

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Н. В. Хоменко, Д. Ю. Лайша

# ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2022

УДК 615.851(075.8)

ББК 53.57я74

X76

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.02.2021 г., протокол № 2

Рецензенты: канд. мед. наук, уч. секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья Ю. М. Каминская; каф. психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

**Хоменко, Н. В.**

X76 Психотерапия в психиатрической практике : учебно-методическое пособие / Н. В. Хоменко, Д. Ю. Лайша. – Минск : БГМУ, 2022. – 28 с.

ISBN 978-985-21-1155-3.

Изложены современные представления об основных направлениях психотерапии, их исторических предпосылках, теоретических обоснованиях, а также роли психотерапии в ведении пациентов психиатрического и психосоматического профилей.

Предназначено для студентов 4–5-го курсов лечебного, педиатрического факультетов, Военно-медицинского института, 3-го курса медико-профилактического и стоматологического факультетов.

УДК 615.851(075.8)

ББК 53.57я74

---

Учебное издание

**Хоменко Наталья Владимировна**

**Лайша Дмитрий Юрьевич**

## **ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский

Редактор Ю. В. Киселёва

Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 12.08.22. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 53 экз. Заказ 489.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

**ISBN 978-985-21-1155-3**

© Хоменко Н. В., Лайша Д. Ю., 2022

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2022

## ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Психотерапия уже давно является важным компонентом клинической психиатрии, и многие молодые врачи выбирают дополнительное обучение по программам психотерапевтических направлений, чтобы расширить возможности помощи людям.

Последние достижения в психофармакологии и нейробиологии, а также доминирование доказательной медицины существенно влияют на оказание медицинской помощи и на клиническую психиатрическую практику. Несмотря на эти изменения, психотерапия остается важным компонентом клинической психиатрии и составляет значительную часть клинической практики психиатров.

На рубеже XX в. Зигмунд Фрейд — выдающийся австрийский психиатр — начал развивать психоанализ как «процедуру для исследования психических процессов», «метод для лечения невротических расстройств». В течение первой половины XX в. психоанализ стал доминирующей парадигмой в психиатрии и основным подходом к лечению психических расстройств. Ситуация изменилась после введения медикаментозного лечения в психиатрию: менее чем через 10 лет после открытия седативного эффекта лития в лечении маниакальных пациентов (Д. Кейд в 1949 г.) были обнаружены лечебные свойства хлорпромазина (антипсихотическое средство), имипрамина (трициклический антидепрессант) и хлордиазепоксида (транквилизатор из группы бензодиазепинов). К началу 60-х гг. прошлого века фармакологическое лечение стало основным в терапии психотических состояний, расстройств настроения и тревожных расстройств. Достижения 1945–1960 гг. не только произвели революцию в биологическом лечении, но и привлекали внимание к роли нейротрансмиттеров в этиологии таких нарушений.

Вслед за этими достижениями во второй половине XX в. были предприняты усилия для разработки биологических моделей для объяснения психических расстройств. Другими словами, психиатрия, которая раньше одобряла «мягкие» терапевтические отношения («терапия разговором»), смещалась в сторону «жесткого» научного подхода, в котором химико-биологические модели должны были объяснить развитие психических страданий. В этом контексте положение психотерапии в современной психиатрии стало более неопределенным.

Для решения проблемы эмпирической поддержки психотерапии были предприняты исследования эффективности некоторых краткосрочных (в основном базирующихся на протоколах) психотерапий, например когнитивно-поведенческой терапии, в лечении различных психических расстройств. Оказывается, что рандомизированные контролируемые испытания как золотой стандарт доказательства не могут быть просто использованы для оцен-

ки эффективности психотерапии, особенно долгосрочной психодинамической психотерапии или других подходов, применяющихся, например, для коррекции расстройств личности. Есть мнения, что для психотерапии, как и для психиатрической практики, в условиях выживания под господством доказательной медицины исследователи должны настаивать на неприменимости общепринятых методов оценки эффективности. Кроме того, важно определиться, что это за критерии, которые позволят выделять «хорошие» и «плохие» психотерапевтические практики.

Несмотря на развитие психофармакологии за последние десятилетия, новые препараты незначительно отличаются от своих предшественников. Например, антипсихотическая эффективность клозапина (открыт в 1960 г.) не была существенно превзойдена новыми антипсихотиками. Хотя были разработаны многочисленные стабилизаторы настроения, литий по-прежнему является стандартным лечением биполярного расстройства.

Все еще нет лекарственных средств с подтвержденной эффективностью для таких симптомов и психопатологий, как расстройства личности, социальный и другие дефициты при аутизме, негативные симптомы при шизофрении. Другими словами, несмотря на успехи психофармакологии, нельзя пренебрегать ролью психотерапии в понимании и лечении психических расстройств. Кроме того, различные руководства по клинической практике рекомендуют психотерапию или как единственное лечение, или в сочетании с психофармакологией для терапии многих состояний.

Во введении к американскому учебнику по клинической психиатрии «Психодинамическая психиатрия в клинической практике» (Г. Габбард и др.) написано о дихотомии из-за наличия конфликтующих взглядов в психиатрии. С учетом этой дихотомической перспективы психотерапия применялась при проблемах «психологического происхождения», в то время как расстройства и состояния, возникающие «из человеческого мозга», должны были лечиться биологическими и фармакологическими методами. Более поздние исследования (Э. Кандел) показывают, что психотерапия действует на синаптическом уровне в головном мозге, и психотерапевтический процесс можно описать как «экологический опыт, влияющий на экспрессию генов» у пациентов. Другими словами, психотерапевтический опыт подобен фармакологическому лечению, так как психотерапия тоже приводит к структурным изменениям в мозге. Дихотомические противопоставления сейчас вытесняются более сбалансированным взглядом, который рассматривает психотерапию как подход, применимый ко всем областям психиатрии.

## ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ И ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Подходы к терапии и их вариации можно рассматривать как «семьи», члены которых связаны определенными общими концепциями и практиками. В этой главе описываются психодинамические и гуманистические «семьи», начиная с традиционного фрейдовского психоанализа, который подчеркивает необходимость развития понимания своих примитивных влечений, бессознательных конфликтов и паттернов отношений. Далее рассматриваются другие психодинамические подходы, которые разделяют ключевые идеи с традиционным психоанализом. Затем — гуманистические подходы, в том числе клиент-центрированную терапию, гештальт-терапию и экзистенциальные методы лечения. Все они подчеркивают уникальный способ восприятия мира каждым человеком. Психодинамический и гуманистические методы лечения можно рассматривать как реляционные (основанные на отношениях) подходы, потому что они уделяют особое внимание роли терапевтических отношений в лечении.

### Психоанализ

**Теоретические основы.** Фрейд описал психическую жизнь как частично происходящую на уровне сознательной осведомленности, частично — на предсознательном уровне (о чем мы можем догадаться, переключая наше внимание) и частично — на бессознательном уровне (что мы не можем понять без использования специальных терапевтических техник). Континуум «бессознательное — предсознательное — сознательное» — это топографическая модель разума, что фундаментально для понимания взглядов Фрейда на личность.

**Теория и взгляды Фрейда на психопатологию личности.** Психодинамические подходы основаны на предположении, что ментальную жизнь лучше всего понимать как взаимодействие между могущественными конкурирующими силами внутри человека. Некоторые из них сознательны, но большая часть — бессознательны. Эти силы представлены в системе Фрейда как Ид, Эго и Суперэго.

**Ид** — это примитивный источник инстинктивных побуждений, особенно сексуальных/чувственных и агрессивных влечений. Уравновешивает Ид **Суперэго** — ментальный компонент, который включает нормы поведения, моральные устои, усвоенные от родителей, семьи и культуры. Суперэго также содержит *Эго-идеал*, или представление о том, каким бы хотел быть человек. Ид и Суперэго часто находятся в конфликте: Ид стремится снять напряжение, выражая сексуальные или агрессивные импульсы, в то время как Суперэго пытается подавить их или предписать более социально соот-

ветствующее поведение. *Эго* — это та часть личности, которая посредничает между требованиями Ид и Суперэго, одновременно признавая и реагируя на внешние реалии. Вместе эти три «инстанции» — Ид, Эго и Суперэго — образуют структурную модель психики.

Фрейд предположил, что динамичный, наполненный напряжением конфликт происходит непрерывно. Представьте, что вы сидите на скучном занятии. Одна часть вас хочет встать и уйти, чтобы заняться чем-то более захватывающим, другая требует остаться и напоминает, что занятие необходимо, что нельзя поступать, как ребенок. В этом примере вы, скорее всего, осознаете свой внутренний конфликт. Но наиболее важные и проблемные психические сражения обычно происходят бессознательно, вне осознания. Поэтому для Фрейда большая часть психической жизни — это бесконечный баланс конкурирующих частей личности и постоянно меняющейся внешней реальности.

**Механизмы психической защиты.** Давайте представим себе ребенка, который сильно разозлился на родителей, но боится, что будет за это наказан (реальный страх, если кто-то из родителей иногда практикует вербальное или физическое насилие). Эта ситуация вызывает у ребенка беспокойство, потому что его гневный импульс, исходящий из Ид, требует выражения. Разумной адаптацией ребенка к этому конфликту было бы усвоение защитных механизмов, которые бы помогли справиться с тревогой в связи с возможным наказанием. Защитные механизмы — это чаще всего бессознательные психические стратегии, которые использует Эго, чтобы снизить беспокойство, вызванное внутриспсихическим конфликтом.

Защитные механизмы не всегда бывают успешными или адаптивными. Люди, использующие отрицание, подавление, проекцию или другие примитивные защитные механизмы, могут временно чувствовать себя спокойнее, но «плата» за это — искажение реальности и угроза разрушений отношений с другими людьми. Например, ребенок, описанный раньше, вырос. Он уже выработал привычный способ борьбы с агрессивными или враждебными чувствами. И тогда вместо того, чтобы чувствовать и выражать гнев, когда он возникает, человек может ошибочно видеть признаки неприязни в партнере (защитный механизм — проекция). Он может «забывать» важную информацию (диссоциация). Он может стать чрезвычайно милым и заботливым (реактивное образование). Он может вести себя по-разному, но всегда это будет попытка справиться с конфликтом, вызывающим бессознательное беспокойство.

**Перенос и контрперенос.** Работа психоаналитика — понять происхождение и значение симптомов клиента и помочь ему сделать то же самое. В этой работе терапевтам помогает то, что клиенты, как правило, воспроизводят модели поведения снова и снова, особенно бессознательно мотивиро-

ванное поведение. Итак, если у клиента выработалась дезадаптивная модель отношений с другими людьми, для которой характерно использование определенных защитных механизмов и паттернов взаимоотношений, эти паттерны в итоге проявятся и в том, как клиент относится к терапевту.

**Перенос** (transference) — это процесс, когда клиент бессознательно привносит дезадаптивный образец своего поведения в кабинет психоаналитика, другими словами — это искаженная реакция клиента на терапевта. Эти искажения возникают из-за того, что прошлые отношения (особенно ранние, самые важные отношения с родителями) уже создали набор ожиданий и предвосхищающих реакций на будущие отношения. Например, все тот же клиент, испытывающий внутриспсихический конфликт из-за агрессивных импульсов, может начать воспринимать терапевта как враждебного или осуждающего. Чем больше новые отношения похожи на старые, тем больше вероятность того, что будут возникать реакции, основанные на старых отношениях.

**Психотерапия** — это ситуация, где клиенты раскрывают секретные подробности своей души, в то время как терапевты занимают относительную властную позицию (он специалист, к которому пришли за помощью). Эмоционально эта ситуация мало чем отличается от детства. Поэтому клиенты особенно склонны повторять свои более ранние эмоциональные «сценарии» в терапии. Психоаналитическое лечение предназначено для выявления, анализа и в итоге — для изменения этих «сценариев».

Конечно, психоаналитик — тоже живой человек, и эмоционально он откликается на историю и жизнь своего пациента. Этот чувственный отклик может возникать как отражение психической реальности пациента («я совершенно растерян и не знаю, как ему помочь») и как эхо на прошлые события своей собственной жизни («он такой же бестолковый, как мой младший брат»). Эмоциональная реакция психотерапевта называется **контрпереносом** (countertransference). Контрперенос может ухудшить ход терапии, если терапевт начнет искажать терапевтическое взаимодействие на основе своих собственных конфликтов и защит. Во избежание наслоения своих личных реакций на процесс терапии психотерапевты должны проходить личную психотерапию как часть обучения. Чем больше терапевт понимает и проработал свои собственные конфликты, тем меньше они будут мешать лечению пациентов.

**Соппротивление.** По мере того как углубляется психоанализ, терапевт и клиент приближаются к основным бессознательным конфликтам клиента, и последний начинает испытывать возрастающую тревогу, в том числе плохо осознаваемую. И тогда он или она может начать «забывать» о встречах, переживать панику, чрезмерно интеллектуализировать, эмоционально отстраняться от обсуждения «заряженных» тем. Это нормальная ситуация в психоанализе, так как мы, люди, защищаем себя от беспокоящей правды о себе. Как и в ситуации с переносом, то, как клиент сопротивляется терапии, скорее

всего, будет реконструкцией более ранних моделей и, следовательно, может быть предметом анализа и интерпретаций.

**Интерпретация, проработка и инсайт.** Предлагая эмоциональную поддержку и разумные интерпретации, терапевт помогает клиенту понять и проработать реакции переноса и сопротивления. И тогда клиент по-новому понимает свои проблемы, внутреннее мироустройство и отношения с другими людьми.

Интерпретация предполагает, что аналитик находит связи между текущим опытом клиента и конфликтами, берущими начало в прошлом. **Интерпретация** — это способ показать, как прошлое влияет на настоящее.

Интерпретации могут быть основаны на эмоциональных реакциях, которые клиент обнаруживает во время терапии, или на рассказах о переживаниях клиента вне терапевтической ситуации. Те, которые основаны на внутрисессионных материалах, зачастую включают перенос (реакцию клиента на терапевта). Часто интерпретируются реакции переноса, которые могут быть связаны с текущими трудностями вне терапии (например, в отношениях), а также исторические факты из прошлого. Есть мнение, что оптимальная интерпретация, хотя и не обязательно представленная комплексно в одно время, может принять такую форму: «то, что вы делаете сейчас со мной (это могут быть чувства, мысли, фантазии и т. д.), — это то, что вы также делаете с вашим партнером (супругом, ребенком, начальником и т. д.), и это то, что с вами когда-то делал отец (и/или мать, сестра и т. д.), и все это по таким-то причинам и мотивам и с такими-то последствиями».

Если это объяснение имеет познавательный и эмоциональный смысл для клиента (т. е. оно точное, и клиент готов его принять), он может увидеть проблему по-новому. Это называется инсайт.

В психоанализе **инсайт** (понимание) — это основная цель и условие начала положительных изменений.

**Цели психоанализа.** Первоначально Фрейд предположил, что цель психоанализа состоит в том, чтобы путешествовать в темных закоулках бессознательного и постепенно, проливая свет и распознавая, переводить бессознательное в осознаваемое. Потом была добавлена еще одна цель — заменить бессознательные процессы Ид сознательными процессами Эго. Согласно Фрейду, если клиенты понимают реальные, часто бессознательные причины, по которым они живут в страдании, и видят, что эти причины больше не актуальны, естественным образом происходит изменение поведения и жизни.

Достижение целей, поставленных классическим психоанализом, предполагает постепенную реконструкцию личности клиента. Этот процесс требует много времени. В классическом фрейдистском психоанализе три или четыре сессии каждую неделю являются стандартными, и лечение может длиться несколько лет.



## ДРУГИЕ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ

Психоаналитическая практика продолжила развиваться дальше и вышла за рамки теории Фрейда. Многие теоретики психоанализа в последующем отошли от сильного упора на Ид, сексуальность и агрессию. Некоторые из них подчеркивали роль Эго как креативного компонента личности, который способствует адаптации человека к условиям реальности. Расширилось также значение межличностных отношений, которые при своем удовлетворительном качестве способствуют развитию здоровой психики. Многие психоаналитически ориентированные психотерапевты продолжают изучать феномен переноса, чтобы лучше осознавать исторически укоренившиеся дезадаптивные модели клиента. При этом терапевтические отношения понимаются уже по-другому: психоаналитик не может быть абсолютно нейтральным «белым экраном», работая с другим человеком.

Сейчас психодинамические психотерапевты предлагают более широкий спектр вмешательств: от экспрессивных и аналитических до очень поддерживающих.

**Эго-психология.** Х. Хартманн, Э. Эриксон и дочь Фрейда Анна работали с клиентами с учетом того, что поведение определяется в большой степени силой Эго, которое функционирует не только для борьбы с импульсами Ид или для медиации внутренних конфликтов, но и для поощрения обучения и творчества.

Эго-аналитические техники отличаются от классических аналитических тем, что терапевты меньше сосредотачиваются на опыте раннего детства и больше — на работе с текущими проблемами. Терапевты оценивают и пытаются поддержать сильные стороны Эго клиента (тестирование реальности, контроль импульсов, мышление, использование более «зрелых» защитных механизмов, таких как сублимация). В психологии Эго терапевтические отношения остаются важными, но не столько из-за его искажающих переносов, сколько для поддержки и доверия.

**Теория объектных отношений и британская школа.** Группа британских аналитиков, в том числе Р. Фэйрберн, Д. Винникотт, М. Кляйн, а также О. Кернберг и Х. Кохут, развивали теорию объектных отношений. Эта теория и основанные на ней методы терапии фокусируются на природе межличностных отношений, которые строятся с раннего младенческого периода. Отношения «мать – младенец» являются прототипами для более поздних межличностных отношений, их нарушение может иметь серьезные последствия во взрослом возрасте. Терапевты, работающие, например, с психотическими клиентами или клиентами с расстройствами личности, могут обнаружить, что клиент их идеализирует и демонизирует практически одновременно. Такие паттерны могут отражать младенческую природу взаимодействия с внешним миром.

В отличие от классического психоанализа, теория объектных отношений рассматривает терапевтические отношения не как перенос, подлежащий анализу, а как «второй шанс» получить в близких отношениях удовлетворение и утешение, которые отсутствовали в младенчестве клиента. Этот упор на поддержку Эго, принятие и психологическое «удержание» поврежденных частей личности сделал терапию объектных отношений одной из самых популярных версий психоанализа.

**Краткосрочная психодинамическая психотерапия.** До недавнего времени мало кто ассоциировал краткосрочное лечение с психодинамическим подходом. Краткосрочные подходы динамической психотерапии подчеркивают прагматические цели, которые могут быть достигнуты за относительно небольшое количество занятий, обычно 20 или меньше. Терапевты, использующие этот подход, сосредоточены на том, чтобы помочь клиентам справиться с ситуацией, текущим кризисом или проблемой, а не реконструировать личность.

Психоаналитически ориентированные терапевты, использующие краткосрочные динамические подходы, первоначально делают упор на формирование рабочего терапевтического альянса, а затем помогают клиентам усвоить стратегии адаптации к конкретным ситуациям. Они могут сосредоточиться на управлении тревогой или преодолении проблемных отношений на работе. Поскольку темп терапии ускоряется, терапевты более активны, чем при других формах психодинамической терапии. Кроме использования традиционных методов психоанализа, они также могут назначать домашнее задание, направлять клиентов в группы самопомощи и др.

### **Гуманистическая психотерапия**

Гуманистическая психотерапия вращается вокруг требования не «патологизировать» клиентов. Предполагается, что даже причудливые формы поведения могут быть поняты и объяснены из внутренней системы координат клиента. При этом исследование своей внутренней системы координат, а также выводы, открытия и другие находки, которые могут быть результатом этого исследования, должен сделать сам клиент. Но если от терапевта не ожидается, что он будет диагностировать и лечить, то какова в таком случае его роль в терапевтическом процессе? Терапевт, придерживающийся гуманистической парадигмы, должен поддерживать усилия клиента на пути достижения как можно более глубокого самоосознания, которое считается необходимым для создания личностных изменений. Роль терапевта при этом активная и участвующая.

Гуманистический подход подчеркивает важность непосредственного опыта клиентов здесь и сейчас. Примеры таких подходов включают в себя

клиент-центрированную психотерапию (К. Роджерс), гештальт-терапию (Ф. Перлз), экзистенциальную терапию (В. Франкл) и ряд других.

**Клиент-центрированная психотерапия.** Роджерс считал, что у людей есть врожденный мотив к росту, который он называл тенденцией к актуализации: «...направленная тенденция, которая очевидна во всех органических и человеческих жизнях — стремление расширяться, расти, развиваться, созревать, склонность выражать и активизировать все возможности организма». Роджерс видел все человеческое поведение — от стремления к еде до художественного творчества, от обычного разговора до причудливых заблуждений — как отражение усилий человека по самоактуализации в уникально воспринимаемом мире.

Когда Роджерс начал включать свои идеи о росте, неавторитарности и ценности хороших человеческих отношений в свои терапевтические сеансы, он пришел к выводу, что «именно клиент знает, что болит, в каком направлении идти, что проблемы имеют решающее значение, какие переживания были глубоко похоронены». Роджерс считал, что если терапевтом созданы правильные обстоятельства, то врожденный потенциал роста клиента спонтанно улучшится.

По мере того как дети растут, они начинают осознавать свои симпатии и антипатии, свои способности, чувства и тому подобное. Короче говоря, их самооценка расширяется, но не в изоляции; ребенок развивается в контексте отношений с другими людьми, особенно с родителями. Часто ребенок осознает, что другие считают его личный опыт менее значимым, чем свой.

По словам Роджерса, идеальная ситуация — это та, в которой родители выражают свое принятие всего поведения ребенка и его опыта. Роджерс называл такой феномен «безусловным позитивным принятием» и считал это важнейшим требованием для психологического роста.

Однако в случае, когда родители выражают неодобрение или непринятие поведения и опыта ребенка, ребенок может воспринимать любовь как условную. Например, когда родитель вместо «Я люблю тебя, но я злюсь, когда ты делаешь это!» говорит «Ты такой глупый!», ребенок чувствует, что неодобрение родителей связано с ним, а не с его поведением. Роджерс назвал эту ситуацию «условием ценности», потому что ребенок приходит к выводу, что его принятие или ценность как личности зависит от мышления и действий определенным способом. Чем более выражены условия ценности, тем более реальный ребенок отклоняется от своей идеальной Я-концепции и тем хуже его самооценка, он более несчастен и подавлен.

Несоответствие «реального Я» и «идеального Я» называется *несоответствием*. Но важен вопрос степени этого несоответствия. Очевидно, что ни один родитель не выражает безоговорочно положительное отношение к каждому поступку или опыту ребенка. Однако чем больше ребенок старается

понравиться родителям, тем больше «реальное Я» и «идеальное Я» разделяются. Это может стать причиной значительных затруднений или даже психических расстройств в жизни уже взрослых людей. Например, человек хотел быть художником, но это желание пришлось проигнорировать из-за давления семьи, и он стал бухгалтером. Личностный рост останавливается, когда поведение человека (например, признание удовлетворенности бухгалтерским учетом) становится несовместимым с настоящими чувствами, и возникает депрессия. Искажения могут не полностью осознаваться, но они и не являются недоступными, как мог бы предположить психоанализ.

**Цели клиент-центрированной терапии.** Клиенты лучше знают, что их беспокоит и что они хотят изменить, и терапевты, работающие в этом подходе, не ставят перед клиентами цели лечения. Вместо этого клиенты могут выбирать собственные цели. Терапевт способствует осознанию, выстраивая с клиентом безопасные и безоценочные отношения, которые уменьшают несоответствие и способствуют личностному росту. Эти отношения, как сказал Роджерс, появятся, только если терапевт выразит три взаимосвязанные вещи: безусловное позитивное отношение, сочувствие и конгруэнтность.

**Гештальт-терапия.** Гештальт-терапия, разработанная Ф. Перлзом, направлена на повышение самосознания клиентов, чтобы они могли развиваться по собственным, сознательно направляемым путям. В частности, гештальт-терапевт стремится восстановить застопорившиеся процессы роста клиентов, помогая им: а) осознать чувства, от которых они отказались, но которые являются их подлинной частью; б) признать чувства и ценности, которые, по их мнению, являются подлинной частью их самих, но по факту присвоены от других людей.

Одно из ключевых различий между другими гуманистическими подходами и гештальт-терапией в том, что гештальт-терапевты гораздо более активны и драматичны. Через множество терапевтических техник клиента поощряют ассимилировать или «заново присваивать» подлинные аспекты личности, которые были отвергнуты, и отвергать «фальшивые» черты, которые им не принадлежат. В идеале, когда клиенты усваивают и интегрируют все аспекты своей личности (как желательные, так и нежелательные), они начинают принимать ответственность за себя такими, какие они есть на самом деле, вместо того чтобы быть привязанными к защите частично фальшивого внутреннего противоречивого представления о себе.

Гештальт-терапевты считают, что терапевтический прогресс достигается за счет удержания клиентов в контакте со своими чувствами, когда они проживаются «здесь и сейчас». Любая попытка клиента рассказать о прошлом или предвидеть будущее препятствует достижению целей терапии. Это бегство от реальности. Так что вместо отражения ностальгии клиента по прошлому (как бы сделал клиент-ориентированный терапевт) или мыслей

о будущем гештальт-терапевт укажет на избегание работы и будет настаивать на прекращении этого.

Клиентам предлагается исследовать внутренние конфликты, симптомы, психологические защиты с помощью ролевой игры. Гештальт-терапевты могут превращать ролевые игры в расширенные «беседы» между различными частями психики клиента, в том числе между Суперэго клиента и той частью, которая подавляется требованиями «следует» и «надо». Используя технику пустого стула, терапевты побуждают клиентов «поговорить» с кем-то, кого они воображают сидящим на соседнем стуле. Клиент может быть родителем, ребенком, супругом или даже внутренним аспектом себя. Клиенту предлагают поговорить с воображаемым человеком и выразить (возможно, впервые в жизни) истинные чувства другому человеку, а также отношение к событиям или конфликтам, в которых этот человек сыграл важную роль.

Гештальт-терапевты обращают особое внимание на то, что клиенты делают во время сессии, потому что невербальный канал часто противоречит словам клиента. Например, если клиентка говорит, что нервничает, и сжимает руки, терапевт может задаться вопросом, что означают сцепленные руки. Вместо того чтобы спрашивать, почему клиентка их сжала, терапевт может попросить ее повторить и преувеличить сцепление рук, а также сконцентрироваться на связанных с этим чувствах.

Фрустрация — еще один из способов повысить осознанность клиентов. Например, Перлз во время индивидуальной или групповой терапии сажал своих клиентов на то, что он называл «горячим стулом», где все внимание было сосредоточено на клиенте, его симптомах, играх и сопротивлении.

Предположим, что клиент начинает сеанс со слов: «Я действительно с нетерпением ждал этой сессии. Я надеюсь, что вы сможете помочь мне». Вместо отражения этого чувства или вопроса, почему клиент так себя чувствует, гештальт-терапевт сосредоточивается на манипулятивном аспекте утверждения, которое, возможно, содержит послание: «Я ожидаю, что вы сможете помочь мне без особых усилий». И терапевт может сказать: «Как, по-вашему, я могу вам помочь?» Клиент (возможно, удивленно) может ответить: «Я надеялся, что вы сможете помочь мне понять, почему я так несчастен». С этого момента терапевт будет мешать клиенту принуждать терапевта взять на себя ответственность за решение проблем клиента. В процессе, возможно, у клиента получится понять, как он избегает ответственности за улучшение своего состояния. Терапевт также может помочь клиенту распознать нереалистичное желание получения волшебного лекарства.

Возможно, терапевтические техники, использующие конфронтацию и умышленное разочарование (не только в гештальт-подходе) могут выступать мощным мотиватором, но они также могут отвергнуть или отпугнуть, если методы применяются механистически, без учета личности пациента.

**Экзистенциальная психотерапия.** Экзистенциальные терапевты помогают клиентам в полной мере осознать, что значит *быть живым*.

Эти подходы уходят корнями в экзистенциальную философию, которая подчеркивает важность свободы и осмысления своей жизни. Свобода может быть освобождающей, но она также может пугать, потому что влечет за собой изучение вопросов о смысле и цели жизни и предполагает личную ответственность за то, как проходит жизнь. В процессе терапии неизбежно возникают противоположные вопросы о бессмысленности и конечности жизни. Чтобы справиться с этими вопросами, многие люди принимают смыслы, данные им другими (родителями, религиозными лидерами и т. п.). Эти внешние рамки могут утешать, но не полностью. В какой-то момент многие люди сталкиваются с желанием и потребностью обретения своих собственных смыслов и своей свободы.

Экзистенциальные подходы имеют долгую историю, они особенно развивались среди европейских философов после Первой и Второй мировых войн. Гуманистические терапевты других модальностей могут считать, что все клиенты естественно стремятся к положительным целям. Экзистенциальные психотерапевты вместо этого видят людей способными и к необычной доброте, и к необычайной жестокости, и ко всему, что между ними.

Как и в клиент-центрированной психотерапии, экзистенциальные гуманистические терапевты пытаются понимать внутренний мир клиента, системы взглядов и поток опыта. Они не пытаются сформулировать диагнозы или объективные описания. Концепция «личность» имеет ограниченную полезность в экзистенциальной терапии. Вместо этого экзистенциальные гуманистические терапевты подчеркивают свободу, эмпирическую рефлексивность и ответственность. Клиент и терапевт объединяются в очень личном поиске смыслов.

Терапевты используют построение отношений и эмпатическое реагирование, как в других гуманистических модальностях, но они также могут заниматься анализом или интерпретациями, использовать приемы из других подходов, которые сосредоточены на способах клиента жить и говорить здесь и сейчас. Таким образом, терапевты могут комментировать положение тела клиента, тон голоса, использование языка, суждения. Короче говоря, метод является эклектическим и интегративным.

В центре внимания — поиск смысла существования клиента. Терапия может быть короткой (несколько сеансов), но чаще продолжается несколько месяцев или даже несколько лет.

**Мотивационное интервью.** Этот терапевтический подход, при котором терапевты используют методы рефлексивного слушания, чтобы привлечь внимание клиентов к их выбору и ценностям, часто используется при консультировании клиентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, или в других ситуациях, когда клиенты могут сопротивляться лечению

либо не доверяют медицинским работникам и родственникам. В мотивационном интервью сопротивление клиента терапии встречается с размышлением, а не с конфронтацией. Предполагается, что, если психотерапевты выражают сочувствие и точно отражают мысли и чувства клиентов, позиция клиентов перестает быть такой оборонительной. Они смогут лучше осознавать несоответствие между своим поведением и своими внутренними ценностями, а также то, что ответственность за разрешение этих несоответствий возлагается на них самих.

Рефлексивные ответы терапевта в клиент-центрированной терапии и мотивационном интервьюировании похожи — методы направлены на то, чтобы помочь клиентам увидеть себя более четко. Цель работы — аккуратно направлять клиента к определенным проблемам и способам решения (быть «тонко директивным», а не недирективным). Популярность и востребованность мотивационного интервью связаны как с простотой и доступностью, так и с тем, что метод может быть эффективен даже в случае однократных визитов и применен к тем клиентам, которые самостоятельно не ищут помощи (в том числе к немотивированным, негативно или скептически настроенным).

## **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ**

В психотерапии существует серия подходов, которые выросли из теории научения и когнитивной психологии. Психотерапевты полагаются на методы, направленные на выявление дезадаптивного поведения и его изменения. Ошибки в суждениях, с точки зрения этих подходов, рассматриваются как главные причины многих расстройств, поэтому когнитивная терапия предназначена для изменения того, как клиенты думают о событиях и о самих себе. В настоящее время когнитивно-поведенческий — один из самых популярных подходов к психотерапии.

### **ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Поведенческая терапия (бихевиоральная) развивалась на основе теорий научения и их исследований. Поведенческие методы разработаны, чтобы помочь клиентам научиться устранять проблемное поведение и/или окружающие обстоятельства, поддерживающие такое поведение.

Поведенческая терапия — это не отдельный метод, а скорее большой набор методов для решения проблем. Сюда включаются систематическая десенсибилизация, экспозиционная терапия, тренировка релаксации, биологическая обратная связь, тренинг ассертивности, сенсорное внимание

при сексуальной дисфункции, «условный рефлекс» для предотвращения ночного недержания мочи и др. Некоторые из этих техник, такие как релаксационная тренировка, применяются при самых разных расстройствах; другие были разработаны специально для конкретного типа проблемы (например, ночное недержание мочи). Все эти способы широко используются как для детей, так и для взрослых.

**Теоретические обоснования поведенческой терапии.** Ключевое предположение, лежащее в основе поведенческих подходов к терапии, заключается в том, что поведение, наблюдаемое при психических проблемах, развивается по законам научения. Бихевиористы видят личность, проблемы в развитии личности и большинство расстройств поведения не как «вещи», которые есть у людей, а как отражение того, как законы научения побудили определенных людей вести себя в определенных ситуациях. Понимание законов научения возникло в результате исследований классического обусловливания, оперантного обусловливания и научения через наблюдение.

**Классическое обусловливание** возникает, когда нейтральный раздражитель (например, музыкальный тон) происходит непосредственно перед другим стимулом (например, уколом булавкой), который автоматически вызывает рефлекторную реакцию (например, вздрагивание). Если два стимула сочетаются достаточно часто, реакция в виде вздрагивания начинает возникать и в ответ на ранее нейтральный музыкальный тон. Этот процесс научения обычно развивается постепенно. Но в некоторых случаях, например когда маленький ребенок напуган лаем большой собаки, реакция страха может возникнуть очень быстро и даже стать фобией.

**Оперантное обусловливание** возникает, когда определенное поведение усилено или ослаблено подкреплением или наказанием, которые следуют за этим поведением. Например, человек, который пережил неприятный опыт на вечеринке или в другой социальной ситуации, постарается избежать таких ситуаций или побыстрее покинуть их для уменьшения беспокойства. Такое поведение избегания или побега подкрепляется последующим чувством облегчения и снижением беспокойства. В таком случае подобное поведение станет еще более вероятным в будущем, а со временем человек может стать социально изолированным из-за своего страха, что может привести к проблемам на работе или в социальных ситуациях. Если последующие тревожные ситуации похожи и вызывают один и тот же ответ, то это значит, что произошла генерализация стимула, то есть человек не видит разницы между ситуациями и реагирует на все происходящее одинаково. Таким образом, ребенок, которого напугала большая белая собака, может позже со страхом реагировать на всех крупных собак или даже на любых собак.

**Научение через наблюдение** — еще один способ усвоить поведение. Люди учатся не только на собственном опыте, но и наблюдая, как ведут себя



другие и что с ними происходит в результате. Это явление было ярко продемонстрировано в знаменитом исследовании А. Бандуры и его коллег Д. Росс и Ш. Росс с куклой «Бобо». Дети наблюдали за агрессивным отношением взрослого к надувной кукле «Бобо» и следующим за этим вознаграждением. В дальнейшем они сами были помещены в комнату с куклой, при этом относились к ней гораздо более агрессивно, чем дети, которые были свидетелями неагрессивного поведения или агрессивная модель поведения наказывалась.

Таким образом, в поведенческом подходе к личности нормальное и ненормальное поведение можно объяснить одними и теми же процессами научения. Задача поведенческого терапевта — помочь клиентам научиться изменять проблемное поведение и/или изучить новые и более адаптивные альтернативы.

**Роль поведенческого психотерапевта.** В отличие от гуманистических поведенческие терапевты считают, что в отношениях «клиент – терапевт» просто создаются условия, при которых действуют определенные методы, способствующие развитию изменений поведения. Терапевтический эффект проявляется, когда клиенты изменяют свое окружение (например, за счет уменьшения воздействия триггеров), внутренние реакции (например, путем обучения релаксации) и поведение (например, путем отработки разговорных навыков). Соответственно, поведенческие терапевты используют в том числе и директивные факторы в терапии. Они также выполняют психообразовательную функцию, объясняя клиенту то, что делают. В конечном итоге они надеются, что клиент станет соучастником в систематическом анализе своего поведения и его последствий.

**Цели поведенческой терапии.** Основная цель — помочь клиенту изменить явное дезадаптивное поведение, а также сопровождающие его эмоции, когнитивные особенности, физические ощущения. Лечение может происходить и без изучения опыта раннего детства, бессознательных процессов и внутренних конфликтов. В поведенческой терапии не так важно знать, как возникла проблема, достаточно знать, что происходит и как это можно изменить.

## КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Когнитивная терапия основывается на предположении, что познание является посредником между окружающими событиями с одной стороны, поведением и эмоциями — с другой. Впервые разработанная для лечения депрессии, сейчас когнитивная терапия применяется в терапии многих расстройств. Ее ключевая концепция заключается в том, что ошибки в мышлении могут вызывать психологический стресс. Когнитивные терапевты помогают клиентам идентифицировать и исправлять эти ошибки.

Все терапевтические вмешательства направлены на процессы, связанные со стилем мышления, на выявление и изменение дезадаптивных суждений. Эти суждения могут включать убеждения клиента, причинные объяснения, ожидания, схемы, представление о себе и стратегии решения проблем.

**Теоретические обоснования поведенческой терапии.** Изначально бихевиористы стремились сосредоточиться в первую очередь на изменении очевидного поведения клиента и/или обстоятельств, во время которых это поведение наблюдается. К 1970-м гг. многие поведенчески ориентированные теоретики начали подчеркивать важность познания и представления о себе как посредников между внешними событиями и поведением (Бандура, Бек, 1976). Стало ясно, что понимание психологического функционирования, которое не включает познания, является неполным.

К ключевым идеям когнитивной терапии относятся представления о том, что: а) не события, а интерпретация событий вызывает нашу ответную реакцию, в том числе дезадаптивную; б) интерпретации могут быть точными или неточными, адаптивными или неадаптивными; в) неточные и неадаптивные интерпретации являются результатом предшествующего опыта и часто являются шаблонными и привычными; г) неточные и дезадаптивные мысли часто возникают автоматически и приводят к негативным эмоциям и проблемному поведению.

**Когнитивная терапия Бека.** В 1960-х гг. А. Бек разработал подход к лечению депрессии, основанный на предположении, что депрессия и другие эмоциональные переживания во многом определяются тем, как люди думают о своем опыте. Депрессивные симптомы возникают в результате логических ошибок и искажений, которые клиенты привносят в события своей жизни. Например, они могут делать выводы о себе на основании недостаточной или неактуальной информации (например, женщина считает, что она бесполезная и неценная, потому что не приглашена на вечеринку). Иногда происходит преувеличение важности тривиальных событий (например, мужчина решает, что его коллекция старинных пластинок испорчена, потому что на одной пластинке есть царапина). Минимизация значимости позитивных событий также влияет на эмоциональный фон (например, студент считает, что хорошая оценка за тест была результатом удачи, а не его интеллектуальных способностей или вложенных в обучение сил).

Бек предположил, что депрессивные люди демонстрируют характерный паттерн негативного восприятия и выводов: а) о самих себе; б) окружающем мире; в) их будущем. Эта **когнитивная триада** отличает депрессивное мышление от недепрессивного. Версия когнитивной терапии Бека в последующем была применена к тревожным расстройствам, расстройствам личности, расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ и к ряду других проблем.

**Психообразование.** В начале терапии когнитивный терапевт рассказывает клиенту о роли когнитивных искажений в развитии расстройств. Если этого не сделать, есть вероятность, что клиент будет воспринимать его как обвиняющего или недостаточно поддерживающего, что в итоге приводит к несоблюдению терапевтических рекомендаций. Цель не в том, чтобы завалить клиента скучной информацией, а в стремлении научить его думать о своем расстройстве. Являясь соучастником своей терапии, клиент в итоге становится самостоятельным в выявлении, опровержении и устранении собственных когнитивных ошибок. Такая «социализация» в лечении важна во всех формах терапии, но особенно — в когнитивной. Также когнитивный терапевт может использовать диаграммы, рекомендовать видео или книги, задавать домашние задания. Некоторые терапевты начали использовать мобильные приложения для оказания помощи.

### **Когнитивно-поведенческая терапия**

Теоретические основы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) — это, по сути, сочетание вышеописанных поведенческого и когнитивного подходов. Большинство применяющих КПТ считает, что такое сочетание приводит к ясному, убедительному и основанному на фактах описанию того, как развивается нормальное и ненормальное поведение и что может быть изменено.

**Клиническое применение.** То, как терапевт использует когнитивные и поведенческие вмешательства, зависит от оценки состояния клиента. Для нее иногда используют стандартизированные тесты, особенно если это необходимо для постановки диагноза, анкеты и опросники.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как правило, довольно четко планируют терапевтические сеансы. У каждой сессии есть повестка дня, часто письменная, и сеансы обычно проходят достаточно предсказуемо. Клиентов знакомят с идеями и задачами терапии. Обычно: а) пересматриваются цели и стратегии терапии; б) анализируется выполнение домашних заданий; в) определяются конкретные проблемы и связанные с ними мысли, к которым применяется модель КПТ; г) подводятся итоги; д) назначается домашнее задание на следующую сессию.

На ранней стадии КПТ клиент учится определять настроение, изменения эмоционального состояния, обнаруживать автоматические мысли, выявлять свои когнитивные ошибки, планировать поведение. На начальных этапах КПТ делается акцент на демонстрации и обучении базовой когнитивной модели. Во время и в конце сеанса клиента несколько раз просят дать обратную связь.

По мере того как терапия приближается к средней фазе, лечение может быть больше сосредоточено на ведении записей мыслей в пять столбцов (ранжирование стимулов по опасности и определение когнитивных схем). Позже в терапии работа фокусируется на изменении схем, разработке планов действий по управлению проблемами и/или отработке пересмотренных схем. Для лечения конкретных проблем существуют вполне определенные комбинации когнитивно-поведенческих вмешательств.

Популярность КПТ резко возросла за последние несколько лет. Количество статей и книг по КПТ растет, и, согласно опросам, все большее число клиницистов идентифицируют себя как когнитивно-поведенческие терапевты. Такая популярность, по-видимому, связана как с эмпирическими доказательствами эффективности метода, так и с простыми, ориентированными на проблему, вмешательствами. Большинство когнитивно-поведенческих вмешательств разработаны для определенных проблемных ситуаций, поэтому переход от симптома к лечению относительно ясен. Кроме того, шаги, которые необходимо предпринять когнитивно-поведенческому терапевту, обычно описываются в конкретных терминах и в организованной последовательности, часто в очень структурированных инструкциях по процедурам. По сравнению с другими подходами, особенно психодинамическими, эти «скриптовые» когнитивно-поведенческие техники легче освоить практикующим врачам, и кроме того, не требуются годы личной терапии для специалиста.

Когнитивно-поведенческие подходы продолжают развиваться. «Первая волна» (поведенческие подходы) была сосредоточена на наблюдаемом поведении и внешних беспокоящих событиях. Позже была предпринята попытка учесть ограничения классического бихевиоризма через акцент на мышлении в основе психических расстройств. Деадаптивные мысли, которые приводят к дезадаптивным эмоциям и, в итоге, ведут к нарушениям — вот ядро концепции, предложенной параллельно несколькими авторами, например А. Эллисом и А. Беком («вторая волна»). Когнитивно-поведенческая терапия «третьей волны» акцентирует внимание на психологических и поведенческих процессах, связанных с благополучием и здоровьем. Попытки оспорить содержание мыслей пациента или уменьшить интенсивность эмоциональных симптомов остались в прошлом. Теперь в фокусе терапии метапознание, принятие, осознанность, личные ценности и духовное совладание. Психотерапевты «третьей волны» больше сосредоточены на контексте, на том, как человек относится к своему внутреннему опыту (мыслям, побуждениям, ощущениям). С акцентом на текущий опыт и функцию симптомов (в отличие от их частоты или интенсивности) эти новые когнитивно-поведенческие подходы, похоже, имеют больше общего с гуманистическими, экзистенциальными и психодинамическими направлениями, чем это было раньше.

«Третья волна» когнитивно-поведенческой терапии включает терапию принятия и ответственности, диалектико-поведенческую терапию, схема-терапию, терапию, основанную на осознанности.

## **ДРУГИЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**

### **Групповая терапия**

Групповую терапию впервые начал практиковать Дж. Пратт в Бостоне в начале XX в. Широкое распространение этот способ помощи получил в Англии во время Второй мировой войны из-за нехватки психиатров. Популярность его возросла еще больше в 1960–70-х гг. и с тех пор прогрессировала до такой степени, что теперь групповая терапия считается ценным самостоятельным вмешательством.

Все основные модальности психотерапии предлагают групповые формы работы. Есть аналитические группы, клиент-центрированные и гештальт-группы, а также поведенческие группы. Групповые терапевты подчеркивают важность межличностных отношений и предполагают, что большинство психических проблем включает трудности в отношениях.

**Лечебные факторы групповой терапии.** Групповая терапия предназначена для одновременного «обслуживания» нескольких клиентов, дополнительное преимущество при этом — поддержка других членов группы. Групповая терапия может предложить больше, чем одновременная терапия нескольких человек. Группы предлагают возможности, которые нельзя найти в индивидуальной терапии. Вот некоторые из них:

1. Обмен новой информацией. Новая информация поступает из нескольких источников: ведущий группы может дать обратную связь, она также исходит от других членов группы, которые делятся своим опытом. Часто обратная связь от нескольких членов группы может иметь большее влияние на клиента, чем обратная связь от единственного терапевта.

2. Вселение надежды. Не только терапевт может вселить уверенность, но и участники группы помогают почувствовать надежду и прокомментировать позитивные изменения, которые они замечают друг в друге.

3. Универсальность. Показывая, что каждый борется с проблемами в жизни, терапевтические группы помогают своим членам понять, что они не одиноки в своем страхе, плохом настроении или других трудностях. Клиент узнает об универсальности проблемы, и его беспокойство по поводу «сойти с ума» или «потерять контроль» значительно снижается.

4. Альтруизм. Группы дают клиентам возможность узнать, что они могут помочь другим людям. Клиницисты считают важными те положительные

эмоции, что следуют за альтруизмом. Это чувство «ценности себя», которому способствует эффективная групповая терапия.

5. Межличностное обучение. Терапевтическая группа — идеальное пространство для практики новых навыков межличностного общения. Группа предоставляет регулярно появляющиеся возможности тренировать социальные навыки людям с разными особенностями личности, получая при этом понятную обратную связь.

6. Групповая сплоченность. Члены сплоченных групп принимают друг друга. Люди в группе готовы слушать и поддаваться влиянию группы. Они активно участвуют, чувствуют себя безопасно и относительно закрыты от внешних воздействий. Сплоченные группы позволяют экологично выражать неприязнь, если такие конфликты не нарушают правил групп.

**Практика групповой терапии.** В терапевтические группы обычно входят от 6 до 12 человек. Некоторые ведущие групп считают, что группы должны быть однородными, состоящими из людей, схожих по возрасту, полу и типу проблемы. Другие предпочитают создавать разнородные (гетерогенные) группы.

Гетерогенные группы легче формировать. Еще одно преимущество таких групп — знакомство участников с более широким кругом людей и разными точками зрения. Кроме того, они способствуют непосредственному сосредоточению внимания на общей проблеме, которая мотивировала каждого участника прийти в группу. На практике группы неизменно будут однородны по некоторым параметрам (например, диагноз и серьезность проблемы) и неоднородны по другим (например, продолжительность проблемы, личностные характеристики и стиль совладания со стрессом).

Групповые встречи обычно длятся от 1,5 до 3 часов. Они длиннее, чем сеансы индивидуальной терапии, потому что вовлечение всех членов группы в общую работу занимает больше времени.

## ТЕРАПИЯ ПАР И СЕМЕЙ

В парной и семейной терапии основное внимание уделяется нарушенным отношениям. Парная терапия раньше называлась супружеской, но нынешний термин более общий и включает более широкий спектр гетеросексуальных и гомосексуальных пар, в том числе супругов, романтических партнеров, которые не живут вместе, и любых других, считающих себя парой.

Парная терапия фокусируется на диаде, а не на отдельных партнерах. Семейная терапия фокусируется на отношениях с участием одного или нескольких родителей (или опекунов) и их детей.

До 1950-х гг. немногие терапевты работали с парами или семьями. С 1970-х гг. количество семейных терапевтов быстро увеличивалось,

и в Соединенных Штатах Америки появились профессиональные журналы по семейной психологии.

**Парная терапия.** Пары обращаются за терапией по разным причинам, но чаще из-за проблем в привязанности и общении. Большинство пар испытывают следующие проблемы при обращении к терапевту: эмоциональная привязанность (например, базовое несчастье, чувство одиночества) — 57 %, проблемы в коммуникации — 57 %, развод — 46 %, налаживание отношений — 46 %, ссоры/гнев — 44 %, беспокойство о детях — 32 %, сексуальные проблемы — 28 %, требовательность/критичность супруга — 8 %, отсутствие/отдаленность супруга — 8 %, проблемы с доверием — 8 %, неверность/флирт — 6 %.

Проблемы и цели лечения, решаемые при терапии пар, не зависят от того, является ли пара гетеросексуальной или гомосексуальной. В большинстве случаев терапия пар фокусируется на трудностях в отношениях, но иногда дополняет лечение другой проблемы. Например, когда депрессия, алкоголизм или сильная тревога партнера влияют на качество или угрожают существованию отношений, специалисты рекомендуют парную терапию.

Цели и методы терапии пар частично зависят от конфликтов, которые являются наиболее актуальными, и частично — от теоретической ориентации терапевта. Чаще терапевты предпочитают системные вмешательства и рассматривают пары как межличностную систему, а не как два отдельных человека. Системные терапевты полагаются на то, что в личном опыте супружеских отношений каждого человека есть круговорот и взаимосвязь.

В целом, большинство семейных терапевтов делают упор на решение проблем. Ключевая задача — научить пару более эффективно общаться и вести переговоры друг с другом. Среди задач, связанных с улучшением коммуникации, — обучение пары брать на себя взаимную ответственность за работу над проблемами, сосредоточение внимания на текущей ситуации, а не на старых обидах, поощрение выражения предпочтений, а не требований повинования, переговоры о компромиссах.

При наличии в комнате двух клиентов терапевт должен стараться избегать триангуляций (не оказываться в центре разногласий или не быть вовлеченным в конфликт). Существуют следующие рекомендации по сохранению терапевтической нейтральности (предотвращению триангуляции): не принимать чью-то сторону; не продолжать, пока не будут прояснены проблемы и цели; не обсуждать проблемы абстрактно и неконкретно; не сбрасывать со счетов проблемы, даже небольшие; не полагаться на то, что оба партнера в паре видят проблему одинаково; не застревать в событиях прошлого; не позволять паре брать на себя лидерство в сессии.

Многие из этих советов применимы, когда терапевты работают и с семьями.

**Семейная терапия.** Как и терапия для пар, семейная терапия возникла из признания того, что проблемы отдельных клиентов возникают в социальном контексте и имеют социальные последствия. Было замечено, например, что многие пациенты, выписанные из стационаров после значительного улучшения, часто снова рецидивировали после возвращения в семью. Это наблюдение привело к нескольким теориям, в которых особое внимание уделялось семейной среде и взаимодействию родителей и детей как причине дезадаптивного поведения.

Семейная терапия часто начинается с внимания к члену семьи, у которого самые заметные проблемы. Часто этим клиентом является мальчик, родители которого считают, что его поведение неуправляемое, или замкнутая либо грустная девочка. Терапевт пытается переосмыслить выявленные проблемы с точки зрения нарушенных семейных процессов или неполноценного семейного общения. Он побуждает всех членов семьи изучить свои собственные вклады в проблему и учесть те положительные изменения, которые каждый может внести. Как и в парной терапии, цель семейной терапии — улучшение качества коммуникации в семейной системе.

Нет единого согласованного метода проведения семейной терапии. Терапевты могут выбирать из широкого круга техник. Например, те, кто работает в модальности КПТ, учат членов семьи альтернативным, ненасильственным способам сообщения о своих потребностях. Они учат родителей быть твердыми и последовательными в воспитании детей, поощряют общение каждого члена семьи друг с другом, не поддерживают обвинение идентифицированного клиента и помогают всем членам семьи понять, насколько другие члены тоже разумны.

## **ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

### **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА ПСИХОТЕРАПЕВТА**

Поскольку психотерапия предполагает активное участие как минимум двух людей, психотерапевты должны обладать развитыми навыками межличностного общения, в том числе связанными с построением отношений, и самоконтролем.

Терапевты, которые могут распознавать различия и интенсивность эмоционального опыта, обладающие значительным вербальным репертуаром и способные передать чувства в словах, с большей вероятностью смогут понимать своих клиентов. Кроме того, терапевты с развитыми навыками общения имеют больше шансов помочь клиентам обогатить свой психологический



словарный запас, чтобы лучше понимать и описывать собственный опыт и опыт других людей. В том числе через это обучение достигаются поведенческие, когнитивные и эмоциональные изменения, которые являются целями терапии.

Отношения между терапевтом и клиентом сильно влияют на результат терапии. Терапевтам важно обладать способностью поддерживать проблемных клиентов без оценивания, в то же время периодически давая понять об их ответственности за внесение полезных изменений в свою жизнь.

Наконец, терапевту необходимо быть достаточно осознанным и способным выдерживать сильные чувства, неизбежно возникающие в работе с людьми. Эти навыки невозможно усвоить напрямую из обучающих программ. Они приобретаются косвенно при наблюдении за работой других терапевтов (супервизорские группы и индивидуальные сессии с супервизором), а также в процессе прохождения собственной психотерапии. Личный клиентский опыт как ничто другое позволяет почувствовать все сложности пути клиента, его интенсивные чувства, трудности с доверием и др.

### **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СЕТТИНГ**

Как правило, требования к кабинету психотерапевта минимальны, но есть важные особенности. Иногда сессии могут быть очень эмоциональные, и клиенты имеют право ожидать, что их общение останется между двумя людьми. Важно, чтобы в кабинете была звукоизоляция и другие люди не могли слышать, что происходит во время сессии. Это обеспечивает сохранение конфиденциальности — основного этического принципа работы психотерапевта. Важно оговорить конфиденциальность обсуждаемого материала в самом начале работы, однако периодически эта тема может подниматься снова.

Терапевтические отношения включают в себя взаимное уважительное отношение. Терапевт не должен отвлекаться на звонки во время работы с клиентом, а клиент обязан соблюдать расписания встреч. Политика отмены или переноса сессий должна быть обсуждена и сформулирована в виде «психотерапевтического контракта» — чаще всего это устная договоренность. Способность клиента соблюдать условия договора — это и диагностическая характеристика (эта способность часто страдает при пограничном, нарциссическом, диссоциальном расстройствах личности и нарушениях Эго-функционирования при иных состояниях).

Многие психотерапевты придерживаются мнения, что этичное и ровное отношение к клиенту, проявленное в аккуратном и внимательном соблюдении правил, — это уже значительная часть терапевтической работы. Многие из клиентов выросли и проживают в отношениях, где нет правил, а есть хаос, не-

определенность родительских и детских обязанностей, и терапевтическое пространство становится местом для зарождения личных границ и самоуважения.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Психотерапия — это лечение, предлагаемое обученным специалистом одному или нескольким клиентам, страдающим психическим расстройством или социальной/эмоциональной проблемой.

Ключевые участники психотерапии — клиенты и психотерапевты. Одним из наиболее важных факторов в эффективности психотерапевтической работы является развитие безопасных и доверительных отношений.

Существуют различные подходы, но у них есть общие терапевтические цели. Эти цели включают: а) снижение эмоционального дискомфорта; б) углубление понимания себя; в) получение новой информации (психообразование); г) развитие веры, надежды и ожидания перемен.

Психотерапия руководствуется этическими правилами. Наиболее важными стандартами являются конфиденциальность, компетентность, информированное согласие и отсутствие конфликта интересов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Мак-Вильямс, Н.* Психоаналитическая психотерапия. Руководство практика / Н. Мак-Вильямс. Ижевск : ERGO, 2016. 416 с.
2. *Gabbard, G. O.* The place of psychoanalytic treatments within psychiatry / G. O. Gabbard, J. G. Gunderson, P. Fonagy // Arch Gen Psychiatry. 2002. Vol. 59. № 6. P. 505–510.
3. *Kramer, G.* Introduction to clinical psychology / G. Kramer, D. Bernstein, V. Phares. Pearson Education, Inc, 2013. 528 p.
4. *Mojtabai, R.* National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists / R. Mojtabai, M. Olfson // Arch Gen Psychiatry. 2008. Vol. 65. № 8. P. 962–970.
5. *Starcevic, V.* Psychotherapy in the era of evidence-based medicine / V. Starcevic // Australas Psychiatry. 2003. Vol. 11. № 3. P. 278–281.
6. *Tavakoli, S.* The place of psychotherapy in contemporary psychiatry / S. Tavakoli // Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014. Vol. 8. № 4. P. 1–6.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Психотерапия в психиатрической практике .....	3
Психодинамические и гуманистические подходы.....	5
Психоанализ.....	5
Другие психодинамические теории.....	9
Гуманистическая психотерапия .....	10
Поведенческие и когнитивно-поведенческие подходы.....	15
Поведенческая психотерапия .....	15
Когнитивная терапия .....	17
Когнитивно-поведенческая терапия.....	19
Другие модели психотерапевтических вмешательств.....	21
Групповая терапия.....	21
Терапия пар и семей.....	22
Общие рекомендации для психотерапевтической работы .....	24
Профессиональные качества психотерапевта .....	24
Терапевтический сеттинг .....	25
Заключение .....	26
Список использованной литературы.....	27