Министерство науки и высшего образования
Российской Федерации
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Луганский государственный университет
имени Владимира Даля»**

**Стахановский инженерно-педагогический институт (филиал) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Луганский государственный университет имени Владимира Даля»**

Кафедра социально-экономических и психологических дисциплин

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ
по дисциплине
«Психокоррекция и психотерапия»
для студентов направления подготовки
Профессиональное обучение (по отраслям),
магистерская программа «Профессиональная психология»

Луганск 2024

УДК 658.386.35.621.31 (075.8)

Рекомендовано к изданию Учебно-методическим советом
ФГБОУ ВО «ЛГУ им. В.Даля»
(протокол № от . .2024 г.)

Конспект лекций по дисциплине «Психокоррекция и психотерапия» для студентов направления подготовки: Профессиональное обучение (по отраслям). Магистерская программа: «Профессиональная психология». / Сост.: Сергеев С.Н. – **Стаханов**: ФГБОУ ВО «ЛГУ им. В. Даля», 2024. – 41 с.

Конспект лекций содержит 3 раздела, описание которых сопровождается теоретическими сведениями. К каждой теме приведены вопросы для самопроверки, список рекомендованной литературы. Освещены особенности труда инженера-педагога, его роль и место в подготовке квалифицированных кадров; рассмотрена система инженерно-педагогического образования; организация учебного процесса в высшем учебном заведении, научная организация труда и виды работы студента в высшем учебном заведении; его правовая и экономическая основа в обучении.

Предназначены для студентов направлений подготовки: Профессиональное обучение (по отраслям), магистерская программа: «Профессиональная психология».

Составитель: доц. Сергеев С.Н.

Ответственный за выпуск: доц. Карчевская Н.В.

Рецензент: доц. Карчевский В.П.

© Сергеев С.Н. 2024
© ФГБОУ ВО «ЛГУ им. В.Даля», 2024

Содержание

Лекция 1. Определение и содержание основных понятий психотерапии и психокоррекции..... 4

Лекция 2. Основные направления психокоррекции и психотерапии (психодинамическое, бихевиорально-когнитивное, гуманистическое). 24

Лекция 3. Организация психотерапевтической помощи 34

Лекция 1.

Определение и содержание основных понятий психотерапии и психокоррекции.

План

1. Определение психотерапии и содержание основных понятий.
2. Определение психокоррекции, общие и отличительные черты от психотерапии.
3. История психотерапии.
4. Механизмы лечебного действия психотерапии и психокоррекции.
5. Взаимоотношение врача, клинического психолога и больного в психотерапии и психокоррекции.
6. Оценка эффективности психотерапии и психокоррекции. Альтернативная психотерапия.

1. Определение психотерапии и содержание основных понятий.

Психотерапия (от греч. psyche – душа и therapeia – лечение) представляет собой систему лечебного воздействия психологическими средствами (вербальными и невербальными) на психику, а через нее на весь организм и поведение клиента. Впервые термин «психотерапия» введен в конце XIX в. Д. Н. Тьюком. В опубликованной им в 1878 г. книге «Иллюстрации влияния разума на тело» одна из глав так и названа: «Психотерапия». Общеупотребительным термин «психотерапия» становится только в 90-е гг. XIX в. в связи с развитием гипноза. Психотерапия отличается от других методов лечения, по крайней мере, тремя особенностями:

1) при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии;

2) применяются эти средства и методы профессионально, т.е. подготовленными специалистами и персоналом, действующим осознанно и целенаправленно, умеющим научно обосновывать свои действия, воспроизводить их в ходе психотерапии с различными пациентами и оценивать их;

3) с помощью психотерапии лечат лиц, страдающих расстройствами психики .

В научной литературе насчитывается несколько сот определений понятия «психотерапия», одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на ее психологических сторонах. По мнению Б.Д. Карвасарского отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, т.е. входит в компетенцию

медицины. В определениях, которые можно назвать условно медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия напсихику (и через психику на организм), т.е. подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столькона объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. Обе позиции являются объяснимыми. Так, с одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души, т.е. указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию понятия «физиотерапия, иглотерапия и др.» указывают на средства воздействия. Медицинский подход к пониманию психотерапии иллюстрируют такие определения, которые обязательно включают в себя понятия «здоровье», «болезнь», «больной», «лечебное воздействие». Определения, в большей степени фиксирующие психологические подходы включают в себя такие понятия, как «межличностное взаимодействие», «психологические средства», «психологические проблемы и конфликты», «отношения», «установки», «эмоции», «поведение». В известной мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами». Таким образом, процесс развития психотерапии, как научной дисциплины, предполагает все более четкое определение ее категориального аппарата и сущности самого понятия «психотерапия». Однако, термины «воздействие», «вмешательство», «интервенция» входят в самые различные определения психотерапии и психокоррекции. Классификация психотерапевтических подходов. Прежде всего, необходимо внести ясность в понимание соотношения терминов «метод психотерапии», «форма психотерапии», «направление психотерапии». Под методом психотерапии подразумевается конкретный способ реализации общего принципа лечения, вытекающий из понимания сущности психического расстройства в рамках определенной концепции психотерапии; совокупность психотехнических приемов. Способ применения того или иного метода психотерапии называется формой психотерапевтического воздействия. Форма психотерапии – это организация и структура взаимодействия терапевта и пациента в процессе реализации того или иного метода психотерапии. Например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т. д. Одна и та же форма психологического воздействия может служить различным методическим установкам. Так, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса. Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует направление психотерапии. Таким образом, в отдельных направлениях психотерапии выделяют отдельные методы, внутри каждого метода – различные методики и приемы. Достаточно широким по

содержанию названием является вид психотерапии (коррекции), соразмерный с понятием модель и являющийся эклектическим объединением в ее рамках различных методов и форм психотерапии (психокоррекции), принадлежащих к различным ее направлениям. В настоящее время наибольшее распространение получили следующие направления психотерапии:

1. психоаналитическое (психодинамическое);
2. поведенческое (бихевиористское);
3. гуманистическое (экзистенционально-гуманистическое).

В отечественной психотерапии в последние годы выделяют следующие основные направления:

• личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию;
• суггестивную психотерапию;
• поведенческую психотерапию;
• эмоционально-стрессовую психотерапию.

Виды психотерапии систематизируют по следующим основаниям:

а) по характеру воздействия (прямая – косвенная);

б) по этиопатогенетическому принципу (каузальная – симптоматическая);

в) по цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая);

г) по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная);

д) по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая);

е) по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная);

ж) по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая);

з) по тактике воздействия (выборочная, комбинированная или комплексная);

и) по числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная – групповая), директивная – недирективная и др.

Методы психотерапии могут быть следующие:

а) по биологическому гомеостазу: для нормального или стрессового состояния;

б) по характеру и направленности воздействия: развивающие, седативные, активизирующие, дезактуализирующие, мобилизующие;

в) по преимущественному воздействию на те или иные психические процессы: ментальный тренинг (мышление), имаготренинг (воображение), эмоционально-волевая тренировка (эмоции, воля);

г) по источнику воздействия: аутогенные (на себя), гетерогенные (со стороны других);

д) по используемым средствам воздействия: вербальные, библиотерапия, музыкотерапия, изотерапия, танцевальная терапия. Существует классификация принципов выбора метода психотерапии в зависимости от заболевания (Штроцка, 1986):

• при острой истерической,симптоматике применяется суггестия;
• при вегетативных нарушениях – аутогенная тренировка;

• при жизненных трудностях – «разговорная» терапия;
• при фобиях – поведенческая терапия;
• при характерологических нарушениях – гештальт-терапия, психодрама;
• при расстройствах, связанных с семейными проблемами, – семейная психотерапия;
• при комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения – глубинно-психологические методы.

Психотерапевтическое вмешательство – это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выборов средств воздействия, т.е. методов. Термин «психотерапевтическое вмешательство» может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и т.д., а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем направления в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами. Клинико-психологические вмешательства с точки зрения Перре и Бауманна характеризуются:

1. выбором средств (методов);
2. функциями (профилактика, лечение,реабилитация,развитие);
3. целевой ориентацией процесса на достижение изменений;
4. теоретической базой;
5. эмпирической проверкой;
6. профессиональными действиями.

2. Определение психокоррекции, общие и отличительные черты от психотерапии.

Психологическая помощь, в широком смысле данного понятия, включает в себя следующие основные направления: психодиагностику, психокоррекцию, психологическое консультирование, профориентацию и психотерапию. В зависимости от возраста, особенности жизненной ситуации, состояния здоровья и т.д. такую помощь может оказать психолог или психотерапевт. Достаточно дискуссионным и по настоящее время является вопрос о разделении двух сфер психологической помощи – психологической коррекции и психотерапии. Как в психокоррекции, так и в психотерапии предъявляются сходные требования к личности клиента и специалиста, оказывающего помощь; к уровню его профессиональной подготовки, квалификации и профессиональным навыкам; используются одинаковые процедуры и методы; помощь оказывается в результате специфического

взаимодействия между клиентом и специалистом. По мнению Ю.Е.Алешиной, различие терминов «психокоррекция» и «психотерапия» возникло не в связи с особенностями работы, а с укоренившимся мнением, что психотерапией могут заниматься люди, имеющие специальное медицинское образование. Кроме того, термин «психотерапия» является международным и во многих странах мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым профессиональными психологами. Существуют определенные трудности в разграничении на практике понятий «психологическая коррекция» и «психотерапия». По мнению Р.С.Немова, разница между понятиями «психотерапия» и «психокоррекция» состоит в следующем: психотерапия – это система медико-психологических средств, применяемых врачом для лечения различных заболеваний; психокоррекция – совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека. Термин «коррекция» буквально означает исправление. Под понятием «психокоррекция», по мнению А.А.Осиповой, в нашей стране, чаще всего подразумевается система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия. Психологической коррекции подлежат недостатки, не имеющие органической основы и не представляющие собой такие устойчивые качества, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не изменяются. Выделяют специфические черты психокоррекционного процесса, отличающие его от психотерапии.

Психокоррекция всегда ориентирована на клинически здоровую личность, имеющую в повседневной жизни психологические трудности, проблемы адаптации и т.д., а также на людей, чувствующих себя хорошо, однако желающих изменить свою жизнь, либо ставящих перед собой цель развития личности. Коррекция ориентирована на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения. В психокоррекции чаще всего ориентируются на настоящее и будущее клиентов. Психокоррекция обычно представляет собой среднесрочную помощь (в отличие от краткосрочной – до 15 встреч – помощи при консультировании и долгосрочной – до нескольких лет – помощи при психотерапии). В психокоррекции акцентируется ценностный вклад психолога, но в тоже время, не одобряется навязывание определенных ценностей клиенту. Психокоррекционные воздействия направлены на изменение поведения и развитие личности. Различие между психотерапией и психокоррекцией заключается и в том, что психотерапия имеет дело с различного рода нарушениями у людей, страдающих различными видами соматических или психических заболеваний (расстройств). Психические заболевания– это поведенческие расстройства, которые приводят к более высокому уровню заболеваемости и смертности. Многие аномалии психики и поведения людей, которые

проявляются в заболеваниях, похожи на те, с которыми имеет дело психолог, занимающийся психокоррекцией. Однако людей, обращающихся за помощью к психотерапевту, обычно называют больными или пациентами, а тех, кто нуждается только в коррекционной помощи, именуют клиентами. Таким образом, анализ различий между двумя видами деятельности показал, что термин «психокоррекция» по своему содержанию близок к немедицинской модели психотерапии.

3. История психотерапии.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) пе¬риода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия, XIX-XX вв. - научный период психотерапии

Важной закономерностью развития психотерапии как науки, вышед¬шей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке фи¬зиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее направленность на выработку единой теории. Психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм и другие претендовали именно на такую теорию, однако ни одно из этих на-правлений на современном этапе не удовлетворяет требованиям единствен¬ной теории.

Донаучный период психотерапии связан с мистическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур. Столетиями мистика была властительницей в толковании подобных феноменов, да и душевных болез¬ней в целом.

Первоначально психотерапевтические концепции и технические прие¬мы и методы развивались в рамках философских, религиозных, медицинских взглядов на природу души человека. Упоминания о применении «психотера¬певтических приемов» встречаются уже в знаменитом папирусе Эберса (Древний Египет). На донаучном этапе (с периода применения гипнотиче¬ских приемов в Древнем Египте и Греции до XVI-XVII вв.) в основном гос¬подствовали религиозные и наивно-медицинские представления о природе исцеления (Гиппократ, Авиценна).

В Средние века научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказываются под влиянием мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в раннем Ренессансе с его процессами ведьм и казнями психиче¬ски и нервнобольных.

И лишь в XVIII в., в эпоху Филиппа Пинеля (1745-1826), закладыва¬ются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии и психотерапии. По разрешению Центрального Бюро Коммуны Ф. Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г. Ф. Пинель заложил

ос¬новы лечебного режима пребывания и условий содержания душевноболь¬ных, что в дальнейшем, через полтора столетия, послужило основными предпосылками возникновения научно обоснованной социотерапии, коллек¬тивной психотерапии.

С XVIII в. начинают развиваться медицина и экспериментальная пси¬хология, в связи с этим создается почва для формирования научной базы психотерапии. Большой вклад в совершенствование психотерапевтических знаний внес Вильгельм Вудт, в 1874 г. издавший труд «Основы физиологи¬ческой психологии».

В это же время в 1776 г. была предпринята первая, весьма наивная по¬пытка научно объяснить лечебное влияние внушения в виде теории «живот¬ного магнетизма» Франца Антона Месмера (1734-1815). Впервые термин «магнетизм» употребил за несколько веков до него Парацельс (1493-1541), который впервые пытался лечить при помощи магнита. В дальнейшем тео-

рию магнетизма развивал Ван Гельмонт (1577—1644), считая посредником притяжения и отталкивания эфироподобный дух, который пронизывает все мировые тела и приводит их в движение. Ф. Месмер в основу своего учения положил магнитно-флюидную теорию Ван Гельмонта и полагал, что магне¬тическая сила находится в природе повсюду и обусловливает взаимодейст¬вие небесных сил, земли и одушевленных существ. В 1766 г. он защитил диссертацию «О влиянии планет...», где обобщил свои умозаключения. Лишь через восемь лет после этого Ф. А. Месмер начинает заниматься лече¬нием магнитом. Вскоре он замечает, что излечение может наступать и при обычном прикосновении или проведении ладоней над телом. В 1774 г. Французская академия назначает комиссию для проверки магнетической теории. В комиссию входили крупнейшие ученые авторитеты того времени: Лавуазье, Франклин, Байли и др. После тщательного изучения вопроса и проверки данных комиссия приходит к выводу, что магнетического флюида не существует и все, что связывали с действием последнего, может быть отнесено лишь к влиянию воображения.

Широкое увлечение магнетизмом невольно приковывало внимание научно мыслящих людей. Большинство из них считало, что магнетизм — это обман со стороны магнетизеров и притворство магнетизируемых. К числу таких скептиков относился и английский врач Джеймс Брэд. В 1841 г. он присутствовал на выступлении магнетизера Лафонтена с целью разоблачить мошенничество, однако увиденное им заставило Д. Брэда повторно посещать эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда Д. Брэд довольно быстро усыпил своего знакомого и тщательно описал

происходящие с испытуемым изменения. (Будет несправедливо не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Жозе Кусто дио де Фариа, который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г. Состояние, вызываемое фасцинацией, он называл «люцидным сном».)

Д. Брэд считал, что вызываемое им состояние- это искусственный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомлени

взора. Это состояние он определил специальным термином - гипноз, что, собственно, по-гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Д. Брэд посвятил изучению гипноза. Свой опыт Д. Брэд обобщил в моногра¬фии «Неврогипнология» (1843), в которой детально и подробно описано многое из того, что в дальнейшем переоткрывалось вторично из-за незнания его трудов. Д. Брэд решительно опровергал флюидные представления о гип¬нозе и излагал его нейрофизиологическую теорию, согласно которой гипно¬тическое состояние возникает при зрительной фиксации. В последние годы жизни Д. Брэд допускал развитие гипнотического состояния и при словес¬ном внушении. Умер он в 1860 г. В этом же году во Франции вышло не¬сколько книг, где в общих чертах был описан метод вызывания искусствен-ного сна и его лечебного применения.

Продолжателем дела Д. Брэда стал врач Август Амбросий Льебо (уни¬верситет г. Нанси, Франция), которому в 1860 г. попалась книга с описанием нового метода лечения больных, разработанного Д. Брэдом.

А. А. Льебо, испытав несколько вариантов усыпления больных, пред¬ложил вызывать гипнотический сон, внушая пациенту представления о за¬сыпании неторопливым, тихим голосом. Гипнотический сон А. А. Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные признаки каждой из них. Заслуга А. А. Льебо заключается в том, что он первый систе¬матически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уделяя основное внимание психологическим аспектам гипноза.

В 1860-1885 гг. к А. А. Льебо обратилось 7500 пациентов, причем многим из них он проводил десятки сеансов. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «Сон и подобные ему состояния...», где отстаивал есте¬ственнонаучный взгляд на природу гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчанием. И лишь в 1882 г. главный терапевт медицинского факультета в Нанси Дюмон решил использовать словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатриче¬ском приюте Марвиль.

Он приглашает к сотрудничеству А. А. Льебо, который охотно делится своим опытом. Вскоре эта работа привлекла внимание профессора терапев¬тической клиники Ипполита Бернгейма. Он применяет гипноз в своей

кли¬нике и настолько широко вводит его в практику, что лечение словесным внушением используется на равных правах с другими лечебными методами.

И. Бернгейм и до этого практиковал гипноз, опираясь на технику Шарко, но случаи гипнотизации удавались редко; используя технические прие¬мы, разработанные А. А. Льебо, И. Бернгейм вызывал гипнотическое со¬стояние у 90% пациентов. Вокруг А. А. Льебо, И. Бернгейма и тогда еще мо¬лодого исследователя А. Бонна формируется круг нансийских ученых, инте¬ресовавшихся проблемами внушения и гипноза и считавших, что гипноз — это психологически нормальный феномен, вызываемый внушением. Круг исследователей рос, появлялись новые факты. Так возникла Нансийская школа гипноза, или школа И. Бернгейма. Школа Нанси стала приписывать большее значение внушению, чем самому гипнозу. Фармацевт Эмиль Куэ в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. Достаточно функциональная и лаконичная формула самовнушения Э. Куэ легла в основу таких методов, как аутогенная тренировка, биологическая об¬ратная связь, релаксация и др.

Чуть раньше в Париже знаменитый невропатолог того времени Жан Марти Шарко изучал явления гипнотизма в связи с проверкой теории и ме¬тода металлотерапии. Но особенно интенсивно Ж. М. Шарко начинает изу¬чать гипноз в клинических наблюдениях и в специальных экспериментах по¬сле посещения выступлений магнетизера Донато. Ж. М. Шарко приходит к выводу, что гипноз является патологическим состоянием - искусственным истерическим неврозом. Вокруг Ж. М. Шарко сосредоточиваются многие видные ученые Парижа: П. Риже, П. Жане, Жиль де ля Туретт, Ж. Бабин- ский, Ш. Фере, А. Бине. Они вели свои исследования в том же русле, разде¬ляя в общем предложенную Ж. М. Шарко точку зрения. Так возникла Саль- петриерская школа, или школа Шарко.

Между двумя научными школами шла ожесточенная многолетняя борьба, развернувшаяся на страницах печати и на конгрессах. По характеру взглядов Сальпетриерская школа во главе с Ж. Шарко считалась физиологи¬ческой, а Нансийская, возглавляемая И. Бернгеймом, - психологической.

В 1859 г. мир узнал эволюционную теорию Ч. Дарвина. В 1866 г. в Рос¬сии были отпечатаны «Рефлексы головного мозга» И. П. Сеченова, и в этом же году книга была запрещена властями. В Лейпциге В. Вундтом была откры¬та первая лаборатория экспериментальной психологии, Д Тьюк в 1872 г. впервые ввел в научный обиход термин «психотерапия». Общеупотребимым же этот термин становится только в 90-х гг. XIX в.

Первый интернациональный конгресс «Гипнотизм экспериментальный и лечебный», проходивший в Париже в августе 1889 г., подтвердил большой интерес и официальное признание гипнотерапии. Конгресс проходил под почетным председательством Ж. М. Шарко с участием И. Бернгейма, П. Жа¬не, Ч. Ломброзо, Ж. Бабинского, А. Фореля, А. А. Льебо, З. Фрейда, У. Джеймса, В. М. Бехтерева, и др.

С конца 90-х гг. XIX в. как реакция на чрезмерную экспансию гипноза стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий.

В Швейцарии занимается психотерапией невропатолог П. Дюбуа, он разработал метод рациональной психотерапии. Рациональная психотерапия, опираясь, по словам П. Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлоги¬стические доказательства», рассеивает ошибки в суждениях больного о ха-рактере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, касающихся его болезни, - таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии.

В 1895 г. И. Брейер и З. Фрейд публикуют совместную работу «Иссле¬дования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истери¬ческих расстройств. Для достижения лечебного эффекта находящемуся

гипнотическом сне пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации И. Брейер и называл «катарсисом». В дальнейшем З. Фрейд отказывается от использования гипноза и начинает развивать психотерапевтическую систему, основанную на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами, — психоанализ. З. Фрейд тщательно занимался самоанализом, и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических расстройствах. Основным средством самоанализа Фрейд считал анализ сновидений и в 1900 г. обобщил свой опыт в книге «Толкование сновидений». В 1901 г. З. Фрейд опубликовал книгу «Психопатология обыденной жизни», где высказал и обосновал предположение о том, что бессознательные идеи, конкурируя между собой за прорыв в сознание, оказывают сущственное влияние на мысли, поступки и действия человека, изменяя их. З. Фрейд стал первым теоретиком, указавшим на важность исследования детства для понимания природы психики человека. В период 1900-1910 гг. к

Фрейду пришло международное признание, ширились ряды последователей.

Основатель индивидуальной психологии Альфред Адлер в 1911 г. отошел от Фрейда из-за теоретических расхождений. А. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом является достижение превосхоства и адаптация к среде. Одним из первых он привлек внимание к роли семейного воспитания (эмоционального отвержения или попустительства) в возникновении неврозов. В 1914 г. от З. Фрейда отошел и швейцарский психиатр Карл Густав Юнг, разработавший позднее собственную аналитическую психологию, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще. Он ввел понятие коллективного бессознательного как наиболее глубокого уровня бессознательного, содержащего в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений). В дальнейшем К. Г. Юнг выделяет психологические типы, определяет понятия интроверсии и экстраверсии, так широко известные в настоящее время.

К началу XX в., в 1913 г. в США журнал «Психологическое обозрение» публикует статью Джона Уотсона, молодого профессора университета Хопкинса, в которой он критиковал структурную и функциональную психо¬логию, доминировавшую в то время. Дж. Уотсон полагал, что основной тео-ретической задачей психологии должно быть прогнозирование поведения человека и управление поведением. С этого момента начинает свое развитие бихевиоризм как отдельное направление в психологии. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория И. П. Павлова и теория сочетательных рефлексов В. М. Бехтерева.

4. Механизмы лечебного действия психотерапии и психокоррекции.

Основные механизмы лечебного действия психотерапии целесообразно рассмотреть в соответствии с тремя важнейшими планами функционирования человека: эмоциональным (корригирующий эмоциональный опыт), познавательным/когнитивным (конфронтация) и поведенческим (научение).

В процессе индивидуальной психотерапии преимущественно с эмоциональной сферой связаны также безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных личных чувств, альтруизм, перенос, идентификация.

В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее, находятся вера и надежда, которые выражают частично осознанную возможность

достижения цели. Внушение и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В качестве основного механизма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггестивных внушений, плацебо-терапии и некоторых других. Появление и укрепление веры у пациента в успешность психотерапии неразрывно связано с верой психотерапевта в себя и в эффективность применяемого им метода. Способность врача с первых встреч "заразить" больного уверенностью часто предопределяет успех последующих действий специалиста. Вера в выздоровление и возникновение положительной перспективы, появление надежды неотделимы друг от друга и обращены прежде всего к "здоровой" части личности. Информация о больных с хорошими результатами от проведенного лечения усиливает действие этих факторов. Появление перспективы становится новым мотивом, помогающим продолжать лечение и преодолевать трудности.

Преимущественно к когнитивной сфере относятся получение новой информации, советы и рекомендации, интеллектуализация, обратная связь, самоэксплорация, тестирование реальности, универсальность (осознание и ощущение общности). В эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своей болезни, личностных проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых переживаний, которые послужили источником декомпенсации, обесцениванию их. Происходит расширение образа Я за счет включения в него прежде отвергаемых аспектов: представления о себе, своем поведении, целях, способах их реализации. В некоторых видах психотерапии изменения в этой плоскости являются определяющими — в рациональной, когнитивной, рационально-эмоциональной, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и др.

К поведенческой сфере могут быть отнесены имитационное научение (подражание), десенсибилизация, экспериментирование с новыми формами поведения, приобретение навыков социализации. Научение в широком смысле при разных формах психотерапии происходит как прямо — через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно — путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования поощрения и наказания (чаще в форме социального неодобрения, неприятия).

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии. Вопрос о том, за счет чего достигается лечебный эффект групповой психотерапии, привлекает широкое внимание исследователей. Одна из первых попыток изучения и анализа механизмов лечебного действия групповой психотерапии принадлежит Корзини и Розенбергу. Выделяют три основные пути исследования механизмов лечебного действия групповой психотерапии: опрос пациентов, прошедших курс групповой психотерапии; изучение теоретических представлений и опыта групповых психотерапевтов (опрос психотерапевтов); проведение экспериментальных исследований,

позволяющих выявить взаимосвязи между различными переменными психотерапевтического процесса в группе (например, состав группы, применяемые техники, тактика психотерапевта и пр.) и эффективностью лечения. Подробный анализ механизмов лечебного действия групповой психотерапии представлен в работах Ялома и Кратохвила. Ялом в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии выделяет следующие.

1. Сообщение информации: получение пациентом в ходе групповой психотерапии разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтов, нервно-психического здоровья и пр.; выяснение причин возникновения и развития нарушений; информация о сущности психотерапии и ходе психотерапевтического процесса; информационный обмен между участниками группы. Подобная информация поступает не столько дидактически, сколько в процессе общения с другими и знакомства с их проблемами.

2. Внушение надежды: появление надежды на успех лечения под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений. Успешные, продвинутые в психотерапии пациенты служат остальным в качестве позитивной модели, открывая им оптимистические перспективы. Наиболее сильно этот фактор действует в открытых психотерапевтических группах.

3. Универсальность страданий: переживание и понимание пациентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания, симптомы. Такое понимание способствует преодолению эгоцентрической позиции и появлению чувства общности и солидарности с другими, а также повышает самооценку.

4. Альтруизм: возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу, делать что-то для другого. Помогая другим, пациент становится более уверенным в себе, он ощущает себя способным быть полезным и нужным, начинает уважать себя и верить в собственные возможности. Особенно важны такие переживания для пациентов с низкой самооценкой.

5. Корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы: здесь речь идет о переработке проблематики, корни которой лежат в родительской семье пациента. Пациенты обнаруживают в группе проблемы и переживания, идущие из родительской семьи, чувства и способы поведения, характерные для семейных отношении и отношений с родителями в прошлом. При этом исходят из того, что в группе пациент вступает в отношения, играет роли, занимает позиции, сходные с теми, которые были у него в родительской семье: его отношения с психотерапевтом в определенной степени повторяют или воспроизводят его отношения с родителями, а отношения с другими

участниками группы — отношения с другими членами семьи (братьями, сестрами и др.). Например, в детстве пациент испытывал недостаток внимания и любви со стороны родителей. Эта потребность являлась фрустрированной (и, как правило, неосознаваемой) и в дальнейшем его поведение во многом может быть направлено на то, чтобы получить эту любовь и признание со стороны окружающих, даже в ущерб удовлетворению других, значимых, "взрослых" потребностей личности В группе такой пациент обычно ведет себя таким образом, чтобы привлечь внимание, добиться расположения, принятия и любви со стороны психотерапевта. Анализируя особенности его взаимодействия с психотерапевтом в группе, можно помочь пациенту увидеть и понять, когда ранее и к кому он испытывал такие же чувства и вел себя подобным образом. Выявление, анализ и осознание прошлых эмоциональных отношений и поведенческих стереотипов, проявляющихся в группе, дает возможность их терапевтической переработки и реконструкции.

6. Развитие техники межличностного общения: пациенты в группе имеют возможность за счет обратной связи и анализа собственных переживаний увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать и закрепить новые, более конструктивные способы поведения и общения.

7. Имитационное поведение: пациент может обучаться более конструктивным способам поведения за счет подражания психотерапевту и другим успешным членам группы. Очевидно, что в большей степени образцом для подражания является психотерапевт, и это накладывает определенные ограничения на его поведение, предъявляет особые требования к его самоконтролю и саморегуляции. Ялом считает, что многие психотерапевты явно недооценивают роль этого фактора, "на самом же деле, у курящих трубку терапевтов получаются курящие трубку пациенты".

8. Интерперсональное влияние: этот фактор является важнейшим и наиболее специфичным для групповой психотерапии. Если все другие факторы в меньшей степени, но действуют и в индивидуальной психотерапии, то этот фактор характеризует основные механизмы лечебного действия именно групповой психотерапии. В этом факторе можно выделить три основных аспекта.

Первое — это получение новой информации о себе за счет обратной связи, что приводит к изменению и расширению представления о себе, образа Я, то есть конфронтация. Второе — это возможность возникновения в группе эмоционально значимых ситуаций, которые были у пациента ранее и с которыми он в прошлом не мог справиться, их вычленение, анализ, осознание и переработка, то есть коррективный эмоциональный опыт. Третье — возможность увидеть в группе особенности своего поведения, его неэффективность и неконструктивность, а также обучение новым формам

поведения и закрепление их в процессе группового взаимодействия, то есть научение.

9. Групповая сплоченность: привлекательность группы для ее членов, желание остаться в группе, чувство принадлежности к группе, доверие, принятие друг другом и группой как целым, чувство "Мы" группы. Групповая сплоченность рассматривается в групповой психотерапии как фактор, аналогичный отношениям "психотерапевт-пациент" в индивидуальной психотерапии.

10. Катарсис: отреагирование, эмоциональная разгрузка, "очищение", выражение сильных чувств в группе.

Кратохвил в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии указывает следующие: участие в группе, эмоциональную поддержку, самоисследование и самоуправление, обратную связь или конфронтацию, контроль, коррективный эмоциональный опыт, проверку и обучение новым способам поведения, получение информации и развитие социальных навыков.

В качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии пациенты чаще указывают: осознание (самого себя и других людей), переживание в группе положительных эмоций (в отношении самого себя, других членов группы и группы в целом, положительных эмоций других членов группы), приобретение новых способов поведения и эмоционального реагирования (прежде всего, межличностного взаимодействия и поведения в эмоционально напряженных ситуациях).

5. Взаимоотношение врача, клинического психолога и больного в психотерапии и психокоррекции.

Вопросы взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии являются частью более широкой проблемы взаимоотношений врача и больного вообще, как раздела медицинской этики (науки о роли морально-нравственных начал в деятельности врача и других медицинских работников) и медицинской деонтологии (составной части медицинской этики, изучающей правила поведения медицинского персонала)

В многочисленных, в том числе монографических, исследованиях отечественных и зарубежных авторов подчеркивается зависимость основных принципов и содержания проблемы взаимоотношений врача и больного от общественного сознания и морально-этических норм общества.

Особое значение взаимоотношения врача и больного приобретают в области психотерапии, где они выступают в качестве одного из наиболее значимых факторов лечения, от которого зависит успех его в целом (Консторум, Мясищев, Роджерс).

Из-за специфики психотерапии врач-психотерапевт в той или иной мере привносит во взаимоотношение с пациентом своеобразие своей личности,

собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентации и психотерапевтических технологий. Для разных направлений психотерапии характерны различные акценты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эффективности лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении психодинамической, поведенческой, клиент-центрированной, рационально-эмоциональной психотерапии.

Психоанализ с первых же своих шагов подчеркнул терапевтическую ценность непосредственного общения врача с больным в качестве основного средства глубокого проникновения в психику человека. В психодинамической психотерапии в соответствии с особенностями психоаналитической ситуации врач занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и нейтралитета. Термин «нейтралитет» не подразумевает безразличие, пассивность, он используется для описания общего отношения врача и включает в себя профессиональный кодекс, то есть уважение к индивидуальности пациента, его праву быть хозяином своей жизни, не допускать, чтобы в нее вторгались или ее нарушали бы собственные предпочтения и потребности аналитика. В ходе классического психоанализа поведение врача определяется утверждением Фрейда, что аналитик подобен экрану по отношению к пациенту, отражает его проявления и не вносит собственных чувств и личностных ценностей, а также соблюдает «технический нейтралитет», чтобы предотвратить возможность переносных эротических притязаний на него больного.

Перенос (перенесение, трансфер). Перенос пациентом на психоаналитика чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве, то есть проекция ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источники реакций переноса — значимые люди ранних лет жизни ребенка. Обычно это родители, воспитатели, с которыми связаны любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и соперники. Реакции переноса могут обусловливаться более поздними отношениями с людьми, и даже современниками, но тогда анализ вскроет, что эти позднейшие источники вторичны и сами произошли от значимых лиц раннего детства.

Реакции переноса в позднейшей жизни более вероятны по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, первоначально принадлежавшие родителям. Следовательно, возлюбленные, руководители, учителя, актеры, психотерапевты и знаменитости особенно активизируют перенос. Все человеческие отношения содержат смесь реальных реакций и реакций переноса. В повседневной жизни перенос возникает самопроизвольно, в том числе в отношениях больного к врачу (это явление, в основном,

бессознательное). Перенос может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношения, идеи или же защиты против них, которые всегда неуместны, неподходящи в настоящем, тогда как в прошлом были вполне адекватными реакциями.

Больной переносит на врача гамму нежных и часто смешанных с враждебностью чувств. В зависимости от их характера (нежно-дружеские или злобно-ревнивые), перенос может быть позитивным или негативным. Появление этих тенденций не вызывается какими-либо реальными отношениями и связано с давними, сделавшимися бессознательными фантазиями-желаниями. Ту часть своей жизни, которую больной не может вспомнить, он снова переживает в своем отношении к врачу. Так, перенос на врача интенсивных нежных чувств не может быть объяснен ни поведением врача, ни сложившимися во время лечения взаимоотношениями. Перенос иногда проявляется в бурном требовании любви, иногда в более умеренных формах; вместо желания быть возлюбленной у молодой девушки может возникнуть желание стать любимой дочерью старого мужчины. У пациентов-мужчин дела обстоят несколько иначе. Та же привязанность к врачу, та же переоценка его качеств, та же поглощенность его интересами, та же ревность по отношению ко всем, близким ему, но чаще, чем у женщин, наблюдается враждебный, или негативный, перенос. Враждебность, так же как и нежность, означает чувственную привязанность, подобно тому как упрямство — ту же зависимость, что и послушание, хотя и с противоположным знаком.

Фрейд, впервые описавший явление переноса и сделавший его предметом научного изучения, исключает подчинение подобным, исходящим из переноса требованиям пациента. Перенос преодолевается указанием больному на то, что его чувства не вызваны данной ситуацией и относятся не к личности врача, а повторяют то, что с ним уже было раньше. Таким образом повторение необходимо превратить в воспоминание. Тогда перенос (нежный или враждебный), казавшийся значительной помехой лечению, становится лучшим его орудием, открывающим самые сокровенные тайники душевной жизни. Перенос является носителем жизненно важной информации о прошлом пациента, о его репрессированной истории.

Наряду с переносом существует явление контрпереноса, включающее собственные чувства врача, его отношение к пациенту. Иными словами, контрперенос — это реакция переноса у психоаналитика по отношению к пациенту, когда психоаналитик реагирует на своего пациента так же, как на значимую личность в ранней истории своей жизни

Контрперенос наиболее часто заводит психоаналитическое лечение в тупик, так как врач невольно препятствует полному развитию реакций переноса

больного. Например, чрезмерная теплота со стороны психоаналитика может мешать развитию враждебных реакций негативного переноса. Может быть неполной интерпретация некоторых аспектов реакций переноса; скука психоаналитика говорит о том, что его фантазии по отношению к пациенту заблокированы реакцией контрпереноса. Он может привести к продолжительному неуместному поведению врача по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания или поощрения, успокоения и разрешения.

Реакции контрпереноса необходимо выявлять и сдерживать. В таких случаях психоаналитику следует проанализировать свое поведение контрпереноса, то есть провести «психоаналитическое очищение». Фрейд сравнивал психоаналитика с зеркалом: «Врач не должен показывать пациентам ничего, кроме того, что показывают ему». Другими словами, необходимо соблюдать эмоциональную анонимность.

Однако подобная анонимность не тождественна молчанию и пассивности психоаналитика, что в отдельных ситуациях будет воспринято пациентом как отсутствие заботы и беспокойства о нем и явится препятствием на пути к терапевтическому успеху. Более того, пассивность психоаналитика может рассматриваться как следствие контрпереноса. В современном психоанализе проявление врачом собственных реакций и чувств допустимо и даже желательно, однако речь идет о реалистических чувствах, а не о чувствах контрпереноса.

В последнее время контрперенос изменил свое первоначальное значение и употребляется для описания почти всех эмоциональных реакций психотерапевта на пациента. Такие реакции могут быть источником лучшего понимания пациента. Отмечая собственные эмоциональные реакции и оценки, психотерапевт рассматривает их как отражение сигналов, идущих от больного, находящегося в состоянии внутреннего конфликта. Использование понимаемого таким образом контрпереноса (но не импульсивного отреагирования!) может стать действенным терапевтическим инструментом.

В аналитической психологии Юнга решающую роль в успехе психотерапии играют не столько узкоспециальные знания психотерапевта, сколько степень его развития как личности. По этой причине Юнг первым ввел обязательный учебно-тренировочный анализ для всех желающих профессионально заниматься аналитической психологией. Он настаивал на необходимости рационального, разумного контакта между аналитиком и пациентом. Врач, стремящийся к пониманию больного, приближается в процессе анализа к своему собственному бессознательному и сталкивается с тем, что превращает его в «раненого целителя». Юнг был одним из первых, кто использовал контрперенос как терапевтический инструмент, он считал его

важным источником информации для психотерапевта. Аналитик способен настроиться на внутренний мир пациента в такой степени, что начнет чувствовать или вести себя в манере, которую позднее может осознать как продолжение психических процессов, спроецированных на него.

Особенности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии диктуют психотерапевту активный, но гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удается избежать крайностей директивного и недирективного стилей.

6. Оценка эффективности психотерапии и психокоррекции. Альтернативная психотерапия.

Эффективность коррекционного воздействия может быть оценена с точки зрения: а) разрешения реальных трудностей развития; б) постановки целей и задач коррекционной программы. Необходимо помнить, что эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе работы; к моменту завершения и т.д. Так, коррекционная программа может не претендовать на полное разрешение трудностей развития, а ставить более узкую цель в ограниченном временном интервале. Оценка эффективности коррекции может меняться в зависимости от того, кто ее оценивает, поскольку позиция участника коррекционного процесса в значительной мере определяет итоговую оценку ее успешность. Например, для клиента основным критериём успешности своего участия в программе будет эмоциональное удовлетворение от занятий и изменение эмоционального баланса в целом в пользу положительных чувств и переживаний. Для психолога, ответственного за организацию и осуществление, коррекционной программы, главным критерием оценки станет достижение поставленных в программе целей. Для лиц из окружения клиента эффективность программы будет определяться степенью удовлетворения их запроса, мотивов, побудивших обратиться за психологической помощью, а также особенностью осознания ими проблем и стоящих перед ними задач, непосредственно связанных с проблемами клиента. Анализ факторов и условий, влияющих на эффективность коррекционной работы, показал, что существенное значение для достижения запланированного эффекта имеет интенсивность коррекционных мероприятий. Коррекционные занятия должны проводиться не менее 1 раза в неделю, продолжительностью 1,5 ч. Интенсивность коррекционной программы 20 определяется не только продолжительностью времени занятий, но и насыщенностью их содержания, разнообразием используемых игр, упражнений, методов, техник, а также мерой активного участия в

занятиях самого клиента. На успешность коррекционной работы влияет пролонгированность коррекционного воздействия. Даже после завершения коррекционной работы желательны контакты с клиентом с целью выяснения особенностей поведения, сохранения прежних или возникновения новых проблем в общении, поведении и развитии. Желательно осуществлять контроль и наблюдение каждого-случая хотя бы в течение 1–2 месяцев после завершения коррекционных мероприятий. Эффективность коррекционных программ существенно зависит от времени осуществления воздействия. Чем раньше выявлены отклонения и нарушения, в развитии, чем раньше начата коррекционная работа, тем большая вероятность успешного разрешения трудности развития. Факторы, определяющие эффективность психокоррекции:

1. Ожидания клиента.
2. Значение для клиента освобождения от имеющихся проблем.
3. Характер проблем клиента.
4. Готовность клиента к сотрудничеству.
5. Ожидания психолога осуществляющего коррекционные мероприятия.
6. Профессиональный и личностный опыт психолога.
7. Специфическое воздействие конкретных методов психокоррекции.

Контрольные вопросы

1. Какие три основных аспекта терапевтической динамики должны учитываться при определении понятия психотерапии?
2. В чем заключается разница между психокоррекцией и психотерапией с точки зрения субъекта, предмета и средств воздействия?
3. Какие два основных периода в истории психотерапии выделяются в учебнике под редакцией Карвасарского Б.Д.?
4. Какие факторы влияют на качество взаимоотношений врача, клинического психолога и больного в психотерапии и психокоррекции?
5. Какие методы и критерии используются для оценки эффективности психотерапии и психокоррекции? Что такое альтернативная психотерапия и какие ее виды существуют?

Список литературы

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук, А.С.Кочарян, М.Е.Жидко . – Спб.: Питер, 2007. – 480 с.
2. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков / Г.В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова. - М., 2002. – 416 с.

3. Кондрашенко, В.Г. Общая психотерапия / В.Г. Кондрашенко, Д.И. Донской. - Мн.: Выш.шк.,1997. – 464 с.
4. Кочюнас, Р. Психотерапевтические группы: Теория и практика / Р. Кочюнас. – М., 2000. – 240 с.
5. Малкина – Пых, И.Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.

Лекция 2.
Основные направления психокоррекции и психотерапии (психодинамическое, бихевиорально-когнитивное, гуманистическое).

План

1. Принципы классификации в психотерапии.
2. Динамическое направление в психотерапии.
3. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.
4. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.
5. Суггестивное направление в психотерапии. Арттерапия. Кризисная психотерапия. Терминальная психотерапия. Краткосрочная психотерапия.
6. Интегративные тенденции в психотерапии.

1. Принципы классификации в психотерапии.

С развитием психотерапии возрастает потребность в систематике используемых психотерапевтических методов. Каждый из них представляет собой способ лечебного воздействия на психику и через психику на весь человеческий организм. Понятие метода в психотерапии крайне размыто. Прежде всего это проявляется в различных классификациях. Наибольшее развитие и признание получили 3 психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы: 1) динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) (см. Динамическое направление в психотерапии), 2) бихевиористское (см. Поведенческая психотерапия) и 3) гуманистическое (см. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление в психотерапии).

В этих трех направлениях психотерапии, ориентированных на личностные изменения, а не на один лишь симптом, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов, которая присуща и другим областям медицины. Это представление о норме (в психотерапии - о личности), о патологии (в психотерапии - о личностных изменениях) и логически вытекающее из этого представление о задачах и способах лечения.

2. Динамическое направление в психотерапии.

Динамическое направление в психотерапии - это общее название ряда видов психотерапии, ориентированных на психоаналитическую теорию. Основой динамического направления в психотерапии является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием психоаналитической психотерапии, ориентированной на инсайт терапии. В ней акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения — через особые когнитивные способы (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос), — которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Динамическое направление в психотерапии берет начало от классического психоанализа, разработанного З.Фрейдом. Наиболее известными в динамическом направлении в психотерапии являются: аналитическая психология К.Г.Юнга, индивидуальная психология А.Адлера, волевая терапия О.Ранка, активная аналитическая терапия У.Штекеля, интерперсональная психотерапия Салливана, характерологический анализ К.Хорни, гуманистический психоанализ Э.Фромма и некоторые другие.

Согласно динамическому направлению в психотерапии, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены — это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. В соответствии с теорией конфликта инстинктов З.Фрейд описал основные силы в этой борьбе, которые участвуют в происхождении неврозов: «Человек заболевает в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им». Этиологию неврозов он считал сексуальной по природе.

Психоаналитический подход включает пять фундаментальных принципов: 1) динамический, 2) экономический, 3) структурный, 4) принцип развития, 5) принцип адаптации.

На этих принципах основывается психоаналитическое наследие, для которого наиболее существенными являются следующие положения:

главное значение имеют человеческие инстинктивные импульсы, их выражение и трансформация и, что наиболее важно, их подавление, посредством которого удается избежать болезненных чувств или переживаний неприятных мыслей, желаний и воздействия сознания;

вера, что такое подавление является, по существу, сексуальным, что причиной расстройства является неправильное либидозное, или психосексуальное, развитие;

идея, что корни неправильного психосексуального развития находятся в далеком прошлом, в детских конфликтах или травмах, особенно это касается родительского эдипова комплекса, выраженного в классическом желании противоположного по полу родителя;

уверенность в сопротивлении выявлению эдипова комплекса, его быстром восстановлении;

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

приверженность концепции психического детерминизма, или причинности, согласно которой психические феномены, так же как и поведение, бесспорно, не изменяются случайно, а связаны с событиями, которые предшествуют им, и, если не делаются осознанными, невольно являются основанием для повторения.

Терапевтические изменения и лечебный процесс в динамическом направлении в психотерапии своей конечной целью имеют осознание бессознательного (если сформулировать эту задачу в возможно более краткой форме). Это означает, что психотерапевт вызывает изменения, которые облегчают проявление и понимание пациентом бессознательного, в основном либидозного содержания. Динамический психотерапевт ищет способ раскрытия у пациента преимущественно сексуального подавленного содержания и сопротивления этому. Он добивается этого путем медленного, скрупулезного объяснения и разгадывания исторического значения психических явлений и косвенных форм, в которых выражаются закамуфлированные конфликты, лежащие в их основе. Понятно, что поэтому динамическая цель иногда значительно удалена. В лучшем случае данная концепция лечения означает возможность полной реорганизации личности при окончательном разрешении невротического конфликта. Наиболее важным проявлением этого служит разрешение эдипова комплекса, что традиционно считается необходимым для здоровой личности. Окончательная интеграция личности означает власть Эго над импульсами Ид, или, как следует из классики, «где было Ид, там будет Эго», - писал З.Фрейд.

Центральным в природе терапевтического взаимодействия в динамическом направлении в психотерапии является постоянное осторожное внимание к особым отношениям между психотерапевтом и пациентом, что касается как субъекта, так и объекта анализа. Исторически были описаны две роли, или позиции, психотерапевта: первичная — с принятием во внимание явлений переноса и более поздняя, вторичная, — с осуществлением рабочего, или терапевтического, союза.

Первичная позиция базируется на рекомендациях Фрейда:

аналитик подобен зеркалу по отношению к пациенту, отражая только то, что дает пациент, и не внося собственные чувства (отношения, ценности, личную жизнь);

аналитик следует позиции отсутствующего, или роли воздерживающегося, т. е. технические установки должны объединяться с этическими, для того чтобы предотвратить предложение психотерапевтом любви пациенту, которой тот страстно желает.

Сравнительно недавно возникшая концепция рабочего, или терапевтического, союза отражает альтернативные, нерегрессивные, рациональные отношения между пациентом и психотерапевтом. В этом случае психотерапевт стремится к формированию реального и зрелого союза с сознательным, зрелым Эго пациента и поощряет его быть партнером в выявлении его трудностей.

Динамический подход реализуется преимущественно средствами вербализации, включающей свободные ассоциации пациента и анализ психотерапевтом реакций переноса и сопротивления.

Анализ как задача психотерапевта облегчается четырьмя специфическими процедурами: конфронтацией, прояснением (кларификацией), интерпретацией и прорабатыванием.

Методика свободных ассоциаций с самого начала является основным способом взаимодействия психотерапевта с «бесцензурным» содержанием психики пациента. Она служит главной процедурой для выявления «сырого» материала, на котором базируется анализ. Анализ включает также освещение сновидений, которые Фрейд считал «королевской дорогой к бессознательному».

3. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.

Одно из трех основных направлений современной психотерапии, которое является весьма неоднородным, что находит выражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия: «гуманистическое направление», «экзистенциально-гуманистическое» или «опытное, экспериментальное» 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.

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. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, не являющаяся чем-то заранее данным, а представляющая собой

открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку. 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.

Самоактуализация является одним из важнейших понятий в гуманистической психологии и понимается как процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала. Самоактуализация способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает как высшая человеческая потребность, как главный мотивационный фактор. Однако эта потребность проявляется и определяет поведение человека лишь в том случае, если удовлетворены другие, нижележащие потребности.

Опыт – личный мир переживаний человека, совокупность внутреннего и внешнего опыта, то, что человек переживает и «проживает». Опыт включает все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент.

Организм – это сосредоточение всего опыта переживаний (локус всего опыта переживаний), это 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. В организме находит выражение целостность человека.

Конгруэнтность определяет соответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний. *Неконгруэнтность* между Я-концепцией и организмом, несоответствие или противоречие между опытом и представлением о себе вызывает ощущение угрозы и тревогу. Термин конгруэнтность относится также к соответствию между субъективной реальностью человека и внешней реальностью. Также конгруэнтность или неконгруэнтность – это степень соответствия между Я-реальным и Я-идеальным. Определенное расхождение между реальным и идеальным образами Я играет позитивную роль, так как создает перспективу развития человеческой личности и самосовершенствования. Однако чрезмерное увеличение дистанции представляет для Я угрозу, приводит к выраженному чувству неудовлетворенности и неуверенности, обострению защитных реакций и плохой адаптации.

Таким образом, в рамках гуманистического подхода в качестве основной человеческой потребности, в качестве детерминанты поведения и развития человеческой личности рассматривается потребность в самоактуализации, стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, к осуществлению определенных жизненных целей. Важным условием для успешной реализации этой потребности выступает наличие адекватного и целостного образа Я, отражающего истинные переживания и потребности, свойства и стремления человека. Такая Я-концепция формируется в процессе принятия и осознания всего многообразия своего собственного опыта, чему способствуют определенные условия воспитания и социализации индивида.

В основе **экзистенциальной психотерапии** лежит феноменологическая и экзистенциальная философия и психология (Гуссерль, Хайдеггер, Ясперс, Сартр), центральное понятие учения – экзистенция (от позднелатинского existentia – существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции – забота, страх, решимость, совесть, вина, любовь. Все проявления определяются через смерть – человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Экзистенциальная психотерапия представляет собой собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, её уникальность, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В Европе представителями экзистенциального анализа являются Бинсвангер, Босс, Франкл, в США выделилось экзистенциально-гуманистическое направление, известными представителями которого являются Мэй, Бьюдженталь, Ялом.

4. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – это форма психотерапии, объединяющая в себе техники когнитивной и поведенческой терапии. Она ориентирована на конкретную проблему и нацелена на результат.

На консультациях когнитивный терапевт помогает пациенту изменить свое отношение, сформировавшееся в результате неправильного процесса обучения, развития и познания себя как личности к происходящим событиям. Особенно высокие результаты показывает КПТ при панических атаках, фобиях и тревожных расстройствах.

Основная задача КПТ – найти у пациента автоматические мысли «когниции» (которые травмируют его психику и приводят к снижению качества жизни) и направить усилия на их замещение более положительными, жизнеутверждающими и конструктивными. Задача, стоящая перед терапевтом

– определить эти негативные когниции, так как сам человек относится к ним как к «обычным» и «само собой разумеющимся» мыслям и от того принимает их как «должные» и «верные».

Первоначально КПТ применялась исключительно как индивидуальная форма консультации, теперь же ее используют и в семейной терапии и в групповой (проблемы отцов и детей, супружеских пар и т.п.).

Консультация когнитивно-поведенческого психолога – это равноправный взаимно заинтересованный диалог между когнитивным психологом и пациентом, где оба принимают самое активное участие. Терапевт задает такие вопросы, отвечая на которые пациент сможет понять значение своих негативных убеждений и осознать дальнейшие их эмоциональные и поведенческие последствия, а после этого самостоятельно принять решение поддерживаться ли ему их дальше или модифицировать.

Главное отличие КПТ – когнитивный психотерапевт «вытаскивает на свет» глубоко спрятанные убеждения человека, экспериментально выявляет искаженные убеждения или фобии и проверяет их на рационализм и адекватность. Психолог не заставляет пациента принять «правильную» точку зрения, прислушаться к «мудрым» советам, и он не находит «единственно верное» решение проблемы.

Он шаг за шагом задавая необходимые вопросы извлекает полезную информацию о природе этих разрушающих когниций и позволяет пациенту самостоятельно сделать умозаключения.

Главная концепция КПТ – научить человека самостоятельно исправлять свою ошибочную переработку информации и находить верный путь к разрешению собственных психологических проблем.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии:

Цель 1. Добиться того, чтобы пациент изменил отношение к самому себе и перестал думать, что он «никчемный» и «беспомощный», стал относиться к себе как к человеку, склонному делать ошибки (как и все остальные люди) и исправлять их

Цель 2. Научить пациента контролировать свои негативные автоматические мысли.

Цель 3. Научить пациента самостоятельно находить связь между когнициями и дальнейшим своим поведением.

Цель 4. Чтобы в дальнейшем человек самостоятельно смог анализировать и правильно перерабатывать появившуюся информацию.

Цель 5. Человек в процессе терапии учится самостоятельно принимать решение о замене дисфункциональных разрушительных автоматических мыслей на реалистические жизнеутверждающие.

КПТ – это не единственное средство при борьбе с психологическими расстройствами, но одно из самых эффективных и результативных.

Стратегии ведения консультации в КПТ

Существует три основных стратегий когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие, благодаря

которым КПТ показывает достаточно высокую эффективность и дает прекрасные результаты в разрешении психологических проблем. Кроме того, полученные знания надолго закрепляются у человека и помогают ему в дальнейшем справляться со своими проблемами уже без помощи специалиста.

Стратегия 1. Эмпиризм сотрудничества

Эмпиризм сотрудничества – это партнерский процесс между пациентом и психологом, в результате которого выявляются автоматические мысли пациента, и они либо подкрепляются, либо опровергаются при помощи различных гипотез. Смысл эмпирического сотрудничества заключается в следующем: выдвигаются гипотезы, рассматриваются различные доказательства полезности и адекватности когниций, проводится логический анализ и делаются умозаключения, на основе которых отыскиваются альтернативные мысли.

Стратегия 2. Сократовский диалог

Сократовский диалог – это беседа в виде вопросов-ответов, которыпозволяют:

1. выявить проблему;
2. найти логическое объяснение мыслям и образам;
3. понять значение происходящих событий и как их воспринимает пациент;
4. поставить оценку событиям, которые поддерживают когниции;
5. оценить поведение пациента.

Все эти умозаключения пациент должен сделать сам отвечая на вопросы психолога. Вопросы не должны быть целенаправленными на определенный ответ, они не должны подталкивать или подводить пациента к какому-то конкретному решению. Вопросы должны быть поставлены так, чтобы человек открылся и не прибегая к защите смог увидеть всё объективно.

Стратегия 3. Направляемое открытие

Суть направляемого открытия сводится к следующему: при помощи когнитивных техник и поведенческих экспериментов психолог помогает пациенту прояснить проблемное поведение, найти логические ошибки и выработать новый опыт. У пациента развивается способность правильно перерабатывать информацию, адаптивно мыслить и адекватно реагировать на происходящее. Таким образом, после консультации пациент справляется с проблемами самостоятельно.

5. Суггестивное направление в психотерапии. Арттерапия. Кризисная психотерапия. Терминальная психотерапия. Краткосрочная психотерапия.

Суггестивное направление в психотерапии — это направление, основанное на использовании суггестии, то есть внушения, как способа воздействия на психику и поведение человека. Суггестия может быть прямой или косвенной, вербальной или невербальной, явной или скрытой.

Суггестивная психотерапия применяется для коррекции различных психических расстройств, таких как фобии, неврозы, депрессии, зависимости и т.д. Суггестивная психотерапия может быть комбинирована с другими методами, такими как гипноз, релаксация, аутогенная тренировка и т.д

Арттерапия — это направление в психотерапии и психологической коррекции, основанное на применении для терапии искусства и творчества. Арттерапия может включать разные виды искусства, такие как рисование, лепка, музыка, литература, театр, танец и т.д. Арттерапия помогает выражать и исследовать свои чувства и эмоции, развивать способность к самовыражению и самопознанию, гармонизировать психическое состояние, стимулировать творческий потенциал, улучшать социальную адаптацию и качество жизни. Арттерапия применяется для работы с разными категориями клиентов, такими как дети, подростки, взрослые, пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, люди, пережившие травмы и кризисы и т.д

Кризисная психотерапия — это направление в психотерапии, занимающееся оказанием психологической помощи людям, находящимся в состоянии кризиса. Кризис — это сложное и непредсказуемое событие, которое нарушает привычный ход жизни человека, вызывает сильный стресс, тревогу, дезориентацию, бессилие, угрожает его психическому и физическому здоровью. Кризис может быть вызван разными причинами, такими как смерть близкого человека, развод, увольнение, несчастный случай, катастрофа, война, насилие и т.д. Кризисная психотерапия направлена на поддержку и стабилизацию клиента, снижение его дистресса, активизацию его ресурсов, помощь в принятии решений, восстановление адаптации и нормализацию функционирования. Кризисная психотерапия имеет краткосрочный характер и включает три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации

Терминальная психотерапия — это направление в психотерапии, занимающееся тяжело больными, неизлечимыми или умирающими от старости пациентами. Это люди, пораженные в основном раком и СПИДом, болезнями, которые неотвратимо ведут к смерти. Терминальная психотерапия помогает справляться с осознанием и пониманием скорой смерти, которое вызывает страх, панику, отчаяние, депрессию, вину, гнев и другие негативные эмоции. Терминальная психотерапия стремится облегчить состояние страха, трансформируя его в доступный для умирающего ресурс или опору, такой как смысл прожитой жизни, вера, надежда, любовь, благодарность, прощение и т.д. Терминальная психотерапия также оказывает поддержку и сопровождение родным и близким умирающего человека, помогая им принять и пережить его утрату

Краткосрочная психотерапия — это тип психологического консультирования, который ограничен во времени (количеству сессий) и ориентирован на настоящее. Краткосрочная терапия фокусируется на текущих симптомах клиента и текущих жизненных обстоятельствах, а также акцентирует, подчеркивает и опирается на сильные стороны и ресурсы клиента. Краткосрочная терапия имеет конкретную цель и задачи, которые определяются совместно с клиентом с самого начала работы. Краткосрочная терапия может быть применена для решения разных психологических проблем, таких как тревожность, депрессия, стресс, низкая самооценка, межличностные конфликты, кризисы и т.д. Краткосрочная терапия может быть основана на разных теоретических подходах, таких как когнитивно-поведенческий, динамический, гештальт, стратегический, системный и т.д

6. Интегративные тенденции в психотерапии.

Интегративная психотерапия включает в себя сочетание научных взглядов на психику и функциональные особенности организма человека: психодинамический подход, клиент-центрированную терапию, когнитивно-бихевиоральную терапию, телесно-ориентированную терапию, гештальт-подход, семейную терапию, трансактный анализ и психологию осознанности (майндфулнесс медитации и методы позитивной психологии). Объединение данных методологий терапии позволяет правильно обратиться к психологической функции и поведению и в зависимости от вида репрезентативной системы человека, и использование комплекса методов могут усиливаться при выборочной интеграции с другими направлениями .

Значение слова «интегративный» можно толковать как процесс интеграции изменений, происходящий в человеке в результате принятия им всесторонней трансформации являющейся частью терапевтического прогресса.

Главной принципом терапии является целостность подхода. Интегрируясь друг в друга психологические течения разноориентированные по фокусу на временном акценте (когнитивно-бихевиоральная терапия ориентирована на коррекцию поведенческих реакций и иррациональных когнитивных установок сейчас и в будущем, психодинамический подход обращён на анализ прошлого, телесно-ориентированная терапия – на здесь и сейчас) дают возможность целостно подойти к процессу терапии объединяя аффективную, когнитивную, поведенческую и физиологическую систему функционирования человека, они делают акцент на личностном росте и социальной интеграции клиента.

На сегодняшний день выбор психотерапевтических методов для работы с невротической симптоматикой остаётся за практикующим специалистом,

исходя из модальности, в которой он работает. Учитывая то, что природа формирования внутриличностного конфликта всегда индивидуальна, то и методы работы по снижению его воздействия на психику должны быть разными. Тип невротического конфликта между частями «Эго» человека является определяющим в выборе стратегии работы с пациентом. Невротическая симптоматика часто сопровождается нарушениями поведения (компульсии, навязчивые мысли, фобии, тревожность), нарушениями самоидентификации, телесными проявлениями, которые в разной степени влияют на качество жизни человека.

Интеграция индивида в социум в большинстве случаев может стать гарантией снижения степени выраженности невротической симптоматики. Такие стратегии могут быть реализованы не только в работе с проявлениями невротической симптоматики, но и с другими клиентскими запросами.

Контрольные вопросы

1. Что такое динамическая психотерапия и на каких теоретических концепциях она основана?
2. Что такое когнитивно-поведенческая психотерапия и какие принципы и цели она преследует?
3. Что такое терминальная психотерапия и какие задачи и принципы она ставит перед психотерапевтом, работающим с умирающими пациентами?
4. Что такое интегративный подход в психотерапии и какие преимущества и сложности он имеет для психотерапевта и пациента?

Список литературы

1. Малкина – Пых, И.Г. Телесная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 752 с.
2. Малкина-Пых, И. Г. Гендерная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2006. - 928с.
3. Осипова, А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие / А. А. Осипова. - М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 512 с.
4. Рогов, Е. Настольная книга практического психолога: в 2 ч. / Е. Рогов. М.: «Юрайт», 2012. – Ч.1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 416 с.

Лекция 3.
Организация психотерапевтической помощи

План

1. Особенности и различные формы организации психотерапевтической и психокоррекционной помощи.

2. Роль психолога в системе оказания медицинской помощи.

1. Особенности и различные формы организации психотерапевтической и психокоррекционной помощи.

Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой самостоятельных психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений (других учреждений)) лечебно-профилактической сети. Находясь на одной территории обслуживания (района, города, области, края, республики), они образуют психотерапевтическую службу, методическое руководство которой осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением Администрации субъекта Российской Федерации. Психотерапевтическая служба тесно связана с психиатрической службой, вместе с которой, а также с другими специализированными службами — кризисной, сексологической и др., образует региональную систему охраны психического здоровья населения.

Основные подходы к организации психотерапевтической помощи:

— принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, создание психотерапевтических кабинетов в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, специализированных центрах, многопрофильных больницах;

— принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;

— принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уровнях.

В структуре психотерапевтической помощи основными являются психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр; к вспомогательным психотерапевтическим учреждениям относятся кабинеты психологической разгрузки, кабинеты социально-психологической помощи, психологические консультации, психотерапевтические клубы и «клубы бывших пациентов», психотерапевтические студии.

Психотерапия в России за последние годы получила значительное развитие как самостоятельная медицинская дисциплина и самостоятельная система помощи населению. В становлении психотерапии с собственными научно-организационными и методическими подходами большую роль сыграло признание ее профессиональным психиатрическим сообществом. Психотерапия понимается сегодня в России как медицинская специальность, генетически связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими

прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.

Пройдя длительный период (более 10 лет) активного «импорта» психотерапевтических технологий из зарубежных школ, отечественная психотерапия, поддерживая различные научно-обоснованные направления и модели психотерапии, способствующие ее развитию, государственные и негосударственные формы организации, сосредоточивает свое внимание на научно-прикладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирования психотерапии как медицинской специальности. При этом учитывается специфика традиционных школ отечественной психотерапии, смежных с ней научных дисциплин, а также результаты научных исследований, особенности российского здравоохранения. Укрепление психотерапии в уже определившихся в настоящее время законодательно-правовых рамках в наибольшей степени соответствует ее задачам в конкретных социально-экономических и культурных условиях современной России. Переживаемый страной в настоящее время острый политический и экономический кризис только усиливает значение психотерапии как области науки и практической деятельности, способной в возможной для медицинской практики мере оказать влияние на негативные последствия переживаемых трудностей для личности, семьи и общества, и нацеливает психотерапевтов на скорейшее внедрение оправдавших себя методических и организационных подходов. Этого требуют беспрецедентно широкие в условиях современной России проявления постстрессовых расстройств, нарастание чувства неопределенности, тревоги и страха, что обусловливает заметное распространение пограничных психических расстройств и суицидального поведения. Фактически для еще молодой и только сформировавшейся психотерапевтической службы происходящие социально-экономические процессы могут стать своеобразным экзаменом на прочность.

Специальное исследование показало постепенное улучшение материально-технической базы психотерапевтической службы. Несмотря на трудное экономическое положение учреждений здравоохранения, материально-техническое оснащение трети психотерапевтических кабинетов приближается к стандарту, предусматривающему включение в состав психотерапевтического кабинета помещений для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, кабинета клинического (медицинского) психолога и социального работника. В большинстве случаев психотерапевтические кабинеты располагают персональными компьютерами, аудиосистемами, то есть необходимым оснащением и условиями для проведения эффективной помощи пациентам. Важным показателем является рост числа психотерапевтических кабинетов в многопрофильных больницах и профильных медицинских центрах, что указывает на оправдавшую себя стратегию приближения реальной помощи по охране психического здоровья к населению.

2. Роль психолога в системе оказания медицинской помощи.

В первую очередь, медицинская психология занимается диагностикой и лечением психологических проблем, которые могут возникнуть у пациентов

в процессе болезни или после нее. Практический психолог работает над коррекцией поведенческих и эмоциональных нарушений, помогает пациентам преодолевать стрессовые ситуации и приступы депрессии.

Другая важная задача медицинской психологии заключается в повышении эффективности лечения и реабилитации пациентов. Психологи сотрудничают с врачами различных специальностей, помогая им понять психологические аспекты заболеваний и определить наиболее подходящие методы лечения.

Кроме того, медицинская психология играет важную роль в профилактике и освещении медицинских проблем в обществе. Психологи работают над созданием информационных материалов, направленных на пропаганду здорового образа жизни, предупреждение наркомании и алкоголизма, а также освещение психических расстройств и их влияния на физическое состояние человека.

Таким образом, роль медицинской психологии в системе здравоохранения является неотъемлемой и незаменимой. Она помогает пациентам справиться с психологическими трудностями, повышает эффективность лечения и реабилитации, а также работает над профилактикой и пропагандой здорового образа жизни.

Первоначальная задача практического психолога в медицине — проведение психологической диагностики для оценки психического состояния пациента. Он применяет специальные методы и инструменты, чтобы понять эмоциональное и психологическое состояние пациента, выявить симптомы психических расстройств и определить их причины.

Психолог также оказывает психологическую поддержку пациентам, которые сталкиваются с физическими и эмоциональными трудностями в результате заболевания или травмы. Он помогает пациентам справиться с чувствами страха, тревоги, депрессии и других эмоциональных проблем, связанных с их здоровьем.

Кроме того, практический психолог в медицине занимается консультированием медицинского персонала. Он помогает врачам и другим медицинским работникам эффективнее коммуницировать с пациентами, обеспечивая понимание и поддержку. Психолог также предоставляет рекомендации и консультации с целью предотвращения выгорания и проблем в рабочей сфере.

Приоритетными сферами работы медицинских психологов были признаны:

1) работа в области охраны материнства и детства;

2) область экстремальной медицины (помощь людям, попавшим в стихийные бедствия, различные катастрофы);

3) службы, связанные с оказанием медицинской помощи в соматических отделениях больниц;

4) работа медицинских психологов в онкологических, психоневрологических диспансерах (Щедрина, 1991, с. 177).

Для развития психологической службы в системе здравоохранения необходимы квалифицированные кадры медицинских психологов. Их подготовка в течение многих лет проводилась только на факультетах психологии Московского и Санкт-Петербургского государственных университетов. В последние годы в ряде других университетов страны, в некоторых медицинских вузах, в институтах усовершенствования врачей также началась подготовка медицинских психологов. Идут дискуссии о том, из кого нужно готовить медицинских психологов: из медиков или из психологов. Психологи, заканчивающие университеты, часто недостаточно готовы к практической работе в клинике. Поэтому лишь часть медицинских психологов нашли свое применение в патопсихологических кабинетах психиатрических клиник. Здесь расстройства психической сферы пациентов являются наиболее очевидным нарушением, и правомерность участия психологов в их диагностике не вызывает споров. Необходимость в работе психолога кажется достаточно ясной. В соматических же клиниках эти специалисты не были востребованы.

Медицинские психологи могут работать в больницах, в центрах здоровья, в санаторно-курортных учреждениях, могут навещать людей на дому. Медицинские психологи работают обычно в команде, например, с социальными работниками, врачами и другими специалистами по здоровью. Большинство работают в системе здравоохранения, некоторые могут вести частную практику.

Медицинские психологи работают также со здоровыми людьми. Их работа направлена на то, чтобы предотвратить возникновение болезней, помочь людям улучшить психическое состояние. Медицинские психологи могут работать в центрах психического здоровья или в консультационных кабинетах. В этом случае они имеют дело с людьми, которые жалуются на состояние тревоги, на расстройства эмоционального характера, а также на неурядицы повседневной жизни. Трудность такой работы в том, что у населения нет навыков обращения за профессиональной медико-психологической помощью.

Актуальные и перспективные задачи развития психологической службы в системе здравоохранения (Гульдан, Назаренко, 1991):

1. Создание детской и подростковой медико-психологической службы. Медицинские психологи участвуют в диспансеризации детей дошкольного и школьного возраста для своевременного выявления и коррекции задержек и искажений психического развития. С этой целью создаются медико-психологические кабинеты в детских поликлиниках, больницах, санаториях, детские и подростковые медико-психологические консультативные центры. Задачи их деятельности — раннее выявление и коррекция аномалий психического развития, консультативная помощь по воспитанию детей и

подростков с отклонениями в развитии; выявление и психологическая коррекция психосоматической и соматопсихической патологии.

2. Развитие внебольничной медико-психологической помощи. Для этого создаются медико-психологические кабинеты в поликлиниках общего профиля, психоневрологических и наркологических диспансерах, консультативно-диагностические центры медицинской психологии. Задачи их деятельности — выявление и психологическая коррекция психосоматической и соматопсихической патологии, пограничных нервно-психических расстройств, других заболеваний и предболезненных состояний, требующих медико-психологической помощи.

3. Создание службы медико-психологической реабилитации больных с соматической, неврологической и нервно-психической патологией. Медицинские психологи в штате соматических, неврологических, психиатрических и наркологических больниц призваны решать следующие задачи медико-психологической реабилитации: нейропсихологическая и патопсихологическая диагностика пораженных психических и мозговых функций, утраченных сторон личности и их восстановление, диагностика сохранных сторон личности с целью их активизации в процессе восстановительного лечения, диагностика и психокоррекция вторичных функциональных расстройств у соматических больных, участие в решении задач трудовой экспертизы, проведение психотерапевтической и психокоррекционной работы среди больных с психосоматической и соматопсихической патологией.

4. Создание службы экстренной медико-психологической помощи. На базе центров экстренной медицинской помощи организуются бригады экстренной медико-психологической помощи, которые оказывают профессиональную медико-психологическую помощь людям, пострадавшим в природных и технологических катастрофах, авариях на железнодорожном, авиационном, автомобильном и морском транспорте, в результате пожаров. Профессиональная психологическая помощь требуется также лицам, совершившим попытки самоубийства, потерпевшим от преступных посягательств, ставших жертвами социальных конфликтов. Задачи работы психологов — экспресс-диагностика реактивных состояний, психогенных расстройств у пострадавших, выезд в места природных, технологических катастроф и социальных конфликтов для проведения экстренных мероприятий по предотвращению паники. Важно своевременно выявить лиц, нуждающихся в неотложной меди ко-психологической и психиатрической помощи, оказать психотерапевтическую и психофармакологическую помощь пострадавшим, а также оказать медико-психологическую помощь спасательным отрядам и лицам, занимающимся ликвидацией последствий катастроф, стихийных бедствий и социальных конфликтов.

Контрольные вопросы

1. Какие основные формы организации психотерапевтической и психокоррекционной помощи выделяются в зависимости от уровня, цели, срока и формата воздействия?
2. Какие преимущества и недостатки имеют индивидуальная, групповая и семейная психотерапия и психокоррекция?
3. Какие задачи и функции выполняет психолог в системе оказания медицинской помощи на разных этапах: профилактики, диагностики, лечения, реабилитации?
4. Какие компетенции и квалификации необходимы психологу для работы в медицинской сфере и какие нормативные документы регулируют его деятельность?

Список литературы

1. Малкина – Пых, И.Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
2. Малкина – Пых, И.Г. Телесная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 752 с.
3. Малкина-Пых, И. Г. Гендерная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2006. - 928с.
4. Мандель, Б.Р. Общая психокоррекция / Б.Р. Мандель. – М.: Инфа М, 2013. – 349 с.
5. Осипова, А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие / А. А. Осипова. - М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 512 с.
6. Рогов, Е. Настольная книга практического психолога: в 2 ч. / Е. Рогов. – М.: «Юрайт», 2012. – Ч.1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 416 с.
6. Рогов, Е. Настольная книга практического психолога: в 2 ч. / Е .Рогов. – М.: «Юрайт», 2012. – Ч.2: Работа психолога со взрослыми Коррекционные приёмы и упражнения. – 512 с.
7. Рудестам, К. Групповая психотерапия / К. Рудестам . – СПб.: Питер, 1999. – 384 с.

Учебное издание

Конспект лекций
по дисциплине
«Психокоррекция и психотерапия»
для студентов направлений подготовки
Профессиональное обучение (по отраслям),
магистерская программа «Профессиональная психология»

С о с т а в и т е л ь:
Сергеев Сергей Николаевич

Печатается в авторской редакции.
Компьютерная верстка и оригинал-макет автора.

Подписано в печать _____
Формат 60x84 1/16. Бумага типограф. Гарнитура Times
Печать офсетная. Усл. печ. л. _____. Уч.-изд. л. _____
Тираж 100 экз. Изд. №_____. Заказ №_____. Цена договорная.

Издательство Луганского государственного
университета имени Владимира Даля
Свидетельство о государственной регистрации издательства
МИ-СРГ ИД 000003 от 20 ноября 2015г.

Адрес издательства:91034, г. Луганск, кв. Молодежный, 20а
Телефон: 8 (0642) 41-34-12**, факс:** 8 (0642) 41-31-60
E-mail: izdat.lguv.dal@gmail.com **http:** //izdat.dahluniver.ru/