

**Современный
Гуманитарный
Университет**

Дистанционное образование

Рабочий учебник

Фамилия, имя, отчество _____

Факультет _____

Номер контракта _____

ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ЮНИТА 1

ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

МОСКВА 2000

Разработано А.Ю.Федотовым, канд. психолог. наук

Рекомендовано Министерством
общего и профессионального
образования Российской Федерации
в качестве учебного пособия для
студентов высших учебных заведений

КУРС: ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Юнита 1. Основы индивидуальной психотерапии.
Юнита 2. Основы групповой психотерапии.

ЮНИТА 1

Изложены основные направления современной психотерапии. Рассмотрены клинические, психологические, социальные, физиологические основы индивидуальной психотерапии. Исследуется роль личности психотерапевта в практике психотерапии. Излагаются основные методы индивидуальной психотерапии.

Для студентов Современного Гуманитарного Университета

Юнита соответствует профессиональной
образовательной программе №1

ОГЛАВЛЕНИЕ

ДИДАКТИЧЕСКИЙ ПЛАН	5
ЛИТЕРАТУРА	6
ТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР	7
1. Предмет и задачи психотерапии	7
1.1. Психотерапия как междисциплинарная отрасль	7
1.2. Психотерапия в широком и узком смысле слова	9
1.3. Понятие психического здоровья, цели и задачи современной психотерапии	10
2. Классификация основных направлений, форм и методов психотерапии	11
2.1. Метод и форма психотерапевтического воздействия	11
2.2. Психоаналитическое, бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое направления в психотерапии	14
2.3. Прямая – косвенная, каузальная – симптоматическая, гетерогенная – аутогенная, индивидуальная – групповая, директивная – недирективная психотерапия	15
3. Суггестивная психотерапия	17
3.1. Гипноз	18
3.2. Внушение	19
3.2.1. Внушение в состоянии бодрствования	20
3.2.2. Внушение в состоянии сна	21
3.3. Гипносуггестия	21
3.3.1. Тесты внушаемости	22
3.3.2. Техники гипносуггестивной психотерапии	22
3.3.3. Дегипнотизация и глубина гипноза	23
3.3.4. Осложнения при гипнотизации	25
3.3.5. Противопоказания к гипнозу	25
3.4. Методики самовнушения	26
4. Психодинамическая (психоаналитическая) психотерапия	29
4.1. Основные принципы психодинамической психотерапии ..	29
4.2. Классический психоанализ З.Фрейда	31
4.3. Индивидуальная психология А.Адлера	37
4.4. Аналитическая психология К.Юнга	40
4.5. Телесно-ориентированная психотерапия В.Райха	44
4.6. Эгопсихология	46
4.7. Неофрейдистские подходы. Современное состояние психоаналитического подхода	47
5. Индивидуальный подход в поведенческой психотерапии	48
5.1. Концептуальная модель поведенческой психотерапии ..	48
5.2. Основные проблемы пациента и методы их преодоления в поведенческой психотерапии	52
5.3. Когнитивная и когнитивно-поведенческая психотерапия ..	53
6. Экзистенциально-гуманистическое направление в индивиду-	

альной психотерапии (феноменологический подход)	58
6.1. Основные принципы феноменологического подхода	58
6.2. Разновидности экзистенциально-гуманистической психо- терапии	60
6.2.1. Гештальттерапия и гештальтпсихология Ф.Перлза	60
6.2.2. К.Роджерс и терапия, центрированная на клиенте	64
6.2.3. В.Франкл и логотерапия	67
ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	71
ГЛОССАРИЙ*	

* Глоссарий расположен в середине учебного пособия и предназначен для самостоятельного заучивания новых понятий.

ДИДАКТИЧЕСКИЙ ПЛАН

Предмет и задачи психотерапии. Психотерапия как междисциплинарная отрасль. Психотерапия в широком и узком смысле слова. Понятие психического здоровья, цели и задачи современной психотерапии.

Классификация основных направлений, форм и методов психотерапии. Метод и форма психотерапевтического воздействия. Психоаналитическое, бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое направления в психотерапии. Прямая – косвенная, каузальная – симптоматическая, гетерогенная – аутогенная, индивидуальная – групповая, директивная – недирективная психотерапия.

Суггестивная психотерапия. Гипноз и внушение. Внушение в состоянии бодрствования. Тесты внушаемости. Методики самовнушения. Техники гипносуггестивной психотерапии. Глубина гипноза. Осложнения при гипнотизации. Противопоказания к гипнозу.

Психодинамическая психотерапия. Основные принципы психодинамической психотерапии. Классический психоанализ З.Фрейда. Индивидуальная психология А.Адлера. Аналитическая психология К.Юнга. Телесно-ориентированная психотерапия В.Райха. Эгопсихология. Неофрейдистские подходы. Современное состояние психоаналитического подхода.

Индивидуальный подход в поведенческой психотерапии. Концептуальная модель поведенческой психотерапии. Основные проблемы пациента и методы их преодоления в поведенческой психотерапии. Поведенческая, когнитивная и когнитивно-поведенческая психотерапия.

Экзистенциально-гуманистическое направление в индивидуальной психотерапии. Основные принципы феноменологического подхода. Разновидности экзистенциально-гуманистической психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

Базовая

- * 1. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. Минск, 1993.
- * 2. Фэйдимен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика личностно–ориентированной психологии. М., 1996.
- * 3. Александров А.А. Современная психотерапия. С.Пб., 1997.

Дополнительная

- * 4. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. С.Пб., 1998.
- * 5. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
- * 6. Фрейд З. Введение в психоанализ. М., 1991.

Примечание. Знаком (*) отмечены работы, использованные при составлении тематического обзора.

1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ

1.1. Психотерапия как междисциплинарная отрасль

Известно, что поведение, включая мысли, чувства, фантазии, действия, оказывает как прямое, так и косвенное воздействие на наше здоровье. Психические заболевания – это поведенческие расстройства, которые приводят к более высокому уровню заболеваемости и смертности. Психопатология обычно ограничивает способность индивида осознавать варианты развития событий и осуществлять свой выбор. Его чувства, мысли, действия и поступки обычно характеризуются ограниченностью, болезненностью, повторяемостью.

Психотерапия (от греч. *psyche* – душа и *therapeia* – лечение) – “это исцеление с помощью беседы” – является медико-психологическим воздействием, направленным на изменение поведения пациента с помощью вербальных и невербальных средств.

В литературе имеется много определений понятия “психотерапия”. Существует большое количество психотерапевтических направлений, методов, поэтому многие определения основываются на тех или иных теоретических концепциях. Так, например, С. Ледер (1993) говорит о психотерапии:

- 1) как о методе лечения, влияющего на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности;
- 2) как о методе оказания влияния или воздействия, приводящем в движение процесс научения;
- 3) как о методе инструментальной манипуляции, служащем целям социального контроля;
- 4) как о комплексе явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

Р.Бастин (1982) определяет психотерапию как особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера. К психологическим средствам относится, прежде всего, речь, а также молчание, затем эмоции и эмоциональные отношения, мимика, различные виды научения, манипуляции в окружающей среде.

Впервые термин “психотерапия” введен в конце XIX в. Д.Н.Тьюком. В опубликованной им в 1878 г. книге “Иллюстрации влияния разума на тело” одна из глав так и названа: “Психотерапия”. Общеупотребительным термин психотерапия становится только в 90 гг. XIX в. в связи с развитием гипноза; психотерапия, рассматриваемая как часть медицины,

* Жирным шрифтом выделены новые понятия, которые необходимо усвоить. Знание этих понятий будет проверяться при тестировании.

претендует на оплату расходов по лечению больных через органы здравоохранения.

Результатом понимания психотерапии в современной немецкоязычной литературе стало определение, данное Х. Штроцка (1982): “Психотерапия – это взаимодействие между одним или несколькими пациентами и одним или несколькими психотерапевтами с целью лечения нарушений поведения или болезненных состояний психологическими средствами, с применением доступных больным приемов, с вполне определенной целью и на основе теории нормального и аномального поведения”. В англоязычной литературе понятие “психотерапия” употребляется для обозначения методов лечения, не использующих приемы психоанализа и отличающихся от психоаналитических способов терапии отказом от попыток исследования глубинных слоев психики больного.

Одним из общепринятых у нас в стране определений является следующее. **Психотерапия** – система лечебного воздействия психологическими средствами на психику, а через нее на весь организм и поведение пациента.

Условиями, необходимыми для успешной деятельности психотерапевта, являются не столько наличие у него специального образования, позволяющего ставить правильный диагноз и назначать тот или иной метод лечения, сколько безоценочное отношение к пациенту и принятие его таким, каков он есть, сострадание и сочувствие к нему, а также искренность и честность поведения. Для того чтобы стать хорошим психотерапевтом, необходимо не только обладать врожденными качествами и личностными особенностями, но и необходимо развить их в себе и научиться ими пользоваться. Последнее определяется многими обстоятельствами. Во-первых, психотерапия стоит на стыке различных областей знаний: медицины, психологии, социологии, философии, а это требует от специалиста большого кругозора и глубоких знаний. Во-вторых, психотерапия – это специфический метод лечения, состоящий из практических методик, требующих от врача при их освоении и проведении умения, терпения и трудолюбия. В третьих, психотерапия – очень трудная специальность, требующая от врача и психолога постоянного эмоционального напряжения и полной самоотдачи.

Культурный уровень общества и особенности культуры и быта народов накладывают отпечаток на особенности психотерапевтических методов и приемов. Многие восточные методики, связанные с йогой, буддизмом, суфизмом, у нас только начинают научно осваиваться и находить свое место в широкой психотерапевтической практике.

Психотерапия давно уже вышла за пределы психиатрии и невропатологии, в недрах которых она зародилась, и широко применяется в наркологии, терапии, особенно при так называемых психосоматических заболеваниях, в акушерстве, дерматологии, педиатрии, стоматологии, хирургии и т.д. Следствием такого понимания психотерапии является распространение ее методов в различных

областях: в педагогике и спорте (эмоционально-психологическая разгрузка, психорегуляция, аутогенная тренировка), на производстве, при подготовке членов экспедиций, в экономике (реклама), в вооруженных силах.

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

- 1) при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии;
- 2) применяются эти средства и методы профессионально, т.е. подготовленными специалистами и персоналом, действующим осознанно и целенаправленно, умеющим научно обосновывать свои действия, воспроизводить их в ходе психотерапии с различными пациентами и оценивать их;
- 3) с помощью психотерапии лечат лиц, страдающих расстройствами психики.

Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения. Талантливые клиницисты всегда использовали технику психотерапии при лечении соматических заболеваний, поэтому одни и те же лекарства, “творящие чудеса” в их руках, были беспомощны в руках других.

Психологические методы воздействия в психотерапии включают в первую очередь языковое общение, которое осуществляется при непосредственном контакте с пациентом или опосредованно: с помощью звукозаписи, радио, телефона, телевидения, кино, посредством печатного слова, музыки, картин и т.д.

Учитывая все многообразие концепций, подходов, методов, можно говорить о существовании психотерапии в трех основных сферах общественного сознания:

- 1) академической, которая предполагает разработку научно обоснованных подходов на базе научного мировоззрения;
- 2) альтернативной, которая основывается на различных исторически обусловленных эзотерических учениях и религиозных системах;
- 3) интуитивной, которая является результатом влияния первых двух на обыденное сознание большинства общества и выражается в явлениях психологической культуры, в отношении к существующей практике оказания психотерапевтической помощи, в общественном мнении, а также в практике бытовой психотерапии и помощи в решениях психологических затруднений.

1.2. Психотерапия в широком и узком смысле

В зависимости от того, насколько широк объем понятия “психологические средства”, различают психотерапию в широком и узком смысле. Психотерапия в широком смысле слова включает социотерапию, лечение средой, трудотерапию; психотерапия в узком

смысле ограничивается воздействием психотерапевта (как метод лечения) на пациента. В этом случае психотерапия тесно связана с такими понятиями, как психогигиена и психопрофилактика, психокоррекция и психическое здоровье. **Психогигиена** – область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия по работе преимущественно со здоровыми людьми, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья. Это комплексная дисциплина, связанная с медициной, психологией, социологией, валеологией.

Психопрофилактика – раздел общей профилактики, изучающий проблемы предупреждения психических расстройств и их хронизации на субклиническом и клиническом уровнях.

Психокоррекция – направленное психологическое воздействие на определенные психические структуры в целях оптимизации развития и функционирования индивида в конкретных условиях жизнедеятельности.

1.3. Понятие психического здоровья, цели и задачи современной психотерапии

Психическое здоровье – многоуровневое качество жизнедеятельности личности, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности.

Общепризнана эффективность применения психотерапии при широком круге расстройств. В первую очередь это касается невротических состояний и других пограничных расстройств психогенной этиологии, некоторых форм психосоматических нарушений, реакций дезадаптации, кризисных состояний. Психотерапия применяется также у пациентов с личностными нарушениями, психическими расстройствами на этапах формирования медикаментозной ремиссии, с алкогольной и другими формами зависимости.

Общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе терапевта с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач:

- 1) помочь пациенту лучше понять свои проблемы;
- 2) устранить эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощрять свободное выражение чувств;
- 4) обеспечивать пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помочь пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

В настоящее время психотерапия включает в себя сочетание и частичное взаимодействие научных знаний и практических подходов и отличается различными психологическими, медицинскими,

антропологическими и социоэкономическими, экологическими и философскими установками и чрезвычайно широким спектром применения.

2. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ, ФОРМ И МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ

2.1. Метод и форма психотерапевтического воздействия

При решении задач психотерапии терапевт пользуется методами и формами психотерапии. Следует различать методы и формы (техники) психотерапии.

Метод психотерапии – конкретный способ реализации общего принципа лечения, вытекающий из понимания сущности психического расстройства в рамках определенной концепции психотерапии.

Всего в настоящее время насчитывается более 400 самостоятельных методов психотерапии. Одной из причин существования различных методов психотерапии является отсутствие достаточно убедительных критериев большей эффективности одних методов по сравнению с другими. Диапазон их очень широк: разговорная психотерапия и другие психотерапевтические подходы гуманистической ориентации, большое число поведенческих приемов, психодрама, разные школы психоаналитического направления и т.п. Каждый психотерапевтический подход претендует на эффективность при лечении почти во всех областях психопатологии. Выбор конкретного метода психотерапии определяется взаимовлиянием конкретных клинических показателей больного и болезни, особенностями его личности и других психологических характеристик, уровнем социально-психологической адаптации пациента, а также структурно-организационной формой проведения психотерапии.

Например, понятие невроза как заблуждения ума, ошибочного мышления породило метод рациональной психотерапии. Представление о неврозе как о расстройстве, вызванном застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, вызвало к жизни метод катарсиса. Понимание невроза как проявления вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения породило психоанализ.

Д.В.Александрович (1979) сделала попытку проанализировать все многообразие значений, в которых используется понятие метода в психотерапии:

- методы психотерапии, имеющие характер техник (гипноз, релаксация, психогимнастика и др.);
- методы психотерапии, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия и др.);

- методы психотерапии в значении инструмента, которым мы пользуемся в ходе психотерапевтического процесса (таким инструментом может быть психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);

- методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода (научение, межличностное взаимодействие, диалог).

Существует огромное количество классификаций психотерапевтических методов лечения. Обозначим некоторые из них.

Классификация методов психотерапии по поставленным целям, разработанная Л.Р. Волбергом, различает 3 типа психотерапии:

1) поддерживающая психотерапия, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов защитного поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие;

2) переучивающая психотерапия, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных;

3) реконструктивная психотерапия, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

Классификация методов психотерапевтического лечения, разработанная И.З. Вельвовским и соавторами (1984), включает следующие разделы:

1. Психотерапия в естественном состоянии бодрствования (рассудочно-ассоциативные формы и приемы; эмоционально-питиетивные и игровые методы; тренировочно-волевые формы; суггестивные формы).

2. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга (гипноз-отдых по К. Платонову; внушение в гипнозе; постгипнотическое внушение; различные формы аутогипноприемов; методы аутогенной тренировки; релаксация по Джекобсону; наркогипноз; гипносуггестия при электросне и др.).

3. Психотерапия при стрессе, вызванном: 1) психическим путем – испугом, острым положительным или отрицательным переживанием; 2) фармакологическими или болевыми агентами; 3) физическими агентами (прижигание термокаутером); 4) “нападением врасплох”, посредством эфирной маски, по А.М. Свядощу, усиленным гиперпноэ, по И.З.Вельвовскому и И.М.Гуревичу.

Из всего многообразия методов психотерапии среди практических врачей сейчас наиболее распространены следующие:

1) суггестивная психотерапия (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая

психотерапия, наркопсихотерапия);

2) самовнушение (аутогенная тренировка, метод Куэ, метод Джекобсона);

3) рациональная психотерапия;

4) групповая психотерапия;

5) игровая психотерапия;

6) семейная психотерапия;

7) условно-рефлекторная психотерапия.

Все чаще применяется психоанализ, транзактный анализ, гештальттерапия и др. Внутри каждого из этих методов существуют десятки, сотни методик, это объясняется тем, как замечает С. Шкода, что мечтой каждого честного психотерапевта является создание нового, необычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психотерапии.

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

- при острой истерической симптоматике применяется суггестия;

- при вегетативных нарушениях – аутогенная тренировка;

- при жизненных трудностях – “разговорная” терапия;

- при фобиях – поведенческая терапия;

- при характерологических нарушениях – гештальттерапия, психодрама;

- при расстройствах, связанных с семейными проблемами, - семейная психотерапия;

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

Способ применения того или иного метода психотерапии называется формой психотерапевтического воздействия. **Форма психотерапии** – организация и структура взаимодействия терапевта и пациента в процессе реализации того или иного метода психотерапии.

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

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует *направление* психотерапии. В отдельных направлениях психотерапии выделяют отдельные методы, внутри каждого метода – различные методики и приемы.

2.2. Психоаналитическое, бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое направления в психотерапии

Наибольшее развитие и признание получили 3 психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы:

- 1) психоаналитическое (психодинамическое, динамическое);
- 2) бихевиористское (поведенческая психотерапия);
- 3) гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, гештальттерапия).

В отечественной психотерапии в последние годы выделяют следующие основные направления:

- 1) личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию (Карвасарский Б.Д.);
- 2) суггестивную психотерапию;
- 3) поведенческую психотерапию;
- 4) эмоционально-стрессовую психотерапию (Рожнов В.Е.).

Психоаналитическая (динамическая) психотерапия главным образом акцентирует свое внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения – через особые когнитивные способности (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос, трансфер), – который приобрел постоянную повторяемость и таким образом влияет на здоровье пациента. *Психоаналитическая психотерапия* – это метод лечения психических расстройств, который применяет беседу для изменения поведения пациента. Целью ее является выявление характерных проблем, возникших у пациента в жизни; намерение – достижение изменений поведения; ориентация на психоанализ. **Психоанализ** – теория общего психического развития, происхождения неврозов, а также метод психотерапии, разработанный З. Фрейдом и его последователями на основе представления о главенствующей роли бессознательных процессов в жизнедеятельности индивида. Психоанализ включает: толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и т.д.), юмора, анализ переноса.

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

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

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

Бихевиоризм – направление в психологии, принимающее в качестве объекта научного психологического исследования лишь поведенческие акты, доступные наблюдению и достоверной регистрации. Поведение понимается здесь как совокупность реакций организма на воздействие среды в виде фиксируемых стимулов. Бихевиоризм является теоретической основой поведенческой психотерапии. Поведенческая психотерапия – одно из ведущих направлений современной психотерапии. Цель поведенческой психотерапии – формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль.

Гуманистическая психология рассматривает в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз – как результат блокирования этой потребности.

Экзистенциально-гуманистический подход (феноменологический подход) - считает, что каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность – феноменологией. Сторонники этого направления убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Феноменологический подход сосредотачивается на таких качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них.

2.3. Прямая – косвенная, каузальная – симптоматическая, гетерогенная – аутогенная, индивидуальная – групповая, директивная – недирективная психотерапия

Психотерапию систематизируют по характеру воздействия (прямая – косвенная); по этиопатогенетическому принципу (каузальная – симптоматическая); по цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая); по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная); по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая); по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная); по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая); по тактике воздействия (выборочная, комбинированная или комплексная); по числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная – групповая), директивная – недирективная и др.

Каузальная психотерапия – психотерапия, основанная на принципах анализа причинности в социальной сфере и устойчивых представлениях о конкретных причинных связях (каузальной схеме). К

формам каузальной психотерапии можно причислить отдельные методики рациональной психотерапии, когнитивную психотерапию, психодинамическую психотерапию, личностно-реконструктивную и др.

Симптоматическая психотерапия – психотерапевтические формы и методы, ориентированные на устранение и ослабление симптоматики психического расстройства. К формам симптоматической психотерапии можно отнести внушение, аутогенную тренировку, поведенческую психотерапию и др.

Гетерогенная психотерапия – психотерапия, при организации которой основную психотерапевтическую роль играет специфически организованное взаимодействие терапевта (терапевтов) и пациента (группы пациентов).

Аутогенная психотерапия – психотерапевтические методики, в которых основную психотерапевтическую роль играет воздействие специально обученного пациента на самого себя.

Директивная психотерапия – включает формы психотерапии, при использовании которых психотерапевт берет на себя роль руководителя и организатора психотерапевтического процесса с возложением на себя ответственности за достижение искомых целей и задач. К данному направлению относятся методики поведенческой психотерапии, гипноза, внушения и позитивной психотерапии.

В.Т. Кондрашенко и Д.И. Донской в книге “Общая психотерапия” (1997) сформулировали следующие основные правила психотерапии:

- Психотерапия может быть только клинической. Практикующий психотерапию прежде всего должен правильно поставить диагноз и оценить динамику заболевания, которое он лечит.

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

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

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

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

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

- Любой, даже самый опытный, психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и теоретическую базу, на которой эти методы основаны.

Психотерапия, так же как и любая другая отрасль практической психологии, должна держаться на трех “китах”: практике, знаниях (теории) и профессионализме.

3. СУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Суггестивная психотерапия – группа методов, в основе которых в качестве ведущего лечебного фактора выступает внушение или самовнушение. Внушение может реализовываться в состоянии бодрствования или гипнотического погружения. Такие необычные состояния психики человека, как внушаемость и гипноз, использовались еще в доисторическом прошлом. Внушение в бодрствующем состоянии и в гипнозе использовали жрецы и шаманы, вожди и полководцы, целители и мистификаторы.

В одном из самых древних источников о способах врачевания – египетском папирусе Эберса – содержится описание 900 прописей целительных трав и снадобий. Но самым примечательным является начало папируса, которое звучит примерно так: “Слова, которые следует произносить четко и произносить часто, как только возможно, прикладывая лекарство к больным членам, для того, чтобы уничтожить поразившие их страдания: “Изис, освободившая Озириса, избавившая Гора от злополучных деяний, его брата Сета, убившего своего отца Озириса, о, Изис, великая богиня заклинаний! Освободи и меня от всего злого, от боли и злоумышленных действий, освободи меня от бога и богинь страдания, от смерти, от того, что проникло в меня...”. Во всем тексте папируса настойчиво проводится мысль о необходимости сопровождать принятие каждого лечебного средства обращением к богам и духам.

Одним из наиболее искусных древних психотерапевтов, согласно книгам Нового Завета, был Иисус Христос. В восьмой главе Евангелия от Матфея описывается, как Христос исцелил двух “весьма свирепых”, переселив из них стадо бесов в стадо свиней: “И он сказал им: идите. И они, вышедши, пошли в стадо свиное. И вот все стадо свиней бросилось с крутизны в море и погибло в воде” (стих 32). В другой главе рассказывается об исцелении словом слепых и немых.

Светоний и Тацит свидетельствуют, что царь Пирр и император Веспасиан излечивали прикосновением большого пальца правой ноги. Короли Франции и Англии исцеляли своих подданных наложением руки.

Широко распространено внушение и самовнушение в странах Востока, особенно в Индии. Швейцарский этнограф Л.Штоль в своей книге “Гипноз и внушение в психологии народов” рассказывает о том, как йог Харид посредством самовнушения погрузил себя в состояние, близкое к анабиозу, пробыл в таком состоянии в деревянном ящике без пищи и воды в течение 40 дней.

3.1. Гипноз

Гипноз – временное измененное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование имеет многовековую историю, что отмечалось выше. Учение о гипнозе связано с именем венского врача Ф.А.Месмера (1734-1815), создавшего теорию, сущность которой состоит в следующем: Вселенная пронизана особого рода невидимой субстанцией – магнетическим флюидом, и отдельные, особо одаренные личности обладают способностью накапливать в себе магнетические флюиды, а затем передавать их другим людям (непосредственно или посредством специальных приспособлений). Однако термин “гипноз” впервые был применен английским хирургом Дж.Брэйдом (1795-1860), книга которого, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. Он рассматривал гипноз как особый вид сна, наступающий в результате утомления сосредоточенного взора и внимания, расслабления мышц и замедленного дыхания. Дж.Брейд одним из первых отметил тот факт, что восприимчивость людей к гипнотизации – гипнабельность – неодинакова и зависит не столько от личности гипнотизера, сколько от состояния нервной системы пациента. Дж.Брейд убедился в особой силе внушения в состоянии гипноза и использовал этот эффект как метод лечения истерических параличей, припадков.

С конца 70-х гг. XIX в. французский невропатолог Ж.М.Шарко (1825-1893) начинает изучать гипноз на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа Шарко занималась клиническим применением гипноза, а также изучением его стадий. В этом с ней соперничала Нансийская школа, главой которой был И.Бернгейм. Он считал, что стадии гипноза, которые наблюдал Шарко, обусловлены внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого гипноза. Ошибок же не избежала ни одна из школ. Если Шарко, идентифицируя гипноз с истерией, ограничил рамки его лечебного применения, то И.Бернгейм и его сторонники, отождествляя гипноз и внушение, тем самым отрицали самостоятельность гипноза и существование его вне сферы вербального воздействия.

Существенный вклад в науку о гипнозе внесли и другие зарубежные ученые: О.Веттерстранд, Р.Крафт-Эбинг, А.Форель и др. В нашей стране теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучали В.Я.Данилевский (1852-1939), А.А.Токарский (1859-1901), В.М.Бехтерев (1857-1927), И.П.Павлов (1849-1936), их многочисленные ученики и последователи.

И в наши дни актуальны взгляды на природу убеждения, внушения

и гипноза, высказанные В.М.Бехтеревым. Убеждение, по его мнению, входит в сферу психической деятельности при посредстве личного сознания, усваивается нами путем обдумывания и осмысленной переработки, становясь прочным достижением нашего Я.

Внушение сводится к непосредственной передаче тех или других психических состояний от одного лица другому – передаче, происходящей без участия воли воспринимающего лица и нередко даже без ясного с его стороны сознания.

Гипноз, по В.М.Бехтереву, представляет собой “не что иное, как искусственно вызванный видоизмененный нормальный сон”, при котором сохраняется контакт с гипнотизером.

Теоретическая разработка механизмов гипноза связана, прежде всего, с именами И.П.Павлова. И.П.Павлов и его ученики считали, что физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. Изменение экстенсивности и интенсивности тормозного процесса выражается в различных стадиях гипноза, клинически хорошо описанных. По И.П.Павлову, гипноз – это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется “сторожевой” пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым. Однако необходимо отметить, что представление о гипнозе как частичном сне при нейрофизиологических исследованиях не подтвердилось.

В психоаналитических теориях гипноза первоначально акцентировалось внимание на удовлетворении инстинктивных желаний человека. Зигмунд Фрейд считал, что гипноз – это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям. Этот феномен перенесения создает, по мнению З.Фрейда, неодолимую власть гипнотизера по отношению к гипнотизируемому.

В последние годы гипноз рассматривается преимущественно с позиций психологии Я. В экспериментальной психологии существуют также концепции, придающие значение в гипнозе социо-культурным факторам, фактору взаимоотношений, сенсомоторным феноменам. К настоящему времени разрыв, разделявший физиологов, психоаналитиков и психологов-экспериментаторов в понимании природы гипноза, начинает уменьшаться, наблюдаются попытки формирования интегративных психофизиологических взглядов на сущность гипноза (В.Е.Рожнов, 1985; Р.Д.Тукаев, 1996; Л. Шерток, 1992, и др.).

3.2. Внушение

Под внушением понимают различные способы вербального и невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к

определенным действиям. Внушение отличается от убеждения прежде всего тем, что информация при нем воспринимается без должной критической обработки. В.М. Бехтереву принадлежат слова: “Внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с парадного входа, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа – критику”.

Путем внушения вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия личности.

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние.

Предлагаются различные классификации внушения: *гетеросуггестия* – внушение, производимое другим лицом, и *аутосуггестия* – самовнушение; *прямое внушение* – реализуемое непосредственно через слово врача, и *косвенное внушение* – реализуемое врачом при помощи дополнительного раздражителя; *контактное* (предполагающее непосредственное воздействие на те или иные части тела гипотизируемого) и *дистантное* (внушение осуществляется через визуальный, аудиальный, обонятельный контакт без контакта с телом) *внушение*. В психотерапевтической практике используются соответствующие приемы внушения в бодрствующем состоянии, в состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна.

3.2.1 Внушение в состоянии бодрствования

Внушение в состоянии бодрствования присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе психолога с пациентом, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния пациента и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение самочувствия, так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение пациента в его эффективности. Эффект внушения тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет психотерапевта, производящего внушение. Не последнюю роль при этом методе психотерапии имеет аффективное состояние пациента. Подмечено, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и создают возможность осуществления массового внушения наяву (при боевых действиях, на митингах и т.д.). Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом неврозе, алкоголизме и табакокурении, с целью коррекции девиантного поведения. Существует несколько вариантов техники внушения наяву, но у опытного психотерапевта она каждый раз иная.

Вариант 1. После предварительной беседы психотерапевт усаживает пациента напротив себя и, пристально глядя ему в глаза, повелительным, не вызывающим возражений голосом повторяет несколько раз: “Вы безразличны к алкоголю, вы будете отказываться от алкоголя везде, где бы вам его не предлагали”.

Вариант 2. Пациент ложится на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает психотерапевта, который проводит внушение. Рекомендовано предварительно проводить внушение полного безволия, полного подчинения. “Вы не спите, - говорит врач, - вам совершенно не хочется спать, но вы не оказываете сопротивления, вы полностью подчиняетесь мне, и все будет так, как я вам говорю...” Далее следует внушение, которое можно рассматривать как вариант гипносуггестии.

3.2.2. Внушение в состоянии сна

Внушение в состоянии естественного сна эффективно в силу того, что верификация внушаемой информации в силу изолированности сигналов бывает очень низкой, а эффект внушения высоким. Внушение более действенно, если сказанное во время внушения после просыпания подвергалось амнезии.

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

Вариант 2. (Чаще применяется при коллективных сеансах.) С пациентами проводится предварительная беседа, во время которой им объясняется смысл лечения. Им говорят, что ночью они будут спать, но сквозь сон услышат сигнал (например, счет до 10) и слова внушения. Текст внушения записывают на ленту магнитофона и предварительно дают прослушать пациентам в бодрствующем состоянии. Внушение проводится непосредственно врачом или с помощью магнитофонной записи.

3.3. Гипносуггестия

Еще В.М.Бехтерев разграничивал такие понятия, как внушение, внушаемость и гипноз. В психотерапии можно выделить терапию внушением (без применения гипноза), терапию посредством гипноза и терапию внушением в состоянии гипноза.

Наиболее широкое распространение получил метод внушения в гипнозе. В основе метода лежит тот факт, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации, следовательно, повышается внушаемость. Весь процесс лечения можно разделить на несколько периодов: подготовительный, гипнотизации,

лечебного внушения в состоянии гипноза, дегипнотизации с постгипнотическим внушением.

3.3.1. Тесты внушаемости

В период, предшествующий гипнотизации, психотерапевтом проводится специальная работа с пациентом: оборудуется помещение для лечения, проводится предварительная беседа с пациентом, многими врачами используются пробы на внушаемость. До сих пор, правда, еще не доказано, что внушаемые пациенты более восприимчивы к гипнозу, чем невнушаемые. Однако в ряде случаев тесты на внушаемость могут быть необходимы самим гипнологам (особенно начинающим), т.к. они помогают им обрести уверенность в собственных возможностях, а также укрепить доверие сомневающимся.

Приведем примеры нескольких проб на внушаемость.

Проба 1. Пациенту предлагают вытянуть руки вперед ладонями внутрь. Под предлогом неврологического исследования просят фиксировать взгляд на молоточке, одновременно внушают: “Ваши руки расходятся в стороны. Шире. Еще шире”. При повышенной внушаемости руки расходятся в стороны.

Проба 2. Перед испытуемым ставят штатив с тремя пробирками и под предлогом исследования обоняния императивным тоном заявляют: “Вот три пробирки: в одной была вода, во второй – керосин, в третьей – духи. Укажите мне пробирку, где был керосин”. Способность испытуемого четко дифференцировать несуществующие запахи свидетельствует о его повышенной внушаемости.

Проба 3. Испытуемому дают в руки нитку с грузиком на конце (маятник Шевроле). Внушают: “Сейчас вы, не двигая рукой, будете думать, только думать, что груз качается от вас ко мне. Думайте”. Вскоре груз начинает действительно качаться в заданном мыслью направлении. Этот тест основан не столько на внушаемости, сколько на других эффектах, но такие приемы усиливают внушаемость.

3.3.2. Техники гипносуггестивной психотерапии

В настоящее время насчитывают более ста методов гипнотизирования. Они осуществляются воздействием на тот или иной анализатор: зрительный, слуховой, кожный. В лечебной практике обычно применяют две группы методов: методы воздействия многократно повторяющимися монотонными раздражителями на различные анализаторы и шоковые методы, при которых гипноз вызывается действием сильного внезапного раздражителя (громкий звук, вспышка света) в сочетании с категорическим приказом: “Спать!” Приведем несколько методов гипнотизации.

Метод Фария, или фасцинации. **Фасцинация** – (лат. – очаровывание) метод введения пациента в состояние гипнотического

транса посредством концентрации его взгляда на глазах гипнотизирующего, врач же концентрирует свой взгляд на переносице пациента, раскачивания его тела и словесного внушения. Метод требует от психотерапевта определенной тренировки.

Метод пассов – этим способом пользовался еще Ф.А.Месмер – гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по направлению от головы к ногам.

Техника В.Е.Рожнова. Сущность метода состоит в том, что пациенту предлагается концентрировать свой взгляд на каком-нибудь предмете (например, на блестящем металлическом шарике) до тех пор, пока не наступит гипнотическое состояние. В качестве монотонных раздражителей используются звук метронома, дождя, морского прибора и т.д. Возникшее естественное утомление глаз и желание закрыть их способствуют наступлению сна.

Метод Шарко. Шоковый метод гипнотизации – метод введения пациента в гипнотический транс посредством внезапного и интенсивного воздействия на его тело или органы чувств, с одновременным резким императивным внушением искомого состояния со стороны терапевта. Многие больные при таком воздействии сразу погружаются в гипнотический транс.

Метод Фогта – Кречмера. Фракционный гипноз – метод введения в гипнотическое состояние малогипнабельных пациентов, заключающийся в неоднократном повторении циклов погружения и выведения пациента из состояния частичного гипноза с проговариванием способствующих и препятствующих погружению ощущений.

Метод сближения рук. Пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локтевых суставах под углом 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, говоря ему: “Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики сойдутся, вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном”. Существует ряд других способов гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается на несколько анализаторов.

3.3.3. Дегипнотизация и глубина гипноза

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить не спеша. Быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Перед выведением из гипнотического состояния пациента предупреждают: “Через полминуты я выведу вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифре три вы проснетесь. Раз – освобождаются от сковывающего действия руки. Два – освобождаются ноги и все тело. Три – вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие хорошее. Вы хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно”.

И.З.Вельвовский и соавторы (1985) рекомендуют следующие этапы дегипнотизации:

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

Длительность сеанса гипноза определяется задачами гипнотизации (лечебной, исследовательской, учебной и др.).

Между состоянием бодрствования и глубоким гипнозом целая гамма промежуточных состояний. Шкала Дэвиса и Хусбенда содержит тридцать стадий гипноза.

Таблица 1

Шкала Дэвиса и Хусбенда

Глубина гипноза	Стадия гипноза	Признаки
Невосприимчивость Гипноидность	0	-
	1	-
Легкий транс	2	Релаксация
	3	Хлопанье веками
	4	Закрывание глаз
	5	Полная физическая релаксация
	6	Офтальмоплегия
Средний транс	7	Каталепсия конечностей
	10	Ригидная каталепсия
	11	Анестезия по типу «перчаток»
	13	Частичная амнезия
	15	Постгипнотическая амнезия
Глубокий транс	17	Изменение личности
	18	Простые постгипнотические внушения
	20	Кинестетические иллюзии; полная амнезия
	21	Способность открывать глаза, не выходя из транса
	23	Фантастические постгипнотические внушения
	25	Полный сомнамбулизм
	26	Позитивные постгипнотические зрительные галлюцинации
	27	Позитивные постгипнотические слуховые галлюцинации
	28	Системная постгипнотическая амнезия
	29	Негативные слуховые галлюцинации
	30	Негативные зрительные галлюцинации

Принято выделять три стадии гипноза:

1) *легкий гипноз* (сонливость) – пациент находится в легком дремотном состоянии, но может противостоять словесным внушениям. По субъективному отчету пациент спящим себя не считает;

2) *средний гипноз* (гипотоксия) – выраженная сонливость, мышечная слабость, пассивная подчиняемость внушению. Ориентировка сохраняется. Отмечается частичная постгипнотическая амнезия;

3) *глубокий гипноз* (сомнамбулизм) – характеризуется нарушением ориентировки и полной постгипнотической амнезией. Пациент поддерживает раппорт только с гипнотизером. Возможно внушение галлюцинаторных переживаний.

3.3.4. Осложнения при гипнотизации

Осложнения при гипнотизации встречаются крайне редко. Остановимся на некоторых из них.

Утрата раппорта во время сеанса. Гипнотический транс переходит в обычный сон. Гипнологу нужно или окончить сеанс или, разбудив пациента, начать гипнотизацию сначала.

Спонтанный катарсис. Во время гипноза у больного могут вспыхнуть травмировавшие его раньше воспоминания, появляются слезы, рыдания, экспансивные движения. Эмоциональная реакция подавляется прямым приказом успокоиться и продолжать спать.

Истерический гипноид. Во время сеанса возникает истерический припадок со вскрикиваниями, хохотом, театральным разыгрыванием судорог. В этих случаях в повелительном тоне нужно прекратить сеанс и успокоить пациента.

Спонтанный сомнамбулизм. Возникает так же, как и истерический гипноид, преимущественно у истерических личностей. Пациент спонтанно впадает в сомнамбулическое состояние, теряет ориентировку, галлюцинирует, ходит по помещению. Утрата раппорта лишает врача возможности влиять на поведение пациента. Нужно попытаться вступить в контакт с пациентом, используя его же поведение и речевую продукцию.

Гипнотическая летаргия. Возникает обычно в третьей стадии гипноза. Психотерапевт утрачивает раппорт с пациентом и лишается возможности вывести его из гипноза. Нужно дождаться, когда гипнотический транс перейдет в естественный сон, дать пациенту выспаться, затем провести с ним беседу.

3.3.5. Противопоказания к гипнозу

Противопоказанием к гипносуггестии являются, прежде всего, шизофрения с бредом отношения или физического воздействия, психозы.

Противопоказано лечение гипнозом лицам с выраженной

дебильностью, а также лицам, у которых гипнотизация провоцирует эпилептиформные припадки.

К числу противопоказаний следует отнести болезненные состояния, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, лихорадкой.

Не применяют гипносуггестию у людей с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения.

Не рекомендуется использовать внушение как обезболивающее средство в случаях, когда боль является сигналом нераспознанного болезненного состояния (флегмозный аппендицит, внематочная беременность).

Лечение гипнозом противопоказано истерическим личностям с гипноманическими установками. Психотерапевту (особенно мужчине) следует избегать повторных сеансов гипноза с теми женщинами, у которых возникает чрезмерное чувство привязанности к лечащему терапевту.

3.4. Методики самовнушения

Самовнушение, или аутосуггестия, - это процесс внушения, адресованный самому себе. Самовнушение позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями.

Сущность самовнушения, по И.П.Павлову, заключается в концентрированном раздражении определенной области коры головного мозга, которое сопровождается сильнейшим интересом всего организма. В исключительных случаях при самовнушении даже уничтожение организма может происходить без малейшей физической борьбы с его стороны. Действие самовнушения, согласно теории А.А.Ухтомского, объясняется концентрированным раздражением определенного участка коры, т.е. возникновением доминанты на фоне сниженного коркового тонуса.

В.Н.Куликов отмечает, что самовнушение формируется в филогенетическом и онтогенетическом планах на базе внушения.

Самовнушение может быть произвольным и непроизвольным. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестию факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд. Произвольное самовнушение возможно, если сосредоточить мысли и внимание на каком-либо одном представлении.

Самовнушение является основой различных методов психотерапии: аутогенной тренировки, медитации, релаксации, йоги.

Аутотренинг – активный метод психотерапии, психогигиены и психопрофилактики, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стресса.

Транс – (франц. – оцепенение) измененное состояние сознания, являющееся результатом гипнотизации, характеризуется полной или частичной утратой самоосознания при способности поддерживать связь с гипнотизером (раппорт), а также выполнять достаточно сложные действия. Транс рассматривается и как расстройство сознания в случаях его спонтанного возникновения при некоторых психических заболеваниях.

Саморегуляция – в широком смысле – целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности, выражающееся в адекватном приспособлении к условиям окружающей среды. В узком смысле – это целенаправленное использование пациентом измененного состояния сознания для управления недоступными в “обычном состоянии сознания” физиологическими и психическими процессами.

Медитация – (лат. – размышление) интенсивное, проникающее в глубь созерцание, погружение сознания в суть предмета, идеи, которое достигается путем сосредоточенности на одном и устранении из сознания всех мешающих факторов как внешних, так и внутренних.

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

Произвольное самовнушение (метод Э.Куэ). Сознательное самовнушение по Э.Куэ – это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными.

После предварительной беседы психотерапевта с пациентом составляется формула самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Формула должна быть простой, состоящей из нескольких слов, максимум из 3-4 фраз и всегда носить позитивное содержание. Например, “Я здоров” вместо “Я не болен”.

Во время сеанса человек занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз монотонно произносит одну и ту же формулу самовнушения. Сеанс самовнушения продолжается 3-4 минуты, повторяется 2-3 раза в день в течение 6-8 недель.

Куэ рекомендовал использовать для проведения сеансов просоночные состояния утром при пробуждении или вечером при засыпании.

Прогрессивная мышечная релаксация (метод Э.Джекобсона). Э.Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение – их релаксацией. По мнению Э.Джекобсона, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц, можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.

Лечение начинается с беседы психотерапевта с пациентом, в ходе которой объясняется механизм лечебного воздействия. Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.

Первый этап. Пациент ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. Второе упражнение – сокращение и расслабление бицепсов и т.д.

Второй этап. Пациент в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее – расслаблять при письме, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Пациенту предлагается самому определить, какие группы мышц больше всего напрягаются при определенных отрицательных эмоциях или болезненных состояниях. Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.

Аутогенная тренировка (метод И.Шульца). Аутогенная тренировка – это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень).

Создателем метода аутогенной тренировки является Иоганс Генрих Шульц, ему же принадлежит и термин “аутогенная тренировка”. Аутогенная тренировка по своему характеру является методом синтетическим. В его основе лежат находки древнеиндийской системы йогов, опыт исследования ощущений людей, погружаемых в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школы психотерапевтов (Э.Куз, Ч.Бодуэн), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций и опыт применения мышечной релаксации (Э.Джекобсон), а также рациональная психотерапия (П.Дюбуа).

Методика аутогенной тренировки И.Шульца называется классической и состоит из 2 ступеней: 1-я, или начальная (АТ-1) и 2-я, высшая (АТ-2).

Техника АТ-1. Перед началом тренировки с пациентами проводится беседа, в которой в доступной форме объясняются физиологические основы метода, механизма воздействия на организм тех или иных упражнений. И.Шульц считал, что при значительном расслаблении поперечно-полосатой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные функции организма.

Сеансы самовнушения проводятся 3-4 раза в день. Первые 3 месяца длительность каждого сеанса не превышает 1-3 минуты, затем увеличивается, но не превышает 30 минут. Не менее 1 раза в неделю проводятся сеансы групповой тренировки под наблюдением врача. На

первом этапе необходимо овладеть 6 упражнениями. После этого наступает 2-й этап лечения – АТ-2, который длится 6 месяцев. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9-12 месяцев.

Сеансы проводятся лежа или сидя, голова склоняется вперед, кисти и предплечья на коленях, ноги удобно расставлены.

Упражнение 1: вызывание ощущения тяжести. Мысленно повторяют: “Я совершенно спокоен” (1 раз); “Моя правая (левая) рука тяжелая” (6 раз); “Я спокоен” (1 раз). После 4-6 дней упражнений ощущение тяжести в руке становится отчетливым. Далее таким же образом чувство тяжести вызывается в обеих руках, в обеих ногах, во всем теле. Каждое упражнение должно начинаться и заканчиваться словами: “Я спокоен”.

Упражнение 2: “Вызывание ощущения тепла”.

Упражнение 3: “Регуляция ритма сердечной деятельности”.

Упражнение 4: “Регуляция дыхания”.

Упражнение 5: “Влияние на органы брюшной полости”.

Упражнение 6: “Вызывание ощущения прохлады в области лба”.

Приведенные упражнения являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему и вегетовисцеральные функции организма.

Техника АТ – 2. К высшей ступени аутогенной тренировки И.Шульц относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностями к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний. В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация.

Упражнение 1: медитация на цвете. После исполнения 6 упражнений нижней ступени пациент, не меняя позы, мысленно концентрирует свое сознание на образах характерного цвета: заснеженные горные вершины... зеленый луг... синий цветок. Во время упражнений пациент должен стремиться удерживать в сознании представление о цвете, а не о конкретных формах предметов. Упражнение повторяется до тех пор, пока пациент не научится визуализировать цветные образы.

Упражнение 2: медитация на образе определенного цвета.

Упражнение 3: медитация на образе.

Упражнение 4: медитация на абстрактной идее.

Упражнение 5: медитация на эмоциональном состоянии.

Упражнение 6: медитация на человеке.

Упражнение 7: “ответ бессознательного”.

4. ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ (ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ

4.1. Основные принципы психодинамической психотерапии

В предыдущей главе уже была дана краткая характеристика психодинамического направления в психотерапии. Следует еще

отметить, что психодинамическая психотерапия (известная также под названием психоаналитическая психотерапия) разделяет с другими видами психотерапии одно общее для всех определение: взаимодействие, главным образом, вербальное, двух лиц, в котором одно призвано стать “оказателем” помощи, а другое – его “получателем”. Психоаналитическая психотерапия использует специфические технические средства и особое понимание психического функционирования для выбора и проведения соответствующего вмешательства со стороны терапевта.

Прошлое индивида существует в его настоящем благодаря памяти и биологии. Ожидаемое предсказание настоящего и будущего формируется на основе опыта прошлого и биологии. Исследуя настоящее значение событий в контексте прошлого, психотерапевт-психоаналитик стремится изменить эти “организующие” системы его поведения, способствуя тому, чтобы информация и опыт организовались в будущем по-другому.

Психодинамический подход включает шесть основных принципов: динамический, экономический, структурный, генетический, адаптивный, топографический. На этих принципах основывается психодинамическое наследие, для которого наиболее существенными являются следующие положения:

1. Главное значение имеют человеческие инстинктивные импульсы, их выражение и трансформация, их подавление, посредством которого удается избежать болезненных чувств, переживаний неприятных мыслей, желаний, воздействия сознания.

2. Вера, что такое подавление является сексуальным или агрессивным, что причиной расстройства является неправильное психосексуальное развитие.

3. Идея, что корни неправильного психосексуального развития находятся в далеком прошлом, в детских конфликтах или травмах (особенно это касается родительского эдипова комплекса, выраженного в классическом желании противоположного по полу родителя).

4. Уверенность в сопротивлении эдипова комплекса, его быстром восстановлении.

5. Мысль о том, что, по существу, мы имеем дело с борьбой между биологическими внутренними импульсами (или инстинктами - Ид) и выступающим в роли защиты по отношению к внешней реальности Эго – в общем контексте моральных правил или стандартов (Супер-Эго).

6. Приверженность концепции психического детерминизма, согласно которой, психические феномены не изменяются случайно, а связаны с событиями, которые предшествуют им, и, если не делаются осознанными, невольно являются основанием для повторения.

Психодинамическая психотерапия основана на принципах функционирования психики и психотерапевтических приемах, первоначально разработанных Зигмундом Фрейдом, а затем продолженных и расширенных Карлом Юнгом, Альфредом Адлером,

Вильгельмом Райхом и другими психологами.

Психодинамический способ мышления означает учет влияния бессознательных психических сил, взаимодействующих динамически с процессами защиты, аффекта и мышления для достижения приспособляемости, большей или меньшей адаптации. Понимание природы и значения этих процессов помогает выбрать лечение, соответствующее потребностям и возможностям пациента, осмыслить уникальные, подверженные изменениям решения и компромиссы, к которым приходит каждый человек.

Х. Куртис, на основании психоаналитических принципов и концепций психического функционирования, дал некоторые основополагающие технические рекомендации для психоаналитической психотерапии:

- 1) определи решающие динамические вопросы с целью локализации и ограничений предпринимаемых терапевтических действий;
- 2) не касайся аспектов личности, не имеющих близкого отношения к центральной проблеме;
- 3) фокусируй внимание на текущих взаимоотношениях пациента и защитных механизмах личности;
- 4) поддерживай адаптивные навыки и ресурсы пациента;
- 5) создай устойчивую, восприимчивую атмосферу поддержки и уважения;
- 6) поощряй более адаптивные способы устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

4.2. Классический психоанализ З.Фрейда

Работа Зигмунда Фрейда, начавшаяся в специализированных областях неврологии и психиатрии, выработала представления о личности, которые оказали огромное влияние на всю западную культуру. Его точка зрения на человека и его положение, резко расходившаяся с общепринятыми взглядами его современников, представляет собой сложный и убедительный способ рассмотрения нормального и ненормального развития.

Работа Фрейда противоречила культурным, религиозным, социальным и научным запретам. Он создал новые подходы в лечении душевнобольных. Постоянно пересматривал и перерабатывал свои взгляды. Попытаемся в доступной форме изложить основные положения учения Фрейда.

Все мышление Фрейда строится на предпосылке, что тело – единственный источник душевного опыта.

Психический детерминизм. З.Фрейд полагал, что в душевной жизни нет перерывов и непоследовательности. Каждое возникшее воспоминание, мысль, чувство или действие имеют свою причину. Каждое душевное событие вызывается сознательным или

бессознательным намерением и определяется предшествующими событиями. Некоторые события “кажутся” возникшими спонтанно, Фрейд начинает искать и находит скрытые связи, которые соединяют одно сознательное событие с другим.

Сознательное, бессознательное, предсознательное. Топографическая модель. В психической жизни индивида З. Фрейд выделял три основных уровня, связанных между собой по вертикали: сознание, предсознание и бессознательное. Бессознательное и предсознательное отделены от сознания особой психической инстанцией – “цензурой”, которая вытесняет из сознания и оказывает сопротивление активному бессознательному, стремящемуся проявиться в сознании.

Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, невидимую, - бессознательное. В этой нижней части айсберга находятся основные запасы психической энергии, побуждения и инстинкты. Все психические процессы связаны между собой по вертикали и горизонтали.

Карл Юнг писал, что “нет необходимости характеризовать то, что мы называем “сознанием”. Оно соответствует “сознанию” философов и обыденного смысла”.

Бессознательное. Фрейд считал, что если мысли или чувства кажутся не связанными с предшествующими мыслью или чувствами, то связь нужно искать в бессознательном.

К области бессознательного принадлежат инстинктивные элементы, которые никогда не были сознательными и вообще недоступны сознанию, а также мысли и чувства, подвергнутые “цензуре” и “подавляемые”. Этот материал не утерян, не забыт, но он не допускается к воспоминанию, а поэтому проявляется в сознании не прямо, а опосредованно, окольными путями – в описках, ошибках памяти, сновидениях, неврозах и т.д.

Бессознательный материал обладает жизненностью и непосредственностью. Допущенные в сознание воспоминания о происшедшем десятилетия назад, не теряют своей эмоциональной силы. Они не организуются хронологически, время ничего в них не меняет, идея времени не применима к ним.

Предсознание. Предсознание – часть бессознательного, но такая часть, которая легко может стать сознательной. Доступные фрагменты памяти – часть предсознания. Это может быть память о том, что вы делали вчера, ваши любимые мелодии, улицы, на которых вы жили и другие воспоминания. Предсознание подобно большому складу памяти, в котором сознание нуждается при выполнении своей повседневной работы. Оно находится между сознанием и бессознательным.

Побуждения, инстинкты и принцип равновесия. Инстинкты – это те напряжения, которые направляют организм к определенным целям. Физические аспекты инстинкта Фрейд называл *потребностями*, психические – *желаниями*. Инстинкты – это силы, побуждающие людей к действиям.

Инстинкт содержит четыре компонента: *источник, цель, импетус (импульс), объект*.

Источником, в котором возникает потребность, может быть часть тела или все тело целиком.

Цель состоит в *уменьшении* потребности до такой степени, когда дальнейшее действие, направленное на удовлетворение потребности, перестает быть нужным.

Импетус (импульс) – то количество энергии, силы или напряжения, которое используется, чтобы удовлетворить инстинкт; определяется силой или настоятельностью потребности.

Объект инстинкта – те предметы или действия, которые удовлетворяют первоначальную цель.

Рассмотрим, как проявляются эти компоненты у человека, испытывающего жажду. Тело обезвоживается и начинает нуждаться в жидкости; источник – насущная потребность в жидкости. По мере усиления она может быть осознана как “жажда”. Если она не удовлетворяется, она становится все более выраженной: ее интенсивность растет, т.е. растет импетус энергии, которая может быть использована на то, что может устранить жажду. Цель состоит в том, чтобы уменьшить напряжение, ликвидировать жажду. Объект – это не только жидкость, он включает все действия, которые направлены на уменьшение напряжения – вставание, хождение в кладовую, выбор питья и т.д.

Начальные поисковые реакции могут быть инстинктивными, но решающим является то, что инстинкт может быть полностью или частично удовлетворен различными путями. У животных способность удовлетворить потребность часто ограничивается паттерном стереотипного поведения. У человека инстинкты лишь иницируют потребность в действии, они не предрешают определенность действия.

Человек, испытывающий потребность, будет продолжать поисковую деятельность до тех пор, пока не удовлетворит эту потребность и связанное с ней напряжение. Напряжение сменяется релаксацией, релаксация – напряжением.

Аналитическая работа психоаналитика включает поиск причин мыслей и поведения, чтобы потребность, неправильно удовлетворяемая определенной мыслью или определенным поведением, могла получить лучшее разрешение.

Однако кажется, что многие мысли и формы поведения не только не уменьшают напряжения, но даже создают его. Это может значить, что прямое выражение потребности блокировано. Хотя можно назвать множество “инстинктов”, Фрейд попытался свести все это многообразие к нескольким основным.

Основные инстинкты. Фрейд дал описание двух основных инстинктов: инстинкты, поддерживающие жизнь (сексуальные) – Эрос, и разрушающие (деструктивные) – Танатос. Оба эти понятия предполагают фундаментальный, биологический, продолжающийся и неразрешимый инстинктивный конфликт.

Инстинкты – это каналы, по которым может протекать энергия. Эта энергия подчиняется своим собственным законам.

Каждый из основных инстинктов имеет, по мнению Фрейда, свой собственный источник энергии.

Либи́до – (лат. – желание) психическая энергия, присущая инстинктам жизни. Эта энергия имеет свои качественные и количественные категории. Энергия агрессивного инстинкта или инстинкта смерти не получила специального названия. Предполагается, что она имеет те же свойства, что и либидо.

Катексис – процесс перемещения либидонозной или агрессивной - противоположной ей психической энергии, в различные сферы психической жизни, в идею или действие. Катектированное либидо перестает быть подвижным и уже не может перемещаться к новым объектам: оно укореняется в той области психической сферы, которая привлекала и удерживает его.

Если представить себе запас либидо как определенное количество денег, то катексис – процесс помещения их. Когда какая-то часть вложена во что-то или катектирована, - то настолько меньше вы можете вложить во что-либо еще.

Психическая теория стремится понять, где либидо могло быть неверно катектировано. Будучи освобождена или направлена иначе, также самая энергия может быть использована для удовлетворения текущих потребностей. Стремление высвободить связанные энергии мы найдем так же у К.Роджерса и А.Маслоу, а также в буддизме и суфизме. Каждая из этих теорий строит свои заключения об источнике психической энергии, но все они согласуются с фрейдовскими представлениями, что обнаружение и канализация психической энергии – это одна из основных проблем в понимании личности.

Психосексуальные стадии развития. **Фазы психосексуального развития.** – закономерно сменяющие друг друга возрастные стадии, прохождение которых связано с катектированием либидо в различные зоны. Различают оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную стадии развития.

Оральная стадия. После рождения ребенка потребности и удовлетворения концентрируются в основном на губах, языке и, несколько позже, зубах. Основное побуждение младенца не социально и не межличностно: это просто потребность в еде, в уменьшении напряжения голода и жажды. Поэтому большая часть энергии (либидо) катектирована в области рта. По мере взросления все новые области тела развиваются, однако определенная часть энергии остается постоянно “привязанной” к оральной зоне. Поздняя оральная стадия, после появления зубов, включает удовлетворение агрессивных инстинктов. Кусание груди, причиняющее матери боль и ведущее к отниманию от груди, – пример такого рода поведения. У взрослых сарказм, сплетни, “набрасывание” на пищу описываются как связанные с этой стадией развития.

Удержание некоторого интереса к оральным удовольствиям нормально. Это является патологией, если становится доминирующим способом удовлетворения, т.е. если человек преувеличенно зависит от оральных привычек в ослаблении тревожности.

Анальная стадия. Между двумя и четырьмя годами дети обычно учатся контролировать сфинктер и мочевой пузырь. Ребенок обращает особое внимание на уринацию и дефекацию. Дети быстро начинают понимать, что увеличение уровня контроля приносит им внимание и похвалу родителей. Характерные черты взрослых, связанные с частичной фиксацией на анальной стадии, это аккуратность, бережливость и упрямство. Фрейд указывает, что эти черты часто встречаются вместе в одном человеке. Он говорит об «анальном характере», когда поведение тесно связано с опытом, пережитом на этой стадии детства.

Фаллическая стадия. Начиная, по меньшей мере, с трех лет, ребенок переходит на фаллическую стадию, сосредотачивающуюся на генитальных областях тела. На этой стадии дети впервые сознают сексуальные различия. В это время, как у мальчиков, так и у девочек, появляются серьезные страхи в связи с сексуальными проблемами. Основным объектом либидо становится родитель противоположного пола. Мальчик влюбляется в мать, одновременно ревнует и любит отца (Эдипов комплекс); девочка – наоборот (комплекс Электры). Выходом из конфликта является отождествление себя с конкурирующим родителем. Так формируется основа морали – Супер-Эго и возможность активного подавления сексуальных влечений.

К 5-6 годам сексуальная напряженность у ребенка ослабевает, и он переключается на учебу, спорт и т.д. С этого времени (6 – 12 лет) наступает *латентный период*.

В подростковом и юношеском возрасте (12-18 лет) сексуальность оживает с новой силой. Сначала она проявляется в эротических сновидениях, поллюциях, преходящем онанизме, затем либидозная энергия полностью переключается на полового партнера. Наступает стадия половой зрелости – генитальная стадия.

Генитальная стадия. Последняя стадия биологического и психологического развития наступает с приходом половой зрелости и возвращением либидинозной энергии к половым органам. Юноши и девушки сознают теперь свою половую принадлежность и начинают искать пути удовлетворения своих эротических и межличностных потребностей.

Структура личности. Структурная модель. В структуре личности З. Фрейд выделял Ид, Эго и Супер-Эго. Основная психологическая тенденция взаимодействия всех трех систем – поддерживать или восстанавливать оптимальный уровень динамического равновесия душевной жизни, увеличивая удовольствие и сводя до минимума неудовольствие.

Ид (Оно) «содержит все унаследованное, все, что есть при рождении, что заложено в конституции – кроме всего прочего, следовательно, те

инстинкты, которые возникают в соматической организации, и которые в Ид находят первое психическое выражение в форме, нам неизвестной”. Это первоначальная, основная, наиболее центральная структура личности, открытая как соматическим требованиям тела, так и действиям Эго и Супер-Эго. Хотя другие части структуры развиваются из Ид, само оно бесформенно, хаотично, неорганизовано. Ид – резервуар энергии для всей личности.

З. Фрейд писал: “В Ид нет ничего соответствующего идее времени, нет признания протекания времени и нет изменения психических процессов при прохождении времени... Естественно, что Ид не знает ценностей добра и зла, не знает морали”.

Содержание Ид почти целиком бессознательно; оно включает психические формы, которые никогда не были сознательными, равно как и материал, который оказался неприемлемым для сознания. Ид можно сравнить со слепым и глухим диктатором с неограниченной властью, но властвовать он может только через посредников.

Эго (я) развивается из Ид по мере того, как ребенок начинает сознавать свою личность, чтобы служить повторяющимся требованиям Ид. Эго находится в постоянном контакте с внешним миром. Как кора дерева Эго защищает Ид, но для этого берет энергию у Ид. Эго ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. Эго находит компромиссы между неразумными требованиями Ид и требованиями реального мира – оно действует согласно принципу реальности. Эго пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании, импульсов, исходящих от Ид. Эго – исполнительная часть личности.

Защитные механизмы Эго – способы мышления, направленные на смягчение неприятных аффективных состояний и удерживающие бессознательные конфликты вне сознания.

Третий компонент личности – *Супер-Эго*. Развивается не из Ид, а из Эго. Этот компонент развивается в процессе воспитания как процесс интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин “интроекция”. Супер-Эго включает интроецированные ценности, наши “надо” и “нельзя”. Это наша совесть. Супер-Эго действует на основе морального принципа, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (Ид), разум (Эго) и мораль (Супер-Эго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение – возникают интрапсихические, или психодинамические, конфликты. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим

расстройствам. Наиболее важная функция Эго – образование защитных механизмов против тревоги и вины.

Механизмы защиты – это психологическая тактика Эго, направленная на смягчение неприятных аффективных состояний и удерживающая бессознательные конфликты вне сознания. Это – вытеснение, проекция, образование реакции, отрицание, сублимация, рационализация, изоляция, регрессия и т.д. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод – **психоанализ**.

Психоанализ включает: толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), юмора, анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой 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.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытое, подавленное чувство гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой “родительской фигуре” может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителями.

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

4.3. Индивидуальная психология А.Адлера

В настоящее время появилось много разновидностей психодинамических теорий личности и лечения эмоциональных нарушений.

Некоторые из этих разновидностей в меньшей степени, чем фрейдизм, фокусированы на Ид, бессознательном и прошлом. Они уделяют больше внимания актуальным проблемам и тому, как можно

использовать силу Эго для их решения. В этих терапиях клиентам помогают осознать не “эдипов комплекс”, а то, как глубинные чувства тревоги, неуверенности и неполноценности приводят к эмоциональным нарушениям и проблемам в отношениях с другими людьми.

Индивидуальная психология – направление психодинамической психотерапии, ответвившееся от фрейдизма и разработанное Альфредом Адлером, который подчеркивал роль врожденных социальных побуждений в формировании личности.

Неполноценность и компенсация. Адлер предположил, что каждый человек рождается в беспомощном, зависимом состоянии, которое создает чувство неполноценности. Это негативное чувство, соединенное с природным желанием стать “оперившимся” членом общества, является стимулом для развития личности. “Чувство неполноценности, - писал Адлер, - само по себе не является ненормальным. Оно – причина многих улучшений в положении человека”. Адлер объяснял этот процесс как стремление к превосходству, под которым понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то они приводят к компенсации, даже гиперкомпенсации неполноценности – “к комплексу неполноценности”.

Борьба за превосходство. Адлер рассматривал агрессию и волю к власти как проявление стремления к превосходству или совершенствованию, т.е. побуждения улучшить себя, развивать свои способности. Цель превосходства может быть как позитивной, так и негативной. Если она включает общественные заботы и заинтересованность в благополучии других, - она развивается в конструктивном направлении. Однако некоторые люди борются за личное превосходство, пытаются достичь ощущения превосходства посредством господства над другими людьми. По Адлеру – борьба за личное превосходство – невротическое извращение.

Жизненные цели. Каждый индивид выбирает жизненную цель, служащую сосредоточением его стремлений и достижений. Формирование жизненных целей начинается в детстве как компенсация чувства неполноценности, неуверенности и беспомощности в мире взрослых.

Жизненная цель носит защитный характер и служит как бы мостом между безрадостным настоящим и многообещающим будущим. Адлер выделяет три основные жизненные цели: работу, дружбу и любовь. Эти три задачи всегда взаимосвязаны.

Жизненный стиль - это уникальный способ, выбранный каждым индивидом для следования своей жизненной цели. Кажущиеся изолированными привычки и черты поведения получают свое значение в полном контексте жизни и целей индивида, так что психологические и эмоциональные проблемы не могут рассматриваться изолированно.

Как часть своего жизненного стиля каждый индивид создает себе представление о себе и о мире. Адлер называет это *схемой апперцепции*. Апперцепция – психологический термин, означающий восприятие, включающее субъективную интерпретацию воспринятого. Схема апперцепции, как правило, обладает способностью самоподтверждения и самоусиления. Например, испытывая страх, мы, вероятнее всего будем воспринимать угрозы в окружающем, которые усиливают наше первоначальное представление, что окружающее опасно.

Адлер определял *психологический рост* как вопрос движения от центрированности на себе и целей личного превосходства к задачам конструктивного овладения средой и социально-полезного развития. Он называл три источника препятствия росту: органическая неполноценность, избалованность, отверженность.

Все поведение человека, по мнению Адлера, социально, поскольку он развивается и функционирует в социальном обществе. Сотрудничество – одно из проявлений чувства общности. Чувство общности и сотрудничество помогают строить такие социальные отношения, которые являются основанием для формирования полноценного конструктивного жизненного стиля. Чем слабее выражено у человека чувство общности и сотрудничества, тем сильнее выражено чувство неполноценности.

Механизм неврозов. Невроз развивается в том случае, если человек терпит неудачу при преодолении комплекса неполноценности; невроз позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства, относя свою слабость за счет болезни.

Преодоление чувства неполноценности может идти несколькими путями:

- путем успешной компенсации, в результате чего достигается цель в борьбе за основные жизненные блага;
- посредством сверхкомпенсации (маленький и щуплый пытается казаться сильным и т.д.);
- путем “ухода в болезнь”. Последний путь, по А.Адлеру, и есть невроз.

Исходя из этого, лечение невротиков, по А.Адлеру, должно сводиться к его перевоспитанию, коррекции жизненных целей, что требует перевода их из подсознательного в сознательное.

Индивидуальная психотерапия. А.Адлер выделил три основных этапа индивидуальной психотерапии:

- 1) понимание психотерапевтом специфического для пациента жизненного стиля;
- 2) помощь пациенту в понимании себя и своего поведения;
- 3) формирование у пациента повышенного социального интереса.

Адлер одним из первых заложил основы “социальной ориентации” в лечении больного, создав тем самым базу для целого направления в психотерапии.

4.4. Аналитическая психология К.Юнга

Аналитическая психология – направление психодинамической психотерапии, разработанное К.Г. Юнгом.

Карл Юнг развил сложную и интересную теорию психологии, которая охватывает необыкновенно широкий круг человеческих мыслей и поведения. Юнговский анализ человеческой природы включает исследования восточных религий, алхимии, парапсихологии и мифологии. Одно из центральных понятий Юнга – индивидуация; он называет так процесс развития человека, включающий установление связей между Эго – центром сознания, и самостью – центром души в целом, объемлющей сознательное и бессознательное.

Понятие об интроверсии и экстраверсии. Юнг полагал, что каждый индивид, круг его интересов, может быть обращен к своему внутреннему Я или, наоборот, к внешнему миру. Первый тип людей он назвал *интравертами*, второй – *экстравертами*. Никто не является чистым экстравертом или интравертом. Однако каждый индивид более склонен к какой-либо одной ориентации и действует преимущественно в ее рамках. Временами интраверсия является более подходящей, временами – наоборот. Невозможно придерживаться обеих ориентаций одновременно.

Интроверты интересуются, прежде всего, собственными мыслями и чувствами. Опасность для них заключается в том, чтобы не потерять связь с внешним миром, слишком глубоко погрузившись в свой внутренний мир.

Экстраверты заняты внешним миром людей и вещей; они стремятся быть более социальными, лучше осознают, что происходит вокруг них. Опасность для них заключается в утрате умения анализировать свои внутренние психические процессы.

Психические функции. Юнг выделяет четыре основные психические функции: *мышление, чувство, ощущение и интуицию*. Каждая функция может осуществляться экстравертированным или интровертированным способом.

Мышление занято истинностью, суждения его основаны на внеличных, логических и объективных критериях. Мыслительные типы – великие составители планов, но часто оказываются в их плену, даже если эти планы противоречат конкретной ситуации.

Чувствование – принятие решений в соответствии с ценностными суждениями, например плохо-хорошо, правильно-неправильно. Чувствующие типы ориентированы на эмоциональные аспекты опыта. Они предпочитают сильные интенсивные эмоции нейтральному опыту.

Ощущение и интуицию Юнг называет способами получения информации, в противоположность способам принятия решения.

Ощущение основывается на прямом опыте, восприятии деталей, конкретных фактах – на всем том, что можно потрогать, увидеть, услышать и т.д. Ощущающие типы, как правило, реагируют на

непосредственную ситуацию и эффективно справляются со всякого вида трудностями и неожиданностями.

Интуиция – способ обработки информации с точки зрения прошлого опыта, будущих целей и бессознательных процессов. Интуитивный человек обрабатывает информацию очень быстро, доверяет собственному опыту, поступки его часто кажутся непоследовательными.

Сочетание четырех функций в индивиде составляет целостный и уравновешенный подход к миру. Юнг пишет: “Чтобы ориентироваться, мы должны обладать функцией, которая подтверждает, что нечто наличествует (ощущение); вторая функция устанавливает, что именно наличествует (мышление); третья решает, подходяще это или нет, хотим ли мы принять это (чувствование); четвертая указывает, откуда это пришло и к чему ведет (интуиция)”.

У человека эти функции развиты неравномерно, одна обязательно доминирует, другая, относительно развитая, является дополнительной. Остальные две функции бессознательны и действуют со значительно меньшей эффективностью.

Коллективное бессознательное. Юнг пишет, что мы рождаемся не только с биологическим, но и с психологическим наследством. Помимо личного бессознательного существует еще и коллективное бессознательное, которое содержит в себе опыт развития всего человечества и передается от поколения к поколению.

Архетипы. Основу коллективного бессознательного составляют архетипы. Это формы без собственного содержания, которые организуют и направляют психологический материал. Их можно сравнить с сухим руслом реки, форма которого определит характеристики реки, когда по нему потечет вода.

Архетипы проявляют себя в виде символов: в образах героев, мифах, фольклоре, обрядах, традициях и т.д. Архетипов много, так как это обобщенный опыт наших предков. Главные из них: архетип Я, архетип матери, архетип отца.

Архетип матери определяет не только реальный образ матери, но и собирательный образ женщины, реальной или мифической (Мать, Дева Мария, Баба Яга и др.). Архетип отца определяет общее отношение к мужчинам (Отец, Илья Муромец, Бог, Закон, Деспот и др.).

Каждая из основных структур личности – тоже архетип; среди них можно назвать *Эго, персону, тень, Аниму (у мужчин), Анимуса (у женщин), самость*.

Символы. По Юнгу, бессознательное выражает себя, прежде всего, в символах. Хотя ни один конкретный символ не может представить архетип, чем ближе символ соответствует бессознательному материалу, организованному вокруг архетипа, тем более он вызывает сильный ответ. Символические термины и образы часто репрезентируют представления, которые мы не можем ясно определить или полностью понять. Символ представляет психическую ситуацию индивида.

Сны. Сны – важное соединительное звено между сознательными и

бессознательными процессами. По Юнгу, “основная функция снов состоит в том, чтобы постараться восстановить наше психическое равновесие посредством создания материала сновидения, который таким образом вновь устанавливает общий душевный баланс”.

Поскольку сновидение содержит символы, которые имеют не одно значение, не может быть простой механической системы интерпретации снов. Любой анализ сновидения должен принимать во внимание положение, опыт и среду видевшего сон. Интерпретации аналитика могут быть лишь предварительными до тех пор, пока они не приняты анализируемым и не почувствованы им значимыми. Более важен факт не просто понимания сновидения, но акт самого переживания материала и серьезное к нему отношение.

Структура личности. Юнг выделяет следующие элементы структуры личности: *Эго, персону, тень, Аниму (у мужчин), Анимуса (у женщин), самость.*

Эго – центр сознания и один из основных архетипов личности. Эго создает ощущение последовательности и направления в нашей сознательной жизни. Оно, находясь на грани с бессознательным, ответственно за связь сознательного и бессознательного. При нарушении гармоничности этой связи возникает невроз.

Персона (личность) – это то, какими мы представляем себя миру. Это характер, который мы принимаем; посредством персоны мы относимся к другим. Она включает наши социальные роли, род одежды, которую мы предпочитаем носить, наш индивидуальный стиль выражения.

Различают позитивные и негативные качества персоны. В первом случае она подчеркивает индивидуальность, способствует коммуникации, служит защитой от вредоносных влияний среды. В другом случае, если социальной роли предается слишком большое значение, персона может задушить индивидуальность.

Тень – центр личного, бессознательного, которое включает тенденции, желания, воспоминания и переживания, отрицаемые индивидом как несовместимые с его персоной или противоречащие социальным стандартам и идеалам. Тень опаснее всего, если ее не признавать. Тогда индивид проецирует все нежелательные качества на других или оказывается во власти тени, не сознавая того. Чем более материал тени осознается, тем менее он может властвовать.

Тень – не только обратное отображение Эго, но также и хранилище жизненной энергии, инстинктов, источник творчества. Тень уходит своими корнями в коллективное бессознательное, она может обеспечить индивиду доступ к значительному бессознательному материалу, который отвергается Эго и персоной.

Анима и Анимус – по мнению Юнга, это представления о себе как о мужчине и женщине, вытесненные в бессознательное как нежелательные для данного индивида. Таким образом, поскольку женщина определяет себя феминистически, ее Анимус объемлет все разрозненные тенденции и переживания, которые она полагает

маскулинистическими. По Юнгу, каждый мужчина в глубине своей души, в своем бессознательном, - женщина. "Поскольку этот образ бессознателен, он всегда бессознательно проецируется на любимую женщину, он является одним из главных оснований притяжения и отталкивания".

Анима и Анимус наиболее древние архетипы. Они ориентированы своим острием к глубокому бессознательному и оказывают большое влияние на поведение индивида.

Самость. Юнг называл самость центральным архетипом, архетипом порядка и целостности личности. По Юнгу, "сознание и бессознательное не обязательно противостоят друг другу, они дополняют друг друга до целостности, которая и есть самость". Самость – внутренний руководящий фактор, совершенно отличный от Эго и сознания, даже отделенный от него.

Индивидуация и аналитическая психотерапия. Индивидуацией Юнг называл способность человека к самопознанию и саморазвитию, слияние его сознательного и бессознательного. "Индивидуация, - говорит Юнг, - означает становление единым, однородным существом, и поскольку "индивидуальность" – это наша наиболее внутренняя, постоянная, ни с чем не сопоставимая уникальность, то индивидуация также подразумевает становление собой".

Первый этап индивидуации – это анализ персоны. Хотя персона имеет важные защитные функции, она является также маской, скрывающей самость и бессознательное.

Второй этап – осознание тени. Если мы признаем ее реальность, то сможем освободиться от ее влияния.

Третий этап – встреча с Анимой или Анимусом. С этим архетипом следует обращаться как с реальной личностью, существом, с которым можно общаться и у которого можно учиться. Юнг "расспрашивал" свою Аниму об интерпретации снов, как анализирующий советует с анализирующим.

Последняя стадия процесса индивидуации – развитие самости. Самость становится новым центром души. Она приносит единство и интегрирует сознательный и бессознательный материал. Это продолжает оставаться центром сознания, но уже не кажется ядром всей личности. Юнг пишет, что "человек должен быть собой, должен найти собственную индивидуальность, тот центр личности, который одинаково удален от сознания и бессознательного; мы должны стремиться к этому идеальному центру, к которому природа направляет нас".

Все названные стадии пересекаются, человек постоянно вновь возвращается к старым проблемам. Индивидуация может быть представлена как спираль, в которой человек продолжает сталкиваться с теми же фундаментальными вопросами, каждый раз в более тонкой форме.

Основной задачей психотерапевта, считает Юнг, является установление контактов сознательного личности с его личным и

коллективным бессознательным. Юнг полагал, что психотерапия – это прежде всего взаимодействие бессознательного аналитика с бессознательным пациента.

Весь процесс лечения Юнг разделил на два этапа: признание и толкование. Лечение начинается со сбора материала. Уже в процессе признания происходит частичное осознание своего бессознательного. Следующий этап – толкование собранного материала. Особо важное значение Юнг придавал сновидениям и символам, а также использовал другие формы выражения бессознательного: рисунки, танцы, скульптуру.

Карл Юнг создал свое направление в психологии и психотерапии. Аналитическая психотерапия направлена в основном на уравнивание сознательного и бессознательного, на оптимизацию динамического взаимодействия между ними.

4.5. Телесно-ориентированная психотерапия В. Райха

Телесно-ориентированная психотерапия – группа методов, ориентированных на изучение тела, осознание пациентом телесных ощущений, на исследование того, как потребности желания и чувства проявляются в различных телесных состояниях, и на обучение реалистическим способам разрешения дисфункции в этой области. Телесно-ориентированная психотерапия применяется в основном в групповых формах.

Основателем ориентированной психотерапии можно назвать Вильгельма Райха.

В.Райх предложил собственный взгляд на характер. По В.Райху, характер состоит из привычных положений и отношений пациента, постоянного паттерна его реакций на различные ситуации. Он включает сознательное отношение и ценности, стиль поведения, физические позы, привычки держаться и двигаться.

Райх полагал, что характер создает защиты против беспокойства, многочисленных инстинктивных импульсов. Райх считал, что характер проявляется наиболее полно в мимике, жестах, поведении человека более полно, нежели в словах. Представление о характерном панцире, по его мнению, включает все подавляющие защитные силы, организованные в более или менее связный паттерн в Эго. Сначала он описывал этот паттерн в психологических терминах, затем стал связывать различные формы характерных сопротивлений со специфическими паттернами мускульного панциря. Хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. “Броня характера” (“мышечная броня”) выражается в напряжении различных групп мышц, стесненном дыхании и пр. Противостоять психологическим защитным механизмам можно путем модификации телесного состояния и бездействия на напряженную область. Райхом были созданы методики для уменьшения хронического напряжения в каждой группе мышц; с

помощью физических воздействий высвобождаются завуалированные мысли и чувства.

Разрабатывая концепцию “мышечной брони”, телесно-ориентированные психотерапевты отмечают, что мышечное напряжение связано с различными ситуациями и психологическими травмами, переживаемыми людьми. Формирование характера и “мышечной брони” диалектически взаимосвязано, тело и психика в этом процессе непрерывно взаимодействуют. По существу они не могут быть разделены; по функции они тождественны.

Хроническое напряжение блокирует энергетические потоки, лежащие в основе сильных эмоций. Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств.

Примером этого служит стремление маленького мальчика удержаться от плача: он стискивает зубы, сдерживает дыхание и напрягает мышцы живота и шеи. Это первая стадия при формировании “брони характера”. Позднее психотравмирующие ситуации могут вызвать автоматическое торможение естественных двигательных и голосовых компонентов ответных реакций и становятся бессознательными. Эмоции, заблокированные таким образом, никогда не устраняются, потому что не могут полностью проявиться. Эти блоки (мышечные зажимы) искажают и разрушают естественные чувства. По Райху, полное освобождение от заблокированной энергии происходит только после полного ее переживания.

На основании изучения подобных мышечных проявлений Райх выделяет 7 кругов формирования “мышечной брони”, состоящей из мышц и органов соответствующих функций. Эти сегменты образуют ряд из 7 горизонтальных колец, находящихся под прямым углом к позвоночнику. Основные сегменты панциря располагаются в области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза. Терапия Райха состоит, прежде всего, в распускании панциря в каждом сегменте, начиная с глаз и кончая тазом. С каждым сегментом можно работать отдельно.

В распускании панциря используют три типа средств:

- 1) накопление в теле энергии посредством глубокого дыхания;
- 2) прямое воздействие на хронические мышечные зажимы посредством давления, пощипывания и т.д.;
- 3) открытое рассмотрение совместно с пациентом сопротивлений и эмоциональных ограничений, которые при этом выявляются.

Райх подчеркивал важность освобождения, расслабления “мышечного панциря” в дополнение к аналитической работе с психологическим материалом. Он рассматривал ум и тело как нерасторжимое единство. Его научные интересы перемещались от аналитической работы, опирающейся исключительно на словесный язык, к исследованию как психологических, так и соматических аспектов характера и характерного панциря и далее к акценту на работе с мышечным защитным панцирем, направленной на свободное протекание биологической энергии. Райх стремился к распусканию

защитного панциря, блоков чувствования, которые искажают психологическое и физическое функционирование человека; рассматривал терапию как средство восстановления свободного протекания энергии через тело посредством систематического освобождения блоков мускульного панциря, поэтому и назвал свой метод лечения неврозов “биофизической аргонно терапией”.

Разработанные Райхом методики дыхания, эмоционального раскрепощения, усиления напряжения в заблокированных областях тела легли в основу созданных его учениками биоэнергетики и структурной интеграции Рольф.

4.6. Эгопсихология

Эгопсихология – одно из направлений психодинамической психотерапии, в отличие от ортодоксального психоанализа, не считает доминирующими факторами инстинкты и влечения, а более важную роль придает Эго. Помимо борьбы с влечениями Эго регулирует взаимоотношения личности со средой, являясь при этом достаточно автономным формированием, имеющим собственные структурные характеристики и собственную систему защитных механизмов. Основные представители, А.Фрейд, Э.Хартман, Э.Эриксон.

Дочь З.Фрейда, Анна Фрейд, в своей работе “Эго и механизмы защиты” (1936) обратила внимание на то, что теория психоанализа длительное время неправомерно признавалась и понималась лишь как психология бессознательного, и это определение “немедленно утрачивало претензии на точность, как только его применяли к психоаналитической психотерапии”.

Психотерапевтический метод, по мнению А.Фрейда, с самого начала и до конца имеет дело с Я (Эго) и его отклонениями, в то время как рассмотрение и исследование бессознательного является лишь средством для достижения конечной цели. Последняя при аналитической терапии также непосредственно связана с Я и заключается в коррекции отклонений и восстановлении целостности Я. Эго ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Эти разработки сделали психоаналитическую теорию более открытой для психосоциальных исследований и имели своей целью повышение требований к психоанализу как общей психологии человека.

В своей книге А.Фрейд разработала концепцию специфических защит, дополняющих основной механизм подавления, подчеркнула значение аффектов и показала отношение между ответными реакциями на внешнюю опасность и защитными формами против внутренней инстинктивной опасности. А.Фрейд указала на 9 защитных механизмов: регрессию, подавление, реактивное образование, изоляцию, уничтожение, проекцию, интроекцию, обращение против себя, реверсию и еще один – переходный – сублимацию.

4.7. Неофрейдистские подходы. Современное состояние психоаналитического подхода

Неофрейдизм – направление в психодинамическом подходе, представители которого вводят основные положения фрейдизма в социальный контекст.

Теоретики неофрейдизма, такие, как Карен Хорни, Эрих Фромм, Гарри Салливан, следовали путем Альфреда Адлера, сосредоточившись на изучении того, как социальная среда участвует в формировании личности. Они считали, что наиболее значимым для формирования личности является удовлетворение социальных потребностей – в защищенности, безопасности, в признании (принятии). Когда эти потребности не удовлетворяются, люди испытывают сильный дискомфорт и стремятся решить проблему, используя других людей, получив от них то, в чем они нуждаются. Стратегии, используемые для этого, – стремление к превосходству над другими или, наоборот, чрезмерная зависимость от других – формируют личность. Г.Салливан придавал столь большое значение межличностным отношениям, что определил личность как “паттерн интерперсонального поведения индивида”.

В современном психодинамическом подходе линию неофрейдистов продолжают теоретики объектных отношений, такие, как Мелани Клейн, Отто Кернберг, Хайнц Когут.

Теории объектных отношений подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, как первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие, одобрение, т.е., как они удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет очень важный импульс для развития личности. В своем развитии здоровая личность проходит путь от надежной ранней привязанности к матери или ее заменителям через постепенное отдаление от объекта привязанности к способности строить отношения с другими людьми как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения могут создавать проблемы, которые вмешиваются в процессы личностного развития и приводят к неадекватной самооценке, трудностям в межличностных отношениях или более серьезным психическим расстройствам.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева, теоретической основой которой служит психология отношений В.Н.Мясищева.

Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под

воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации интрапсихические конфликты, что и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии.

5. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

5.1. Концептуальная модель поведенческой психотерапии

Поведенческая психотерапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно – в конце 50-х гг.

Поведенческая психотерапия – направление в психотерапии, основанное на принципах бихевиоризма и рассматривающее психические расстройства как неэффективные формы поведения человека в процессе адаптации к существующим условиям. Оно является одним из ведущих направлений в современной психотерапии. Поведенческая терапия – это лечение, которое использует принципы научения для изменения поведения и мышления.

Цель поведенческой психотерапии – формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль.

Поведенческая психотерапия, по Дж.Фейдимену и Р.Фрейгеру (1994):

1) стремится помочь людям реагировать на жизненные ситуации так, как они хотели бы этого сами, т.е. содействовать увеличению потенциала их личного поведения, мыслей, чувств и уменьшению или исключению нежелательных способов реагирования;

2) не ставится задача изменить эмоциональную суть отношений и чувств личности;

3) позитивное терапевтическое отношение – необходимое, но недостаточное условие эффективной психотерапии;

4) жалобы пациента принимаются как значимый материал, на котором терапия фокусируется, а не как симптомы лежащей за ними проблемы;

5) пациент и психотерапевт договариваются о специфических целях психотерапии, понимаемых таким образом, что и пациент, и психотерапевт знают, когда и как эти цели могут быть достигнуты.

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Дж.Уотсона и его последователей (1913), которые поняли огромное научное значение павловского учения о научных рефлексах, но толковали и использовали

его механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями независимо от влияния личности. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о “животных-машинах” и концепции французского материалиста XVIII в. Ламетри о “человеке-машине”. Бихевиоризм исключал из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. Все психические явления сводились к реакциям организма, преимущественно двигательным: мышление отождествлялось с речедвигательными актами, эмоции – с изменениями внутри организма. За единицу поведения принимается связь стимула и реакции. Основной метод бихевиоризма – наблюдение и экспериментальное изучение реакций организма в ответ на воздействия окружающей среды с целью выявления доступных математическому описанию корреляций между этими переменными. В настоящее время лишь немногие из американских психологов (наиболее последовательно и непримиримо – американский психолог Б.Скиннер) продолжают защищать постулаты бихевиоризма.

Рассмотрим различные виды научения в их значении для психотерапии.

Классическое обусловливание. **Классическое обусловливание** – способ формирования условного рефлекса, при котором первоначально индифферентный раздражитель, сближаясь по времени с действием раздражителя, вызывающего безусловный рефлекс, становится сигнальным и вызывает нужную реакцию. При этом роль подкрепления играет безусловный раздражитель, всегда предшествующий реакции.

Основы классического обусловливания были созданы в начале века И.П.Павловым. В опытах И.П.Павлова условный стимул (звонок) сочетается с безусловным стимулом (кормление собаки), между ними устанавливается связь таким образом, что прежде нейтральный условный стимул (звонок) теперь вызывает условную реакцию (выделение слюны).

Прекрасным примером классического обусловливания является эксперимент Дж. Уотсона. В 1918 г. он начал лабораторные эксперименты с детьми. В одном опыте сначала показал, что девятимесячный мальчик Альберт не боялся белой крысы, кролика и других белых объектов. Затем Дж.Уотсон ударял по стальному бруску рядом с головой Альберта каждый раз, когда появлялась белая крыса. После нескольких ударов Альберт при виде крысы начинал вздрагивать, плакать и пытался отползти. Подобным же образом он реагировал, когда ему показывались другие белые объекты.

Другой феномен, открытый И.П.Павловым и используемый в поведенческих процедурах. Условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически

появляется безусловный стимул. Если же условный стимул не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться. Постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловными стимулами называется “угасанием”.

Инструментальное, или оперантное, обусловливание. **Стимул** – воздействие, обуславливающее динамику психических состояний индивида (обозначаемую как реакция) и относящееся к ней как причина к следствию.

Реакция – любой ответ организма на изменение во внешней или внутренней среде – от биохимической реакции отдельной клетки до сложного поведенческого акта.

Подкрепление – безусловный раздражитель, вызывающий биологически значимую реакцию, при сочетании которой с предваряющим ее действием индифферентного стимула вырабатывается классический условный рефлекс. Подкрепление, наносящее вред организму, называется отрицательным, а доставляющее удовольствие – положительным.

Принципы инструментального научения открыл американский психолог Э.Торндайк примерно в то время, когда И.П.Павлов проводил эксперименты в России. Животное, обычно голодная кошка, помещалась в специальную клетку и должна была научиться какой-то реакции – например, наступить на маленький рычаг, для того чтобы открыть дверь и выйти наружу. Когда кошке это удавалось, она награждалась пищей и вновь возвращалась в ящик. После нескольких проб кошка спокойно подходила к рычагу, нажимала на него лапой, выходила через открытую дверь и ела.

Формирование реакции происходило путем проб и ошибок, как результат выбора нужного эталона поведения и последующего его закрепления. Научение, согласно Торндайку, управляется законом эффекта. Согласно этому закону, поведение контролируется его результатами и последствиями. Поведение, приводящее к положительному результату, закрепляется.

Спустя несколько десятилетий после опубликования работ Торндайка, другой американский психолог, Б.Скиннер, развил идеи Торндайка. Скиннер подчеркивал, что при инструментальном обусловливании животное оперирует со средой, воздействует на среду. **Оперантное обусловливание** – термин, введенный американским психологом Б.Ф. Скиннером для обозначения такого пути образования условных связей между стимулом и реакцией, при котором сначала производится нужное действие, а лишь затем дается подкрепление.

Для изучения оперантного обусловливания Скиннер изобрел экспериментальную камеру, которая полностью контролируется. Она звуко- и светонепроницаема, в ней поддерживается постоянная температура. Она содержит приспособление, которым животное может

оперировать, чтобы получить вознаграждение. Например, крыса, нажимая на рычаг, получает пищу из тонкой трубочки. Скиннеровский ящик позволял изучать отношения между реакцией и ее последствиями и анализировать, как эти последствия влияют на поведение.

При сравнении классических и оперантных условных рефлексов видно, что, во-первых, классическое обусловливание требует повторного парного предъявления нейтрального стимула (звонок) и стимула, вызывающего врожденную, безусловную реакцию (пища). Обеспечение такого предъявления достигается участием экспериментатора. В экспериментах же с оперантным обусловливанием животное само осуществляет перебор стереотипов поведения – и выбор стереотипа, приводящего к достижению результата, происходит активнее. Во-вторых, оперантные рефлексы контролируются их результатом; в экспериментах же с классическим обусловливанием появление условной реакции контролируется предъявлением предшествующего стимула. В реальной жизни большая часть обучения осуществляется по законам формирования оперантных условных рефлексов.

Социальное научение. В 60-е гг. на развитие поведенческой психотерапии оказала влияние теория научения (прежде всего, социального) через наблюдение. Автор этой теории А. Бандура (1971) показал, что одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название концепции самоэффективности.

Научение у людей в большинстве случаев имеет место тогда, когда они находятся с другими людьми. В большинстве случаев научение следует принципам инструментального и классического обусловливания. Согласно традиционным взглядам на обусловливание, для того чтобы произошло научение, организм должен иметь непосредственный, личный опыт с сочетаниями стимулов или с последствиями реакций (поведения). Теоретики социального научения утверждают, что люди также учатся на опыте других, посредством процессов, известных как “викарное обусловливание” и “викарное научение”.

Общие характеристики поведенческой терапии. Поведенческую терапию характеризуют два основных положения, которые отличают ее от других терапевтических подходов. Первое положение: в основе поведенческой терапии лежит модель научения – психологическая модель, которая фундаментально отличается от психодинамической, модели психического заболевания. Второе положение: приверженность научному методу.

Из этих двух положений вытекают следующие:

1. Многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как заболевание или как симптомы заболевания с точки зрения поведенческой терапии, представляют собой непатологические “проблемы жизни”.

2. Патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры.

3. Поведенческая диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах настоящего поведения, чем на анализе прошлой жизни. Отличительным признаком поведенческой диагностики является ее специфичность: человека можно лучше понять, описать, оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации.

4. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделения в ней отдельных компонентов. Затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.

5. Стратегии лечения разрабатываются индивидуально к различным проблемам у различных индивидов.

6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) не существенно для реализации поведенческих изменений.

7. Поведенческая терапия основана на научном подходе: она отталкивается от ясной концептуальной основы; терапия согласуется с содержанием и методом экспериментально-клинической психологии; используемые техники можно описать для того, чтобы измерить их объективно или повторить их; терапевтические методы можно оценить экспериментально.

5.2. Основные проблемы пациента и методы их преодоления в поведенческой психотерапии

Применение поведенческой терапии.

1. Тревожные состояния. Клинические исследования в различных странах показали, что поведенческая терапия эффективна при лечении фобических расстройств, более того, поведенческая терапия является лечением выбора при фобиях.

2. Сексуальные нарушения. Поведенческая терапия является предпочитаемой при сексуальных расстройствах (импотенция, вагинизм и др.).

3. Межличностные и супружеские проблемы. Для устранения межличностных проблем используются такие методы поведенческой терапии, как тренинг социальных умений и тренинг утвердительного поведения.

4. Хронические психические расстройства. Поведенческая терапия неэффективна при острых психических расстройствах. Поведенческие процедуры являются методом выбора у пациентов с выраженными изменениями личности.

5. Детская психопатология. Методы поведенческой терапии используются при лечении различных видов нарушений в детском возрасте: нарушения поведения, агрессивность, делинквентность, аутизм, энурез.

К методам поведенческой терапии можно отнести:

- Систематическая десенситизация – техника, позволяющая погашать условные автономные реакции. Методика включает несколько этапов: глубокая релаксация; составление иерархии ситуаций, вызывающих страх; представление ситуации, занимающей самую низкую позицию в иерархии, наименее ассоциированную со страхом.

Например, у пациента выявляется страх высоты. Психотерапевт составляет “иерархическую шкалу” – перечень ситуаций и сцен, которые вызывают у пациента страх, начиная от слабого до сильно выраженного. На первое место может быть поставлено слово “высота”, потом вид открытой двери на балкон высотного этажа, затем сам балкон, вид асфальта.... Для каждой из этих сцен могут быть разработаны более мелкие, актуальные для больного детали.

Пациенту предлагается вызвать у себя представление волнующих его сцен, начиная с менее значимых. Первую ситуацию больной представляет себе 15-20 секунд. Затем следует представление успокаивающего характера и достигается релаксация (посредством метода Джекобсона). Так, переходя от ситуации к ситуации по “иерархической шкале”, пациент достигает самой волнующей и учится купировать ее релаксацией.

- Методы, основанные на угасании (иммерсия) – основаны на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации.

- Моделирование – обучение пациента желаемому поведению.

- Тренинг утвердительного поведения и социальных умений – предназначен для неуверенных пациентов. Основан на использовании реакции, антагонистической страху: активное самоутверждающее поведение несовместимо с чувствами страха и неуверенности. Главные технические средства – моделирование и ролевые игры.

- Позитивное подкрепление – используются принципы оперантного обусловливания для установления связей между поведением и его последствиями.

- Техника вызывания отвращения – используется принцип классического обусловливания (алкоголизм лечат сочетанием спиртного с веществами, вызывающими рвоту и т.д.).

- Наказание – следует после нежелательного поведения.

- Процедуры самоконтроля – активная роль пациентов в определении целей лечения и в выполнении терапевтической программы.

- Когнитивное реструктурирование – основывается на предположении, что эмоциональные расстройства являются результатом дезадаптивных стереотипов мышления.

5.3. Когнитивная и когнитивно-поведенческая психотерапия

Когнитивная психотерапия. Начало когнитивной терапии связывается с деятельностью Джорджа Келли. В 20-х гг. Дж. Келли

использовал в своей клинической работе психоаналитические интерпретации. Его изумляло то, с какой легкостью пациенты принимали фрейдовские концепции, которые сам Дж.Келли находил абсурдными. В качестве эксперимента Дж.Келли начал варьировать интерпретации, которые он давал пациентам, в рамках различных психодинамических школ.

Оказалось, что пациенты одинаково принимают предлагаемые им принципы и полны желания изменить свою жизнь в согласии с ними. Дж.Келли пришел к выводу, что ни фрейдовский анализ детских конфликтов, ни даже изучение прошлого как такового не имеют решающего значения. По мнению Дж.Келли, интерпретации Фрейда оказывались эффективными, поскольку они расшатывали привычный для пациентов способ мышления и предоставляли им возможность мыслить и понимать по-новому.

Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Дж.Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на будущее. Люди становятся депрессивными или тревожными, потому что попадают в западню ригидных, неадекватных категорий собственного мышления. Например, некоторые люди полагают, что авторитетные фигуры всегда правы, поэтому любая критика со стороны авторитетной фигуры действует на них удручающе. Любая техника, приводящая к изменению этого убеждения, будь она основана на теории, которая связывает такое убеждение с эдиповым комплексом, со страхом потери родительской любви или с потребностью в духовном руководителе, будет эффективна. Дж.Келли решил создать техники для непосредственной коррекции неадекватных способов мышления.

Он предлагал пациентам осознать свои убеждения и проверить их. Например, тревожная, депрессивная пациентка была убеждена, что расхождение с мнением ее мужа вызовет в нем сильный гнев и агрессию. Дж.Келли настоял на том, чтобы она попробовала высказать мужу собственное мнение. Выполнив задание, пациентка убедилась в том, что это не опасно. Такие домашние задания стали обычными в практике Дж.Келли. Он использовал также ролевые игры, предлагал пациентам играть роли новой личности. Он пришел к выводу, что сердцевиной невротизма является неадаптивное мышление. Проблемы невротика лежат в настоящих способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменить мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих терапевтических подходов, которые объединяются понятием *когнитивная психотерапия*.

Когнитивная психотерапия – представляет собой развитие поведенческого подхода в психотерапии, рассматривающего психические расстройства как опосредованные когнитивными

структурами и актуальными когнитивными процессами, приобретенными в прошлом, то есть в качестве промежуточной переменной между стимулом и реакцией вводится мысль. Представителями когнитивной психотерапии являются: А. Бек, А. Эллис и др.

Согласно Аарону Беку, три ведущие школы: традиционная психиатрия, психоанализ и поведенческая терапия, утверждают, что источник расстройства пациента лежит вне его сознания. Они мало внимания обращают на сознательные понятия, конкретные мысли и фантазии, то есть *когниции*. Новый подход – когнитивная терапия – полагает, что к эмоциональным расстройствам можно подойти другим путем: ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в сознании пациентов.

Когнитивная терапия предполагает, что проблемы у индивида вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях. Эти неверные представления возникают в результате неправильного научения в процессе развития личности. Отсюда легко можно вывести формулу лечения: терапевт помогает пациенту отыскать искажения в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим способам формулирования своего опыта.

Когнитивный подход к эмоциональным расстройствам изменяет взгляд на самого себя и свои проблемы. Отказавшись от представлений о себе как беспомощном порождении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рождать ошибочные идеи, но и способное отучиться от них и исправить их.

Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации.

При различных психопатологических состояниях (тревога, депрессия, мания, параноидное состояние и др.) на переработку информации оказывает влияние систематическое предубеждение. Это предубеждение специфично для различных психопатологических расстройств. Другими словами, мышление пациентов тенденциозно. Так, депрессивный пациент из информации, предоставляемой окружающей средой, выборочно синтезирует темы потери или поражения. А у тревожного пациента имеется сдвиг в отношении тем опасности.

Эти когнитивные сдвиги можно по аналогии представить как компьютерную программу. Программа диктует вид вводимой информации, определяет способ переработки информации и результирующее поведение. При тревожных расстройствах, например, активируется “программа выживания”. Результирующее поведение будет состоять в том, что он будет чрезмерно реагировать на относительно незначительные стимулы как на сильную угрозу.

Стратегии и тактики когнитивной терапии предназначены для дезактивации таких дезадаптивных программ, для сдвига аппарата

переработки информации (когнитивного аппарата) в более нейтральное положение.

Соответственно, работа психотерапевта состоит из нескольких этапов. Важная задача начального этапа – сведение проблем (идентификация проблем, имеющих в своей основе одни и те же причины, их группировка). Следующий этап – осознание, вербализация неадаптивных когний, искажающих восприятие реальности; объективное рассмотрение неадаптивных когний (отдаление). Следующий этап получил название этапа изменения правил регуляции поведения. Перемена отношения к правилам саморегуляции, обучение видеть в мыслях гипотезы, а не факты, проверка их истинности, замена их новыми, более гибкими правилами – следующие этапы когнитивной психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия. В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности в исследованиях Ж.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 для понимания того, как у них проходит научение.

Кроме того, возникло понимание того, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенсилизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы. У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаруживается ряд общих черт:

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

2. Те и другие смотрят на терапию как на процесс научения. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. Те и другие дают своим пациентам домашние задания.

4. Те и другие оказывают предпочтение практическому, лишенному абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обремененному сложными теориями личности.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. А.Бек (1967), наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Под влиянием идей Ж.Пиаже, А.Бек концептуализировал проблемы депрессивного пациента: события ассимилируются в 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).

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. Эллис говорит, например, что вы расстраиваетесь не из-за того, что провалились на экзамене, а потому, что считаете, что провал – это несчастье, которое указывает на вашу неспособность. Терапия Эллиса стремится, прежде всего, идентифицировать подобные наносящие ущерб личности и вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрел в результате неправильного научения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптивные стереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, опощение, логику. Как и в когнитивной терапии А.Бека, в рационально-эмотивной терапии Эллиса много внимания уделяется поведенческим техникам, домашним заданиям.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишенью 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.

Основные положения когнитивно-поведенческой психотерапии состоят в следующем:

1. Многие поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении и воспитании.
2. Имеются реципрокные взаимоотношения между поведением и средой.
3. С точки зрения теории научения, случайный опыт оставляет более значимый след в личности, чем традиционная модель “стимул-реакция”.
4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивный аспект является решающим в ходе научения. Деадаптивное поведение может быть изменено посредством личностных самообучающих приемов, активизирующих когнитивные структуры.

Когнитивное научение включает в себя самоконтроль, самонаблюдение, составление контрактов, работу в системе правил пациента.

6. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД)

6.1. Основные принципы феноменологического подхода

Экзистенциальная психотерапия – собирательное название для психотерапевтических подходов, где основное внимание уделяется свободному развитию личности, уникальности внутреннего мира отдельного человека, “свободной воле” и ответственности в процессе психотерапии. Основываются на экзистенциальном направлении в философии (экзистенция – лат. существование).

Гуманистическое направление в психотерапии – одно из трех основных направлений современной психотерапии, к которым причисляют также описанные выше динамическое направление и поведенческое. Это направление наименее однородно. К нему относят экзистенциальную психотерапию, дазайн-анализ, логотерапию, клиент-центрированную психотерапию, гештальттерапию, психоимажинативную терапию, эмпирическую психотерапию, эмпирическую психотерапию, первичную терапию, биоэнергетический анализ, структурную интеграцию, аутогенную тренировку (высшей степени), трансцендентальную медитацию, дзэн-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

При рассмотрении природы человека и его болезней представители этого направления подвергают критике классический психоаналитический подход и его отношение к этике человека – его желаниям, выбору и отношению к другим. Через психоаналитическую практику человек становится обезличенным, изолированным, управляемым, доступным анализу и расчету, а потому – униженным. Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность – феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек – не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой благодаря научению лепится личность, а, говоря словами Сартра, “человек – это его выбор”. Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор -- выбирать, как думать, как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и в безопасности.

Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожны и дефензивны (склонны к защитным реакциям).

Представители этого подхода рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Феноменологический подход сосредотачивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также гуманистическим.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала – в личностном росте, - хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если он не взглянет на мир глазами другого человека. Любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смысла для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте, вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих предположениях:

1. Лечение есть встреча равных людей, а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост, чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть, по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляют и которые блокируют их рост. Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако, в феноменологической терапии инсайт – это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных условий – установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

В гуманистическом направлении в психотерапии может быть выделено 3 основных подхода:

1. Философский подход, который использует экзистенциальные принципы как основу для проведения психотерапии. В процессе взаимного диалога или встречи (“здесь и теперь”) проводится вербальная психотерапия (например, клиент-центрированная терапия и логотерапия).

2. Соматический подход, который основывается на применении невербальных методов, ведущих к интеграции Я посредством сосредоточения внимания на субъективных телесных стимулах и сенсорных ответах (например, гештальттерапия), и физических, двигательных методах интенсивного отреагирования и эмоционального “наводнения”, в которых акцент делается на телесном стимулировании и высвобождении чувств (например, биоэнергетический анализ Лоуэна и первичная терапия Янова).

3. Духовный подход, в центре которого конечное утверждение Я как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта человека до космического уровня, что, в конечном счете, по мнению представителей этого подхода, ведет к объединению человека с Вселенной. Достигается это с помощью медитации или духовного синтеза, который может осуществляться различными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентификации.

6.2. Разновидности экзистенциально-гуманистической психотерапии

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются “клиент-центрированная терапия” Карла Роджерса (1951), “гештальттерапия” Фредерика Перлза (1969) и “логотерапия” Виктора Франкла (1940).

6.2.1. Гештальттерапия и гештальтпсихология Ф.Перлза

В английском языке нет точного эквивалента слову “гештальт”; его основное значение можно передать как “паттерн” или “конфигурация” - специфическая организация частей, которая составляет определенное целое. Основной принцип подхода гештальтпсихологии состоит в том, что анализ частей не может обеспечить понимание целого, поскольку целое определяется взаимодействием и взаимозависимостью частей. Выделенные из гештальта части не остаются тождественными тому, какими они были на своем определенном месте и со своей определенной функцией в целом.

Ф.Перлз отвергал идею разделения ума и тела, разделения объекта и субъекта, разделения человека и среды. Отказываясь рассматривать человека как существо, противостоящее миру, переживаемому в отдельности от него самого, Ф.Перлз утверждал, что люди творят и

создают свои миры: для каждого мир существует как его раскрытие. Он сделал очень смелый для его времени вывод, что между душевной и физической деятельностью человека не существует пропасти.

По представлениям Ф.Перлза сознание человека не может воспринимать окружающий мир однозначно, с одинаковой концентрацией внимания на всех деталях. Важные и значимые события, по Ф.Перлзу, занимают центральное место в сознании, образуя гештальт (фигуру), а менее важная в данный момент информация отступает на задний план, образуя фон.

Ф.Перлз очень верил в то, что он называл “мудростью организма”. Он рассматривал здорового человека как саморегулирующееся существо. Одно из основных положений гештальт-терапии заключается в том, что каждый обладает способностью достигать оптимального равновесия внутри себя и между собой и средой.

Гештальтпсихология является важным источником гештальттерапии. Гештальттерапия – это сложный синтез из психоанализа, экзистенциальной психологии, бихевиоризма (подчеркивание очевидного в поведении), психодрамы (отреагирование конфликтов), дзэн-буддизма (минимум интеллектуализации и фиксирование на осознании настоящего).

Основными понятиями гештальттеории являются: отношение фигуры и фона, осознание потребностей и сосредоточение на настоящем, противоположности, функции защиты и зрелость.

Фигура и фон. В процессе саморегуляции здоровый человек сам выбирает, какая информация для него в данный момент наиболее важна – это фигура. Остальная информация временно отодвигается на задний план – это фон. Нередко фигура и фон меняются местами. Это поясняется известным гештальт-рисунком.

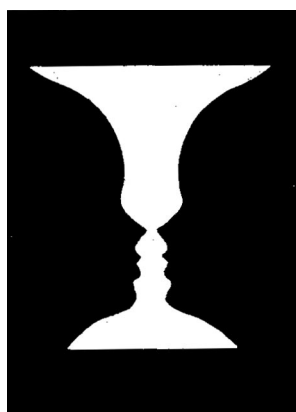


Рис. 1

завершается, отодвигается на задний план, уступая место новому гешталту.

Если рассматривать белую фигуру на темном фоне – мы видим белую вазу; если рассматривать черную фигуру на белом фоне – две повернутые друг к другу головы в профиль. Этот феномен показывает, как организм выбирает то, что ему интересно и важно в каждый данный момент. Заслуга Перлза состоит в том, что он впервые применил принципы гештальтпсихологии в психотерапии.

В понимании Перлза фигура выступает в качестве доминирующей потребности, ритмическая смена фигур и фона лежит в основе саморегуляции организма. В качестве фигуры (гештальта) может быть желание. Как

В случаях, когда потребность удовлетворить нельзя, гештальт остается незавершенным, а поэтому не может бытьотреагирован и не может уступить место другому гешталту. Такая неотреагированная потребность, по мнению Перлза, становится причиной многих незавершенных проблем.

Например, если человек сразу не выразил свою злобу или гнев, они в последующем не исчезнут совсем, а будут проявляться в более скрытых и коварных формах.

Задача гештальттерапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать свою потребность, сделать ее более четкой и реализовать ее.

Осознание потребностей и сосредоточение на настоящем. Осознание и сосредоточение на потребности является важным принципом в гештальттерапии, получившем название *здесь и теперь*. Невротик не способен жить в настоящем, поскольку несет в себе незаконченные ситуации (незавершенные гешталты) из прошлого. Гештальтистский подход в психотерапии состоит в том, чтобы не исследовать прошлое в поисках воспоминаний о травме или незаконченной ситуации, а предложить пациенту сфокусироваться на сознании того, что переживается в настоящем; фрагменты незаконченных ситуаций из прошлого неизбежно всплывут как часть этого опыта в настоящем; тогда пациенту предлагается вновь проиграть их, вновь пережить их, чтобы закончить и ассимилировать их в настоящем. Тревожность Перлз определяет как разрыв между “сейчас” и “тогда”.

Противоположности. Речь идет о тех внутренних сторонах явлений, которые одновременно и предполагают, и исключают друг друга. Противоположности не просто существуют, они находятся в состоянии постоянного противоречия друг с другом. Борьба противоположностей составляет источник развития действительности. Каждый из нас может одновременно любить и ненавидеть своих близких, испытывать чувство радости и огорчения при завершении дела. Полностью осознавая противоположности своего Я, своих стремлений и желаний, мы более глубоко начинаем осознавать самих себя.

Противоположные стороны нашего Я в гештальттерапии получили название Нападающего и защищающегося.

Одна из задач гештальттерапии – используя закон единства и борьбы противоположностей, помочь пациенту выделить фигуру из фона, завершить гештальт и снова вернуть его в фоновое окружение.

Функции защиты. Индивид реагирует на угрозу или стрессовую ситуацию посредством защитных реакций. Это и уход от проблемы, и искусственная невосприимчивость ситуации или даже болезнь. Вся жизнь человека, по сути, состоит из каких-то трудностей и защитных реакций на эти трудности. Здоровые люди на возникшие трудности реагируют адекватно. При возникновении невроза защитные механизмы искажаются и препятствуют росту личности. Перлз выделяет 4 реакции, препятствующие росту личности: реакцию слияния, ретрофлексию, интроекцию и проекцию.

При *реакции слияния* индивид не может дифференцировать себя от других, он не в состоянии четко определить, где оканчивается его Я и начинается Я другого человека. Слияние делает невозможным саморегулирующийся ритм контакта и отхода, что, в свою очередь, делает невозможным формирование гештальта.

Ретрофлексия означает “обращение назад на себя”. При ретрофлексии граница между личностью и средой смещается в сторону личности. Все усилия такого человека направлены не на борьбу с внешними трудностями, а на самоосуждение, самобичевание, в лучшем случае – на коррекцию собственных эмоций и поведения.

Интроекция – тенденция присваивать себе убеждения, способы мышления и поступки других людей без критики и попытки сделать их своими собственными. Индивид настолько занят усвоением чужих убеждений, что ему не удается сформировать свою собственную личность.

При гештальттерапии очень важно отличать интроекции от собственных убеждений пациента. Корректировать можно только собственную позицию, чуждую нужно осознать и отбросить.

Проекция противоположна интроекции. Граница между собственным Я и средой смещается в сторону среды. Проекция – это тенденция переносить собственные ошибки и ответственность за то, что происходит внутри Я, на других, на окружающую среду.

В то время как интроецирующий субъект делает полем битвы свое Я, проецирующий – окружающий мир.

Как важнее, чем *почему*. Перлз считал, что каждый поступок – это гештальт, и более важно осознать, как совершается этот поступок, а не почему он случается.

Зрелость. Зрелость – это способность индивида выйти из трудной, тупиковой ситуации, полагаясь только на самого себя. Для того чтобы достичь зрелости, индивид должен преодолеть свое стремление получать поддержку из окружающего мира и найти новые источники поддержки в самом себе.

Зрелость наступает тогда, когда индивид мобилизует свои ресурсы для преодоления фрустрации и страха, возникающих из-за отсутствия поддержки со стороны окружающих.

Перлз полагал, что для достижения зрелости и принятия ответственности за себя человек должен тщательно проработать все свои невротические уровни. Первый уровень – клише – характерен стереотипностью и конформностью поведения. Второй уровень – искусственный, где доминируют роли и различные игры. На этом уровне человек, пытаясь получить поддержку, манипулирует другими. Далее – уровень тупика, который характеризуется отсутствием поддержки и неумением в достаточной мере опереться на себя. Следующий уровень – внутренний взрыв. Только на этом уровне серьезно затрагивается истинное Я, “похороненное” до этого под толстым слоем “защиты”.

Основной целью гештальттерапии является пробуждение скрытых возможностей человека путем поощрения осознания своих

потребностей и способствование продвижению пациента по пути к зрелости.

Гештальттерапия включает следующие основные компоненты:

- 1) расширение осознания;
- 2) интеграция противоположностей;
- 3) усиление внимания к чувствам;
- 4) работа с мечтами (фантазией);
- 5) принятие ответственности на себя;
- 6) преодоление сопротивления.

6.2.2. К.Роджерс и терапия, центрированная на пациенте

Карл Роджерс практиковал психодинамическую терапию в 30-х гг. Но скоро он начал сомневаться в ее ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который “понимает” пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую “недирективную терапию”, то есть он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход сейчас называется “клиент-центрированной терапией”, чтобы подчеркнуть роль клиента.

Карл Роджерс учил, что люди постоянно, даже помимо своей воли, занимаются самопознанием. Для него было наиболее важно, что человек воспринимает не внешнюю реальность, а свой внутренний мир. Реальность, окружающий мир существуют для Роджерса только как символы; главное же, что формирует восприятие этого мира, заложено в самом человеке.

Самость, для Роджерса – это представление о себе, которое постепенно меняется в процессе развития личности. “Самость – это организованный гештальт, постоянно находящийся в процессе формирования”. Идеальная самость – это представление о себе, как об идеале. Истинная самость отличается от идеальной. Степень этого различия определяет уровень дискомфорта личности и может вызвать невротическое состояние. Идеальная самость может быть конечной целью развития личности, но не причиной душевного конфликта.

Терапия, центрированная на клиенте, стремится создать атмосферу, в которой факторы, деформирующие личность, могут быть устранены, а здоровые силы самости – прийти в равновесие и привести к выздоровлению.

Социальные отношения. Основное в учении Роджерса – это роль и значение межличностных отношений, как в механизме развития невроза, так и в процессе выздоровления. Роджерс полагал, что только во взаимоотношениях с другими людьми человек в состоянии раскрыть и осознать свое истинное Я.

Семья – одна из форм межличностных отношений. Отношения в браке, по Роджерсу, основываются на четырех основных условиях:

1) постоянно поддерживаемые обязательства друг перед другом – партнерство рассматривается как динамический процесс, направленный на удовлетворение не только своих потребностей, но и потребностей партнера;

2) выражение чувств – речь идет о чувствах, оказывающих позитивное воздействие на партнера;

3) неприятие специфических ролей – Роджерс учит супружескую пару “жить по собственному выбору, а не формироваться под влиянием понятий, правил, рамок, которые другие хотят нам навязать”;

4) способность понять и разделить внутреннюю жизнь партнера – основана на способности понять и принять себя и своего партнера такими, каковы вы есть на самом деле.

Терапия, центрированная на клиенте. Основные положения нового подхода в психотерапии, предложенного Роджерсом, сводятся к следующему.

1. Сам клиент всегда стремится к выздоровлению. Роль терапевта заключается в том, чтобы использовать это стремление и направить клиента по нужному пути.

2. Терапия акцентируется больше 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 и помогает человеку разрешить свою проблему с минимумом участия со стороны терапевта.

Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями (“триада Роджерса”): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

Безусловное позитивное отношение. Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы “плохим” или “странным” это не казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, - это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как сторонний наблюдатель, который стремится

наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить: “Я понимаю” или: “Я знаю, что вы сейчас чувствуете”. Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, оказывают другие знаки внимания. Используется также техника, называемая отражением (рефлексией). Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

Конгруэнтность – это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

Роджерс замечал, что в процессе клиент-центрированной терапии клиенты становятся не только более уверенными в себе, но они начинают лучше осознавать свои подлинные чувства, принимать себя, держаться более комфортно и естественно с другими людьми, в большей степени полагаться на собственную оценку, чем на мнения других, становятся более продуктивными и спокойными.

В своей ранней книге “Консультации и психотерапия” К.Роджерс перечисляет характерные шаги процесса помощи:

- 1) клиент приходит за помощью;
- 2) определяется ситуация;
- 3) поощрение свободного выражения;
- 4) советующий принимает и проясняет;
- 5) постепенное выражение позитивных чувств;
- 6) обнаружение позитивных импульсов;
- 7) появление инсайта;
- 8) прояснение выбора;
- 9) позитивные действия;
- 10) возрастание инсайта;
- 11) растущая независимость;
- 12) уменьшающаяся потребность в помощи.

Этот предполагаемый ряд событий показывает, что Роджерс заботится о том, чтобы клиент определил собственный путь при одобрении и поддержке терапевта.

Роль терапевта и пациента в процессе психотерапии. “Ключи к исцелению, - писал Роджерс, - находятся у клиента, но терапевт должен обладать определенными личными качествами, способными помочь клиенту научиться использовать эти ключи”.

Ученый вводит еще одно понятие: терапевт, центрированный на клиенте. Чтобы обрести доверие клиента, учит Роджерс, психотерапевт

должен быть тем, что он есть на самом деле, а не играть роль терапевта.

Такое отношение (терапевт-клиент) подобно отношению учителей восточных школ, которые, видя божественное в каждом человеке, могут относиться ко всем с одинаковым уважением и состраданием.

Терапевт, центрированный на клиенте, должен уметь поддерживать в клиенте уверенность в его внутренних силах, утвердить в нем веру в свои способности к самосовершенствованию. А для этого, утверждал Роджерс, нужно чувствовать внутренний мир клиента, как свой собственный.

Рождерс использует слово “клиент” вместо традиционного “пациент”. Пациент – это тот, кто болен, нуждается в помощи, и обращается за ней к обученным профессионалам. Клиент – тот, кто нуждается в услуге и полагает, что он может сделать это сам. Клиент, хотя у него есть проблемы, все же рассматривается как человек, внутренне способный понимать собственную ситуацию. В представлении о клиенте содержится идея равенства, отсутствующая в отношении психотерапевта и пациента.

6.2.3. В.Франкл и логотерапия

Логотерапия - метод психотерапии и экзистенциального анализа, представляющий собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, механизмы развития личности в норме и патологии, пути коррекции аномалий в развитии личности.

Созданная Виктором Франклом, логотерапия, как одно из влиятельных направлений современной психотерапии, помогает человеку в поисках смысла жизни. Логотерапия противостоит, с одной стороны, ортодоксальному психоанализу, а с другой – поведенческой психотерапии.

Основанное на философии человеческой ответственности мировосприятие Франкл назвал трагическим оптимизмом: “Несмотря на нашу веру в потенциал человека, мы не должны закрывать глаза на то, что человеческие люди являются, и быть может, всегда могут оставаться меньшинством. Но именно поэтому каждый из нас чувствует вызов присоединиться к этому меньшинству. Дела плохи. Но они станут еще хуже, если мы не будем делать все, что в наших силах, чтобы улучшить их”.

В своем теоретическом здании В.Франкл выделяет три основные части: учение о стремлении к смыслу, учение о смысле жизни и учение о свободе воли.

Стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни Франкл рассматривает как врожденную мотивационную тенденцию, присущую всем людям и являющуюся основным двигателем поведения и развития личности. Для того чтобы жить и активно действовать, заключает Франкл, человек должен верить в смысл, которым обладают его поступки. Отсутствие смысла порождает у человека состояние,

которое Франкл называет экзистенциальным вакуумом.

Необходимым уровнем психического здоровья является определенный уровень напряжения, возникающего между человеком, с одной стороны, и локализованным во внешнем мире объективным смыслом, который ему предстоит осуществить, с другой стороны. Таким образом, основной тезис учения о стремлении к смыслу можно сформулировать так: человек стремится обрести смысл и ощущает фрустрацию или вакуум, если это стремление остается нереализованным.

Основной тезис учения о смысле жизни в теории Франкла: жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах; смысл жизни всегда может быть найден. Никто, и логотерапевт в том числе, не преподносит тот единственный смысл, который человек может найти в своей жизни. Однако логотерапия ставит целью расширение возможностей пациента видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать в себе любая ситуация. Не человек ставит вопрос о смысле своей жизни – жизнь ставит вопрос перед ним.

Основной тезис учения Франкла о свободе воли можно сформулировать так: человек свободен найти и реализовать смысл жизни, даже если его свобода заметно ограничена объективными обстоятельствами.

Существует специфическая и неспецифическая область применения логотерапии. Психотерапия разного рода заболеваний – это неспецифическая сфера. Специфической же сферой являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика сократовского диалога, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Важную роль играет при этом личность самого психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо.

Таблица 2

Сравнительный обзор направлений психотерапии

Основные тематические параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Природа человека	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обусловливания; ведет себя на основании прошлого опыта	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в сфере инстинктов	Приобретенные стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрат

	бессознательные ранние либидинозные влечения	деня	та возможностей, расщепление «я», рассогласованное между мыслями, чувствами и поведением (потеря аутентичности)
Концепция здоровья	Разрешение интрапсихических конфликтов: победа Эго над Ид, т.е. сила Эго	Устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижение 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
Временной подход и «фокус»	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: 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. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	Обусловливание: систематическая десенсилизация, 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	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное пове-	Фасилитатор (ускоритель) роста личности

	ассоциаций и другого материала из бессознательного	дение на адаптивное. Активный, ориентированный на действия	
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансфертная и первостепенная для лечения: не-реальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальная и первостепенная 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

Современная клиническая психотерапия является достаточно сильным средством воздействия на психику и поведение человека. Поэтому, как всяким сильнодействующим средством, ею нужно пользоваться осознанно, осторожно, с учетом всех имеющихся показаний и противопоказаний. Такой подход к клинической психотерапии невозможен без углубленного изучения ее истоков и фундаментального знания ее теоретических основ.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- 1. Составьте логическую схему базы знаний по теме юниты.**

2. Заполните таблицу:

Методы психотерапии	Психотерапевты – основоположники методов
Суггестивная психотерапия	
Терапия, центрированная на клиенте	
Психоанализ	
Гештальттерапия	
Индивидуальная психотерапия	
Аналитическая психотерапия	

Слова для справок: Дж.Брейд, Ж.Шарко, А.Адлер, В.М.Бехтерев, Ф.Перлз, З.Фрейд, К.Роджерс, К.Юнг.

3. Поиск общего и частного: а) найти обобщающие признаки; б) поиск частных отличий.

Объекты для исследования:

1. К.Юнг – З.Фрейд.
2. З.Фрейд – В.Райх.
3. З.Фрейд – А. Фрейд.

4. Установить соответствие между понятиями и определениями.

Понятие	Определение
Психоанализ	система лечебного воздействия психологическими средствами на психику, а через нее на весь организм и поведение пациента
Метод психотерапии	организация и структура взаимодействия терапевта и пациента в процессе реализации того или иного метода психотерапии
Форма психотерапии	конкретный способ реализации общего принципа лечения, вытекающий из понимания сущности психического расстройства в рамках определенной концепции психотерапии
Психотерапия	теория общего психического развития, происхождения неврозов и психоаналитической психотерапии, а также метод психотерапии, разработанный З. Фрейдом и его последователями на основе представления о главенствующей роли бессознательных процессов в жизнедеятельности индивида
Суггестивная психотерапия	психотерапия, при организации которой основную психотерапевтическую роль играет специфически организованное взаимодействие терапевта и пациента
Гетерогенная психотерапия	психотерапевтические методики, в которых основную психотерапевтическую роль играет воздействие специально обученного пациента на самого себя
Аутогенная психотерапия	группа методов, в основе которых в качестве ведущего лечебного фактора выступает внушение или самовнушение. Внушение может реализовываться в состоянии бодрствования или гипнотического погружения

5. Исключить из перечисленных понятий лишнее слово.

А) Материалом для психоанализа может служить все нижеперечисленное: свободные ассоциации, сопротивления, сновидения, реакции переноса, состояния сомнамбулы, состояние похмелья.

Б) Мышечный, телесный “панцирь” сковывает эмоции и состоит из семи колец, расположенных в области: лба, темени, рта, груди, ступней, диафрагмы, живота и глаз.

В) К методам гипнотизирования относят следующие методы: метод Фария, метод Брейда, психоанализ, метод пассив, технику Рожнова, метод Шарко, гештальттерапию.

6. Из перечисленного выберите то, что делает верным предложение:

А) Осложнения при гипнотизации встречаются крайне редко, вот некоторые из них:

Слова для справок: утрата раппорта во время сеанса, алкоголизм и наркомания, спонтанный катарсис, истерический гипноид, спонтанный сомнамбулизм, вытеснения и отрицания, гипнотическая летаргия, раскрепощение двигательной активности.

Б) Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются:

Слова для справок: “клиент-центрированная терапия” Карла Роджерса, “аналитическая психотерапия” Карла Юнга, “гештальттерапия” Фредерика Перлза, “индивидуальная психотерапия” Альфреда Адлера, “логотерапия” Виктора Франкла, “психоанализ” Зигмунда Фрейда.

7. Найти ошибки в тексте.

Юнг выделяет следующие элементы структуры личности: Эго, персону, тень, “панцирь”, Аниму (у мужчин), Анимуса (у женщин), самость, Ид, Супер-Эго.

Эго – центр сознания и один из основных архетипов личности. Эго создает ощущение последовательности и направления в нашей сознательной жизни. Оно, находясь на грани с бессознательным, ответственно за связь сознательного и бессознательного. При нарушении гармоничности этой связи возникает невроз. Супер-Эго включает интроецированные ценности, наши “надо” и “нельзя”. Это наша совесть.

Персона (личность) – это то, какими мы представляем себя миру. Это характер, который мы принимаем; посредством персоны мы относимся к другим. Она включает наши социальные роли, род одежды, которую мы предпочитаем носить, наш индивидуальный стиль выражения.

8. Используя приведенные ниже слова, составьте смысловой ряд по образцу.

Психотерапевтическое направление – метод психотерапии – автор метода.

Слова для справок: суггестивная психотерапия, Фредерик Перлз, психодинамическое направление, экзистенциально-гуманистическое направление, психоанализ, Б.Ф. Skinner, шоковый метод, поведенческая психотерапия, Зигмунд Фрейд, гештальттерапия, радикальный бихевиоризм, Жан Шарко.

**ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ГРУППОВОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ**

ЮНИТА 1

ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Редактор Н.В. Друх
Оператор компьютерной верстки А.Б. Кондратьева

Изд. лиц. ЛР № 071765 от 07.12.1998	Сдано в печать
НОУ “Современный Гуманитарный Институт”	
Тираж	Заказ
