальных возможностях, потребностях личности, что приводит к коррекции и изменению уровня притязаний. Идеальные отношения и представления перестают быть лишь абстрактным идеалом, а создают перспективу развития и достижения, приносящую удовлетворение и уверенность в собственных силах. Они не являются застывшими, раз и навсегда определившимися, а становятся более динамичными и способными к дальнейшему развитию.

Таким образом, коррекция нарушенной системы отношений начинается с изменения отношения к себе, прежде всего его эмоционального компонента, затем происходит коррекция когнитивного компонента этого отношения, в результате чего восстанавливается баланс между знанием о себе (когнитивный аспект) и эмоционально-аффективной оценкой. Отношение становится

полноценным и способным выполнять функцию адекватной регуляции поведения. Сформированное более адекватное отношение к себе направляет дальнейшее поведение в группе, создавая мотивацию для изменения других отношений. Эти изменения происходят вначале во внутреннем плане и касаются когнитивного компонента отношений к основным сферам своего функционирования и к окружающим. Пациент учится лучше понимать других людей, особенности и мотивы их поведения, зачастую присущую человеческому поведению противоречивость. Пациент учится сопереживанию, взаимопомощи, самоконтролю, следствием чего является разрушение невротического эгоцентризма и облегчается коррекция своих отношений и способов эмоционального реагирования и поведения в отношении других людей.

Межличностное отношение становится более гибким, эмпатичным и более эффективным. Позитивное подкрепление в процессе групповой терапии новых, более адекватных отношений и установок, новых способов поведения и эмоционального реагирования приносит пациенту чувство удовлетворения, ощущение собственных возможностей, понимание конструктивности избранного пути. Все это влияет на самооценку и отношение к себе в позитивном направлении, но уже не только на основании эмоциональной поддержки, но и на основании результатов собственных достижений.

Г.Л. Исурина (1993) на основе экспериментально-психологических исследований приходит к выводу о том, что в процессе групповой психотерапии у больных неврозами отмечается кризисная фаза в динамике самооценки и системы отношений. У большинства пациентов кризис наступает в начальном периоде "рабочей" фазы функционирования психотерапевтической группы. В этом периоде у пациентов отмечается снижение показателей самооценки и нарастание дезинтеграции и рассогласованности в системе отношений: реальные и идеальные блоки еще в большей степени удаляются друг от друга, чем это было зафиксировано перед началом групповой психотерапии.

Наличие кризисной фазы Г.Л. Исурина объясняет тем, что начальный период рабочей фазы функционирования психотерапевтической группы представляет собой для пациента чрезвычайно сложную личностную ситуацию, т.к. здесь начинает формироваться понимание собственной проблематики, которая затрагивает наиболее значимые отношения и переживания пациентов, их невротические конфликты. Пациент сталкивается с представлением о себе, отличным от того, которое существовало у него до сих пор. Ситуация в психотерапевтической группе требует от пациента отказа от привычных стереотипов поведения, от использования защитных механизмов, свойственной невротической личности. В этом периоде начинается воздействие на такую фундаментальную характеристику личности, обеспечивающую ее целостность, какой является самооценка и отношение к себе. Изменяется самопонимание за счет переработки содержания обратной связи и включение в представление о себе

информации, противоречащей прежней позиции. Это и приводит к дезинтеграции системы отношений, которая определяет наличие кризиса как в динамике самооценки, так и в динамике системы отношений в целом.

В рамках психотерапевтических задач явление кризиса носит положительный характер, т.к. ломке подвергаются невротическая структура, невротическая система отношений, неадекватные поведенческие и эмоциональные стереотипы, характерные для невротической личности защитные механизмы.

Ценностные ориентации больных неврозами и их динамика в процессе групповой патогенетической психотерапии

Изучение ценностных отношений личности больных неврозами и их изменения в процессе патогенетической психотерапии была предпринята А.А.Александровым (1992) с использованием методики М. Рокича. В данной методике предлагается испытуемому проранжировать два списка ценностей (каждый содержит по 18 единиц): ценности-цели ("терминальные ценности") и ценности-средства ("инструментальные"). Другими словами, испытуемый должен показать, на какие цели в жизни он ориентируется и какими средствами добивается их.

К ценностям - целям относятся:

1. Активная деятельная жизнь.
2. Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом).
3. Здоровье (физическое и психическое).
4. Интересная работа.
5. Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве).
6. Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком).
7. Материально обеспеченная жизнь.
8. Наличие хороших и верных друзей.
9. Общая хорошая обстановка в стране, в обществе, сохранение мира между народами (как условия благополучия каждого).
10. Общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе).
11. Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие).
12. Равенство (братство, равные возможности для всех).
13. Самостоятельность как независимость в суждениях и оценках.
14. Свобода как независимость в поступках и действиях.
15. Счастливая семейная жизнь.
16. Творчество (возможность творческой деятельности).
17. Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений).
18. Удовольствия (жизнь полная удовольствий, приятного проведения времени).

К ценностям - средствам относятся:

1. Аккуратность (чистоплотность, умение содержать в порядке свои

вещи, порядок в делах).

2. Воспитанность (хорошие манеры, вежливость).
3. Высокие запросы (высокие притязания).
4. Жизнерадостность (чувство юмора).
5. Исполнительность (дисциплинированность).
6. Независимость (способность действовать самостоятельно, решительно).
7. Непримируемость к недостаткам в себе и в других.
8. Образованность (широта знаний, высокая общая культура).
9. Ответственность (чувство долга, умение держать слово).
10. Рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения).
11. Самоконтроль (сдержанность, самодисциплина).
12. Смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов.
13. Твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями).
14. Терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим ошибки и заблуждения).
15. Широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки).
16. Честность (правдивость, искренность).
17. Эффективность (в делах, трудолюбие, продуктивность в работе).
18. Чуткость (заботливость).

Данное исследование позволило выявить специфические черты ценностно-ориентированной деятельности больных неврозами, проявляющиеся в невротических адаптивных способах восприятия окружающей действительности, в отсутствии представлений о своих собственных возможностях и конструктивных путях достижения наиболее важных жизненных ценностей. Вместе с тем ценностные структуры до проведения групповой психотерапии характеризовались высокой степенью рассогласованности и противоречивости.

Было показано, что в процессе групповой психотерапии происходило постепенное осознание членами психотерапевтических групп общности своих устремлений, единства позиций. Пациенты начинали проявлять синтонность переживаний по поводу успехов и неудач в реализации целей совместной деятельности. Происходило формирование единого ценностного представления об основных жизненных целях и средствах их достижения. Следовательно, психотерапевтическая группа на завершающем этапе ее деятельности начинала обладать необходимыми для терапевтического успеха социально-психологическими свойствами (ценностно-ориентационным единством во взглядах на предмет совместной деятельности).

Процедура индивидуальной психотерапии.

Общие рекомендации для проведения индивидуальной патогенетической психотерапии в наиболее развернутом виде приводятся Е.К. Яковлевой (1958), В.Н. Мясищевым, М.С. Лебединским (1966), Б.Д. Карвасарским (1980, 1999).

Ведущим психотерапевтическим лечением неврозов является метод

перестройки отношений. Этот метод может быть назван глубокой психотерапией. Он дает возможность выяснить не только причины заболевания, известные пациенту, но и те из них, связь которых с имеющимися у него болезненными проявлениями ему не ясна.

Больным неврозами большей частью не ясны механизмы и источники возникновения невротических симптомов. Поэтому основная задача психотерапии, прежде всего, должна быть направлена на выяснение источников невротического состояния.

Психотерапия начинается с бесед терапевта и пациента, нацеленных на выяснение его жизненной истории, истории развития заболевания, особенностей личности пациента, его отношений к окружающей действительности - к родным, семье, школе, товарищам, работе и т.п. Во время проводимых психотерапевтических бесед уточняются особенности жизненного опыта пациента в различные возрастные периоды, отношение его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий - всего того, что образует внутренний мир человека, - и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Во время бесед с пациентом от внимания терапевта не должно ускользать ни одно замечание пациента, ни одно сообщение его о, казалось бы, незначительном факте, реакция на него пациента.

Таким образом, постепенно раскрываются особенности патогенеза расстройства и источник возникновения невротических симптомов.

Очень важно добиться понимания генеза расстройств самим пациентом. Необходимо помочь пациенту самому разобраться в причинах патогенных переживаний, возникших у него благодаря неправильно сложившимся отношениям, которые мешали разрешению встретившихся трудностей.

Важным условием успеха психотерапии является установление контакта терапевта с пациентом, положительное эмоциональное отношение пациента к процессу. Терапевту следует проявлять большую доброжелательность к пациенту, искреннее участие в нем, заинтересованность в его излечении при беспристрастном объективном подходе к разбору причин его расстройства. Такое отношение быстро оценивается пациентом, располагает его к лечению, создает доверие и вызывает на откровенность. Вместе с тем излишнее внимание, «заласкивание» пациента, так же как и неровное к нему отношение, проявление неискренности, торопливости, приводят к замыканию его, к внешнему, формальному контакту. При пассивном отношении пациента к психотерапии утрачивается возможность раскрытия причин невроза. Эти отрицательные моменты препятствуют успеху психотерапии.

В процессе патогенетической психотерапии можно отметить определенную последовательность в формах поведения терапевта. При

первой встрече с пациентом терапевт минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, терапевт приступает к выяснению "внутренней картины болезни", к вербализации пациентом всех его представлений, связанных с пониманием болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления.

Проводя коррекцию "концепции" болезни у пациента, терапевт обсуждает с ним данные его обследований, помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет пациенту соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями в содержании бесед происходят существенные изменения. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения пациента.

В процессе такого обсуждения в сознании пациента постепенно выстраивается определенная последовательность из различных звеньев новой концепции болезни: симптоматика - эмоциональные факторы или патогенные ситуации - личностные позиции или отношения - невротический конфликт - потребности или мотивы. Взаимоотношения с пациентом углубляются, терапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

На заключительном этапе психотерапии терапевт вновь увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов переживания и поведения.

На всех этапах терапии осуществляется два взаимосвязанных психологических процесса - *осознание и реконструкция системы отношений*.

Осознание (инсайт) заключается в понимании пациентом истинных источников собственных невротических расстройств. Реконструкция отношений личности состоит в коррекции нарушенных и выработке новых, адаптивных отношений.

В процессе патогенетической психотерапии пациент должен осознать связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, его нарушенными значимыми отношениями и возникновением невроза. Терапевт выступает здесь в роли проводника в познании пациентом внутреннего мира собственной личности. Он пытается расширить у пациента область осознаваемого, помогает уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализировать его смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно натолкнуть пациента на звенья, связывающие различные аспекты его поведения и его эмоциональные особенности, обратить его внимание на то, что раскрывает уязвимые точки его личности.

Полезным приемом в этом процессе является привлечение внимания

пациента к возможным аналогиям эмоциональных отношений с терапевтом и отношений со значимыми лицами в его жизни.

Самое главное и самое трудное при обсуждениях заключается в том, чтобы помочь пациенту понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, а внутренним конфликтом, в основе которого лежат неадекватные отношения, вследствие которых он не способен разрешить свои трудности. Конфликт же сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизирующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи и помогает терапевт пациенту осознать.

Процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности, иначе психотерапия к необходимым переменам в личности пациента не приводит.

Глубина осознания может быть различной. Первый уровень отражает понимание пациентом своего неправильного поведения, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может появиться в обстановке откровенного общения с другими пациентами, медперсоналом и психотерапевтом.

Второй уровень отражает осознание пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и к окружающему миру), которые лежат в основе его неправильного поведения. На этом уровне понимания пациент не только видит неправильность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом.

Третий уровень отражает понимание пациентом происхождения своего невроза, осознание истоков неадекватности своей системы отношений, что достигается посредством анализа жизненной истории пациента начиная с детского возраста, условий его воспитания.

Причиной развития невротических состояний является не столько наличие внешних и внутренних конфликтов, сколько неспособность личности решать эти конфликты. Задача психотерапии состоит в том, чтобы сделать личность способной к разрешению трудностей путем реконструкции системы отношений. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений происходят два процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных. Эти новые позиции проходят проверку вначале в условиях терапевтической среды, а затем за ее пределами в ситуациях реальной жизни пациента.

Изменение отношений во внутренней структуре личности пациента осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов: идентификации и интернализации.

Идентификация (отождествление) пациента с терапевтом является следствием того, что терапевт удовлетворяет определенные потребности

пациента. Пациент пытается усвоить одобряемые терапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Иногда этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений пациента и его повеления. В ряде случаев идентификация может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который уже осуществляется с помощью механизма интернализации (интериоризации). Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия пациента терапевтом.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения протекает иногда с определенными трудностями - противодействием, "сопротивлением" пациента. Это затруднение возникает при коррекции неадаптивного поведения пациента. Сопротивление представляет собой психологический защитный механизм и отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к глубоко скрытым переживаниям, реакцию на перестройку неадаптивного поведения.

Сопротивление пациента проявляется в общении с терапевтом в различных формах: в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, переводе разговора на другую тему, в неясности изложения проявлений своего заболевания, в отрицании реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями терапевта без должной их переработки и т.д.

Степень сопротивления в процессе терапии может изменяться. Она повышается при несовместимости установок пациента и стиля поведения терапевта, при явном игнорировании терапевтом устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от пациента откровенности или активности, при неверии терапевта в возможности пациента, при отрицательном внутреннем отношении терапевта к пациенту, что может проявляться в критике без одобрения, иронии и т.п.

Процесс перестройки отношений человека, изменение его реакций является, бесспорно, очень сложным, но не недоступным. Человеческий характер и отношения человека, благодаря чрезвычайной пластичности свойств нервной системы, являются динамичными и могут изменяться в связи с изменениями жизненных условий, социальных влияний и личного жизненного опыта.

Добиться познания самого себя является существенной задачей реконструктивного (воспитательного) этапа психотерапии. Большое значение в правильном воспитании характера и отношений имеет эмоциональное усвоение пациентом необходимости самовоспитания, требовательности к себе, к своим поступкам, анализ их причин, дающий возможность регулировать свое поведение. Только познание пациентом самого себя, своих поступков и поведения дает ему возможность, пользуясь знанием, правильно отражать и перерабатывать внешние воздействия, без примеси влияния

прошлых аффективно нарушенных отношений.

Вопросы и задания:

Темы для диспута:

1. Психотерапия алкоголизма.
2. Психотерапия наркоманий.
3. Психотерапия токсикоманий и никотинизма.
4. Психотерапия больных с различными формами зависимостей.
5. Кризисная психотерапия.
6. Психотерапия в лечении невротических расстройств.

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ–Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Методические указания

по выполнению самостоятельных работ
по дисциплине «Базовые теории и методы психотерапии»
для студентов

Направление подготовки 37.05.02 Психология служебной деятельности
Направленность (профиль) Психологическое обеспечение коммуникаций в
служебной деятельности
Квалификация выпускника специалист

Ставрополь

ВВЕДЕНИЕ

Современные стандарты подготовки специалистов предусматривают значительный объем внеаудиторной работы. Освоение программы курса предполагает получение как теоретических знаний по проблемам психотерапии, так и формирование навыков практической работы. Поэтому самостоятельная работа в рамках курса ориентирована как на теоретический, так и на практический аспект.

Самостоятельная работа студентов – это выполнение теоретических и практических заданий студентами по усвоению изучаемой дисциплины.

Целью самостоятельной работы является закрепление и углубление знаний, полученных студентами на лекциях, подготовке к текущим лабораторными практическим занятиям, промежуточным формам контроля знаний и к итоговому контролю.

Дидактические цели самостоятельных занятий:

- формирование профессиональных умений;
- формирование умений и навыков самостоятельного умственного труда;
- мотивирование регулярной целенаправленной работы по освоению специальности;
- развитие самостоятельности мышления;
- формирование убежденности, волевых черт характера, способности к самоорганизации;
- овладение технологическим учебным инструментом.

Самостоятельная работа включает те разделы курса, которые не получили достаточного освещения на лекциях по причине ограниченности лекционного времени и большого объема изучаемого материала.

Методическое обеспечение самостоятельной работы дисциплине состоит из:

- 1) Определения учебных вопросов, которые студенты должны изучить самостоятельно;
- 2) Подбора необходимой учебной литературы, обязательной для проработки и изучения;
- 3) Поиска дополнительной научной литературы, к которой студенты могут обращаться по желанию, если у них возникает интерес в данной теме;
- 4) Определения контрольных вопросов, позволяющих студентам самостоятельно проверить качество полученных знаний;
- 5) Организации консультаций преподавателя со студентами для разъяснения вопросов, вызвавших у студентов затруднения при самостоятельном освоении учебного материала.

Самостоятельная работа студента – это особым образом организованная деятельность, включающая в свою структуру такие компоненты, как:

- уяснение цели и поставленной учебной задачи;
- четкое и системное планирование самостоятельной работы;
- поиск необходимой учебной и научной информации;

- освоение собственной информации и ее логическая переработка;
- использование методов исследовательской, научно-исследовательской работы для решения поставленных задач;
- выработка собственной позиции по поводу полученной задачи;
- представление, обоснование и защита полученного решения;
- проведение самоанализа и самоконтроля

Виды самостоятельных работ по учебной дисциплине:

- работа с понятийным аппаратом;
- поисковая работа с различными источниками;
- составление аннотированного списка литературы по проблеме;
- проектирование фрагментов исследовательской деятельности;
- анализ научных исследований по психологической проблематике;
- подготовка докладов по теме.

Контроль знаний студентов включает формы текущего и итогового контроля. Текущий контроль осуществляется в процессе изучения курса и включает в себя оценку работы студентов на практических и лабораторных занятиях, а также подготовку домашнего задания.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Комплексное изучение предлагаемой студентам учебной дисциплины предполагает овладение материалами лекций, учебников, программы, творческую работу студентов в ходе проведения лабораторных занятий, а также систематическое выполнение заданий для самостоятельной работы студентов.

В ходе лекций раскрываются основные вопросы в рамках рассматриваемых тем, делаются акценты на наиболее сложные и интересные положения изучаемого материала, которые должны быть приняты студентами во внимание. Материалы лекций являются основой для подготовки студентов к лабораторным занятиям.

Работа с конспектом лекций

Просмотрите конспект сразу после занятий. Отметьте материал конспекта лекций, который вызывает затруднения для понимания. Попытайтесь найти ответы на затруднительные вопросы, используя предлагаемую литературу. Если самостоятельно не удалось разобраться в материале, сформулируйте вопросы и обратитесь на текущей консультации или на ближайшей лекции за помощью к преподавателю.

Каждую неделю отводите время для повторения пройденного материала, проверяя свои знания, умения и навыки по контрольным вопросам и тестам.

Выполнение лабораторных и практических занятий

На первом занятии получите у преподавателя задания по курсу, планы подготовки к лабораторным и практическим занятиям. Обзавайтесь всем необходимым методическим обеспечением.

Перед лабораторным занятием изучите теорию вопроса, предполагаемого к исследованию, ознакомьтесь с опытом других исследователей в этом направлении, подготовьте протокол проведения работы, в который занесите:

- название работы; цель работы; ход работы.

Оформление лабораторных работ часто требует наличия справочной литературы, которую необходимо иметь при себе на занятии.

Оформление отчетов должно производиться после окончания работы непосредственно на занятии, при наличии свободного времени или дома.

Для подготовки к защите отчета следует проанализировать экспериментальные результаты, сопоставить их с известными теоретическими положениями или эмпирическими справочными данными, обобщить результаты исследований в виде лаконичных выводов по работе.

Целью лабораторных занятий является:

- закрепление методов приложения теории к решению практических задач анализа и синтеза психологического знания;
- проверка уровня понимания студентами вопросов, рассмотренных на лекциях и по учебной литературе, степени и качества усвоения материала студентами;
- обучение навыкам освоения методики эксперимента и работы с нормативно-справочной литературой;
- восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказание помощи в его усвоении.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ЛИТЕРАТУРОЙ

Изучение и анализ литературных источников является обязательным видом самостоятельной работы студентов. Изучение литературы по избранной теме имеет своей задачей проследить характер постановки и решения определенной проблемы различными авторами, аргументацию их выводов и обобщений, провести анализ и систематизировать полученный материал на основе собственного осмысления с целью выяснения современного состояния вопроса.

Проработка отобранного материала обязательно должна идти с одновременным ведением записей прочитанного и своих замечаний. Запись может иметь как форму конспекта, так и выписок, а также картотеку положений, тезисов, идей, методик, что в дальнейшем облегчит классификацию и систематизацию полученного материала. Такого рода записи являются лучшим способом накопления и первичной обработки материал, одной из обязательных форм организации умственного труда.

Планом удобно пользоваться при подготовке к устному выступлению по выбранной теме. Каждый пункт плана должен раскрывать одну из сторон избранной темы, а весь план должен охватывать ее целиком.

Тезисы предполагают сжатое изложение основных положений текста в форме утверждения или отрицания. Они являются более совершенной

формой записей и представляют основу для дискуссии. К тому же их легко запомнить.

Аннотация – краткое изложение содержания – дает общее представление о работе.

Резюме кратко характеризует выводы, главные итоги произведения.

Конспект является наиболее распространенной формой ведения записей. Основную ткань конспекта составляют тезисы, дополненные доказательствами и рассуждениями. Конспект может быть текстуальным, свободным или тематическим. Текстуальный представляет собой цитатник с сохранением логики работы и структуры текста. Свободный конспект основан на изложении материала в том порядке, который более удобен автору. В этом смысле конспект представляет собирание воедино мыслей, разбросанных по всей книге. Тематический конспект может быть составлен по нескольким источникам, где за основу берется тема, интерпретируемая по-разному.

Экономия времени дает использование при записях различного рода сокращений, аббревиатуры и т.д. многие используют для регистрации исследуемых тем систему карточек. Преимущество карточек в том, что тема там излагается очень сжато, и они очень удобны в использовании, т.к. их можно разложить на столе, перегруппировать и без труда найти искомую тему.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ ДОКЛАДА

Написание доклада по дисциплине является одним из видов самостоятельной работы студентов по изучению предмета. Данный вид работы способствует повышению качества усвоения программного материала, углубленному пониманию наиболее сложных вопросов курса, расширению круга рассматриваемых проблем, овладению научными методами анализа психологических явлений.

Работая с литературными источниками, не следует ограничиваться простым пересказом содержания прочитанного. Необходимо выделить наиболее важные теоретические положения и обосновать их, раскрыть особенности различных точек зрения на один и тот же вопрос, оценить практическое и теоретическое значение результатов реферируемой работы, а также выразить собственное отношение к идеям и выводам автора, подкрепив его определенными аргументами (личным опытом, высказываниями других исследователей и пр.).

Реферируемый источник, списки использованной литературы, а также все ссылки на литературные работы должны быть оформлены по алфавиту с указанием фамилии и инициалов автора, название источника, места и года издания; для журнальных статей необходимо указать фамилию и инициалы автора, название статьи, журнала, год издания и номер.

Доклад по дисциплине «_____»

студента ... курса (фамилия, имя, отчество)
института, группы
Тема: ".....".
год выполнения.

1. Общие положения

1.1. Доклад, как вид самостоятельной работы в учебном процессе, способствует формированию навыков исследовательской работы, расширяет познавательные интересы, учит критически мыслить.

1.2. При написании доклада по заданной теме студент составляет план, подбирает основные источники.

1.3. В процессе работы с источниками систематизирует полученные сведения, делает выводы и обобщения.

1.4. К докладу по крупной теме могут привлекать несколько студентов, между которыми распределяются вопросы выступления.

2. Выбор темы доклада

2.1. Тематика доклада обычно определяется преподавателем, но в определении темы инициативу может проявить и студент.

2.2. Прежде чем выбрать тему доклада, автору необходимо выявить свой интерес, определить, над какой проблемой он хотел бы поработать, более глубоко ее изучить.

3. Этапы работы над докладом

3.1. Формулирование темы, причем она должна быть не только актуальной по своему значению, но и оригинальной, интересной по содержанию.

3.2. Подбор и изучение основных источников по теме (как правильно, при разработке доклада используется не менее 8-10 различных источников).

3.3. Составление списка использованных источников.

3.4. Обработка и систематизация информации

3.5. Разработка плана доклада.

3.6. Написание доклада.

3.7. Публичное выступление с результатами исследования.

4. Структура доклада:

- титульный лист

- оглавление (в нем последовательно излагаются названия пунктов доклада, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт);

- введение (формулирует суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи доклада, дается характеристика используемой литературы);

- основная часть (каждый раздел ее, доказательно раскрывая отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы);

- заключение (подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме доклада, предлагаются рекомендации);

- список использованных источников

5. Структура и содержание доклада

5.1. Введение - это вступительная часть научно-исследовательской работы. Автор должен приложить все усилия, чтобы в этом небольшом по объему разделе показать актуальность темы, раскрыть практическую значимость ее, определить цели и задачи эксперимента или его фрагмента.

5.2. Основная часть. В ней раскрывается содержание доклада. Как правило, основная часть состоит из теоретического и практического разделов.

В теоретическом разделе раскрываются история и теория исследуемой проблемы, дается критический анализ литературы и показываются позиции автора.

В практическом разделе излагаются методы, ход, и результаты самостоятельно проведенного эксперимента или фрагмента.

В основной части могут быть также представлены схемы, диаграммы, таблицы, рисунки и т.д.

5.3. В заключении содержатся итоги работы, выводы, к которым пришел автор, и рекомендации. Заключение должно быть кратким, обязательным и соответствовать поставленным задачам.

5.4. Список использованных источников представляет собой перечень использованных книг, статей, фамилии авторов приводятся в алфавитном порядке, при этом все источники даются под общей нумерацией литературы. В исходных данных источника указываются фамилия и инициалы автора, название работы, место и год издания.

5.5. Приложение к докладу оформляются на отдельных листах, причем каждое должно иметь свой тематический заголовок и номер, который пишется в правом верхнем углу, например: «Приложение 1»

6. Требования к оформлению доклада

6.1. Объем доклада может колебаться в пределах 5-15 печатных страниц; все приложения к работе не входят в ее объем.

6.2. Доклад должен быть выполнен грамотно, с соблюдением культуры изложения.

6.3. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу.

6.4. Должна быть соблюдена последовательность написания библиографического аппарата.

7. Критерии оценки доклада

- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала; правильность и полнота использования источников;
- соответствие оформления доклада стандартам.

По усмотрению преподавателя доклады могут быть представлены на семинарах, научно-практических конференциях, а также использоваться как зачетные работы по пройденным темам.

Оценкой «отлично» оценивается доклад, в котором соблюдены следующие требования: полно и четко представлены основные теоретические понятия; проведен глубокий анализ по проблеме; продемонстрировано знание методологических основ изучаемой проблемы; уместно и точно использованы различные иллюстративные приемы – примеры, схемы, таблицы и т. д.; показано знание межпредметных связей; работа написана с использованием терминов современной науки, хорошим русским языком, соблюдена логическая стройность работы; соблюдены все требования к оформлению доклада.

Оценкой «хорошо» оценивается доклад, в которой: в целом раскрыта актуальность темы; в основном представлен обзор основной литературы по данной проблеме; недостаточно использованы последние публикации по данному вопросу; выводы сформулированы недостаточно полно; собственная точка зрения отсутствует или недостаточно аргументирована; в изложении преобладает описательный характер

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии: изложение носит исключительно описательный, компилятивный характер; библиография ограничена; изложение отличается слабой аргументацией; работа не выстроена логически; недостаточно используется научная терминология; выводы тривиальны; имеются существенные недостатки в оформлении.

Если большинство изложенных требований к докладу не соблюдено, то он не засчитывается.

Примерные темы докладов

1. Этические принципы психотерапевта.
2. Психотерапевтический кабинет как основное структурное подразделение психотерапевтической службы.
3. Жизнь и творчество Зигмунда Фрейда.
4. Позитивная психотерапия Н.Пезешкиана.
5. Научные, клинические, психофизиологические и психологические основы психотерапии.
6. Психотерапевтический контракт: содержание и правила составления.
7. Работа со сновидениями в рамках классического психоанализа.
8. Современный этап развития экзистенциальной психотерапии (И. Ялом).

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНСПЕКТИРОВАНИЮ ПЕРВОИСТОЧНИКОВ

Конспектирование – процесс мысленной переработки и письменной фиксации информации, в виде краткого изложения основного содержания, смысла какого-либо текста.

Результат конспектирования – запись, позволяющая конспектирующему немедленно или через некоторый срок с нужной полнотой восстановить полученную информацию. Конспект в переводе с

латыни означает «обзор». По существу его и составлять надо как обзор, содержащий основные мысли текста без подробностей и второстепенных деталей. Конспект носит индивидуализированный характер: он рассчитан на самого автора и поэтому может оказаться малопонятным для других.

Для того чтобы осуществлять этот вид работы, в каждом конкретном случае необходимо грамотно решить следующие задачи:

1. Сориентироваться в общей композиции текста (уметь определить вступление, основную часть, заключение).
2. Увидеть логико-смысловую канву сообщения, понять систему изложения автором информации в целом, а также ход развития каждой отдельной мысли.
3. Выявить «ключевые» мысли, т. е. основные смысловые вехи, на которые «нанизано» все содержание текста.
4. Определить детализирующую информацию.
5. Лаконично сформулировать основную информацию, не перенося на письмо все целиком и дословно.

Во всяком научном тексте содержится информация 2-х видов: основная и вспомогательная. Основной является информация, имеющая наиболее существенное значение для раскрытия содержания темы или вопроса. К ней относятся: определения научных понятий, формулировки законов, теоретических принципов и т. д. Назначение вспомогательной информации – помочь читателю лучше усвоить предлагаемый материал. К этому типу информации относятся разного рода комментарии. Основную – записываем как можно полнее, вспомогательную, как правило, опускаем. Содержание конспектирования составляет переработка основной информации в целях ее обобщения и сокращения. Обобщить – значит представить ее в более общей, схематической форме, в виде тезисов, выводов, отдельных заголовков, изложения основных результатов и т. п. Читая, мы интуитивно используем некоторые слова и фразы в качестве опорных. Такие опорные слова и фразы называются ключевыми. Ключевые слова и фразы несут основную смысловую и эмоциональную нагрузку содержания текста.

Выбор ключевых слов – это первый этап смыслового свертывания, смыслового сжатия материала.

Важными требованиями к конспекту являются наглядность и обзорность записей и такое их расположение, которое давало бы возможность уяснить логические связи и иерархию понятий.

По форме конспекты подразделяются на формализованные и графические.

1. Формализованные (все записи вносятся в заранее подготовленные таблицы).

Это удобно, во-первых, при конспектировании материалов, когда перечень характеристик описываемых предметов или явлений более или менее постоянен, во-вторых, при подготовке единого конспекта по нескольким источникам. Особенно если есть необходимость сравнения отдельных данных. Разновидностью формализованного конспекта является

запись, составленная в форме ответов на заранее подготовленные вопросы, обеспечивающие исчерпывающие характеристики однотипных предметов или явлений.

2. Графические (элементы конспектируемой работы располагаются в таком виде, при котором видна иерархия понятий и взаимосвязь между ними).

По каждой работе может быть не один, а несколько графических конспектов, отображающих книгу в целом и отдельные ее части. Ведение графического конспекта - наиболее совершенный способ изображения внутренней структуры книги, а сам этот процесс помогает усвоению ее содержания.

Можно выделить следующие основные **типы конспектов: плановый, текстуальный, сводный, тематический.**

Плановый – легко получить с помощью предварительно сделанного плана произведения, каждому вопросу плана отвечает определенная часть конспекта:

а) вопросно-ответный (на пункты плана, выраженные в вопросительной форме, конспект дает точные ответы);

б) схематичный плановый конспект (отражает логическую структуру и взаимосвязь отдельных положений).

Текстуальный – это конспект, созданный в основном из цитат.

Сводный конспект – сочетает выписки, цитаты, иногда тезисы; часть его текста может быть снабжена планом.

Тематический – дает более или менее исчерпывающий ответ (в зависимости из числа привлеченных источников и другого материала, например, своих же записей) на поставленный вопрос – тему: обзорный; хронологический.

Роль конспекта – чисто учебная: он помогает зафиксировать основные понятия и положения первичного текста и в нужный момент их воспроизвести, например, при написании доклада или подготовке к экзамену.

Способы конспектирования.

- **Тезисы** – это кратко сформулированные основные мысли, положения изучаемого материала. Тезисы лаконично выражают суть читаемого, дают возможность раскрыть содержание. Приступая к освоению записи в виде тезисов, полезно в самом тексте отмечать места, наиболее четко формулирующие основную мысль, которую автор доказывает (если, конечно, это не библиотечная книга). Часто такой отбор облегчается шрифтовым выделением, сделанным в самом тексте.

- **Линейно-последовательная запись текста.** При конспектировании линейно – последовательным способом целесообразно использование плакатно-оформительских средств, которые включают в себя следующие:

- сдвиг текста конспекта по горизонтали, по вертикали;
- выделение жирным (или другим) шрифтом особо значимых слов;
- использование различных цветов;
- подчеркивание;

- заключение в рамку главной информации.

- **Способ «вопросов – ответов».** Он заключается в том, что, поделив страницу тетради пополам вертикальной чертой, конспектирующий в левой части страницы самостоятельно формулирует вопросы или проблемы, затронутые в данном тексте, а в правой части дает ответы на них.

Одна из модификаций способа «вопросов – ответов» - таблица, где место вопроса занимает формулировка проблемы, поднятой автором (лектором), а место ответа – решение данной проблемы. Иногда в таблице могут появиться и дополнительные графы: например, «мое мнение» и т. п.

- **Схема с фрагментами** – способ конспектирования, позволяющий ярче выявить структуру текста, - при этом фрагменты текста (опорные слова, словосочетания, пояснения всякого рода) в сочетании с графикой помогают созданию рационально - лаконичного конспекта.

- **Простая схема** – способ конспектирования, близкий к схеме с фрагментами, объяснений к которой конспектирующий не пишет, но должен уметь давать их устно. Этот способ требует высокой квалификации конспектирующего. В противном случае такой конспект нельзя будет использовать.

- **Параллельный способ** конспектирования. Конспект оформляется на двух листах параллельно или один лист делится вертикальной чертой пополам и записи делаются в правой и в левой части листа.

Однако лучше использовать разные способы конспектирования для записи одного и того же материала.

Комбинированный конспект – вершина овладения рациональным конспектированием. При этом умело используются все перечисленные способы, сочетая их в одном конспекте (один из видов конспекта свободно перетекает в другой в зависимости от конспектируемого текста, от желания и умения конспектирующего). Именно при комбинированном конспекте более всего проявляется уровень подготовки и индивидуальность студента.

Принципы составления конспекта прочитанного.

1. Записать все выходные данные источника: автор, название, год и место издания. Если текст взят из периодического издания (газеты или журнала), то записать его название, год, месяц, номер, число, место издания.

2. Выделить поля слева или справа, можно с обеих сторон. Слева на полях отмечаются страницы оригинала, структурные разделы статьи или книги (названия параграфов, подзаголовки и т. п.), формулируются основные проблемы. Справа – способы фиксации прочитанной информации.

Один из видов чтения – углубленное – предполагает глубокое усвоение прочитанного и часто сохранение информации в целях последующего обращения к ней. Эффективность такого чтения повышается, если прочитанное зафиксировано не только в памяти, но и на бумаге. Психологи утверждают, что записанное лучше и полнее усваивается, прочнее откладывается в памяти. Установлено, что если прочитать 1000 слов и затем записать 50, подытоживающих прочитанное, то коэффициент усвоения будет выше, чем, если прочитать 10000 слов, не записав ни одного. Кроме того, при

записи прочитанного формируется навык свертывания информации. И, наконец, чередование чтения и записывания уменьшает усталость, повышает работоспособность и производительность умственного труда.

1. Резюмирование.

Резюме – краткий итог прочитанного, содержащий его оценку. Резюме характеризует основные выводы книги, главные итоги.

Выбор языковых средств для построения резюме-выводов подчинен основной задаче свертывания информации: минимум языковых средств – максимум информации. Это обычно одно – три четких, кратких, выразительных предложения, раскрывающих, по мнению автора, самую суть описываемого объекта.

2. Аннотация.

Аннотация – краткая обобщенная характеристика печатной работы (книги, статьи), включающая иногда и его оценку. Это наикратчайшее изложение содержания первичного документа, дающее общее представление о теме.

Основное ее назначение – дать некоторое представление о книге (статье, научной работе) с тем, чтобы рекомендовать ее определенному кругу читателей или воспользоваться своими записями при выполнении работы исследовательского, реферативного характера. Поэтому аннотации не требуется изложения содержания произведения, в ней лишь перечисляются вопросы, которые освещены в первоисточнике (содержание этих вопросов не раскрывается). Аннотация отвечает на вопрос: «О чем говорится в первичном тексте?», дает представление только о главной теме и перечне вопросов, затрагиваемых в тексте первоисточника.

Текст аннотации не стандартизирован. В научной литературе можно встретить различные требования к составлению аннотаций. Например, текст справочной аннотации может включать следующие сведения:

- тип и название аннотируемого документа (монография, диссертация, сборник, статья и т. п.)
- задачи, поставленные автором аннотируемого документа
- метод, которым пользовался автор (эксперимент, сравнительный анализ, компиляция других источников)
- принадлежность автора к определенной научной школе или направлению
- структуру аннотируемого документа
- предмет и тему произведения, основные положения и выводы автора
- характеристики вспомогательных иллюстративных материалов, дополнений, приложений, справочного аппарата, включая указатели и библиографию [Методические рекомендации по составлению конспекта, аннотации, написанию доклада. <http://pandia.ru/text/78/346/1343.php>].

Форма отчетности о результатах самостоятельной работы по дисциплине

- собеседование
- текст доклада

- конспект первоисточников

Рекомендуемая литература.

Основная литература:

Погодин, И.А. Психотерапия, фокусированная на диалоге : учебное пособие / И.А. Погодин. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 140 с. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-9765-0885-9; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=103819>

Дополнительная литература:

Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография / Е.Б. Фанталова. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 72 с. : ил. – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-4475-3999-3; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849>

Балашова, С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Электронный ресурс : учебное пособие / Г.И. Дереча / С.В. Балашова. - Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks., экземпляров неограничено

Интернет-ресурсы:

<http://eLibrary.ru/> - Научная электронная библиотека.

URL: <http://www.biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».