Составители: Киреева Д.С., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**МОДУЛЬ 2. ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

**Тема 2. Общие принципы психокоррекции больных с ПСР в рамках основных направлений современной психологии**

***Содержание:***

1. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках психодинамического подхода.

2. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках когнитивно-поведенческого подхода.

3. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках экзистенциально-гуманистического подхода.

4. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках системного семейного подхода.

5. Особенности психологической коррекции при ПСР в зависимости от теоретической ориентации психолога.

6. Выбор предпочтительного подхода к психологической коррекции в зависимости от характера ПСР.

**1. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках психодинамического подхода.**

**Психодинамическое направление (психоанализ)**

***Представители***

Зигмунд Фрейд

Альфред Адлер

Карл Юнг

Гарри Салливан

Эрих Фромм

Карен Хорни

Вильгельм Райх

Эрик Эриксон

Анна Фрейд

Мелани Кляйн

Хайнц Кохут

***Теоретическая база***

Психоанализ

Теория отношений В.Н. Мясищева

**Основные понятия**

Внутриличностный конфликт

Топографическая модель психики

Сознание

Предсознательное

Бессознательное

Динамическая модель психики

Ид

Эго

Суперэго

Либидо

Психологические защиты

Конверсия

Выгода от болезни

Анализ

Свободные ассоциации

Символические проявления бессознательного

Перенос

Контрперенос

Сопротивление

Инсайт

Катарсис (отреагирование)

**Внутриличностный конфликт (интрапсихический конфликт)** – столкновение двух равных по силе, но противоположных по направленности мотивационных сил (мотивов, потребностей, влечений и др.). Представители психодинамического подхода к консультированию рассматривают взаимодействие и конфликт разных составляющих психики человека как движущую силу психического развития. З. Фрейд связывал нормальное развитие с малым числом интрапсихических конфликтов или их эффективным решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

**Топографическая модель психики** – предложенная Фрейдом модель личностной организации, согласно которой в психической жизни можно выделить три уровня: сознание, предсознательное и бессознательное. Рассматривая их в единстве, Фрейд утверждал, что ведущую роль в регуляции поведения человека играют бессознательные процессы.

**Сознание** – по Фрейду область (или уровень) психики, которая состоит из ощущений и переживаний, которые вы осознаете в данный момент времени (мысли, восприятие, чувства, память). Определенное содержание осознается лишь в течение короткого периода времени, а затем быстро погружается на уровень предсознательного или бессознательного по мере того, как внимание человека перемещается на другие сигналы.

**Предсознательное** – область психики, которая включает в себя весь опыт, который не осознается в данный момент, но может легко вернуться в сознание или спонтанно, или в результате минимального усилия.

**Бессознательное** – хранилище примитивных инстинктивных побуждений плюс эмоции и воспоминания, которые настолько угрожают сознанию, что были подавлены или вытеснены в область бессознательного. Примерами того, что может быть обнаружено в бессознательном, служат забытые травмы детства, скрытые враждебные чувства к родителю и подавленные сексуальные желания, которые вы не осознаете. Неосознанные переживания, в отличие от предсознательных, полностью недоступны для осознания, но они в значительной степени определяют действия людей. Однако неосознанный материал может выразиться в замаскированной или символической форме, подобно тому, как неосознаваемые инстинктивные побуждения косвенно находят удовлетворение в снах, фантазиях, игре и работе.

**Динамическая модель психики** – модель, согласно которой в индивидууме присутствуют конфликтующие силы, в то время как мысли, эмоции и поведение – как адаптивные, так и психопатологические – представляют собой результат их взаимодействия. Эти силы существуют на различных уровнях осознания и некоторые из них совершенно неосознанны. Динамическая модель психики была сформулирована З. Фрейдом на замену топографической модели, т. к. топографическая модель оказалась неспособной объяснить ряд клинических феноменов. Фрейд рассматривал все явления психической жизни человека как результат взаимодействия трех структур личности – ид, эго и суперэго, каждая из которых преследует собственную цель.

**Ид (от латинского «оно»)** – примитивные, инстинктивные и врожденные аспекты личности. Ид подчиняется *принципу удовольствия,* т.е. стремится к немедленному удовлетворению потребностей, невзирая на последствия и вопреки самосохранению. Ид функционирует целиком в бессознательном и тесно связано с инстинктивными биологическими побуждениями, которые наполняют наше поведение энергией.

**Эго (от лат. «ego» — «я»)** — это компонент психического аппарата, ответственный за принятие решений. Эго подчиняется *принципу реальности,* цель которого — сохранение целостности организма путем отсрочки удовлетворения инстинктов до того момента, когда будет найдена возможность достичь разрядки подходящим способом и/или будут найдены соответствующие условия во внешней среде. Эго стремится выразить и удовлетворить желания ид в соответствии с ограничениями, налагаемыми внешним миром. Наиболее важная функция Эго — образование *защитных механизмов* против тревоги и вины. Эго является «исполнительным органом» личности и областью протекания интеллектуальных процессов и решения проблем. Эго функционирует на всех трех уровнях психики (сознание, предсознательное и бессознательное).

**Суперэго (от лат. «super» — «сверх» и «ego» — «я»)** – последний компонент развивающейся личности, представляющий интернализованную версию общественных норм и стандартов поведения. Суперэго делится на две подсистемы: совесть и эго-идеал. *Совесть* приобретается посредством родительских наказаний. Она связана с такими поступками, которые родители называют «непослушным поведением» и за которые ребенок получает выговор. Совесть включает способность к критической самооценке, наличие моральных запретов и возникновение чувства вины у ребенка, когда он не сделал того, что должен был сделать. *Эго-идеал* формируется из того, что родители одобряют или высоко ценят; он ведет индивидуума к установлению для себя высоких стандартов. Например, ребенок, которого поощряют за успехи в школе, будет всегда гордиться своими академическими достижениями. Суперэго считается полностью сформировавшимся, когда родительский контроль заменяется самоконтролем. Как и Эго, Суперэго функционирует на все трех уровнях психики.

**Либидо** – энергия инстинктов жизни. Инстинкты жизни направлены на самосохранение, на поддержание жизненно важных процессов (голод, жажда, секс и др.). Наиболее значимыми из них (по З. Фрейду) являются сексуальные инстинкты. Под воздействием борющихся в разуме человека сил (Фрейд определял это как борьбу *эго* с *ид, суперэго* и *внешним миром*), либидо трансформируется в разные виды поведения.

**Психологические защиты** – это определенные приемы, используемые Эго, функция которых заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов и, тем самым, предохранить Эго от тревоги. К механизмам психологической защиты относятся: *отрицание, вытеснение, проекция, рационализация, регрессия, сублимация* и др.

**Конверсия** – процесс, в результате которого вытесненные в бессознательное переживания превращаются в телесные феномены. Симптомы обретают разнообразные формы, включая моторные, сенсорные и висцеральные реакции: анестезии, боли, параличи, тремор, конвульсии, нарушения походки, координации, глухота, слепота, рвота, икота, нарушения акта глотания. Симптом, возникший в результате конверсии, рассматривается как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал, как «древний, но вышедший из употребления способ выражения».

**Выгода от болезни** – преимущества, бессознательно приобретаемые человеком при его заболевании и извлекаемые им из самой болезни.

**Анализ** – включает 4 процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и преодоление.

*Конфронтация* представляет собой процедуру, в ходе которой пациент оказывается лицом к лицу перед определенными событиями, переживаниями, отношениями, конфликтами, противоречиями, которые нужно исследовать.

*Прояснение* предполагает фокусировку на каком-либо событии, переживании (помещение значимых деталей в фокус), отделение существенного, значимого и важного от несущественного.

*Интерпретация* означает разъяснение неясного или скрытого для пациента значения некоторых аспектов его переживаний и поведения и представляет собой определенную технику истолкования значения симптомов, ассоциативной цепочки представлений, сновидений, фантазий, переноса, сопротивления. Цель интерпретации состоит в том, чтобы сделать неосознаваемые феномены осознанными, в достижении *инсайта.* Интерпретация является центральной процедурой анализа, основным инструментом психоаналитика.

*Преодоление* (проработка) – это комплекс процедур и процессов, которые следуют после инсайта. Эта работа открывает путь от инсайта к изменениям и является, как правило, длительной и кропотливой, поскольку нужно преодолеть сопротивление, мешающее тому, чтобы понимание привело к прочным структурным изменениям. Интеллектуальный инсайт без проработки считается недостаточным для достижения терапевтического эффекта, так как сохраняется тенденция к повторению привычных способов функционирования.

**Свободные ассоциации** – это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное, при которой пациента просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным, не имеющим отношения к делу и т. п.

Техника основана на следующих положениях:

* мысль имеет тенденцию следовать в направлении значимого (в данном случае – на содержание бессознательного конфликта), за исключением тех ситуаций, где действует сопротивление;
* сопротивление становится минимальным при расслаблении и максимальным при сосредоточенности.

**Символические проявления бессознательного** – сновидения, фантазии и различные ошибочные действия (оговорки, описки, забывания слов, имен, дат и пр., собственно ошибочные действия), в которых символически проявляются вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты.

**Перенос** – это повторение в отношениях с консультантом чувств и установок, возникших в прошлом со значимыми людьми (прежде всего — родителями). Другими словами, перенос в консультировании – это проецирование клиентом на консультанта своего опыта отношений со значимыми людьми. Перенос возникает бессознательно, он всегда ошибочен (т. е. клиент приписывает консультанту черты, свойственные другим людям в других обстоятельствах и времени) и чаще возникает в сферах, где имеются неразрешенные детские конфликты со значимыми личностями. Возникновению переноса способствует нейтральность и неопределенность консультанта. Благодаря анализу переноса консультант может проникнуть в прошлое клиента и увидеть, каким образом ранний опыт, связанный со значимыми личностями (родители, близкие), влияет на него в настоящем.

**Контрперенос** – проецирование консультантом своих проблем на предоставленный клиентом материал, как связанный с переносом, так и не связанный с ним.

**Сопротивление** – тенденция препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов. Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется.

**Инсайт** (от англ. insight — постижение, озарение) – внезапное, новое и невыводимое из прошлого опыта понимание, постижение существенных отношений и структуры ситуации в целом, посредством которого осуществляется осмысленное решение проблемы. Понятие инсайта введено гештальт-психологией (Кёлер). Для гештальтистов И. означает переход к новой познавательной, образной структуре, соответственно которой сразу же меняется характер приспособительных реакций.

*Пример инсайта в психоанализе:* понимание связи между проявлениями невроза – с одной стороны и психотравмирующими факторами, неприемлемыми влечениями, особенностями личности и пр. – с другой стороны.

*В психоанализе* состояние инсайта соотносится со своего рода прозрением, основанным на постижении смысла и значения бессознательных процессов и сил, действующих в глубинах психики.

Аналитики различают *интеллектуальный инсайт* как способность правильно формулировать свою собственную психопатологию и динамику и *эмоциональный инсайт* как способность *ощутить* и полностью постичь значение «бессознательного» и символических проявлений. Интеллектуальный инсайт обычно классифицируют как обсессивную защиту, поскольку он позволяет объекту понимать и держать под контролем те стороны самого себя, от которых он по-прежнему остается отчужденным. С другой стороны, эмоциональный инсайт является свидетельством свободы от отчуждения и «пребывания в контакте с бессознательным». Эмоциональный инсайт позволяет пациенту радикально пересмотреть преобладающий в его жизни образ мышления и действия и приводит к изменениям в психике человека. В отличие от него, интеллектуальный инсайт способен привести к переосмыслению происходящего, но не ведет автоматически к желательным изменениям.

**Катарсис (отреагирование, абреакция)** – выражение вытесненных травматических переживаний в виде слез, «двигательной бури» и криков, что приводит к освобождению заблокированной психической энергии и устранению симптомов расстройства (поскольку энергии, которая поддерживала симптомы болезни, больше нет, то сама болезнь идет на убыль).

***Концепция личности***

Личность детерминирована бессознательными психическими процессами (в первую очередь – бессознательными врожденными потребностями) и ранними детскими переживаниями.

Фрейд выделял две группы таких потребностей – *инстинкты жизни* (Эрос) и *инстинкты смерти* (Танатос). Неофрейдисты (Адлер, Юнг, Фромм, Хорни) полагали, что источником развития является врожденная потребность в другом человеке, как источнике *безопасности, привязанности,* *тепла* и *развития собственной идентичности.*

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов – «ид» (базальные потребности), «эго» (рассудок) и «суперэго» (мораль). Каждый компонент личности имеет собственную направленность (*ид* – немедленное получение удовольствия; *эго* – адаптация потребностей организма к требованиям социума, защита от физического и морального ущерба, который может последовать за немедленным удовлетворением потребностей ид; *суперэго* – стремление к совершенству), поэтому они часто вступают в конфликт друг с другом. Ведущую роль в урегулировании интрапсихических конфликтов и достижении динамического равновесия играет Эго.

Личность и поведение являются результатом усилий Эго в примирении бессознательных психических конфликтов и требований реального мира.

***Концепция патологии***

Есть две модели развития психической патологии: модель травмы и модель конфликта.

*Модель травмы:* в основе психических расстройств лежат вытесненные в бессознательное ранние травматические переживания сексуального характера (соблазнение, инцестуозные отношения, мастурбация, изнасилование).

*Модель конфликта:* сущность невроза – это конфликт между *бессознательным* (первичные, врожденные потребности и влечения, составляющие содержание Ид) и *сознанием* (нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго). Вытесненные в бессознательное инстинктивные потребности сохраняют свой энергетический потенциал и проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов.

***Концепция здоровья***

Психическое здоровье определяется как динамическое равновесие между различными внутренними потребностями, а также между ними и требованиями внешней среды (у Фрейда – между биологическими потребностями и социальными требованиями, у Адлера – между потребностью в общности с другими людьми и стремлением к личному превосходству и др.). Другими словами, это постоянный поиск компромисса.

Трудности в достижении такого компромисса возникают, если человек плохо осознает свои потребности (функция *Эго*), имеет слишком строгие моральные стандарты (функция *Суперэго*), либо испытывает потребности, трудно совместимые с нормами общества.

Поэтому для восстановления психического здоровья необходимо *усилить Эго над Ид* (т. е. усилить способность к осознанию своих потребностей), *смягчить требования Суперэго* (т. е. пересмотреть свои моральные стандарты) и научиться эффективно перераспределять энергию социально недопустимых влечений на конструктивные жизненные цели – близость с другими людьми и творчество (*сублимация*).

***Временной подход и фокусировка***

Исторический: относящийся к прошлому

***Длительность***

Несколько лет с высокой частотой встреч 1 – 5 раз неделю

***Цели консультирования***

Задача консультанта-психоаналитика состоит в том, чтобы *вскрыть и перевести в сознание* бессознательные тенденции, влечения и конфликты, способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Для этого психоаналитик должен подвергнуть *анализу* ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление.

В результате анализа проявлений бессознательного достигается *катарсис* (отреагирование, освобождение от травмирующих эмоций) и *инсайт* (например, понимание связи между невротическим симптомом и вытесненными травматическими переживаниями, понимание психологической выгоды от симптома), благодаря чему происходит облегчение или полное устранение невротического симптома.

Фрейд считал терапевтичным уже само осознание истинных причин заболевания, однако другие психоаналитики пришли к выводу, что не менее значимой является помощь клиенту в изменении своего поведения и установлению других отношений с самим собой и окружающими людьми в соответствии с материалом, осознанным в процессе психоанализа.

***Модели консультирования***

*Психоаналитики:*

Классический психоанализ Зигмунда Фрейда

Индивидуальная психология Альфреда Адлера

Аналитическая психология Карла Юнга

Гуманистический психоанализ Эриха Фромма

Характерологический анализ Карен Хорни

Интерперсональная психотерапия Гарри Салливана

Характерологический психоанализ Вильгельма Райха

Эпигенетический анализ Эрика Эриксона

Психоаналитическая концепция «Я» Анны Фрейд и Хайнца Хартманна

Психоаналитическая школа Мелани Кляйн

Психология Самости Хайнца Кохута

*Отечественные представители:*

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова

***Основные приемы и методы***

*Анализ* свободных ассоциаций, символических проявлений бессознательного (сновидения, мечтания, фантазии, ошибочные действия), переноса и сопротивления.

Анализ включает 4 процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и преодоление (проработку).

Центральной процедурой анализа является *интерпретация.*

***Особенности терапевтических отношений***

Лечебная модель является медицинской и авторитарной: «врач — пациент» или «родитель-ребенок».

Психоаналитик вмешивается в процесс мышления клиента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Соблюдение *правила нейтральности* психоаналитика необходимо для того, чтобы снизить вероятность его влияния на бессознательное клиента и искажение получаемого для анализа материала. Отчасти для этого используется *кушетка,* ведь терапевт, сидящий позади кушетки, находится вне поля зрения пациента.

Кроме того нейтральность консультанта облегчает возникновение *переноса* у клиента, который является ценным источником информации об опыте отношений клиента со значимыми для него людьми (в первую очередь – с родителями).

*Источник: Киреева Д.С., Габбасова Э.Р. Основные теоретические направления в психологическом консультировании*

**Динамическое (психодинамическое) направление в психологии и психотерапии.** Динамическое направление основано на глубинной психологии — психоанализе. В настоящее время в рамках динамического направления существует много различных школ, однако общим, объединяющим взгляды представителей этого подхода, являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах, используемых для их анализа и осознания.

***Психологическая концепция.*** Основоположником психоанализа является Фрейд. Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе представляет собой реализацию психодинамического подхода. Термин «психодинамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики, с точки зрения взаимодействия, борьбы и конфликтов ее составляющих (различных психических феноменов, различных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека.

***Бессознательные психические процессы. (****Центральными в психоанализе являются представления о бессознательных психических процессах, которые рассматриваются как основные детерминанты личностного развития, как основные факторы, движущие силы, определяющие и регулирующие поведение и функционирование человеческой личности.)* В целом, психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного.

***Концепция личности.*** Рассматривая проблему организации психики, проблему личности, Фрейд создал две модели: топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры). Согласно топографической (более ранней) модели, в психической жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный момент, и практически не может быть осознано человеком самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное как угрожающие сознанию). Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели личность включает три структуры, три инстанции: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). **Добавить картинку**

***Защитные механизмы.*** Тревога — это сигнал об опасности того, что инстинктивные импульсы Ид прорвутся в сознание, сопровождающийся определенным уровнем напряжения. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы (механизмы защиты) — это определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. Фрейд писал, что «защитные механизмы — это общее название для всех специальных приемов, используемых Эго в конфликтах, которые могут привести к неврозу». Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов, иными словами, предохранить Эго от тревоги. Они являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги (в отличие от копинг-механизмов, которые представляют собой механизмы активного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование).

В литературе выделяют различные виды защитных механизмов: отрицание, вытеснение, проекция, рационализация, регрессия, сублимация.

***Концепция патологии (концепция невроза).*** Рассмотрим общую концепцию психологического происхождения неврозов в рамках психоанализа. Центральным его содержанием являются представления о невротическом конфликте. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникающие в результате столкновения, по крайней мере, двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С точки зрения Фрейда, сущность невроза — это конфликт между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, возникающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого инстинкта». Сознательный компонент — это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго. Бессознательный — первичные, инстинктивные потребности и влечения, составляющие содержание Ид. Вытесненные в бессознательное, они не теряют своего энергетического потенциала, а, напротив, сохраняют и даже усиливают его, и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между сознательным и бессознательным, которое образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и влечения, прежде всего, сексуальные и агрессивные.

Однако следует отметить, что различные представители психоанализа по-разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта. Адлер рассматривал сущность невроза в конфликте между чувством неполноценности и стремлением к самоутверждению, жаждой власти. Невротический симптом есть результат неудачной компенсации, фиктивный способ повышения собственного достоинства. Развитие невротических симптомов рассматривается как «бегство в болезнь», «желание власти», «мужской протест».

Юнг выделял в структуре психики человека три уровня: сознание, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Коллективное бессознательное есть общее для всех людей, независимо существующее от человека психическое содержание, «разум наших древних предков», которое представляет собой более глубокий и менее доступный осознанию уровень психической деятельности. Коллективное бессознательное представлено в виде архетипов. Личное бессознательное, напротив, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспоминаний, желаний, переживаний (связанных с личным опытом человека), которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть осознаны. Личное бессознательное содержит комплексы (или организовано в виде комплексов), которые представляют собой совокупность эмоционально заряженных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств и пр., связанных с личным опытом индивида. Комплексы, обладающие высокой степенью аффективной заряженности и вступающие в противоречие с сознательным Я, и являются источником невротических нарушений.

Хорни рассматривала в качестве детерминант человеческого поведения и развития две основные потребности: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Потребность в удовлетворении включает не только удовлетворение физических (биологических) потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, в достижениях. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказываться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, наличие этих двух потребностей несет в себе противоречие, которое может привести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом является лишь количественным.

С точки зрения Фромма человек характеризуется наличием двух тенденций или двух потребностей: потребностью в свободе, автономии, собственной идентичности, самовыражении и потребностью в безопасности. В условиях современного общества эти две потребности находятся в постоянном конфликте, так как борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Человек «убегает» от свободы, чтобы избавиться от чувства одиночества. Фромм описал три основных механизма или три стратегии бегства от свободы: авторитаризм (садизм и мазохизм), деструктивизм и конформизм. Конфликт между потребностью в свободе и потребностью в безопасности, так же как и механизмы бегства от свободы, представлены и у больных неврозами, и у здоровых, но с разной степенью интенсивности.

Можно приводить и другие примеры взглядов представителей этого направления на природу невротических нарушений. Однако в целом, для всех представителей психоанализа характерен взгляд на невроз как конфликт между сознательными и бессознательными потребностями и тенденциями. При этом содержательно эти потребности и тенденции могут пониматься по-разному.

***Психотерапия.*** Исходя из представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, Фрейд разработал соответствующий этому лечебный метод. Ключевыми понятиями психоанализа как психотерапевтической системы являются свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление.

Основные положения психоаналитического наследия, имеющие значение для понимания теории и практики психоаналитического лечения, формулируются следующим образом:

1) интерес к многообразию инстинктивных импульсов человека, их выражению, трансформации, подавлению;

2) уверенность в том, что подобное подавление главным образом сексуальное, то есть подавляются сексуальные импульсы — мысли, чувства и желания, а корни болезни заключаются в неверном психосексуальном развитии;

3) представления о том, что неверное психосексуальное развитие происходит из конфликтов и травм раннего прошлого, детства, особенно из эдипова комплекса;

4) уверенность в сопротивлении выявлению этих тенденций — у человека есть конфликты, но он этого не осознает;

5) представления о том, что мы в основном имеем дело с психической борьбой и переживаниями биологических внутренних импульсов и инстинктов человека, а также представления о защитной роли Эго в отношении Супер-Эго;

6) приверженность концепции психического детерминизма или каузальности, согласно которой мыслительные процессы, или формы поведения не являются случайными, а связаны с событиями, которые им предшествовали, и пока эти события не станут осознанными, они помимо воли будут проявляться, и определять мысли, чувства и поведение человека.

Исходя из того, что невроз понимается как результат конфликта между бессознательным и сознанием, основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным, осознать бессознательное. Фрейд сравнивает ситуацию необходимости осознания собственного бессознательного и сам процесс психоанализа с ситуацией, когда нерадивый студент во время лекции всячески мешает преподавателю, гримасничает, бросает неуместные реплики, отвлекает всех от дела. Преподаватель выгоняет студента за дверь, а тот все равно постоянно заглядывает в аудиторию, отвлекает всех, привлекая внимание, к себе всякими возможными способами и мешает продуктивной работе. Точно также и мы выталкиваем свое бессознательное «за дверь», а оно продолжает оттуда всячески напоминать нам о себе, беспокоить и мешать нормальной деятельности. И так же, как разрешить ситуацию с этим студентом можно только пригласив его в аудиторию и попытавшись разобраться, чего же он хочет на самом деле, точно так же нужно «вытащить бессознательное на свет» и выяснить у него, чего же оно хочет от нас.

Задача психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, то есть способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного[9]. Как же сделать бессознательное сознательным? Ответить на этот вопрос можно только обратившись к теоретическим представлениям Фрейда о способах и путях выражения бессознательного. В соответствии с этими представлениями для того, чтобы достичь осознания, психоаналитик должен подвергнуть анализу ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление. Это означает, что в самом общем виде можно сказать, что сущность психоанализа заключается в выявлении и осознании бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивления.

***Свободные ассоциации.*** Свободные ассоциации или свободное фантазирование (а дословно, скорее свободное проникновение, свободное вторжение) — это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное. Ей придается наибольшее значение по сравнению с другими способами продуцирования материала в психоаналитической ситуации. И в этом смысле свободные ассоциации выступают как фундаментальное правило психоанализа. Свободные ассоциации — это техника, при которой пациенту предлагается ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания, при которой его просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным, не имеющим отношения к делу и т. п.

***Символические проявления бессознательного.*** Согласно концепции Фрейда, бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого находится цензура. Но вытесненные влечения и потребности не теряют своего энергетического потенциала и стремятся проникнуть в сознание. Однако они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажений. Искаженные и замаскированные влечения, «обманув» бдительность цензуры, все же проникают в сознание в виде компромиссных образований, оставаясь при этом нераспознаваемыми для самого человека. В таком виде их и может обнаружить психоаналитик и подвергнуть анализу. В каком же виде представлены в сознании замаскированные бессознательные влечения и потребности? С точки зрения Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений и фантазий и различных ошибочных действий (обыденных житейских явлений — оговорках, обмолвках, описках, забывании слов, имен, дат и пр., собственно ошибочных действиях).

***Перенос (перенесение, трансфер).*** Перенос характеризует отношения, возникающие между психоаналитиком и пациентом в процессе психоанализа. Перенос — это проекция пациентом на психоаналитика (перенос на психоаналитика) тех чувств и отношений, которые ранее были у пациента в отношении какого-либо значимого лица. При этом следует отметить, что в классическом психоанализе перенос всегда понимался как родительский, это означает, что пациент проецирует на психоаналитика те чувства, отношения, ожидания и пр., которые он испытывал в отношении родительской фигуры. Отношения переноса воссоздают некую реальность отношений со значимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Они, таким образом, выносят прошлые значимые отношения в плоскость психотерапевтического взаимодействия, предоставляя психоаналитику возможность не только в лучшем случае услышать, как представляет себе пациент эти отношения (а, поскольку они являются не осознанными полностью, то представления пациента существенно искажены) или создать у себя представление об этих отношениях пациента на основании других фактов, но, прежде всего, стать участником этих отношений, прочувствовать и пережить их, а следовательно, и адекватно понять. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии придерживается определенной стратегии поведения, он ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предъявляя. Психоаналитик ведет себя отстраненно вовсе не потому, что он холодный и высокомерный человек (как это иногда изображается), а потому, что для проекции необходим «чистый, белый экран». Если бы психоаналитик проявлял себя как личность более активно, был бы аутентичным, то перенос был бы возможен только в том случае, если бы он действительно отчетливо походил по своим психологическим особенностям и проявлениям на то самое значимое лицо из прошлого пациента.

***Сопротивление.*** Сопротивление представляет собой тенденцию препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов. Иными словами, у человека есть конфликты, и они действуют, но он противится их осознанию. Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется. Все четыре перечисленные психические феномена подвергаются анализу в процессе психотерапии. Термин «анализ» предполагает также определенные процедуры, это — конфронтация, прояснение, интерпретация и преодоление. Центральной процедурой анализа является интерпретация. Все остальные процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной. Таким образом, можно сказать, что психоанализ заключается в интерпретирующем (истолковывающем) анализе различных компромиссных образований сознания. Для Фрейда само по себе осознание истинных причин заболевания выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Однако также существенным является интеграция Я всего того, что было ранее вытеснено и затем осознано в процессе психоанализа.

В заключение, этого раздела сформулируем еще раз кратко основные положения. В рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Психотерапевтическое вмешательство направлено на достижение осознания этого конфликта и своего бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно метод.

*Источник: Карвасарский Б.Д. Психотерапия*

**2. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках когнитивно-поведенческого подхода.**

***Представители***

*Бихевиористы:*

Джон Уотсон

Берес Скиннер

Мартин Селигман

Джордж Вольпе

Эдвард Толмен

Кларк Халл

Альберт Бандура

Джулиан Роттер

*Когнитивные психологи:*

Ульрик Найссер

Джордж Миллер

Джером Брунер

Ричард Лазарус

Стенли Шехтер

Леон Фестингер

Дональд Майхенбаум

Джордж Келли

Альберт Эллис

Аарон Бек

***Теоретическая база***

Бихевиоризм

Когнитивная психология

***Основные понятия***

Поведение

Научение

Классическое научение (обусловливание)

Оперантное научение (обусловливание)

Социальное научение

Позитивное подкрепление

Позитивное наказание

Негативное подкрепление

Негативное наказание

Систематическая десенсибилизация

Аверсивная терапия

Когнитивные схемы

Ошибки мышления

Автоматические мысли

Метакогнитивные процессы

**Поведение** – совокупность реакций организма на стимулы внешней среды.

**Научение** – выработка приспособительных форм поведения в результате взаимодействия организма со средой.

**Классическое научение (обусловливание)** – условный (нейтральный) раздражитель (например, звуковой сигнал) многократно подкрепляется безусловным (биологически значимым) раздражителем (например, пища) и становится способен вызывать ту же реакцию, что и биологически значимый стимул (в данном случае этой реакцией будет выделение желудочного сока). Классическое научение описывается по схеме S – R, где S – условный стимул, а R – реакция.

**Оперантное научение (обусловливание)** – избирательное подкрепление определенной случайной реакции может привести к ее закреплению. Оперантное научение осуществляется по методу проб и ошибок. Схема, описывающая этот тип научения, выглядит как R – S, где R – реакция, S – подкрепление. Другими словами в модели оперантного научению подкрепление следует после реакции, а не перед ней.

**Социальное научение** – научение на моделях поведения других людей. Наблюдаемые последствия их поведения выступают для человека как замещающее подкрепление. Большинство людей склонны копировать поведение тех, кто успешно решает свои проблемы, особенно знаменитых людей, близких по полу и возрасту.

**Позитивное подкрепление** – предъявление приятного стимула после реакции, повышающее вероятность ее повторения.

**Позитивное наказание** – предъявление аверсивного стимула после реакции.

**Негативное подкрепление** – подкрепление, состоящее в устранении неприятного стимула после получения желательной реакции.

**Негативное наказание** – устранение приятного стимула, следующее за нежелательным поведением.

**Систематическая десенсибилизация** – метод поведенческой психотерапии тревожных расстройств, в основе которого лежит поэтапное предъявление пугающего стимула или ситуации в сочетании с применением метода мышечной релаксации.

**Аверсивная терапия (от англ. aversion – отвращение)** – форма поведенческой психотерапии, основанная на образовании связи между нежелательным поведением и субъективно неприятным переживанием.

**Когнитивные схемы** – системы убеждений разного уровня: от глобальных и базисных, касающихся самого себя («Я – хороший», «Я – плохой») и окружающего мира в целом («Мир устроен справедливо», «Мир несправедлив»), до промежуточных, связанных с определенным типом ситуаций («Взаимная любовь существует», «Люди делятся на победителей и проигравших, третьего не дано»). Когнитивные схемы (убеждения и правила) организуют и упорядочивают прошлый опыт и влияют на восприятие опыта в настоящем времени, тем самым обусловливая эмоции и поведение человека.

**Ошибки мышления или когнитивные искажения** – систематические ошибки в мышлении (способы переработки информации), которые возникают на основе дисфункциональных когнитивных схем и ведут к искажениям в восприятии реальности. Примерами ошибок мышления являются: *поляризация,* или *мышление в терминах «все или ничего»;* *сверхобобщение,* или построение общих выводов на основании отдельного события; *катастрофизация,* или предвидение катастрофических негативных последствий без достаточных на то оснований; *не­гативное селектирование,* или выборочное восприятие негативных аспектов ситуации при игнорировании положительных; *персонализация,* или отнесение на свой счет различных негативных мо­ментов без достаточных на то оснований и т.д.

**Автоматические мысли** – кратковременные и непроизвольно возникающие мысли, которые не попадают в фокус сознания, но оказывают существенное влияние на оценку текущей ситуации, эмоциональное состояние и принятие решений.

Автоматические мысли основаны на прошлом опыте и являются производными от когнитивных схем. В отличие от когнитивных схем, автоматические мысли менее устойчивы и связаны с конкретной ситуацией.

Автоматические мысли формируются при частом повторении определенных ситуаций или в ситуациях, имеющих большое значение для человека. Как правило, люди не замечают автоматические мысли, но могут этому научиться, пройдя определенную подготовку. Автоматические мысли могут быть адаптивными («Моя семья одобряет мой выбор профессии», «Я – хороший специалист и качественно выполняю свою работу») и неадаптивными («Я – ужасная мать», «Мой начальник хочет меня уволить»).

Основным механизмом возникновения неадаптивных автоматических мыслей являются ошибки мышления.

Автоматические мысли носят индивидуальный характер, но существуют общие мысли для пациентов с одним и тем же диагнозом. Существуют автоматические мысли, которые лежат в основе определенных расстройств. Так, депрессия связана с пессимистическим взглядом на себя и свое будущее и на окружающий мир, с мыслями об ущербе, потерях в личностной сфере; тревога — с мыслями об опасности, угрозе, о том, что другие будут отвергать, унижать, недооценивать; фобии — с мыслями об опасных событиях, которых нужно избегать, о невозможности общего контроля над ситуацией.

*Пример:*

У человека есть глубинное убеждение о своей повышенной уязвимости и подверженности болезням *(когнитивная схема)*, которая основана на травматическом опыте присутствия при неожиданной смерти близкого человека. При определенных обстоятельствах (например, при плохом функциональном состоянии с вегетативными симптомами) эта схема актуализируется. Возникает *автоматическая мысль:* «Со мной что-то не так, я могу умереть». Мысль вызывает сильную тревогу и селективное сосредоточение на неприятных соматических ощущениях *(негативное селектирование)*, которые в свою очередь способствуют резкому усилению вегетативных реакций в виде потоотделения, сердцебиения, головокружения и т. д. Это ведет к назойливым мыслям о близкой смерти *(автоматические мысли)* и новому скачку тревоги, сопровождающемуся вегетативными симптомами. Таков когнитивный механизм панической атаки.

**Метакогнитивные процессы** – процессы, которые направлены на осмысление и перестройку собственного мышления и являются важнейшим механизмом изменения поведения на основе саморегуляции.

***Концепция личности***

Личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни.

*Радикальный бихевиоризм* – психика = поведение – совокупность реакций организма на воздействия внешней среды (т.е. на набор фиксируемых стимулов). Человек – носитель определенных форм поведения, которые вырабатываются в результате взаимодействия организма с внешней средой при условии их подкрепления. Игнорируется роль внутренних психических процессов, поскольку они недоступны для непосредственного наблюдения, фиксации и измерения.

*Методологический бихевиоризм* – среда влияет на человека не только непосредственно («стимул – реакция»), но и опосредованно, преломляясь через когнитивные и мотивационные процессы («стимул – внутренние психические процессы – реакция»).

*Когнитивная психология* – поведение человека зависит от особенностей восприятия и переработки информации, поступающей из внешнего мира, т. е. от когнитивных процессов. Личность = совокупность когнитивных схем, с помощью которых происходит восприятие реальности.

***Концепция патологии***

*Бихевиоризм:*

Невротический симптом (невротическое поведение) рассматривается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения.

*Когнитивная психология:*

В основе патологии лежат дисфункциональные когнитивные схемы, ведущие к искажениям в восприятии реальности.

***Концепция здоровья***

*Бихевиоризм:*

Здоровье = адаптация, следовательно, человек здоров, если его поведение обеспечивает необходимый уровень адаптации.

*Когнитивная психология:*

Психическое здоровье соотносится со способами переработки информации, обеспечивающими эффективное решение разнообразных жизненных задач и проблемных ситуаций.

*или*

А. Бек: Здоровая личность – это личность, способная осознавать, применять и совершенствовать собственные когнитивные схемы, в соответствии с меняющимся опытом и меняющейся реальностью.

***Временной подход и фокусировка***

Неисторический: объективное настоящее

***Длительность***

Небольшая по сравнению с другими

***Цели консультирования***

*Поведенческое консультирование* (модификация поведения) направлено на управление поведением человека, на переучивание, редукцию или устранение симптома и приближение поведения к определенным адаптивным формам поведения.

Важной задачей *когнитивного консультирования* является выявление и корректировка автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений. Другой задачей консультанта является обучение клиента умению оценивать свое мышление и изменять его самостоятельно.

Когнитивное консультирование, как и поведенческое консультирование, направлено на снижение выраженности симптомов заболевания, помощь пациенту в его попытках контролировать свои чувства и становление адаптивного поведения. Различие в том, что когнитивный консультант изменяет не непосредственно неадаптивное поведение, а мысли и установки, лежащие в основе такого поведения.

***Модели консультирования***

*Поведенческое консультирование* – сочетает методы, основанные на моделях классического, оперантного и социального научения.

*Когнитивное консультирование* (точнее *когнитивно-поведенческое* консультирование, поскольку возникло в результате интеграции методов поведенческого консультирования и когнитивных теорий личности):

Рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса (точнее: рационально-эмоционально-поведенческая терапия)

Когнитивное консультирование Аарона Бека

***Основные приемы и методы***

*Поведенческое консультирование:*

Анализ поведения

Метод самонаблюдения

«Домашние задания»

Имитационное научение

Ролевой тренинг

Биологическая обратная связь

Аверсивная терапия

Систематическая десенсибилизация

Имплозивная терапия

Жетонная система

*Когнитивно-поведенческое консультирование:*

Записывание мыслей

Дневник мыслей

Отдаление (принятие объективной позиции по отношению к собственным мыслям)

Эмпирическая проверка («эксперименты») суждений

Обучение «азбуке» когнитивно-поведенческой психотерапии (основным теоретическим идеям)

Дискутирование (оспаривание) иррациональных идей, взглядов, убеждений

Юмористические методы

Формулирование рациональных утверждений

и др.

***Особенности терапевтических отношений***

Роль и позиция консультанта должна соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, а отношения между пациентом и консультантом носят обучающий (воспитательный, образовательный) характер и могут быть определены как отношения типа «учитель—ученик». Поведенческий консультант вмешивается во внутреннюю жизнь клиента лишь в той степени, в которой это необходимо для решения его актуальных проблем («принцип минимального вмешательства»).

*Источник: Киреева Д.С., Габбасова Э.Р. Основные теоретические направления в психологическом консультировании*

**Поведенческое направление в психотерапии.** Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Поведенческая психотерапия включает широкий круг методов. Развитие методических подходов в рамках этого направления отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных, преимущественно, на классическом и оперантномобусловливании) до методов, направленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах).

Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология бихевиоризма.

***Бихевиоризм.*** Это направление в психологии сформировалось в начале XX века. Основоположником бихевиоризма является Уотсон, который ввел этот термин и опубликовал его первую программу. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Торндайка, заложившие основу для его возникновения, а также труды Павлова и Бехтерева. Методологическими предпосылками бихевиоризма явились принципы философии позитивизма, в соответствии с которыми наука должна описывать только феномены, доступные непосредственному наблюдению. Бихевиоризм во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психологии и исключил из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать и, следовательно, изучать так же, как это принято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм по сути отождествляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу «стимул — реакция». При этом поведение человека, так же как и поведение животного, описывается жесткой схемой «стимул — реакция» (S—R), что рассматривается в качестве основной единицы поведения. Все внутренние психологические звенья, все психологические феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального бихевиоризма по сути игнорировались как непосредственно не наблюдаемые. Таким образом, радикальный бихевиоризм ограничивался схемой «стимул — реакция». Однако в дальнейшем бихевиоризм обращается и к опосредующим процессам. Появляется понятие промежуточных переменных — процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул — реакция» за счет введения промежуточных переменных (когнитивных и мотивационных процессов) знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена и Халла. Основная формула бихевиоризма трансформируется в формулу «стимул — промежуточные переменные — реакция» (S—r-s—R).

Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта или проблема научения (обучения) как приобретения различных умений и навыков. Теории научения, разработанные бихевиоризмом, послужили основой для развития конкретных методических подходов поведенческой психотерапии. Поэтому следует более подробно остановиться на этом понятии.

***Научение.*** Научение — это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Научение рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей, иными словами, научение является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации.

Поведенческая психотерапия, по сути, представляет собой клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма. Центральное место в этих теориях занимают процессы классического и оперантногообусловливания и научения по моделям. В соответствии с этим выделяют три типа научения: научение типа S, научение типа R и социальное научение.

***Классическое обусловливание.*** Классическое обусловливание тесно связано с именем Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов, ставшую основой для развития поведенческой психотерапии.

Основная схема условного рефлекса S — R, где S — стимул, R — реакция (поведение). В классической павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, безусловного или условного раздражителя. Экспериментатор воздействует на организм условным раздражителем (звонок) и подкрепляет его безусловным (пища), то есть безусловный стимул используется для вызывания безусловной реакции (выделение слюны) в присутствии поначалу нейтрального стимула (звонка). После ряда повторений реакция (выделение слюны) ассоциируется с этим новым стимулом (звонком), иными словами, между ними устанавливается такая связь, что прежде нейтральный безусловный стимул (звонок) вызывает условную реакцию (выделение слюны). Результатом или продуктом научения по такой схеме является респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом (S). Подача подкрепления в данном случае связана со стимулом (S), поэтому данный тип научения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как научение типа S.

***Оперантное обусловливание.*** Теория инструментального, или оперантного обусловливания связана с именами Торндайка и Скиннера. Скиннер — один из виднейших представителей бихевиоризма, который рассматривал в качестве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов подкреплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации поведения, которые используются не только в психотерапевтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздействий.

Термин «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по методу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, то есть поведение есть функция его последствий. Согласно принципу оперантного обусловливания поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия. В соответствии со схемой оперантного обусловливания экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует случайные проявления желательной, «правильной» реакции и сразу же подкрепляет ее. Таким образом, стимул следует после поведенческой реакции, используется прямое подкрепление через поощрение и наказание. Результатом такого научения является оперантное научение, или оперант. В таком случае подкрепляется не стимул, а реакция организма, именно она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обозначается как научение типа R. Оперантное, или инструментальное поведение (поведение типа R) — это поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением. Скиннер, подчеркивая различия между респондентным и оперантным поведением, указывает, что респондентное поведение вызвано стимулом, который предшествует поведению, а оперантное поведение — стимулом, следующим за поведением. Иными словами: в классическом обусловливании стимул предшествует поведенческой реакции, а в оперантном — следует за ней.

Необходимо обратить внимание на соотношение таких понятий, как позитивное и негативное подкрепление и наказание, различать наказание и негативное подкрепление. Позитивное или негативное подкрепление усиливает поведение (поэтому иногда используется просто термин «подкрепление», предполагающий, что целью воздействия является усиление реакции вне зависимости от того, каким будет подкрепление — позитивным или негативным), наказание — ослабляет. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Негативное подкрепление заключается в усилении поведения за счет удаления негативных стимулов. Наказание также подразделяют на позитивное и негативное: первое основано на лишении индивида позитивного стимула, второе — на предъявлении негативного (аверсивного) стимула. Таким образом, всякое подкрепление (и позитивное, и негативное) усиливает частоту поведенческой реакции, усиливает поведение, а всякое наказание (и позитивное, и негативное), напротив, уменьшает частоту поведенческой реакции, ослабляет поведение.

***Социальное научение.*** Этот тип научения основан на представлениях, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловливании), но и на основании опыта других, на основании наблюдения за другими людьми, то есть за счет процессов моделирования. Поэтому этот тип научения также называют моделированием или научением по моделям. Научение по моделям предполагает научение посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. Это направление связано, прежде всего, с именем американского психолога Бандуры.

В настоящее время большую популярность и распространение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных переменных рассматриваются когнитивные процессы, сторонники этих подходов исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (например, мысль). В качестве примера таких подходов можно указать взгляды Бека и Эллиса.

***Концепция патологии (концепция невроза).*** Будучи психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, бихевиоризм определяет и их подход к проблеме здоровья и болезни. Согласно этим представлениям, здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, а личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни. Невротический симптом (невротическое поведение) оценивается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения. Примером такого «неправильного» научения может быть взаимодействие родителей с ребенком, на которого родители обращают внимание, берут на руки только тогда, когда он что-то делает не так, например, капризничает. Или ребенок, испытывающий явный недостаток внешних проявлений любви, внимания, тепла и заботы, получает это в избытке, когда болеет. Таким образом, потребность ребенка во внимании в полной мере удовлетворяется только тогда, когда он «плохо» себя ведет, иными словами, «плохое», неадаптивное поведение подкрепляется положительно (удовлетворяется значимая потребность).

Представители когнитивно-поведенческого подхода фокусируют свое внимание на промежуточных переменных (когнитивных процессах), подчеркивая их роль в развитии нарушений. Бек полагает, что психологические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, в основе которых лежат неадаптивные когниции или автоматические мысли. Сам человек может считать их обоснованными, разумными, хотя другими они могут восприниматься как неадекватные. Автоматические мысли содержат большее искажение реальности, чем обычное мышление, и выполняют регулирующую функцию, но, поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации.

В рамках этого подхода предпринята попытка выделить наиболее типичные, часто встречающиеся искажения или ошибки мышления (автоматические мысли): 1) фильтрование — увеличение, усиление негативных аспектов какого-либо события или явления и игнорирование, отфильтрование позитивных; 2) поляризованность оценок — оценка всего в крайних вариантах (черное—белое, хорошо—плохо, ноль процентов—сто процентов); 3) чрезмерная генерализация (чрезмерное обобщение) — построение общих выводов на основании отдельного события; 4) паникерство — любой инцидент превращается в катастрофу; 5) персонализация — постоянное сравнение себя с другими; представление, что все, что другие люди говорят или делают, связано лично с нами; 6) ошибочное восприятие контроля — представление, что мы контролируем других или контролируемся другими; 7) правота — мнение, что нужно постоянно доказывать свою правоту самому себе и другим («быть не правым — это ужасно»);8) ошибочное восприятие справедливости — убеждение, что жизнь должна быть справедлива; 9) ошибочные представления об изменениях — представления о том, что мы можем заставить других измениться или они должны измениться, потому что мы этого хотим; 10) чтение мыслей — представления, что мы хорошо понимаем и знаем, что думают и чувствуют другие люди, почему они поступают именно так, не проверяя этого;11) моральный императив — восприятие всех чувств и мыслей с точки зрения морали даже тогда, когда нет никакой моральной подоплеки; 12) эмоциональные рассуждения — мнение о том, что то, что мы чувствуем полностью соответствует действительности, что это правильно; 13) обвинение кого-либо или себя при негативных событиях — мы часто ищем виноватого, хотя очень часто на самом деле винить некого;14) глобальные выводы — глобальные негативные суждения о другом человеке или самом себе; 15) ложное представление о божественном вознаграждении — представления, что если мы все делаем «правильно», то должны быть счастливы и иметь все, что хотим.

Автоматические мысли носят индивидуальный характер, но существуют общие мысли для пациентов с одним и тем же диагнозом. Существуют автоматические мысли, которые лежат в основе определенных расстройств. Так, депрессия связана с пессимистическим взглядом на себя и свое будущее и на окружающий мир, с мыслями об ущербе, потерях в личностной сфере; тревога — с мыслями об опасности, угрозе, о том, что другие будут отвергать, унижать, недооценивать; фобии — с мыслями об опасных событиях, которых нужно избегать, о невозможности общего контроля над ситуацией. Автоматические мысли специфичны и дискретны, они являются своего рода стенограммой, то есть, представлены в сознании человека в свернутом виде. Задача когнитивной психотерапии состоит в том, чтобы найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно обучить сосредоточению на интроспекции, и он может определить, как мысль связывает ситуацию, обстоятельства с эмоциональным ответом.

С точки зрения Эллиса эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной сфере, то есть иррациональными убеждениями или иррациональными установками. Эллис выделил основные типы установок, чаще всего встречающиеся у невротических пациентов: 1) установки долженствования, отражающие иррациональные убеждения в том, что существуют некие универсальные долженствования, которые реализуются всегда, вне зависимости от того, что происходит в окружающем мире («Мир должен быть справедливым», «Дети должны слушаться взрослых и научиться выполнять свои обязанности»); 2) катастрофические установки, отражающие иррациональные убеждения в том, что в мире есть события, которые будут всегда оцениваться как катастрофические вне зависимости от системы отсчета («Это ужасно, если дети ведут себя плохо на людях», «Невыносимо, когда ситуация выходят из под контроля»); 3) установки обязательной реализации своих потребностей, отражающие иррациональные убеждения в том, что для того, чтобы быть счастливым и вообще существовать, человек должен обладать определенными качествами или вещами. Это тоже определенный вариант долженствования, но отнесенного к себе («Если я принял решение сделать что-то, я обязательно должен сделать это хорошо», «Я всегда должен быть на высоте»); 4) оценочные установки, отражающие иррациональные убеждения в том, что можно оценивать людей глобально, а не только отдельные аспекты их поведения («Людей можно разделить на хороших и плохих», «Если человек ведет себя плохо, то его следует осудить»).

***Психотерапия.*** С точки зрения представителей поведенческого направления здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился. Неадаптивное поведение и клинические симптомы рассматриваются как результат того, что человек чему-то не научился или научился неправильно, как усвоенная неадаптивная реакция, которая сформировалась в результате неправильного научения. В соответствии с этими представлениями о норме и патологии основная цель клинико-психологических вмешательств в рамках поведенческого подхода заключается в том, чтобы переучить, заменить неадаптивные формы поведения на адаптивные, «правильные», эталонные, нормативные, а задача поведенческой психотерапии как собственно терапевтической системы — в редукции или устранении симптома.

В целом поведенческая психотерапия (модификация поведения) направлена на управление поведением человека, на переучивание, редукцию или устранение симптома и приближение поведения к определенным адаптивным формам поведения — на замену страха, тревоги, беспокойства релаксацией до редукции или полного устранения симптоматики, что достигается в процессе научения за счет применения определенных техник. Пациент должен научиться новым альтернативным формам поведения и тренировать их. Поведение консультанта в данном случае также полностью определяется теоретической ориентацией: если задачи психотерапии состоят в обучении, то роль и позиция консультанта должна соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, а отношения между пациентом и консультантом носят обучающий (воспитательный, образовательный) характер и могут быть определены как отношения типа «учитель—ученик».

В рамках поведенческой психотерапии можно выделить 3 основных ее вида (или три группы методов), непосредственно связанные с тремя типами научения: 1) направление, методически основанное на классической парадигме; 2) направление, методически основанное на оперантной парадигме; 3) направление, методически основанное на парадигме социального научения.

Методы, основанные на классической парадигме Павлова, на классическом обусловливании, используют схему «стимул — реакция» и систематическую десенсибилизацию или другие приемы редукции симптома. Примером такого методического подхода может служить метод классической систематической десенсибилизации Вольпе, направленный на редукцию или полное устранение симптома путем замены его релаксацией.

Методы, основанные на оперантной парадигме Скиннера, используют схему «реакция — стимулы» и различные виды подкрепления. Примером такого методического подхода может служить так называемая жетонная система, некоторые виды тренинга.

Методы, основанные на парадигме социального научения, используют схему «стимул — промежуточные переменные — реакция». Здесь используются разнообразные системы директивной психотерапии, целью которых является изменение многочисленных психологических параметров, рассматриваемых как промежуточные переменные. В зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторов (установки, как, например, в рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса, или когниции, как в когнитивной психотерапии Бека), и определяются психотерапевтические мишени. Таким образом, все существующие методы поведенческой психотерапии непосредственно связаны с определенными теориями научения.

В клинической практике бихевиоризм не только является теоретической основой поведенческой психотерапии, но и оказал существенное влияние на развитие такого направления, как терапия средой.

*Источник: Карвасарский Б.Д. Психотерапия*

**3. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках экзистенциально-гуманистического подхода.**

***Представители***

Ролло Мэй

Виктор Франкл

Джеймс Бьюдженталь

Ирвин Ялом

Фриц и Лаура Перлз

Карл Роджерс

Абрахам Маслоу

Гордон Оллпорт

Эрик Берн

Якоб Морено

Роберто Ассаджиоли

Александр Лоуэн

***Теоретическая база***

Экзистенциальная философия и психология

Гуманистическая психология

***Основные понятия***

Экзистенция

Присутствие

Спонтанность

Креативность

Личностный рост

Интеграция «Я»

Ноогенный невроз

Самоактуализация

Опыт

Организм

Я-концепция

Триада Роджерса

Аутентичность

Конгруэнтность

Эмпатия

Безусловное положительное отношение

**Экзистенция** (в переводе с латинского — «существование»)– подлинное существование.

По иронии, в контексте русской речи слово «существование» имеет смысл, противоположный понятию «экзистенция» (слово «существовать» часто противопоставляется полноценной жизни), которое означает *настоящую*жизнь, полную глубоких чувств,  реализованных начинаний, собственных решений, пусть даже ошибочных, в общем, трудную, конечно, но *хорошую*жизнь. *(из книги Альфрида Лэнгле «Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности»)*

**Присутствие** – это способ бытия в ситуации, который предлагает для человека такую степень осознания и участия на какую он только способен в данное время и в данных обстоятельствах (Дж. Бьюдженталь).

**Спонтанность** – способность активно действовать под непосредственным влиянием собственных побуждений. Спонтанный – возникающий вследствие внутренних причин, без непосредственного воздействия извне.

**Креативность** – это способность создавать и находить новые оригинальные идеи, отклоняясь от принятых схем мышления, успешно решать стоящие задачи нестандартным образом.

**Личностный рост** – целенаправленный процесс развития потенциала собственной личности.

**Интеграция «Я»** – (латинское integratio - восстановление, восполнение, от integer - целый) сторона процесса развития личности, связанная с объединением в целое ранее разнородных аспектов личности. Благодаря интеграции разные компоненты личности (черты, установки, мотивы) начинают действовать согласованно как единое целое, что человек ощущает как чувство согласованности и душевного равновесия.

**Ноогенный невроз** – расстройство душевного благополучия вследствие утраты смысла (по В. Франклу).

**Самоактуализация** – наиболее полное развитие, раскрытие и реализация способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала.

**Опыт –** это совокупность переживаний (феноменальное поле), он включает все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент;

- непосредственное переживание человека, т.е. переживание по принципу «здесь и теперь».

**Организм** – в рамках экзистенциально-гуманистического подхода термин *организм* не несет в себе исключительно биологического содержания. Организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний, включая не только висцеральные и сенсорные реакции, но и весь социальный опыт человека, то, что осознается, и то, что не осознается в данный момент, но может быть осознано.

**Я-концепция** – концепция человека о том, что он собой представляет, она включает те характеристики, которые человек воспринимает как действительную часть самого себя.

**Триада Роджерса** – эмпатия, конгруэнтность и безусловное позитивное отношение.

**Аутентичность** – это способность человека в общении отказываться от различных социальных ролей (психотерапевта, профессионала, педагога, руководителя и т. п.), позволяя проявляться подлинным, свойственным только данной личности мыслям, эмоциям и поведению.

**Конгруэнтность** (лат. congruens, -ntis — соразмерный, соответствующий) – *1. в широком смысле:* соответствие друг другу различных элементов чего-либо или согласованность элементов системы между собой; *2. на уровне личности:* соответствие между воспринимаемым «Я» и актуальным опытом переживаний (т.е. соответствие того кем мы себя считаем и того, кем являемся на самом деле, соответствие того, что мы *должны* чувствовать и того, что чувствуем в действительности); *3. в коммуникации:* соответствие между вербальным и невербальным компонентами сообщения.

**Эмпатия** – осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания.

**Безусловное положительное отношение (безусловное уважение или безусловное принятие)** – безусловное и безоценочное принятие клиента как целостной личности. *Позитивное отношение* включает теплоту, симпатию, заботу, оценку клиента без стремления контролировать и управлять, а *безусловность отношения* подразумевает постоянство принятия клиента, т.е. отношение без всяких *«если»* (например: «ты мне понравишься, *если* будешь таким-то»). Безусловность означает, что базовая установка консультанта не колеблется в зависимости от эмоционального состояния и поведения клиента. В противоположность этому, *обусловленное* одобрение человек получает только в случае, если реализует определенное поведение, «заслуживающее» позитивной оценки.

***Концепция личности***

Человек свободен от прошлого опыта и внешних влияний, он может свободно выбирать свое будущее. Однако это возможно только в том случае, если он принимает на себя ответственность за собственную жизнь и осуществляет свою *экзистенцию* – подлинное существование.

Личность – уникальное, целостное образование, которую невозможно понять за счет анализа отдельных проявлений и составляющих.

Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства — стремление к *развитию,* к наиболее полному использованию своих талантов, способностей и потенциала личности *(самоактуализация)*, к осуществлению определенных жизненных *целей,* раскрытию *смысла* собственного существования.

***Концепция патологии***

Невроз рассматривается как результат: невозможности самоактуализации (Роджерс, Маслоу), отчуждения человека от самого себя и от мира (Мей), переживания человеком чувства бессмысленности собственного существования (Франкл), подавления спонтанности и креативности (Морено), нарушения процесса саморегуляции организма вследствие отказа от собственных потребностей и следования ценностям, навязанным извне (Перлз).

***Концепция здоровья***

Психически здоровый человек открыт по отношению к опыту, способен к свободному самостоятельному выбору, управляет собой и своей жизнью, стремится к личностному росту и самореализации.

Неотъемлемой характеристикой психического здоровья является также существование в любви с другим человеком.

***Временной подход и фокусировка***

Антиисторический: момент явления

***Длительность***

От 5 встреч до нескольких лет

***Цели консультирования***

Целью консультирования является помощь человеку в становлении самого себя в качестве *самоактуализирующейся* личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии *смысла* собственного существования, в осознании *ответственности* за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути, в достижении *аутентичного* существования, в *интеграции Я* за счет концентрации внимания и осознавания различных аспектов («частей») собственной личности, собственных эмоций, субъективных телесных стимулов и пр.

***Модели консультирования***

Экзистенциальное консультирование Джеймса Бьюдженталя, Ирвина Ялома, Ролло Мэя

Логотерапия Виктора Франкла

Клиент-центрированная терапия Карла Роджерса

Гештальт-терапия Фрица и Лауры Перлз

Психодрама Якоба Морено

Транзактный анализ Эрика Берна

Биоэнергетический анализ Александра Лоуэна

Психосинтез Роберто Ассаджиоли

Перечисленные модели имеют много различий, однако их объединяет идея *личностной интеграции, личностного роста,* восстановления целостности и единства человеческой личности, а также признание роли переживаний «здесь-и-сейчас» *(опыта)* в достижении целей консультирования. По этой причине экзистенциально-гуманистическое направление называют термином *«опытное».*

***Основные приемы и методы***

Встречи с равноправным участием в диалоге

Вчувствование (интуитивное проникновение во внутренний опыт человека)

Самораскрытие терапевта

Методы творческого самовыражения

Диалог между частями собственной личности (например, с использованием *пустого стула*)

Невербальные техники интеграции «Я» через тело с помощью сосредоточения внимания на телесных ощущениях *(гештальт-терапия)*, физических, двигательных способах отреагирования чувств *(биоэнергетический анализ)*

Сократический диалог и парадоксальная интенция *(логотерапия)*

Ролевая игра и драматическая импровизация *(психодрама)*

Определение эго-состояний, анализ жизненного сценария (скрипт-анализ) и «переписывание» жизненного сценария *(трансактный анализ)*

Техники отождествления и разотождествления *(психосинтез)*

***Особенности терапевтических отношений***

Терапевтический союз представляет собой взаимодействие двух равных людей или отношения по типу «Взрослый — Взрослый» или «Личность – Личность».

Терапевтические изменения могут быть достигнуты при условии, что консультант *конгруэнтен* по отношению к собственному опыту во взаимоотношениях с клиентом (т. е. в состоянии осознавать чувства, которые он испытывает и сообщать о них клиенту, если это требуется), а также испытывает и адекватно выражает *безусловное позитивное отношение* к клиенту и *эмпатическое понимание* взглядов и состояний клиента.

*Источник: Киреева Д.С., Габбасова Э.Р. Основные теоретические направления в психологическом консультировании*

**Гуманистическое направление в психотерапии.** Это направление в психотерапии весьма неоднородно, что находит выражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия. Наряду с термином «гуманистическое направление» его также часто обозначают как «экзистенциально-гуманистическое» или «опытное» направление. Это связано, прежде всего, с тем, что в это направление традиционно включают самые разнообразные психотерапевтические школы и подходы, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей для ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции *нового опыта,* полученного в ходе психотерапевтического процесса. По этой причине другим названием этого направления является термин «опытное направление», однако мы все же используем название «гуманистическое направление», учитывая сложившуюся у нас традицию и связь каждого конкретного подхода в рамках этого направления с гуманистической психологией. Известными представителями экзистенциально-гуманистического направления являются Карл Роджер, Абрахам Маслоу, Ролло Мей, Виктор Франкл, Фредерик Перлз и многие другие.

***Психологическая концепция.*** Гуманистическая психология, которую часто называют «третьей силой в психологии» (после психоанализа и бихевиоризма), сформировалась как самостоятельное направление в 50-х годах XX столетия. В основе гуманистической психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человеческого бытия и становлению человека, феноменологию — описательный подход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и сейчас») как основному феномену в изучении и понимании человека. Здесь можно также найти и некоторое влияние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела в единстве человеческого духовного начала. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, не являющаяся чем-то заранее данным, а представляющая собой открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку.

***Концепция личности.*** Гуманистическая психология во многом развивалась как альтернатива психоанализу и бихевиоризму. Критика психоанализа заключалась в его недостаточном внимании к сознательной сфере и преувеличении значимости бессознательных процессов, игнорирование особенностей функционирования здоровой личности, рассмотрение тревоги только как негативного фактора — именно эти психоаналитические воззрения вызывали критику представителей гуманистической психологии. Бихевиоризм, с их точки зрения, дегуманизировал человека, акцентируя внимание только на внешнем поведении и лишая человека глубины и духовного, внутреннего смысла, превращая его, тем самым, в машину, робот или лабораторную крысу.

Гуманистическая психология провозгласила свой собственный подход к проблеме человека. Она рассматривает личность как уникальное, целостное образование, понять которую за счет анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку как уникальной личности является одним из фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства — стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации. Гуманистическая психология не разделяет психоаналитических взглядов на тревогу как негативный фактор, на устранение которого направлено человеческое поведение. Тревога может существовать и как конструктивная форма, способствующая личностному изменению и развитию. Для здоровой личности движущей силой поведения и его целью является самоактуализация, которая рассматривается как стремление к наиболее полному использованию своих талантов, способностей и потенциала личности. Основные принципы гуманистической психологии формулируются следующим образом: признание целостного характера природы человека, роли сознательного опыта, свободы воли, спонтанности и творческих возможностей человека, способности к росту.

***Концепция невроза.*** В рамках экзистенциально-гуманистического, «опытного» подхода психические нарушения, в частности, невротические расстройства, являются результатом невозможности самоактуализации

(К. Роджерс, А. Маслоу), отчуждения человека от самого себя и от мира

(Р. Мей), невозможности раскрыть смысл собственного существования (В. Франкл).

***Психотерапия.*** Рассматриваемое направление очень неоднородно. Оно включает разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Но представления о том, каким путем, за счет чего человек в ходе психотерапии может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, у представителей этого направления различаются. Обычно в «опытном» направлении выделяют три основных подхода или три разновидности. Основанием для отнесения той или иной конкретной школы к одной из ветвей «опытного направления», по существу, является представление о том, за счет чего пациент приобретает новый опыт. Следует иметь в виду, что обозначения этих подходов весьма условные.

***Философский подход.*** Именно здесь в качестве теоретической основы выступают экзистенциальные подходы и гуманистическая психология. Собственно, все, что излагалось выше, относится именно к этой ветви опытного направления. В качестве основной цели психотерапии рассматривается помощь человеку в становлении самого себя в качестве самоактуализирующейся личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии смысла собственного существования, в достижение аутентичного существования. Все это может быть осуществлено путем развития в процессе психотерапии адекватного образа Я, адекватного самопонимания и развития новых ценностей. Личностная интеграция, рост аутентичности и спонтанности, принятие и осознание себя во всем своем многообразии, уменьшение расхождения между Я-концепцией и опытом рассматриваются как наиболее значимые факторы психотерапевтического процесса. Задача специалиста состоит в том, чтобы поднять уровень осознанности поведения, помочь скорректировать отношение к самому себе и окружающим, освободить скрытый творческий потенциал и способность к саморазвитию. Таким образом, новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической группой. В чем же состоит уникальность этого общения с консультантом, психотерапевтом? Наиболее точно на этот вопрос отвечает Роджерс.

***Клиент-центрированная терапия Роджерса.*** Разработанная Роджерсом психотерапевтическая система получила широкое распространение и оказала значительное влияние на развитие групповых методов. Для Роджерса задача психотерапии заключается в создании условий, способствующих новому опыту (переживаниям), на основании которого пациент изменяет свою самооценку в положительном, внутренне приемлемом направлении, происходит сближение реального и идеального образов Я, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке других. Эти задачи могут быть осуществлены, если общение с пациентом в процессе психотерапии строится определенным образом. Роджерс считает, что это возможно в том случае, если консультант последовательно реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса. Первое — это эмпатия. Эмпатия понимается как способность психотерапевта встать на место пациента, «вчувствоваться» в его внутренний мир, понимать его высказывания так, как он сам это понимает. Второе — безусловное положительное отношение к пациенту или безусловное положительное принятие. Безусловное принятие предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, независимо от того, какими качествами он обладает, независимо от того, болен он или здоров. Третье — собственная конгруэнтность, или аутентичность консультанта. Она означает истинность поведения консультанта, поведение, соответствующее тому, каким он есть на самом деле. Все эти три параметра, вошедшие в литературу под названием «триада Роджерса», непосредственно вытекают из его взглядов на проблему личности и возникновение расстройств. Они, по сути дела, представляют собой «методические приемы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений.

***Логотерапия Франкла.*** Как уже указывалось, Франкл считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Основная проблема современного человека — это экзистенциальная фрустрация, которая возникает в результате переживания чувства бессмысленности собственного существования. Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, невозможность удовлетворения которой ведет к «ноогенному» (духовному) неврозу. Поэтому основная задача логотерапии — терапии духа — в обращении к специфически человеческим феноменам, к его «ноэтическому», духовному началу. Психотерапия должна быть направлена не на симптомы, а на личность пациента, на его установки, на развитие высших духовных ценностей, которые сделают его свободным и естественным, способным принимать собственные решения. Реализация высших духовных ценностей избавляет человека от «экзистенциального вакуума», позволяет ему постигнуть истинный смысл собственного существования.

Таким образом, в рамках философского подхода новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с консультантом или психотерапевтической группой.

***Соматический подход.*** В рамках соматического подхода новый опыт, способствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет общения с самим собой, с различными аспектами своей личности и своего актуального состояния. В рамках этого подхода используются как вербальные, так и многочисленные невербальные методы, применение которых способствует интеграции Я за счет концентрации внимания и осознавания различных аспектов («частей») собственной личности, собственных эмоций, субъективных телесных стимулов и сенсорных ответов. Также здесь делается акцент на двигательных методиках, способствующих высвобождению подавленных чувств и их дальнейшему осознанию и принятию.

***Духовный подход.*** В рамках духовного подхода новый опыт, способствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет приобщения к высшему началу. В центре внимания здесь находится 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 со Вселенной (Космосом). Достигается это с помощью медитации (например, трансцендентальной медитации) или духовного синтеза, который может осуществляться различными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентификации.

Таким образом, опытный подход объединяют представления о целях психотерапии как личностной интеграции, восстановления целостности и единства человеческой личности, что может быть достигнуто за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Пациент может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, различными путями: этому опыту могут способствовать другие люди (психотерапевт, группа), непосредственное обращение к ранее закрытым аспектам собственного Я (в частности, телесного) и соединение с высшим началом.

В заключение необходимо подчеркнуть, что преемственность между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы является непременным условием научной обоснованности психотерапевтической школы. Ниже приводится табл.1.3 (по Карасу), которая позволит еще раз сопоставить основные подходы в рамках трех психотерапевтических направлений.

*Источник: Карвасарский Б.Д. Психотерапия*

**4. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках системного семейного подхода.**

***Представители***

Джон Белл

Дон Джексон

Мюррей Боуэн

Джей Хейли

Вирджиния Сатир

Грегори Бейтсон

Сальвадор Минухин

Альберт Эллис

Майкл Уайт

Берт Хеллингер

Э.Г. Эйдемиллер

***Теоретическая база***

Общая теория систем Людвига фон Берталанфи

Теория групповой динамики Курта Левина и движение групп встреч

Теория ролей Якоба Морено

*Также:*

представления о психической норме и патологии, разработанные в рамках трех предыдущих парадигм: психодинамической, когнитивно-бихевиоральной и экзистенциально-гуманистической

***Основные понятия***

Гармоничная семья

Дисгармоничная семья

Идентифицированный пациент

Дифференциация «Я»

Дифференцированность семьи

Семейные подсистемы

Внешние и внутренние границы семьи

Семейная иерархия

Семейные роли

Триангуляция

Двойная связь (двойное послание)

Семейные секреты

Метакоммуникация

Семейный сценарий

Циклы развития семьи

Семейная идеология (правила, требования, ценности, мифы, традиции и ритуалы)

Трансгенерационная (межпоколенческая) передача патогенных паттернов взаимодействия

Генограмма

**Гармоничная семья** – семья, в которой оптимальным образом удовлетворяются все основные потребности и желания каждого ее члена: в безопасности и защищенности, в принятии и одобрении, в личностном росте и возрастных изменениях.

**Дисгармоничная семья** – семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

- ригидная семейная система, которая пытается сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи.

**Идентифицированный пациент или носитель симптома** – член семьи, отклоняющееся поведение или психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к специалисту. «Идентифицированный пациент» или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. Если семья рассматривается как саморегулирующаяся система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой.

**Дифференциация «Я»** – способность к автономному функционированию, которая связана с умением различать *(дифференцировать) мысли / идеи* и *аффекты / эмоции / чувства.* Чем ниже уровень дифференциации «Я», тем сложнее индивидууму проводить такие различения, и тем больше его интеллект «затоплен» эмоциями, а его поведение зависит от аффективных импульсов, ситуативных факторов и *влияния других людей.* Отсутствие дифференциации между мышлением и чувством, по Боуэну, предполагает и *отсутствие дифференциации между собственной личностью и другими.* Люди с низким уровнем дифференцированности не склонны мыслить самостоятельно и отстаивать свое мнение, они скорее подчиняются предписаниям других членов семьи или авторитетных фигур, реагируя на них эмоционально, без анализа и рефлексии.

**Дифференцированность семьи** – степень автономности каждого из ее членов. Варьирует от *симбиоза или сверхвключенности* (слишком близкая связь, мешающая автономному развитию и функционированию членов семьи) до *разобщенности* (отсутствие эмоционального контакта и доверия). Наиболее оптимально, когда степень автономности является умеренной и сбалансированной.

**Семейные подсистемы** – выделяют родительскую, детскую и прародительскую подсистемы.

**Внешние и внутренние границы семьи** – *внешние границы* – между семейной системой и внешним миром; *внутренние границы* – между членами разных подсистем семьи (например, между родительской и детской подсистемами).

**Семейная иерархия** – характеризует отношения доминантности-подчинения в семье или распределение власти между членами семьи. Иерархия может быть низкой, умеренной и высокой. Оптимальным считается умеренный уровень иерархии. *Инверсия* иерархии (от лат. inversio — переворачивание, перестановка) – ребенок приобретает слишком много власти, больше чем у одного из родителей (часто это происходит в результате воспитания по типу кумира семьи).

**Семейные роли** – устойчивые функции в работе семейной системы, закрепленные за каждым из ее членов.

**Триангуляция** – вовлечение в конфликт между двумя третьего как средства решения конфликта.

**Двойная связь (двойное послание)** – особый тип коммуникации, при которой один из собеседников, занимающий более властную позицию (родитель), адресует другому (ребенку) два противоречащих друг другу сообщения, при этом существует негласный запрет на обсуждение этого противоречия. Например, ребенку предлагают говорить свободно, но критикуют или заставляют замолчать всякий раз, когда он так делает.

**Семейные секреты** – темы, которые не обсуждаются в семье, несмотря на то, что являются значимыми. *Пример:* женщина, у которой удалили молочную железу, постоянно страдает от тяжелых предчувствий возможного продолжения болезни. Муж видит, как она страдает, но, по молчаливому согласию, они не говорят о неприятном. В результате у обоих растет чувство изоляции, одиночества, безысходности.

**Метакоммуникация** – процессы совместного обсуждения и осмысления того, что происходит между членами семьи.

**Семейный сценарий** – устойчивые паттерны взаимодействия и структурной организации, повторяющиеся из поколение в поколение (например – пьющие мужья и «спасающие» их жены).

**Циклы развития семьи** – этапы развития, ставящие новые задачи перед семейной системой. *Например:* на этапе вырастания детей – цикл «пустого гнезда» - важно помочь семье пройти через сепарацию, детям обрести большую автономию, а родителям ослабить контроль, позволить детям взять больше ответственности, а самим найти для себя новое содержательное наполнение жизни вместо того, которое было связано с заботой о детях, теперь уже выросших.

**Семейная идеология –** включает правила, требования, ценности, мифы, традиции и ритуалы. *Правила* – регламентируют стиль жизни и отношения между членами семьи. Они могут касаться как режима дня, так и открытого выражения чувств. *Мифы* – семейные легенды и верования, касающиеся семейной истории (например, миф о том, что мужчины от природы порочны и им нельзя доверять). *Семейные ценности* – то, что открыто одобряется и культивируется (например, ценность успеха и достижений, которая может привести к перфекционизму у ее членов, в случае если выражена чрезмерно). *Традиции и ритуалы* – повторяющиеся узаконенные действия, имеющие символический смысл (совместный завтрак, совместный воскресный обед и др.). Это очень важный фактор стабилизации системы, как бы опорные элементы, укрепляющие ее и редуцирующие тревогу у ее членов.

**Трансгенерационная (межпоколенческая) передача патогенных паттернов взаимодействия** – проекция (перенос) базисных паттернов взаимодействия между мужем и женой, родителями и ребенком из родительской семьи в новую семью и выбор супруга с идентичным уровнем дифференцированности (по М. Боуэну). Боуэн полагал, что благодаря действию этой закономерности, 8-ми – 10-ти поколений, передающих «эстафету» эмоционального слияния, бывает достаточно для развития шизофрении. Аналогичным способом «наследуются» алкоголизм, физическое насилие и суициды.

**Генограмма** – это графическая запись информации о семье (преимущественно – в трех поколениях). Генограмма – это своего рода генеалогическое древо, где отражаются отношения между членами семьи (степень близости, конфликты), распределение ролей в семье из поколения в поколение (кто глава семьи, кто добытчик средств к существованию, кто распоряжается бюджетом, кто иждивенец), способы общения, страхи, склонность к депрессии и др. Это позволяет выявить закономерности, повторяющиеся из поколение в поколение, которые лежат в основе проблем членов семьи в настоящее время. Метод предложен М. Боуэном.

***Концепция личности***

Личность рассматривается не изолированно, а в контексте интерперсональных и культурных связей и в первую – в контексте семьи.

*Семья* это больше, чем группа людей, поэтому переживания, поведение, особенности психики отдельного человека во многом определяются семейным контекстом, в который он включен.

Семья как система стремится, с одной стороны — к сохранению сложившихся связей, с другой — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

***Концепция патологии***

Корни проблем лежат не внутри самой личности, а в системе (т. е. в семье), элементом которой является эта личность.

Болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов семьи могут быть рассмотрены как дисфункциональный способ стабилизации семейной системы.

***Концепция здоровья***

Здоровье отдельной личности зависит от «здоровья» семьи в целом. В связи с этим семьи делятся на «здоровые» или гармоничные и дисгармоничные.

Различие между ними заключается в том, что члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации (переезд на новое место жительства, рождение ребенка, взросление детей и др.), в то время как члены дисгармоничной семьи пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия друг с другом и за пределами семьи вне зависимости от изменения внешних и внутренних условий.

Способность гармоничной семьи гибко реагировать на изменения обеспечивают следующие ее характеристики: все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга; разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами; ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь); учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка и др.

***Временной подход и фокусировка***

Сочетание исторического (изучение семейной истории) и неисторического подхода (наблюдение за поведением членов семьи)

***Длительность***

Несколько встреч длительные по времени с большими перерывами между ними

***Цели консультирования***

Консультирование направлено *не* на устранение симптома, а на изменение отношений внутри семейной системы, поддерживающих этот симптом.

В связи с этим общие цели разных моделей семейного консультирования можно представить следующим образом: трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу (т. е. понимание того, как отношения в семье способствуют возникновению и сохранению симптома); создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

***Модели консультирования***

*Влияние идей гуманистического консультирования:*

Модель встречи Вирджинии Сатир и Карла Витакера

*Влияние идей поведенческого консультирования:*

Структурная семейная психотерапия Сальвадора Минухина

Директивная психотерапия, направленная на решение проблем Джея Хейли

Миланская школа парадоксов и контрпарадоксов Мары Сельвини Палаццоли

*Влияние идей психоанализа:*

Системная семейная психотерапия Мюррея Боуэна

*Влияние идей когнитивного консультирования:*

Супружеская рационально-эмотивная психотерапия Альберта Эллиса

Когнитивно-бихевиоральная семейная психотерапия Н. Эпштайна и Ф. Даттилио

Нарративная психотерапия М. Уайта и Д. Эпстона

*Отечественные представители:*

Модель аналитико-системной семейной психотерапии Э.Г. Эйдемиллера и Н.В. Александровой

***Основные приемы и методы***

Семейный диагноз

Метод генограммы

Директива (или указание)

Метод семейной дискуссии

Циркулярное интервью

Проигрывание семейных ролей: «обмен ролями», «семейная скульптура», «семейные расстановки по Хеллингеру» и др.

***Особенности терапевтических отношений***

Консультант сохраняет нейтральную позицию по отношению к членам семьи, находится «вне системы», поскольку находясь «внутри системы», т.е. в коалиции или конфликте с кем-то из ее членов, он будет вынужден подчиняться ее закономерностям и не сможет вести работу по ее реконструкции.

В остальном в зависимости от конкретной модели психотерапии семейный консультант действует в рамках психодинамической, когнитивно-поведенческой или экзистенциально-гуманистической парадигмы.

*Источник: Киреева Д.С., Габбасова Э.Р. Основные теоретические направления в психологическом консультировании*

**Системное направление.**

**Семейная психотерапия.** Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Мягер, Мишина). Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему.

Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом:

* изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме;
* трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
* модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами;
* создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство;
* уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов;
* коррекция различных форм иерархического несоответствия;
* прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

***Основные положения системного подхода.*** Семья — открытая, развивающаяся система, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям.

Эта система имеет следующие характеристики: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо затрагивающее систему в целом влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или изменение в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

***Отдельные признаки гармоничной семьи.***

1. Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Здоровая семья — это место проявления близости, любви, так же как и отрицательных эмоций.

2. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами.

3. Ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь).

4. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим.

5. Учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка.

6. Ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права.

7. Существуют семейные традиции, дети знают своих предков, свои корни.

8. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы. Допускается смена одних внутрисемейных треугольников другими без возникновения при этом у членов семьи чувства ревности или ненадежности, что жизненно необходимо для установления личностно-социальных границ.

9. Ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.

10. Уделяется внимание духовной жизни.

11. Уделяется время развлечениям.

12. Поощряется совместный прием пищи.

13. Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы).

14. Ее члены создают условия для своего личностного роста.

15. Ее члены не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

*Дисфункциональная семья* — семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится «носителем симптома» или «идентифицированным пациентом», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. *Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:*

— члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;

— закрытые внешние границы дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие самой семейной системы. Диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно у «идентифицированного пациента»;

— блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармоничных семьях создает ситуацию перенапряжения, «носитель симптома» непроизвольно «оттягивает» энергию на себя;

— «идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомеостаз, ребенок — «носитель симптома» подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома).

Если семья рассматривается как саморегулирующая система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой. С системной точки зрения изменение является не единственным решением единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер, Юстицкис):

1) диагностический (семейный диагноз);

2) ликвидация семейного конфликта;

3) реконструктивный;

4) поддерживающий.

Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.

*Источник: Карвасарский Б.Д. Психотерапия*

**5. Особенности психологической коррекции при ПСР в зависимости от теоретической ориентации психолога.**

**6. Выбор предпочтительного подхода к психологической коррекции в зависимости от характера ПСР.**

***Лечение соматоформных расстройств*** должно начинаться с консультаций специалистов (невролог, кардиолог, гастроэнтеролог, гинеколог, уролог, онколог и др.) и с тщательного поиска возможной органической основы страдания, отсутствие которой закрепляет диагноз невротических нарушений. В то же время от врача требуется еще больше серьезного внимания именно к соматической сфере больных, что, с одной стороны, успокаивает их, а с другой, - настраивает на правильное отношение к своей болезни, как к психологическому расстройству.

Прерогатива отдается *психотерапии:* релаксационным и суггестивным методам, когнитивно-бихевиоральной терапии, биологически обратной связи, гештальт-техникам, инсайт – ориентированной психотерапии. Поскольку для больных с соматоформными расстройствами очень значимы поддержка и социальное взаимодействие, лечить их следует групповыми подходами.

Что касается *фармакотерапии,* то, как и при других психогениях, здесь показаны бета-адреноблокаторы; короткие курсы транквилизаторов; вегетативная стабилизация с помощью карбамазепинов, ноотропов, метаболических и вазоактивных средств, иглоукалывания. Одним из обязательных подходов в лечении соматоформных расстройств является назначение антидепрессантов – лучше сбалансированного действия (тианептин, пирлиндол, кломипрамин, мапротилин).

(…)

***Лечение органических психосоматозов*** предусматривает обязательное участие в нем, наряду с основным специалистом, также психотерапевта и (или) клинического психолога. *Глубоко должна быть изучена личность пациента и его психобиография.* Необходимо выявить также психологические комплексы и актуальные переживания больных и преобладающую форму их психологической защиты, а также типичные паттерны реагирования и поведения в стрессовых ситуациях.

Известно, что врачи соматического профиля довольно широко пользуются в своей практике психотропными препаратами, особенно – транквилизаторами и антидепрессантами. Однако назначению психотропных средств обязательно следует предпослать консультацию психотерапевта или психиатра и согласовать целесообразность психофармакологической терапии. В большинстве случаев она действительно показана. Вместе с тем следует выбирать в первую очередь те психотропные средства, которые содержат в себе не только психокоррекционные эффекты, например, в отношении депрессии, но и способные оказывать действие вегетостабилизирующее, психосоматически гармонизирующее и при этом не обладающие выраженными нежелательными побочными воздействиями.

*В группе транквилизаторов* данным требованиям в наибольшей мере соответствуют тофизопам (грандаксин), клобазам (фризиум), хлордиазепоксид (элениум), лоразепам (ативан), мексидол, бромазепам, алпразолам, фенибут, медазепам (рудотель).

*Из антидепрессантов* решению задач психосоматической практики могут способствовать прежде всего тианептин (коаксил), флувоксамин (феварин), мапротилин (людиомил), пипофезин (азафен), миансерин (леривон).

*Ноотропные средства,* помимо действия мнемотропного и когнитивнотропного, так же обладают в большинстве своем эффектами, нужными при лечении психосоматической патологии: антидепрессивным, вегетостабилизирующим, вазоактивным, антиалгическим, антиоксидантным, церебропротекторным (нооклерин, пикамилон, пантогам, танакан, мексидол, винпоцетин, нимодипин, пиридитол и др.).

*Психотерапия* является обязательным компонентом в комплексном лечении психосоматических заболеваний (релаксационные методы, когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, краткосрочная динамическая психотерапия).

*Источник: Основы психосоматики: учебное пособие/ В.А. Дереча, Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 90 с.*

**Психотерапия в соматической медицине.**

В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания и прежде всего так называемые психосоматические расстройства. Вместе с тем, как отмечает один из видных представителей психосоматической медицины Стоквис, «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю». Зарубежные ученые подчеркивают, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для психоанализа (Сифнеос). Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, Карасу конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит: роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявления; личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротивление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.); негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов. Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудноосуществимой, если не сказать — неосуществимой задачей.

Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания больных. Для рядового интерниста встреча с психосоматикой лишь краткий эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирается в ней и не понимает связанных с ней выгод; психосоматику не удается завоевать авторитет и в силу того, что ему кажется, что этот авторитет уже приобретен (Фланнери).

Однако психотерапия, если ставить перед ней реалистические цели, оказывается несомненно полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера. В связи с этим следует заметить, что, поскольку наиболее распространенной в настоящее время является медицинская модель заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы (лекарственных, диетических, физических и др).

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Существенным стимулом к продолжающимся попыткам эффективного использования психотерапии в соматической клинике явилось развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии. Это находит отражение не только в зарубежной литературе, психодинамически- и экзистенциально-ориентированной, но и в работах авторов хотя и отрицающих психогенез этих заболеваний, но в то же время признающих важную роль в их происхождении психосоциальных факторов. Объектом групповой психотерапии при этом, как и психотерапевтических воздействий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента). Наибольший интерес в настоящее время представляют попытки применения групповой психотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопросы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии.

Обширная литература посвящена психотерапии при гипертонической болезни. При лечении таких больных с помощью гипнотерапии, наряду с уменьшением невротических и неврозоподобных нарушений, отмечалось снижение или даже нормализация артериального давления. Подчеркивается целесообразность длительного лечения. Так, Буль рекомендует после массированного курса гипнотерапии (25-30 сеансов, проводимых через день) постепенно удлинять интервалы между сеансами, проводя их сначала через 2-3 дня, затем через 5, через 7, а потом и через 10 дней. Если зависимость эффективности гипнотерапии больных гипертонической болезнью от ее длительности, по данным автора, выступала достаточно явно, то глубина гипнотического сна и продолжительность его имели относительно меньшее значение. Кроме того, при лечении гипертонической болезни используется аутогенная тренировка, частота применения которой в санаторно-курортном лечении больных объясняется тем, что с помощью этого метода удается достичь быстрого парасимпатического эффекта. Широко применяется при лечении гипертонической болезни метод биологической обратной связи, а также другие методы релаксации и психологического воздействия. Рассматривая цели и задачи психотерапии при гипертонической болезни, один из видных специалистов в этой области Катценштейн отмечает, что психотерапия при этом не должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, что ее следует направлять также на изменение неправильных позиций в отношениях больного к разным сферам жизни, используя различные формы групповой психотерапии, что содержанием психотерапевтической работы с больными должны быть психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, личностно- и социо-ориентированную направленность.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе постинфарктных больных. Внезапность возникновения болезни и психологическая неподготовленность к ней вызывают панический страх у пациента. Каждый диагностический или терапевтический акт в кардиологическом отделении должен иметь психотерапевтическое опосредование. Информация о тяжести состояния должна учитывать личностные особенности больного и по возможности быть исчерпывающей, чтобы предупредить неправильную или некомпетентную интерпретацию со стороны окружающих больного лиц (возможность эгротогений и других ятрогенных воздействий). При ишемической болезни сердца, протекающей с приступами стенокардии, показана гипнотерапия. Курс лечения состоит из 10-20 сеансов, которые проводятся через день по 40 мин. Внушение строится не только в императивном тоне, но и в виде разъяснения и убеждения. Большое количество работ посвящено применению при ишемической болезни сердца, включая постинфарктный период, аутогенной тренировки. Юрданов, Зайцев создали ее вариант, наиболее адекватный для больных, перенесших инфаркт миокарда. Из традиционной методики аутогенной тренировки были, в частности, исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание», и такие условия ее проведения, как поза «кучера», положение лежа, сопровождавшиеся нежелательными явлениями. В то же время были введены новые упражнения («легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.) и элементы (например, «открытые глаза»), изменена последовательность освоения приемов аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка оказывается полезной также на санаторном этапе восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца. Для устранения нарушений сердечного ритма (нередко в виде пароксизмальной тахикардии — наиболее частого осложнения в постинфарктном периоде) используется саморегуляция сердечного ритма с помощью методики биологической обратной связи. На поздних стадиях восстановительного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе больных, перенесших инфаркт миокарда, показана групповая психотерапия. Занятия проводятся в группах (по 12-14 пациентов), при формировании которых учитывается возраст и образование (группы по возможности однородные). Используются дискуссионные и другие формы психотерапии. В настоящее время самостоятельное значение приобретает разработка системы профилактики ишемической болезни сердца и вторичной профилактики инфаркта миокарда путем преодоления стереотипов поведения и вредных привычек, на значение которых в происхождении этого заболевания указывается в многочисленных исследованиях. Это так называемые факторы риска — поведенческий тип А, высокие показатели алекситимии, курение, избыточная масса тела, гиподинамия и др., для устранения и предупреждения которых используются методы психотерапии: индивидуальные и групповые занятия, различные виды телесно-ориентированной психотерапии, обучение мышечному расслаблению; упражнения на ритмичное дыхание; физические упражнения, способствующие мышечной релаксации, специальные занятия, на которых обсуждаются психологические причины избыточной массы тела, в частности роль эмоциональной напряженности и тревожности, и создается или подкрепляется мотивация для снижения избыточной массы тела.

Одним из заболеваний, относящимся к основной группе психосоматической патологии, является бронхиальная астма. При всей сложности ее патогенеза в значительной части случаев важное место в нем занимает нервно-психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др., то есть наличие условно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Поэтому при бронхиальной астме, особенно с учетом терапевтической резистентности ее у ряда больных, показана психотерапия либо самостоятельно, либо в системе комплексного лечения. Применение гипнотерапии у больных бронхиальной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к направлению больных на гипнотерапию: 1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать); 2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом; 3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания; 4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов (Буль). Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий при бронхиальной астме способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их социального функционирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхиальной астмы. С этой целью применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия (индивидуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия (Филиппов). В психотерапии больных бронхиальной астмой важное значение приобретает воздействие на алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, а также на вторичную психопатологическую симптоматику, обусловленную заболеванием.

Для больных бронхиальной астмой со стереотипным протеканием приступов удушья или с затрудненным дыханием, нередко обусловленными отрицательным воздействием на больного поведения членов семьи, существенное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет семейная психотерапия. Не сводя сложный многофакторно обусловленный этиопатогенез бронхиальной астмы к нарушению одних лишь внутрисемейных отношений, как это нередко представляется в психосоматической литературе, отечественные авторы справедливо отмечают, что семейная психотерапия создает условия для замены патологических психологических защитных механизмов на более зрелые и конструктивные и в этом плане выступает как важный элемент личностно-ориентированной психотерапии при бронхиальной астме.

Обширная литература посвящена применению гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекают психологические аспекты ревматоидного артрита и возможность использования и эффективность психотерапии при этом заболевании. Известно, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунокомпонентной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в ней. В психотерапии ревматоидного артрита применяются методы саморегуляции (биологическая обратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнениями) и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Не касаясь многих других соматических заболеваний, при которых психотерапия уже сегодня становится важным компонентом комплексного лечения, следует указать на особенности ее при хронических соматических заболеваниях. В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, то есть хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше.

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного», в инвалида.

В противодействие хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче, однако, декларировать, чем соблюдать, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстройствами, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна.

Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Согласно Каллинке, больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если больной: получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи); приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости, ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания цели и пытается поэтапно их достигать.

При всей сложности ведения подобных пациентов психотерапевт должен внимательно замечать и поддерживать даже малейшие их попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для предпосылки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтической бригады, специализирующейся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении Решающее значение в системе лечения соматических больных приобретает правильное соотношение симптоматической, личностно-ориентированной и социо-ориентированной психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов соматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

*Источник: Карвасарский Б.Д. Психотерапия*