

Апрель 2021 / Выпуск 1

ПредВЕСТНИК

Ежемесячное информационное издание Института психотерапии



ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ СЛУШАТЕЛЕЙ ИНСТИТУТА

Образование и научная деятельность

ЛЕНИНГРАДСКАЯ ШКОЛА ПСИХОТЕРАПИИ

Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия невротических расстройств

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КРИЗИС ПСИХОТЕРАПЕВТА

Статьи по материалам конференции

АНОНС ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия. Подготовка уровня ЛОРП-практик

Содержание

Исследовательские работы слушателей Института.....	4
Особенности применения когнитивно-поведенческой психотерапии при затяжном невротическом расстройстве истерического типа и при истерическом расстройстве личности. <i>Бутова С.В.</i>	4
Особенности выраженности, содержания и структуры невротического внутриличностного конфликта. <i>Гнездилова К.С.</i>	7
Психолингвистический анализ в диагностике и коррекции обсессивно-компульсивных расстройств. <i>Дубровина П.П.</i>	9
Когнитивно-поведенческая терапия: содержание метода и особенности применения при шизофрении. <i>Евдокимов Ю.А.</i>	12
Одиночество у женщин, анализ современного состояния проблемы, исследование факторов. <i>Ястребова А.В.</i>	16
Личностно-ориентированная реконструктивная терапия невротических расстройств. Конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение в личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии.....	19
Лаборатория «Кристалл».....	30
Профессиональный кризис психотерапевта: распознавание и преодоление в условиях образовательного процесса (статьи по материалам конференции).....	31
Евгений Соломонович Креславский. «Терапевту нужно время, чтобы созреть...»....	31
Михаил Михайлович Решетников. «Если терапевт сам находится в кризисе, нужно не бояться сказать об этом пациенту...».....	32
Дмитрий Викторович Ковпак. «Мы находимся в динамичной вселенной, где все движется, меняется, и без кризиса иногда очень сложно оставить старое в прошлом и не тащить его в новую эпоху...».....	33
Аркадий Николаевич Бондарь. «Если мы будем думать, что кризисы неизбежны, мы будем продолжать с ними встречаться. Но мы можем говорить о них и иначе — как об этапах профессионального роста, этапах становления...».....	35
Ольга Александровна Чернаус. «Надо изначально в личности иметь стимул к развитию, и тогда никакие кризисы нам не страшны...».....	36
Равиль Каисович Назыров. «Центральное противоречие профессионального кризиса — противоречие между своими внутренними, идеальными представлениями о собственной профессиональной деятельности и ее реальным характером...».....	37
Анонс образовательной программы: Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия. Подготовка уровня ЛОРП-практик.....	40

Дорогие друзья, уважаемые коллеги!

Ежедневно в нашем Институте происходят различные события — реализуются очные и дистанционные образовательные программы, проходят заседания общественных лабораторий, групповые и индивидуальные супервизии, встречи интервизионных групп, клинические разборы, идет подготовка к семинарам и конференциям. Кипит учебная, научная и творческая работа! И мы хотим, во-первых, чтобы сам процесс этой работы не оставался тайной за семью печатями, а во-вторых, чтобы ее плоды также стали достоянием широкой аудитории! Нам есть, что сказать, и есть, чем поделиться! Именно поэтому мы приняли решение запустить целую линию периодических изданий электронного и печатного формата различной направленности.

Вот уже в течение двух месяцев каждый понедельник на нашем сайте и в нашем сообществе в социальной сети «ВКонтакте» публикуется «Еженедельник Института психотерапии» — электронное издание, благодаря которому наши подписчики могут узнать о самых интересных моментах образовательных циклов, ближе познакомиться с нашими сотрудниками, обогатить свой психотерапевтический инструментарий, вникнуть в реализуемые нашим Институтот технологии компетентностного обучения, приобщиться к работе наших общественных лабораторий и получить другую полезную информацию!

«ПредВЕСТНИК» — второй тип электронного издания. Это небольшой журнал, включающий дайджест выпускных квалификационных работ и статей наших слушателей, лекции наших преподавателей, показательные и познавательные клинические примеры, материалы конференций и многое другое. Мы хотим, чтобы «ПредВестник» был понятен, доступен и интересен широкому кругу читателей, и будем рады всем вашим замечаниям и пожеланиям!

Материалы по-настоящему научного характера мы будем собирать в ежеквартальном печатном журнале. В наших планах сделать «Вестник Института психотерапии и медицинской психологии» действительно уважаемым профессиональным изданием, отражающим и доказанные основы, и актуальные тенденции, и наш собственный взгляд на психотерапию.

Самые лучшие материалы, накопленные за год, мы планируем публиковать в форме большого сборника «Труды Института психотерапии и медицинской психологии». Этот сборник станет одновременно подведением итогов нашей работы и изданием, в котором каждый специалист в области психотерапии сможет почерпнуть для себя что-то полезное и нужное, что-то, чем он непременно обогатит собственную практику!

Ну и конечно же, нам хотелось бы дополнить все наши циклы соответствующими методическими пособиями, обратить бесценные знания и опыт наших преподавателей в учебники, монографии и руководства, сделать еще много-много всего... Сейчас мы лишь в начале пути, дорогие друзья, поэтому не судите строго! Но мы твердо верим, что дорогу осилит идущий — и не останавливаемся, поэтому у нас все получится!

Благодарим вас за ваш интерес и за то, что вы остаетесь с нами!

*С наилучшими пожеланиями,
Редакционный совет
Института психотерапии и медицинской психологии
им. Б.Д. Карвасарского*

Дорогие коллеги, если у вас есть интересные материалы, написанные вами статьи и заметки по психотерапии и психологии, которые вы хотели бы опубликовать в наших изданиях, пожалуйста, присылайте их для рассмотрения редакционным советом на адрес электронной почты nadia.yumaeva@yandex.ru (Юмаева Надия Нуриевна, ответственный редактор периодических изданий Института). Будем очень рады продуктивному сотрудничеству!

Исследовательские работы слушателей Института

Дорогие коллеги! В нашем Институте множество специалистов, врачей и психологов, обучаются на программах профессиональной переподготовки. Здесь они получают не только все необходимые компетенции, для того чтобы войти в профессию, но и юридическое право на это — желанный итоговый документ, диплом с указанием новой специальности. Мы очень ответственно относимся к выдаче диплома, и одним из способов убедиться в том, что слушатель действительно освоил учебную программу, для нас является написание им выпускной квалификационной работы. Но и наши слушатели, в свою очередь, тоже относятся к возложенным на них обязанностям ответственно — написанные ими работы порой содержат по-настоящему значимые для современной психотерапии мысли, аналитические обзоры и даже практические исследования. Мы убеждены, что эти работы не должны просто оседать в стенах нашего Института. Они должны быть доступны всем заинтересованным специалистам. И сделать их такими — одна из главных задач данного издания.



Особенности применения когнитивно-поведенческой психотерапии при затяжном невротическом расстройстве истерического типа и при истерическом расстройстве личности

Бутова С.В.

Данная работа интересна двумя своими составляющими. С одной стороны, она содержит обзор актуальной теоретической информации. При этом важно, что в работе рассмотрены как две разные, но перекликающиеся между собой клинические группы пациентов, так и психотерапевтический метод, который может быть использован для их лечения. С другой стороны, работа содержит значимый практический материал: сравнительный анализ пары реальных клинических случаев в аспекте разработки для каждого из них индивидуальной психотерапевтической программы с началом ее реализации.

Несмотря на то, что точные данные о распространенности затяжного невротического истерического расстройства и истерического расстройства личности в литературе отсутствуют, пациенты данных клинических групп предположительно могут составлять достаточно большую долю среди посетителей психотерапевтических кабинетов и кабинетов психологической помощи как в амбулаторно-поликлинических учреждениях широкого профиля, так и в специализированных учреждениях. Кроме того, эти люди испытывают действительно выраженные субъективные страдания, часто сами ищут помощи, не отмечают стойкого

положительного эффекта от назначаемых им психофармакологических препаратов, а потому являются кандидатами на психотерапевтическое лечение.

Эффективность психотерапевтического лечения указанных расстройств, в свою очередь, сопряжена с разрешением следующих проблем:

• правильная диагностика (негативная и позитивная, включающая анамнестические сведения, показанные физикальные, инструментальные, лабораторные, клинические, клинико-психологические, экспериментально-психологические методы, а также

дифференциальная диагностика) с постановкой формального клинического диагноза;

- определение функционального диагноза по трем плоскостям — клинической, психологической и социальной;
- формулирование психотерапевтической гипотезы;
- составление на основе вышеперечисленного индивидуальной психотерапевтической программы с выделением этапов вмешательства, выбором мишеней психотерапии и соответствующих им психотерапевтических приемов, определением предполагаемой длительности вмешательства.

Следует сказать несколько слов об общих чертах и различиях истерического невроза и истерического расстройства личности. Внешнее сходство между этими расстройствами включает прежде всего демонстративность, эгоцентризм, лживость, яркость эмоциональной экспрессии (порой даже театральность), перевес аффекта над логикой, использование своей внешности, поведения и симптомов для привлечения внимания, склонность искаженно интерпретировать свои отношения с другими людьми (часто как более близкие, нежели есть на самом деле), внушаемость и несамостоятельность суждений, манипулирование окружающими, в том числе через собственные болезненные переживания. Важно, однако, что при невротическом расстройстве психика остается интактной. Как и другие невротические расстройства, истерический невроз имеет психогенную природу и формируется, когда особая личность попадает в особую ситуацию: в данном случае ситуацию, в которой ее требования и потребности не соответствуют ее актуальным внутренним ресурсам, при этом объективные реальные условия личность склонна игнорировать, вследствие чего возникает перевес требований к окружению над требованиями и критикой к себе. Клинические проявления наблюдаются преимущественно в виде неврологических и соматических симптомов.

Истерическое же личностное расстройство является по сути комплексом специфических стойких патологических особенностей характера, препятствующих социальной адаптации. Это расстройство дефицитарное, при котором под внешней яркостью чувств и реакций скрывается пустота. И эти внешне яркие чувства и реакции (а также одежда, макияж, манеры, поведение, болезненные симптомы и пр.) направлены даже не на получение восхищения, положительной оценки

или заботы, а на получения какого-либо ответа вообще как подтверждения собственного существования. У них нет собственного мнения, собственных устоявшихся взглядов на жизнь, их суждения и эмоциональные реакции незрелые, в них нет серьезности и глубины.

Если сравнивать указанные расстройства в аспекте возможного результата психотерапии, то для невротического расстройства она может выступать единственным методом лечения и приводить к полному выздоровлению. Психотерапия носит патогенетический характер. При этом если под этиологией понимать именно особую уязвимость личности, а не прошлый, уже не подлежащий изменению опыт семейного воспитания, а в качестве базы психотерапевтического воздействия использовать личностно-ориентированные психотерапевтические методы, то факту *психотерапия становится этиотропной*.

В случае истерического расстройства личности по современным представлениям психотерапия не приводит к излечению. Однако она чрезвычайно важна! Будучи направленной на выработку у таких пациентов совершенно нового подхода к восприятию и переработке опыта, она способна обеспечивать им социальную адаптацию, предотвращать декомпенсацию, а следовательно, повышать качество их собственной жизни и жизни их близких (конечно, в том случае, если носит длительный, поддерживающий и порой превентивный характер).

Оба описываемых расстройства являются патологическими состояниями и требуют лечения. И психотерапия здесь должна носить именно клинический характер, т.е. учитывать как личный запрос пациентов на изменения, так и их клинический статус, особенности заболевания, психологические особенности и особенности жизненной ситуации, в которой они находятся.

В данной проектной работе автор выстраивает клинический подход на базе техник когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия — одно из наиболее популярных во всем мире психотерапевтических направлений, доказавшее свою эффективность при генерализованном тревожном расстройстве, панических атаках, депрессиях, посттравматическом стрессовом расстройстве, навязчивостях, зависимостях, пищевых

расстройствах, расстройствах личности, сексуальных расстройствах. Суть философии когнитивно-поведенческой психотерапии состоит в том, что в основе эмоционального отношения и внешнего поведения лежат когнитивные феномены (автоматические мысли, промежуточные и глубинные убеждения). Если эти когнитивные феномены дисфункциональны (неверны, иррациональны, ригидны), неадаптивными будут эмоциональные и поведенческие реакции, следствием чего может стать развитие расстройства. Соответственно, достижение терапевтического эффекта возможно через изменение дисфункциональных когниций на функциональные, адаптивные.

В данной работе проведено сравнительное исследование двух клинических случаев (кейсов).

Пациентка Дарья, 30 лет, обратилась к клиническому психологу впервые. Она была направлена неврологом, поскольку на протяжении многих лет мучалась головными болями, нарушениями сна и страдала от конфликтных отношений с близкими (и с «миром»). Предположительный диагноз: F44. Диссоциативное (конверсионное) расстройство. Татьяна, 29 лет, уже стоит на учете в

психоневрологическом диспансере с диагнозом F60.4 (истерическое [гистрионное] расстройство личности) после демонстративной суицидальной попытки и госпитализации в психиатрический стационар.

В работе подробно описано обследование обеих пациенток с обоснованием клинического диагноза. Особая ценность работы состоит в формулировании функционального диагноза по трем плоскостям, составлении для обеих пациенток индивидуальной психотерапевтической программы на основе когнитивно-поведенческой психотерапии, дополненной инструментальными техниками (арт-терапевтическими и др.), с указанием предполагаемых сроков проведения, частоты встреч, длительности этапов воздействия на различные мишени и перечнем показанных техник. Приведенные отрывки из протоколов сессий (техника ABCDE, направленное воображение, тренировка навыков самоанализа и самооотношения, техника «внутри-наружу») также представляют значительный интерес.

В настоящий момент обе пациентки находятся на начальном этапе лечения, катamnестические сведения по приведенным клиническим случаям ожидаются.

Список литературы

1. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности
2. Карвасарский Б.Д. «Психотерапевтическая энциклопедия» (2-е издание) 2000
3. Карвасарский Б.Д. Учебник «Клиническая психология» 1980
4. Коцюбинский А.П. Социальная адаптация больных шизофренией с преобладанием дефицитарных расстройств 1991
5. Мясищев В.Н. Личность и неврозы» 1960
6. Фёдоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия 2002
7. Agras и др., 1992;
8. Barlow, Craske, Gernsey, & Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick, & Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, & Gelder, 1992
9. Baucom, Sayers, & Scer, 1990
10. Bowler, 1990; Miller, Norman, Keitner, Bishop, & Dow, 1989; Thase, Bowler, & Harden, 1991
11. Butler, Fennel, Robson, & Gelder, 1991
12. Dobson Мета-анализ, 1989
13. Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & Doll, 1991; Gameri 1993
14. Gelemtgeri др., 1991; Heimbergi др., 1990
15. Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993; Young, 1990

Особенности выраженности, содержания и структуры невротического внутриличностного конфликта

Гнездилова К.С.

Данная работа традиционно содержит две части — вводную теоретическую, представляющую собой обзор освещающей выбранную проблематику литературы, и практическую, т.е. собственное исследование. Теоретическая часть позволяет коротко познакомиться с историей развития представлений о неврозе и о внутреннем конфликте, с типологией психологических конфликтов и невротических расстройств, а также выделить критерии невротического конфликта. Практическая часть содержит эмпирическое исследование с использованием батареи экспериментально-психологических тестов, направленное на проверку гипотезы о том, что для людей с невротическим расстройством, по сравнению со здоровыми, характерны особенности отношения к себе.

Невротические расстройства широко распространены в практике врача-психотерапевта и клинического психолога. Более того, история всей психотерапии начинается с попыток найти для этой клинической группы наиболее обоснованные и эффективные методы лечения. Тем не менее, единого понимания природы неврозов, к сожалению, не существует. Если говорить о психиатрическом и общемедицинском взгляде, то представления варьируют от понимания невроза как результата перенапряжения самих нервных процессов или подвижности и до суждений о нем как об общепатологическом понятии, начальном проявлении любого заболевания вне зависимости от его причины. В целом с позиций психиатрии неврозы представляют собой функциональные нарушения, констелляцию определенных симптомов и синдромов, не выходящих за границы невротического регистра и возникающих у лиц с изначально здоровой психикой под влиянием различных стрессовых факторов.

В психотерапии же укоренилась традиция считать базой невроза внутриличностный конфликт. Но само понимание конфликтующих сторон, тенденций на протяжении времени менялось (да и сейчас, говоря о широком психотерапевтическом мире, не стало единым). Так по Фрейду это конфликт между желаниями Ид и ограничительными требованиями Супер-Эго, по Хорни — конфликт между желаниями «двигаться к людям», «двигаться от людей» и «двигаться против людей» и т.д.

Внутриличностный конфликт можно определить как острое негативное переживание, вызванное затянувшейся борьбой выражающих разноплановые и противоречивые интересы, цели, мотивы и желания структур внутреннего мира личности, отражающее противоречивые связи с социальной средой и задерживающие принятие решения. Существуют определенные показатели внутриличностного конфликта в когнитивной (снижение самооценки, осознание своего состояния как психологического тупика, сомнения в истинности принципов, которыми человек руководствовался раньше), эмоциональной (психоэмоциональное напряжение, частые и выраженные отрицательные переживания) и поведенческой сферах (снижение качества и интенсивности деятельности и др.), а также интегральные показатели в виде ухудшения адаптации и усиления стресса.

Типология внутриличностных конфликтов включает различные варианты. Некоторые авторы выделяют конфликт потребностей, конфликт между потребностью и социальной нормой и конфликт социальных норм. Другие на основании того, какие стороны внутреннего мира личности вступают в конфликт, описывают мотивационный, нравственный конфликт, конфликт нерезализованного желания, ролевой, адаптационный конфликт и конфликт неадекватной самооценки.

Не любой внутренний конфликт следует считать невротическим. Невротический конфликт — это конфликт между личностью и

значимыми для нее сторонами действительности, которые не осознаются, а потому решаются непродуктивно и нерационально, в том числе через формирование соответствующих симптомов.

Разработанная Мясищевым типология невротических конфликтов соответствует наиболее распространенной типологии неврозов. Выделяемым по клиническим проявлениям неврастении, истерическому неврозу и неврозу навязчивых состояний соответствуют неврастенический (между требованиями к себе и собственными возможностями), истерический (между собственными завышенными притязаниями и реалиями окружающей среды) и психастенический (между конкурирующими личностными тенденциями) типы конфликта.

Практическая часть работы включила исследование самоотношения с помощью батареи экспериментально психологических тестов у 45 испытуемых, из которых 15 — пациенты дневного стационара психиатрической больницы с установленным диагнозом невротического расстройства, а 30 — здоровые люди контрольной группы. Возраст испытуемых составил 22–38 лет. Были использованы следующие диагностические методики: 1) тест «Я-реальное, я-идеальное» С.А. Будасси; 2) опросник «Уровень внутриличностной конфликтности» А.И. Шипилова; 3) методика диагностики полимотивационных тенденций в «Я-концепции» личности С.М. Петрова; 4) методика исследования межличностных отношений Горовица. Следует отметить, что все выявленные в работе различия в показателях между двумя группами были достоверными.

У более чем половины здоровых людей в тесте «Я-реальное, я-идеальное» С.А. Будасси была

выявлена средняя адекватная самооценка, у остальных — высокая адекватная и высокая неадекватная. Лиц с низкой самооценкой выявлено не было, в то время как в ситуации в группе пациентов с неврозом была обратной: ни у кого из них не было обнаружено высокой самооценки, лишь у трети она была средней, в то время как у большинства — низкой. При исследовании внутриличностной конфликтности у всех здоровых людей ее уровень был низким и крайне низким, в то время как у пациентов с неврозом — преимущественно высоким и сверхвысоким (средний уровень выявлен только у пятой части пациентов, низкий — ни у одного).

Исследование полимотивационных тенденций в «Я-концепции» личности С.М. Петрова показало, что доминирующими тенденциями у здоровых являются эгоцентрическая и трудовая. У пациентов с неврозом — нравственная и избегания неприятностей. При анализе межличностных отношений по методике Горовица было выявлено, что у подавляющего большинства здоровых людей (90%) уровень трудностей в межличностном общении низкий. Обследование пациентов с невротическим расстройством снова продемонстрировало обратную ситуацию: у 77% был выявлен высокий уровень трудностей в межличностных отношениях и только у 33% — средний.

Таким образом поставленная в начале работы о гипотеза о наличии особенностей в отношении к себе у людей с невротическим внутренним конфликтом подтвердилась. Полученные данные могут быть использованы в практической деятельности психолога и психотерапевта с целью дифференциальной диагностики, определения задач и составлении плана психотерапии.

Список литературы

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Мир, 1995. 165 с.
2. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология. — М.: ЮНИТИ, 1999. — 551 с.
3. Асатиани, М. Н. Психотерапия невроза навязчивых состояний. Руководство по психиатрии. [Текст] /Под ред. В. Е. Рожнова. - Ташкент, 1985.
4. Березин Ф.Б., Социально - психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах. М.: «Журнал невропатологии и психиатрии», 1994 г. — 38. — 43 с.
5. Быков К.М. Развитие идей советской теоретической медицины, в кн.: Достижения советской медицинской науки за 30

- лет, М., 1947.
6. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. [Текст] — СПб.: Питер, 2001. — 304 с.
 7. Гринуюлд, Д. Базовые принципы гештальттерапии / Гештальттерапия. Теория и практика. [Текст] / Пер. с англ. — М. Апрель пресс, 2000, 320 с.
 8. Кайдановская, Е. В. Групповая психотерапия при неврозах. [Текст] /Сб. научн. трудов Института им. В. М. Бехтерева. — Л., 1982. — Т 100.
 9. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М: Медицина, 1980.
 10. Климчук В. А. Тренинг внутренней мотивации. [Текст] / СПб.: Речь, 2005. — 76 с.
 11. Коростелева И.С., Посохов С.И. Психологический анализ невротических и психосоматических расстройств // Журнал невропатологии и психиатрии им. Кореякова С.С. — 1990. — Т. 90, вып. 5.
 12. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Просвещение, 1975. 656 с.
 13. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
 14. Маслоу А. Мотивация и личность [Текст] / А. Маслоу. СПб., 2002. — 480 с.
 15. Мертон, Р. Социальная теория и социальная структура [Текст] / Роберт Мертон. — М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. — 873 с.
 16. Мясисев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: ЛГУ, 1960.
 17. Неврозы и пограничные состояния [Текст] / Под ред. В. П. Мясисева, Б.Д. Карвасарского, А. Е. Личко. — Л., 1972.
 18. Нюнберг, Г. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов. [Текст] /Г. Нюнберг - СПб., 1999.
 19. Павлов И. П.. Полное собрание сочинений Т. IV [Текст] / — М. — Л., 1951, С. 429.
 20. Перлз Ф. Гештальт-подход. Свидетель терапии. [Текст] — Пер. с англ. — М.: Изд-во института психотерапии, 2001. — 224 с.
 21. Польстер Ирвин, Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики [Текст] / Пер. с англ. А.Я. Логвинской. — М.: Независимая фирма «Класс», 2011.
 22. Свядощ, А. М. Неврозы. — Издание второе, переработанное и дополненное. — М., 1982
 23. Смулевич А.Б. Расстройства личности. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 421.
 24. Собчик Л.Н. , Психология индивидуальности . СПб. : «Речь» 2003 г. — 1056 с
 25. Франкл В. Человек в поисках смысла - М.: Прогресс, 1990.
 26. Фрейд З. "Введение в психоанализ" Лекции (Общая теория неврозов), С. — П. 1997г.
 27. Хорни К. Наши внутренние конфликты. СПб «Питер» 2005.
 28. Хорни К. Психология Женщины. Невротическая личность нашего времени. СПб.: Нева, 1997. 496 с.
 28. Шутц У. Радость. Расширение человеческого сознания. — М.: Эксмо, 2003. — 325 с.
 30. Юдин Т.И. Психопатические конституции. — М.: Эксмо, 2001. — 368.
 31. Юнг К.Г. Очерки по Аналитической психологии, Тэвистокские лекции: Теория и практика. — Минск, 2003 г.

Психолингвистический анализ в диагностике и коррекции обсессивно-компульсивных расстройств

Дубровина П.П.

Психолингвистическая парадигма на сегодняшний момент является одной из наиболее перспективных в современной психотерапии. В то же время, расстройства, сопровождаемые обсессивно-компульсивной симптоматикой, с одной стороны, достаточно распространены, а с другой, зачастую резистентны к терапии. В связи с этим поиск новых диагностических критериев и эффективных способов лечения представляет практический интерес. Данная работа представляет собой теоретическое рассмотрение на основе литературных источников проблемы диагностики и коррекции расстройств обсессивно-компульсивной группы (невротическое расстройство, личностное расстройство), а также психастенической акцентуации характера, методами психолингвистики.

Любой психотерапевтический сеанс собственно психотерапии является языком. В представляет собой коммуникативный акт, при психотерапии любого направления этом главным инструментом диагностики и лингвистические приемы используются на

практике регулярно, но зачастую неосознанно, интуитивно. В целом лингвистическая база психотерапии разработана недостаточно.

Речь можно рассматривать как доступное наблюдению и анализу поведение, особенности которого могут быть использованы в постановке диагноза путем соотнесения с особенностями, характерными для речи больных определенной нозологической группы (психиатрическая лингвистика). Важное значение при этом имеет поиск способов исключения субъективности оценки, который в настоящее время ведется активно, но пока прикладных исследований по использованию лингвистики в диагностике (а следовательно, и доказательной базы) также недостаточно. Тем не менее в литературе особенности речи пациентов разных клинических групп упоминаются часто.

Анализ речи, произведенных человеком текстов позволяет лучше понять его личностные характеристики («языковая личность»). Лингвистические характеристики пациентов можно оценивать и в динамике терапии, что, к примеру, было приведено в работе М.Б. Ремесло. Она проанализировала тексты устных высказываний 80 пациентов с неврозами (в т.ч. 30 пациентов с неврозом навязчивых состояний), выявив у всех больных, по сравнению со здоровым, более высокий коэффициент пассивного залога, значительно более высокий коэффициент эмболии, более низкий коэффициент словарного разнообразия, а также большее количество слов и предложений (повышенная речевая продукция). Различия были выявлены и в семантических полях (например, связь слова «труд» с категорией «социальные отношения» у здоровых и с категорией «долженствование» — у пациентов с неврозом). В ходе лечения речевые характеристики больных приближались к речевым характеристикам здоровых. Следует отметить, что положительные изменения всех речевых характеристик в ходе лечения у пациентов с неврозом навязчивых состояний были наименее выраженными. В целом из особенностей речи пациентов с невротическими расстройствами другие авторы отмечают также изменение стратегии смыслообразования, особое семантическое кодирование сенсорной

информации, негативные семантические ассоциации (коннотации) и склонность к интроекции в восприятии окружающего мира, размывание границ семантического поля, увеличение объема речепродукции, интенсификацию и пролонгацию процесса означивания в ситуации поиска слова. Из особенностей речи пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством (неврозом или расстройством личности) по данным литературы можно отметить склонность использовать сослагательное наклонение («хотел бы», «сделал бы»), слова, отображающие субъективную модальность неуверенности («может быть», «наверное»), интерпретацию сопровождающих эмоции мыслей вместо непосредственного описания переживаний («я думаю, что я чувствовал»), тенденцию к тщательному подбору слов для выражения своих мыслей (а следовательно, к замедлению речи). Одним из характерных симптомов является навязчивое повторение слов, фраз, молитв, текстов как непосредственном симптоме заболевания.

Особенности речи лиц с психастенической акцентуацией также описаны различными исследователями. Одной из наиболее ярких работ является диссертация Д.А. Душутиной, где произведено вычленение из речи испытуемых характерных фразеологических и лексических единиц, отображающих позитивные (умение брать на себя ответственность, исполнительность) и негативные (плохое настроение, уныние, грусть; страх, паника; тревога, неуверенность, скованность, стыд; замкнутость, отчужденность; гипертрофированная нерешительность; руминации; гипертрофированная вина и ответственность) черты этих личностей.

Как уже было сказано, помимо прикладного психодиагностического аспекта, лингвистика включает в себе прикладной психотерапевтический аспект. При этом любая психотерапевтическая парадигма имеет свою форму дискурса: даже если нет прямого указания на использование лингвистических средств, они в любом случае используются (к примеру, замена «я должен» на «я предпочитаю» в работе с когнитивными искажениями в КПТ). Современный

непосредственно лингвистический подход создан на базе суггестивной лингвистики и метода вербальной мифологизации и инициации личности (И.Ю. Черепанова, С.И. Быков, А.В. Кылосов). В отношении пациентов с неврозом навязчивых состояний этот метод оказался менее действенным, однако причины возможных затруднений и перспективы повышения эффективности требуют дальнейших исследований.

В качестве итога данного теоретического обзора можно поставить вопросы, получение ответов на которые несло бы в себе значительную практическую пользу. В ходе

исследований важно выяснить: как отличается речь пациента с обсессивно-компульсивными проявлениями на уровне акцентуации, невротического расстройства и личностного расстройства; каковы количественные характеристики речи таких пациентов и как они изменяются в ходе лечения; существуют ли кросс-культурные особенности речи пациентов с ОКР, а также особенности устных и письменных текстов; как, используя методы лингвистического анализа и приемы лингвистической психотерапии, диагностировать и лечить эти расстройства наиболее эффективно.

Список литературы

1. Ахмерова Л.Р. Способы вербализации душевного состояния в психотерапевтическом дискурсе// Учёные записки Казанского университета. 2009. Т. 152, кн. 6. — С. 180–187.
2. Бек А., Фримен А. Когнитивная терапия расстройств личности. — СПб.: «Питер», 2019. — 448 с.
3. Белянин В.П. Основы психолингвистической диагностики. — М.: «Тривола», 2000. — 248 с.
4. Булюбаш И.Д. Я тебя слышу. Феномены языка и речи в практике гештальт-терапевта. — Самара: «БАХРАХ-М», 2007. — 272 с.
5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика. — СПб.: «Академия», 2003. — 736 с.
6. Додонова Н.А. Диагностическое значение лексико-семантических и морфологических особенностей речи больных неврозом: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04/НИПНИ им.В.М. Бехтерева. — Л., 1989. — 21 с.
7. Додонова Н.А. О возможности использования метода контент - анализа речевой продукции для диагностики больных неврозами//Проблемы совершенствования медицинской помощи населению г. Ленинграда. —Л. 1988.
8. Душутина Д.А. Фразеосемантическое поле психастеноидной акцентуации личности. Дисс. канд. фил. наук. [Место защиты: Московский государственный областной университет]. — М., 2006.
9. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Чудова Н.В., Кузнецова Ю.М., Пенкина М.Ю., Минин А.Н., Станкевич М.А., Смирнов И.В., Любавская А.А. Лингвистические особенности текстов людей с разным психическим статусом// Психологические исследования. — 2018. — Т. 11, №61.
10. Калина Н.Ф. Лингвистическая психотерапия. — Киев: «Ваклер», 1999. — 105 с.
11. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
12. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: «Питер», 2000. — 1019 с.
13. Корабельникова Е.А. Психолингвистическое исследование сновидений детей и подростков с невротическими расстройствами// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1999. — № 1. — С. 18–21.
14. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография. — Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. — 448 с.
15. Кылосов А.В. Применение модели языковой личности в психотерапии//Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины: материалы всерос. научной конф. — Пермь, 2005. — С. 252–254.
16. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. — СПб.: «Питер», 2020. — 656 с.
17. Лоскутова А.С. Типы личности студентов и специфические для них характеристики речевой деятельности // Вестник РУДН, серия Психология и педагогика. — 2011. — № 1. — С. 88–90.
18. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. — М.: «Класс», 2015. — 592 с.
19. Пашковский В.Э. Психиатрическая лингвистика. — СПб.: «Наука», 1994. — 160 с.
20. Ремесло М.Б., Назыров Р.К. Клинико-лингвистические характеристики больных неврозами и их динамика в процессе психотерапии. Дисс. канд. мед. наук. [Место защиты: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию]. СПб., 2007.
21. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. — М.: МЕДИЦИНА, 1971. — 301 с.
22. Уинстон С., Сейф М. Избавление от навязчивых мыслей. Руководство по преодолению стресса и тревоги с помощью когнитивно-бихевиоральных психотехник. — СПб.: Весь, 2019. — 240 с.
23. Ушакова Т.Н. Методы исследования речи в психологии// Психологический журнал 1986. — № 3. — С. 39.
24. Шапиро Д. Невротические стили. — Институт общегуманитарных исследований, 2016. — 224 с.

25. Шаховский В.И. Язык и эмоции в аспекте лингвокультурологии. — Волгоград: ВГПУ «Перемена», 2009. — 170 с.
26. Шванцара Й. Диагностика психического развития. — Прага, 1978. — 388 с.
27. Черепанова, И. Ю. Вербальная суггестия: теория, методика, социально-лингвистический эксперимент: автореф. дис. ... д-ра филол. наук. — М., 1996. — 50 с.
28. Clark D.A. Cognitive-behavioral therapy for OCD. — The Guilford Press, 2007. — 337 p.
29. Grant J. E., Chamberlain S., Odlaug B.L. Clinical guide to obsessive compulsive and related disorders. — Oxford university press, 2014. — 273 p.
30. Kantor M., MD. Obsessive-compulsive personality disorder. — Praeger, 2016. — 302 p.
31. Mancini F. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. — Routledge. — 437 p.
32. Reghunandan S., Fineberg N.A., Stein J. Obsessive-compulsive and related disorders. — Oxford university press, 2007. — 161 p.
33. Rego S.A. Treatment plans and interventions for obsessive-compulsive disorder. — The guildord press, 2016. — 241 p.
34. Searle J. (1980) The background of meaning. Speech Act Theory and Pragmatics. — Dordrecht: D.Reidel Publishing Company, 1980.
35. Shapiro D. Speech characteristic of Rigid characters/D. Shapiro// Language and Style. — 1977. — Vol. 10 (4). — P. 262–269.

Когнитивно-поведенческая терапия: содержание метода и особенности применения при шизофрении

Евдокимов Ю.А.

Шизофрения — распространенное (около 1% популяции), чаще всего прогредиентное заболевание, сопряженное для пациента с тяжелыми социальными последствиями, в связи с чем крайне актуальны разработка и внедрение эффективных лечебных и реабилитационных подходов. Несмотря на значительный вклад нейробиологических факторов в развитие и рецидивирование болезни, важным компонентом лечения и реабилитации людей, страдающих данным расстройством, выступает работа с психологической составляющей, широкие возможности для которой предоставляет когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). Исследования метода при работе с шизофренией показывают, что повышение способности к переоценке своего опыта, коррекции ошибочных или неадекватных ситуации убеждений и ложных интерпретаций в процессе психотерапии связаны с клинически достоверным снижением выраженности как позитивной, так и негативной симптоматики. В Российской Федерации КПТ больных с эндогенными психическими расстройствами на данный момент не получила широкого распространения. В отечественной литературе есть лишь единичные работы, посвященные когнитивно-поведенческому подходу в реабилитации больных шизофренией. Особенно скудно освещена КПТ острых психотических симптомов – бреда и галлюцинаций. Потребность же в практическом использовании данных программ, ввиду их научной обоснованности, воспроизводимости и структурированности, очень высока.

Данная работа призвана систематизировать данные по особенностям применения КПТ при шизофрении, что позволит эффективно использовать эти знания как в непосредственной работе психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, так и при повышении квалификации специалистов указанных категорий.

В 60-х годах XX века Аарон Бек и Альберт Эллис параллельно и независимо друг от друга разработали очень схожие между собой когнитивную и рационально-эмоциональную терапию — метод краткосрочной

структурированной психотерапии. К настоящему моменту когнитивно-поведенческая терапия имеет статус «системы психотерапии», поскольку имеет собственную теорию личности, теорию развития психопатологии и четко разработанный, эмпирически подтвердивший свою эффективность инструментарий. Метод был адаптирован для работы с широким спектром расстройств и проблем. Терапевтический процесс направлен на выявление убеждений человека и паттернов мышления, лежащих в основе его проблем. Этот эффект достигается с

помощью техник постановки вопросов и поведенческих экспериментов. Техники, направленные на вызывание эмоций, развитие мотивации, и экспериенциальные техники активизируют новые феноменологические переживания и чувства и потому также играют важную роль в процессе терапии.

Шизофрения — тяжелое психотическое расстройство, характеризующееся значительными нарушениями в области мышления (как формального, так и содержательного), восприятия, эмоций, поведения и когнитивных функций. Как правило, она приносит индивиду существенное нарушение не только в области психического здоровья, но в социальной и профессиональной областях. Распространенность шизофрении составляет 1–1,5 % независимо от расы, пола и культуры. Точная этиология шизофрении неизвестна, нет единого мнения о том, является ли она отдельной нозологией или группой расстройств. В рамках модели КПТ обычно используется стресс-диатезная модель Зубина и Спринга, предполагающая генетически обусловленную уязвимость к развитию заболевания под влиянием различных стрессовых факторов.

Еще до начала эры нейролептической терапии больных шизофренией пытались лечить психотерапевтическими методами. Психодинамические направления часто выдвигали интересные теоретические объяснения психотических симптомов, но в области терапевтической эффективности оказались неуспешными (рандомизированные контролируемые исследования 1990-х годов также показали отсутствие или минимальную эффективность долгосрочной индивидуальной динамической психотерапии). Поведенческие программы оказались более действенными: с помощью «жетонной системы», например, удалось повлиять на поведение пациентов, страдающих хронической шизофренией в закрытых психиатрических отделениях. Успешными были программы, направленные на развитие и подкрепление индивидуальных навыков ухода за собой (мытье, одевание, прием пищи), социальных навыков (способность первому начать разговор, попросить другого человека о чем-либо, найти себе друзей и работу, решать свои вопросы в различных государственных организациях и т.д.), а также программы семейной психотерапии.

В 1990-е гг. при шизофрении стали применять методы когнитивной терапии, оказывающие влияние на продуктивные симптомы — слуховые галлюцинации и бред. Еще одно направление — программы когнитивной реабилитации, направленные на улучшение внимания и дифференциации раздражителей. Говоря о КПТ, следует отметить, что с ней не может сравниться ни один другой психотерапевтический подход в области шизофрении с данными программами, если речь идет об их проработке и доказанной эффективности (она подтверждена в целом ряде метаанализов).

Направления использования КПТ при шизофрении можно разделить на три основные группы: когнитивная коррекция или реабилитация, которая стремится содействовать преодолению нарушений процессов обработки информации; использование когнитивных и поведенческих техник в помощь адаптации и восстановлению от психоза (техники, ориентированные на оптимизацию социального познания, тренинги социальных навыков, комплаенс-терапию, когнитивноориентированную терапию ранних психозов); воздействие на клиническую симптоматику. Когнитивная психотерапия применительно к шизофрении, конечно, отличается от таковой в отношении пациентов с депрессией или тревожными расстройствами. Методы изменены вследствие как особенностей заболевания (например, наличия когнитивных дисфункций), так и из-за вторичных эффектов (стигматизация, социальные потери), но многие ключевые моменты сохраняют свое значение. Это развитие терапевтических отношений, достижение альтернативного объяснения проявлений расстройства, снижение влияния продуктивных и негативных симптомов, повышение приверженности к лечению через использование иных моделей болезни. Важно подчеркнуть, что никто из авторитетных исследователей не склонен рассматривать когнитивную терапию при шизофрении как альтернативу медикаментозному лечению. Она лишь некоторое существенное его дополнение.

Ранее предполагалось, что продуктивные симптомы, такие как бред и галлюцинации, можно лечить только медикаментозно. Однако медикаментозное лечение не всегда препятствовало рецидиву симптоматики даже при хорошем комплаенсе, сопровождалось порой тяжелыми побочными эффектами, не говоря уже о том, что оно отрицательно

принималось некоторыми пациентами, поэтому в ряде случаев трудно было рассчитывать на его длительное применение. В связи с этим на конференции в Ливерпуле в 1991 году были сформулированы новые принципы подхода для психотерапии острого психоза, цель которого сфокусировалась на управлении, смягчении и удалении отдельных психотических симптомов (а следовательно, на облегчении страдания пациентов, повышении их самооценки и улучшении качества их жизни), а не на лечении шизофрении.

Коррекцию бреда и галлюцинаций методами КПТ проводят в несколько этапов: 1) создание и установление терапевтических отношений; 2) обучение методам, позволяющим лучше управлять психотическими симптомами; 3) создание общей модели возникновения и поддержания психических расстройств (болезни); 4) оспаривание бредовых убеждений, а также убеждений в отношении голосов и других симптомов; 5) оспаривание основных дисфункциональных убеждений (схем) о самом себе и о других людях; 6) обеспечение новых способов решения проблем, самостоятельности пациента.

В настоящий момент предполагается, что классическая концепция бреда, согласно которой бредовые убеждения не могут быть изменены с помощью психологических средств (т.е., что обсуждение с пациентом его бредовых убеждений в лучшем случае бесполезно, а в худшем, вредно), ошибочна. Наоборот, обсуждение с пациентом его бредовых убеждений и обстоятельств, при которых они возникли, и предложение альтернативных объяснений развития психотических симптомов — ключевой шаг в лечении бреда.

Выделены основные предпосылки для успешной психотерапии бреда: 1) эмпатическое, чуткое, теплое, открытое и безоговорочно принимающее отношение терапевта; 2) опыт работы с психотическими пациентами и знание психотических симптомов; 3) точное словесное выражение и последовательность проявления (ко всем утверждениям пациента терапевт должен относиться не предвзято, а как к возможности, которая должна быть рассмотрена совместно); 4) согласие в том, что терапевт и пациент могут расходиться во мнениях; 5) умение тактически отступить (если пациента слишком беспокоит определенная тема, целесообразно успокоить его, сказав, что к этой теме можно вернуться

позже); 6) готовность терапевта принять поток психотического материала; 7) базирование на когнитивной модели психики (объяснение пациенту, как его эмоции и поведение бывают вызваны его же мыслями и интерпретацией данной ситуации, а поскольку мысли и интерпретация можно изменить можно изменить и чувства, а также действия в данной ситуации). В процессе терапии пациент должен осознать, что свои мнения можно критически рассматривать как гипотезы, которые в конкретном случае могут не быть правдой. Поскольку все могут ошибаться, необходимо совместно с пациентом рассмотреть вопрос о другой возможной оценке, и, возможно, другая оценка ситуации или самого себя приведет к тому, что пациент будет чувствовать себя лучше. Во время терапии пациент должен постепенно прийти к выводам, что он в состоянии признать, что бредовое убеждение — это его мнение, а не бесспорный факт; что его убеждение — реакция на определенные события в его жизни и выражение усилий придать им смысл; что эти убеждения вызывают в нем эмоциональные и другие жизненные переживания; и что существуют и другие возможные объяснения, которые придают смысл его жизненному опыту и которые, в то же время, не вызывают в нем таких эмоциональных и жизненных проблем.

В качестве конкретных методов работы с бредом используют вопросы о менее важных составляющих бреда (например, не сразу оспаривают убеждение пациента, что за ним следят, но ставят под сомнение количество, намерения и силу тех, кто за ним наблюдает), поиск альтернативных объяснений (возможно ли иначе интерпретировать факты, которые пациент использует в поддержку своих бредовых убеждений), тестирование реальности (существуют ли другие возможности объяснения фактов, которые пациент фиксирует в качестве подтверждающих убеждения), исследование эмоционального значения бреда (смягчение сильных эмоций, таких как страх, гнев, злость, депрессия и ощущение беспомощности, смягчает и последствия бредовых убеждений в жизни пациента), рассмотрение и изменение когнитивных схем, связанных с бредом (основа возникновения бреда часто связана с самооценкой пациента и с посягательством на его важные личные ценности).

Если бред в рамках когнитивно-поведенческого анализа рассматривается в качестве

когнитивных процессов, то слуховые галлюцинации, «голоса», считают возбудителями. Они вызывают у пациента последующие когнитивные процессы: он каким-либо образом оценивает свои голоса, думает о них, занимает по отношению к ним определенную позицию, что приводит к определенной эмоциональной реакции и внешнему поведению. Цель КПТ при этом заключается в смягчении негативного влияния «голосов» на жизнь пациента посредством изменения его отношения к ним — он перестает верить в них, понимает, что они никак не смогут ему повредить и управлять им, вследствие чего изменяется его дальнейшее поведение и эмоции, вызванные этими «голосами».

Среди методов КПТ, используемых в терапии слуховых галлюцинаций, следует отметить: отвлечение внимания от галлюцинаций (с

помощью аудиозаписей, разговора, планирования деятельности и т.д.), обращение внимания на галлюцинации (начиная от количества «голосов», тона и заканчивая их смыслом в жизни пациента), рассмотрение значения голосов (на данном этапе терапии пациент учится не поддаваться этим голосам, а реагировать на них более спокойно, не повиноваться, а игнорировать их).

Анализ 13 рандомизированных контролируемых исследований больных шизофренией с участием более 1300 человек показал, что КПТ приводит к редукции психотических симптомов и связанного с ними дистресса в 20–40% случаев и помогает 50–60% больных. В связи с этим внедрение программ помощи пациентам шизофренического спектра методами КПТ в отечественные клиники будет очень полезно.

Список литературы

1. Бабин С. М. Психотерапия психозов: практическое руководство. — СПб.: СпецЛит, 2011. — 335 с.
2. Бек Джудит. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям — СПб.: Питер, 2020. — 416 с.
3. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. — СПб.: Питер, 2021. — 400 с.
4. Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом // Российский психиатрический журнал. — 2011. — №4. — С.45–50. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivno-povedencheskaya-psihoterapiya-bolnyh-s-paranoidnym-bredom>
5. Еричев А.Н., Шмонина О.Д., Клайман В.О. Шизофрения: современные представления об этиопатогенезе и возможности когнитивно-поведенческой психотерапии // Вестник Русской христианской гуманитарной академии. — 2015. — Т.16. — № 3. — С.385–391. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/shizofreniya-sovremennye-predstavleniya-ob-etiotopatogeneze-i-vozmozhnosti-kognitivnopovedencheskoy-psihoterapii>
6. Лихи Роберт. Техники когнитивной психотерапии. — СПб.: Питер, 2020. — 656 с.
7. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т.19. — № 4. — С. 92–104. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-kognitivnye-funktsii-pri-shizofrenii-i-sposoby-terapevticheskogo-vozdeystviya>
8. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — т.24. — №3. — С. 33–36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metakognitivnyy-trening-dlya-bolnyh-shizofreniy-i-rasstroystvami-shizofrenicheskogo-spektra>
9. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д., М.В. Миняйчева и др. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — т.25. — №1. — С. 36–44. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnyy-podhod-k-sotsialno-kognitivnym-vmeshatelstvam-pri-rabote-s-bolnymi-shizofreniy>
10. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. и коллектив. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. — 1072 с.
11. Рычкова О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — т.4. — № 17. — С. 91–105. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivno-orientirovannoe-napravlenie-v-psihoterapii-i-psihosotsialnoy-terapii-bolnyh-shizofreniy>
12. Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал. — 1993. — № 1. — С. 77–112. https://psyjournals.ru/files/25746/mpj_1993_n1_Kholmogorova_Psihoterapiya_shizofrenii.pdf
13. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — т.17. — № 4. — С. 67–77. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/programma-treninga-kognitivnyh-i-sotsialnyh-navykov-tnsn-u-bolnyh-shizofreniy>

Одиночество у женщин, анализ современного состояния проблемы, исследование факторов

Ястребова А.В.

Несмотря на то, что в последние годы отношение к фактическому одиночеству и статусу «свободна» у женщин меняется (социальные изменения способствуют тому, что женщины часто становятся счастливыми и уверенными в себе, не опираясь на длительные отношения), для многих оно все же зачастую сопряжено с дискомфортом, потерей радости или смысла в жизни. Вопрос о характере и причинах одиночества женщин является многоаспектным и требует дальнейших научных исследований. Без глубоких знаний особенностей одиночества у женщин невозможно вплотную подойти к разрешению проблем, связанных с негативным переживанием этого состояния. Данная работа была направлена на выявление психологических особенностей переживания чувства одиночества у женщин с разными семейными статусами. Практическая ценность ее заключается в том числе в выделении психотерапевтических мишеней, воздействие на которые может помочь в преодолении негативных переживаний в связи с одиночеством в ходе психотерапии и психологического консультирования.

Чувство одиночества у женщин, представляющее собой эмоциональное состояние, связанное с отсутствием близких положительных эмоциональных связей с людьми и/или со страхом их потери в результате вынужденной или имеющей психологические причины социальной изоляции, — одна из основных социально-психологических проблем современности. Причем речь идет не только о женщинах, не состоящих в браке, но и о формальном одиночестве, когда женщина, имея мужа и детей, чувствует себя одинокой.

Причин женского одиночества великое множество. Среди наиболее распространенных чаще всего отмечают поведение, манеры общения, неуверенность в себе, внешность, образ жизни, характер и т.д. Однако исследований по данной теме сравнительно немного, и единый взгляда на данный феномен в литературе отсутствует.

Следует отметить, что в последние годы отношение к фактическому одиночеству, особенно у женщин, меняется. Если раньше оно было только негативным и нежелательным, то сейчас — не только отрицательным, но и положительным. Женщины быстро привыкают к плюсам статуса «свободна», и многие со временем находят его более выгодным, чем длительные отношения, что делает их счастливыми и уверенными в себе. Это связано, в числе прочего, с возросшей социальной активностью женщин. Преобразования российской экономики, развитие малого бизнеса дали женщинам возможность обнаружить в себе потенциал для раскрытия

экономической инициативы, значительно расширить свои социальные функции, занять иное положение в социуме. Участие женщин в бизнесе на сегодняшний день является одним из главных способов реализовать себя в жизни и, помимо материального положения, определить положение социальное, а также круг друзей и знакомых. То есть на данном этапе успешное построение карьеры или ведение бизнеса рассматриваются в современном обществе как ценность, определяющая жизненный успех и счастье для многих женщин.

Одиночество оказывается проблемой в том случае, когда потребность в близких доверительных отношениях становится значимой, но не реализуется по каким-либо причинам. И в этом случае одиночество приносит дискомфорт, обуславливает потерю радости или смысла в жизни. Выделяют различные типы отношения к одиночеству (позитивный, негативный), занимаемой в связи с ним позицию (активную, пассивную) и выбора способа преодоления состояния, либо ухода в реактивное состояние, что не всегда способствует повышению качества жизни.

Таким образом, вопрос о характере и причинах одиночества у женщин является многоаспектным и требует дальнейших научных исследований. Без глубоких знаний об особенностях женского одиночества невозможно вплотную подойти к разрешению проблем, связанных с негативным переживанием этого состояния.

Феномен одиночества у женщин как предмет

эмпирического психологического исследования представлен в трудах как зарубежных (Т. Джонсон, У. Садлер, Ф. Фромм-Рейхман, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, В. Франкл), так и отечественных (К. А. Абульханова-Славская, И.С. Кон, С.Г. Корчагина, Е.К. Крупник, Н.П. Романова, Н.В. Хамитов, А.У. Харащ) исследователей. При этом большинство работ представлено в рамках динамического и экзистенциально-гуманистического направлений, в связи с чем возникает вопрос об изучении взаимосвязей иррациональных установок, социальной активности и чувства одиночества у женщин. Таких исследований достаточно мало, они носят фрагментарный и зачастую противоречивый характер, что и обусловило выбор темы данной работы.

Целью исследования было выявить психологические особенности переживания чувства одиночества у женщин с разными семейными статусами. Задачи исследования включали изучение основных теоретических подходов к проблеме одиночества в психологической литературе, анализ психологических особенностей переживания чувства одиночества у женщин с разными семейными статусами и изучение взаимосвязи чувства одиночества у женщин с другими психологическими показателями.

В качестве гипотезы было принято, что выраженность чувства одиночества определяется функционированием когнитивной и поведенческой сфер личности.

Результаты проведенного исследования могут быть полезны в практической психотерапевтической работе с женщинами с чувством одиночества, в сфере супружеского консультирования, а также при разработке и внедрении программ психологического сопровождения семей.

В исследовании приняли участие 50 женщин в возрасте от 26 до 44 лет с разными семейными статусами. В процессе проведения исследования были использованы теоретический анализ литературы по проблеме исследования, клинико-психологический (полуструктурированное интервью, беседа и наблюдение), психометрический и статистический методы.

В качестве психометрических методик применялись:

- полуструктурированное интервью;
- методика диагностики иррациональных

установок А. Эллиса;

- методика диагностики типа поведенческой активности Л. И. Вассермана и Н. В. Гуменюка;
- методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона.

Эмпирическое исследование включало три этапа: подготовительный, этап непосредственного проведения исследования и этап анализа полученных результатов.

На подготовительном этапе был проведен анализ научно-методической и специальной литературы по проблеме исследования. На этом же этапе была определена область исследований, предварительно сформулированы гипотеза, цель и задачи, разработаны программа и структура исследования, подобраны методы и методики, сформирована выборка.

Результаты исследования показали, что феномен одиночества сложен и многогранен, и на сегодняшний день конкретной, универсальной теории и определения данного понятия нет, поскольку одиночество каждый человек переживает по-своему. В своей работе мы под одиночеством будем понимать социально-психологическое явление, которое характеризуется глубоким субъективным эмоциональным переживанием, связанным с отсутствием близких положительных эмоциональных связей с людьми и/или со страхом их потери в результате вынужденной или имеющей психологические причины социальной изоляции. Субъективные и объективные причины этого состояния тесно связаны и взаимозависимы, полностью разграничить их практически невозможно.

Оценка выраженности чувства одиночества показала средний уровень показателя ($14,09 \pm 0,89$), не зависимо от семейного статуса и степени социальной активности женщин, а также других социально-демографических показателей.

Выявленные взаимосвязи между отсутствием таких иррациональных установок, как катастрофизация ($r_s=0,82$; $p<0,001$), долженствование в отношении себя ($r_s=0,61$; $p<0,001$) и долженствование в отношении других ($r_s=0,35$; $p=0,013$), фрустрационной толерантностью ($r_s=0,55$; $p<0,001$), рациональностью мышления ($r_s=0,76$; $p<0,001$) и поведенческой активностью указывают на то, что иррациональные установки снижают социальную активность и способствуют сокращению круга общения и интенсивности

коммуникации. Выявлена взаимосвязь между выраженностью долженствования в отношении других и чувством одиночества ($r_s=0,32$; $p=0,024$).

В результате исследования предложены следующие «мишени» для психотерапевтической работы.

- Низкая фрустрационная толерантность и склонность к усилению негативных переживаний.
- Чрезмерно высокие ожидания в отношении окружающих и тенденция решать проблемы внутренней неудовлетворенности, сопряженной с доминированием чувства опустошенности и одиночества, за счет активного привлечения и использования других лиц.
- Чрезмерное долженствование и требования в отношении себя, снижающее социальную

активность, низкая способность к рефлексии.

Одиночество превращается в проблему, когда сопряжено с дискомфортом, потерей радости или смысла в жизни. Различные типы отношения к одиночеству (позитивный, негативный) обуславливают занимаемую женщинами позицию (активную, пассивную) и предполагают выбор способа преодоления состояния, либо ухода в реактивное состояние.

Таким образом, вопрос о характере и причинах одиночества женщин является многоаспектным и требует дальнейших научных исследований. Без глубоких знаний особенностей одиночества у женщин невозможно вплотную подойти к разрешению проблем, связанных с негативным переживанием этого состояния.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология. — М.: Аспект Пресс, 2014. — 364 с.
2. Гасанова П.Г., Омарова М. К. Психология одиночества. — Киев, 2017. — 76 с.
3. Дьяченко И.А. Социально-психологические факторы переживания одиночества в пожилом возрасте: дисс. ...канд. психол. наук. — СПб., 2014. — 134 с.
4. Корчагина С.Г. Генезис, виды и проявления одиночества: монография. — М.: МПСИ, 2005. — 195 с.
5. Леонтьев Д.А. Экзистенциальный смысл одиночества // Экзистенциальная традиция: Философия, психология, психотерапия. — 2011. — № 2 (19). — С. 101–108.
6. Мельничук А.С. Иррациональные убеждения о межличностных отношениях как фактор одиночества у студентов // Акмеология. — 2018. — № 3 (67). — С. 34–38.
7. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства (ДОПО-3) // Психология. Журнал Высшей школы экономики. — 2013. — Т. 10. — № 1. — С. 55–81.
8. Осницкий А.К. Проблемы исследования субъектной активности. // Вопросы психологии. — 2008. — № 1. — С. 5–9.
9. Покровский Н.Е., Иванченко Г.В. Универсум одиночества: социологические и психологические очерки. — М.: Логос, 2008. — 417 с.
10. Романова Н. П. Социально-философский анализ феномена одиночества // Вестник ЧитГУ. — 2010. — № 1. — С. 142–148.
11. Слободчиков И.М. Переживание одиночества с позиций культурно-исторической психологии Л.С. Выготского // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. — 2008. — № 3. — С. 32–42.
12. Цветкова Н. Личностные особенности одиноких женщин обращающихся за психологической помощью // Женщина в российском обществе. — 2014. — № 3. — С. 10–17.
13. Янг Дж. Одиночество, депрессия и когнитивная терапия: теория и её применение // Лабиринты одиночества / пер. с англ.; ост., общ. ред. и предисл. Н.Е. Покровского. — М.: Прогресс, 1989. — С. 552–590.



Ленинградская школа психотерапии и личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия по Карвасарскому, Таилюкову, Исуриной (ЛОРП) является основным психотерапевтическим методом Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии и дальнейшим развитием патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева. ЛОРП была создана в конце прошлого столетия. В разработке этого, пожалуй, лучшего психотерапевтического метода принимала участие большая группа специалистов из России и других стран. Руководил группой выдающийся отечественный психотерапевт и медицинский психолог Борис Дмитриевич Карвасарский, в течение многих лет бывший главой Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии. Носители метода — ученики и последователи Б.Д. Карвасарского. Одним из них является и ректор нашего Института, Равиль Каисович Назыров. Создание, описание и доработка метода осуществляют и в настоящее время, в том числе нашим Институт.



Личностно-ориентированная реконструктивная терапия невротических расстройств. Конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение в личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии

Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия (ЛОРП) — основной метод Ленинградской (Петербургской) школы психотерапии. Часть авторов относят метод к динамическому направлению, часть — считают интегративным. Становление ЛОРП происходило в 1970-х годах. Это самостоятельный метод, имеющий собственные концепции личности, патологии и системы помощи.

1. Личность с позиции ЛОПР — это система отношений индивида с окружающей средой.
2. Биопсихосоциальная концепция невротических расстройств подразумевает, что невроз — это прежде всего психогенное, обусловленное нарушением значимых для личности отношений заболевание.
3. Система личностно-ориентированной психотерапии включает детально разработанные индивидуальную и групповую формы (семейная форма ЛОРП находится на стадии разработки).

В парадигме ЛОРП специалисту, прежде чем проводить психотерапию, необходимо в деталях разобраться в устройстве личности пациента и сформулировать гипотезу о нарушении его системы отношений.

Теория нормы в ЛОРП — это теория

отношений В.Н. Мясищева, теория патологии базируется на конфликтных характеристиках личности.

ЛОРП, да и в целом терапия невротических расстройств, изначально и по определению создавалась внутри медицинской модели. На практике это означает, что к тому моменту, когда психотерапевт начинает интервенционную работу с пациентом, он уже изучил историю его жизни и болезни, уже сформулировал для себя некоторое представление о том, что с этим пациентом происходит, и работает, прежде всего проводит конфронтацию, исходя из этой гипотезы. В модельной психотерапевтической сессии с демонстрационной целью возможно применение некоторых приемов ЛОРП «сходу». Однако в реальной практике терапевт сначала должен понять (или по меньшей мере предположить), что с пациентом, выделить факторы этиопатогенеза его расстройства и гипотетический тип конфликта, прояснить ситуацию, запустившую заболевание, и актуальную ситуацию, поддерживающую сохранение симптомов в настоящем. Только после этого специалист может начать психотерапевтическое вмешательство.

Общие цели и задачи ЛОРП:

- глубокое и всестороннее изучение личности пациента, специфики формирования,

структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;

- выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению состояния и симптоматики;
- достижение у пациента осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;
- изменение и коррекция нарушенной системы отношений пациента;
- помощь пациенту в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих, если это необходимо.

Таким образом, работа в ЛОРП начинается с изучения особенностей системы отношений пациента, продолжается помощью ему в осознании причинно-следственных связей и понимании причин болезни и заканчивается достижением необходимых изменений как в его системе отношений (т.е. в личности), так и в реальных (межличностных) отношениях.

Невротическое расстройство базируется в первую очередь на особой самооценке пациента (именно с самооценкой так или иначе связаны все типы внутриличностного конфликта). Более или менее ясное представление об этом должно появиться у пациента в ходе терапии. Помочь пациенту понять, что с ним происходит, — первый важный шаг лечения. Пациенту необходимо осознать следующее:

- сейчас он болеет, потому что оказался в субъективно сложной для себя ситуации;
- ситуация имела для него такое значение и такой смысл, что, находясь в ней, он стал испытывать выраженные неприятные переживания;

✎ Ситуация отвержения у человека с истерическим конфликтом вызывает массу вопросов к себе: «Неужели я не такой достойный человек (умный, красивый и др.), как мне казалось?», «Почему меня сопровождают провалы, неудачи, отвержения, отказы и т.д.?».

- справиться с ситуацией прямо он не смог в силу ее глубокой болезненности, поэтому для ее решения у него возник симптом на уровне первичной выгоды.

✎ Неврастеник, взваливший на себя множество дел в

разных сферах и из-за всех сил безуспешно пытающийся их одолеть, начинает думать о себе плохо («я недостойный, никчемный») и испытывать по отношению к себе много отрицательных эмоций. Симптом же позволяет избавиться от них («я не никчемный, я просто болен»).

В ходе первого, уровневого, этапа ЛОРП (10–12 встреч) пациент должен начать понимать несколько вещей. *Во-первых*, его страдание все равно сопровождается переживаниями. *Во-вторых*, страдает он не постоянно, а больше или меньше в зависимости от того, что происходит в его жизни. То есть в его жизни можно очертить некоторые типы ситуаций, которые для него являются наиболее болезненными. Ситуацию при этом следует понимать, в отличие, к примеру, от когнитивно-поведенческой психотерапии, не как локально-временной срез («еду в автобусе, вышел из автобуса»), а как определенную организацию жизни пациента, элемент его жизненного уклада, из-за которого он в конкретный момент нуждается в более выраженной актуализации симптомов. Иными словами, если продолжать метафору про автобус, суть ситуации не в том, что пациент в автобусе едет, а в том, куда или откуда (а может, к кому или от кого) этот автобус его везет. В ходе терапии пациент такие ситуации осознает, фиксирует и описывает. И при этом на каком-то этапе замечает, что подобные ситуации (отвержение, отказ, множество непосильных дел) неприятны большинству людей, но они, тем не менее, не заболевают неврозом. Поэтому, *в-третьих*, пациент должен осознать, что есть в нем самом, из-за чего он с этими ситуациями не может справиться (осознание собственного интрапсихического конфликта).

Этап осознания проводится техниками конфронтации уровнево. Это означает, что терапевт не занимается интрапсихическим конфликтом до тех пор, пока пациент не разберется с тем, что кроме симптомов есть еще и переживания, и пока он не опишет типы ситуаций, где этот конфликт актуализируется. Лишь когда все это сделано, в терапии можно осторожно перейти к непосредственной работе конфликту.

На этом этапе у опекающего, гуманистически ориентированного терапевта, пытающегося следовать за пациентом подобно тому, как это делается в психологическом консультировании, могут возникнуть сложности: следует помнить, что с пациентом с неврозом делать этого нельзя, так как он по определению не понимает, что с ним происходит.

Другая сложность, с которой может столкнуться психотерапевт динамической ориентации, заключается в том, что результат, несмотря на, казалось бы, полное осознание, отсутствует: пациент понимает, что происходит, но живет так же и страдает теми же симптомами. Здесь не хватает эмоциональной составляющей осознания. Поэтому следующий шаг — изменение и коррекция системы отношений, в том числе эмоционального компонента.

 **Женщина 40 лет в какой-то момент обнаруживает, что фактически полностью взвалила на себя заботы о семье (неврастенический конфликт). Когда ей становится совсем тяжело, происходит актуализация симптомов, она заболевает, таким образом одновременно оптимизируя собственную нагрузку и дисциплинируя других членов семьи. Все это она осознает в ходе психотерапии, но при этом задается вопросом, как быть — ведь и дети, и муж любимые, значимые, и не заботиться о них нельзя!**

У этой женщины нет эмоционального стимула для изменения характера отношений со своими близкими. Но если этот характер не менять, все продолжится так же, излечение не наступит. В этом случае терапевт может помочь ей обнаружить свои эмоции (к примеру, сказав «Вы выглядите усталой», «если бы я был на Вашем месте, я бы вообще не выдержал», «мне Вас жаль»), сделать так, чтобы она о своих эмоциях сообщила (что она обижается, злится — муж и дети, конечно, важны и любимы, но и она важна тоже). И когда появляется этот эмоциональный компонент понимания, пациент становится способным раскладывать возможные поступки на те, что ведут к здоровью, и те, что ведут обратно в болезнь. Для этой пациентки оптимизировать для себя домашние дела, даже ценой ссоры, — путь к здоровью; продолжать вязнуть в тех же отношениях и ничего не менять — путь в болезнь. По такому принципу терапевт вместе с пациентом (а в дальнейшем и сам пациент) разбирает все возможные жизненные выборы: избежать сложного разговора — в болезнь, решиться на него — к здоровью; промолчать о своих интересах — в болезнь, реализовать и проявить — к здоровью и т.д.

Некоторое облегчение у пациента может наступить уже на этапе осознания. На этапе распознавания и принятия своих разнообразных чувств ему становится еще легче. И страдание совсем отпускает, когда пациент меняет внешнее проявление своей личности.

Хороший результат терапии определяется

исчезновением симптомов: невроз — полностью обратимое заболевание, нельзя считать случай законченным, если качество жизни улучшается, а симптом остается. Вместе с тем терапевт должны обнаружить, что пациент иначе расставляет приоритеты, способен иначе рассуждать и совершать новые поступки в особо значимых отношениях.

Основная цель ЛОРП — достижение позитивных личностных изменений, а именно коррекция:

- нарушенной самооценки;
- неадекватных когнитивных, поведенческих и эмоциональных стереотипов.

Достичь этого можно решением двух задач:

- улучшив субъективное самочувствие пациента и избавив его от симптомов;
- восстановив полноценное функционирование личности.

Таким образом, с точки зрения практики применения ЛОРП, критериями успешного завершения случая должны выступать новые способы личностного функционирования (выражающиеся в том, что пациент иначе расставляет приоритеты, иначе думает, иначе чувствует и обращается со своими чувствами, иначе поступает) и исчезновение симптома. При этом особенно явно эти изменения должны проявляться в отношениях с особо значимыми людьми.

Позиция ЛОРП-терапевта на разных этапах индивидуальной психотерапии меняется. Можно выделить определенную последовательность в поведении специалиста в процессе индивидуальной ЛОРП.

1. При первой встрече он минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта.
2. Затем он увеличивает свою активность, приступая к выяснению внутренней картины болезни, к вербализации пациентом представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления.
3. Корректируя концепцию болезни у пациента, психотерапевт в партнерской позиции обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины расстройства кроются не в органических изменениях, и уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет пациенту соответствующую

информацию и выступает в роли эксперта.

4. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного.

5. Постепенно в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции болезни. Взаимоотношения терапевта и пациента углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

6. На заключительном этапе ЛОРП психотерапевт снова увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведения.

Таким образом, на первой встрече позиция терапевта почти роджерсианская: создать контакт и пространство для раскрытия переживаний. На диагностическом она более директивная, расспрашивающая. Когда начинается работа, позиция как будто бы партнерская («нахожусь рядом»), но при этом она отмечена важной ролью — терапевт лучше пациента понимает, что с ним происходит, в общем виде представляет, какие поступки ведут к здоровью и болезни. При необходимости терапевт оснащает пациента этим знанием и выступает эталоном, с которым можно сверяться. Но в тот момент, когда пациент уже начинает осознавать связь между своим страданием, жизненной ситуацией и отношениями, позиция терапевта становится партнерской по-настоящему. Потому что пациент приходит уже не с симптомом, а с проблемами, предъявляет их, ставит задачи на их решение, ставит задачи по поводу других своих неосознаваемых аспектов отношений, т.е. уже может отчасти этим процессом управлять, в то время как терапевт только его направляет. Ближе к концу терапии снова может возникнуть ситуация, когда пациент все понял, но не может совершить поступок, поскольку он для него чрезвычайно сложен — все равно что переступить через себя. И тогда позиция терапевта опять становится директивной, даже требовательной, предлагающей все-таки совершить определенные действия и перейти к

здоровью.

Таким образом, **механизмы лечебного действия ЛОРП:**

- в когнитивной сфере — конфронтация;
- в эмоциональной — принятие и корректирующий эмоциональный опыт;
- в поведенческой — три вида научения с точностью до не невротических поступков.

Когда нужно, чтобы пациент осознал, — психотерапевт его конфронтирует, когда пациенту нужно разобраться с чувствами — использует корректирующий эмоциональный опыт, а когда нужно, чтобы пациент научился по-другому себя вести, — поведенческое научение (следует отметить, что поведенческое научение в ЛОРП отличается от научения в КПТ; в ЛОРП это совместное обсуждение возможных поступков с точным определением, какой поступок ведет к здоровью, какой — к болезни).

Структура психотерапевтического процесса в ЛОРП включает следующие компоненты.

- Контакт, контракт.
- Выделение эмоционального фокуса и, если нужно, коррекция страдания.
- Конфронтация:
 - получение материала;
 - обозначение;
 - предъявление;
 - интерпретация или другая техника;
 - проработка (практические изменения в жизни);
- Корректирующий эмоциональный опыт:
 - работа с чувствами.
- Поведенческие изменения:
 - научение;
 - поддержка изменений.

Рассмотри, как все это выглядит на конкретной психотерапевтической сессии.

Прежде чем приступить к интервенции, нужно выяснить, в каком состоянии пришел пациент (ведь не исключена ситуация, что у него случилось какое-то несчастье, и в данный момент его вообще нельзя конфронтировать, а следует проводить кризисные мини-интервенции). **Конфронтация** нацелена на помощь в осознании неосознаваемого. Необходимым для этого является *получение материала*. Таким материалом может быть, например, рассказ пациента о том, как прошла неделя, об отношениях, рисунок, сновидение,

т.е. любой материал, который можно осмыслить. Получив материал, терапевт *обозначает* для себя, где в этом материале есть намеки на противоречия, которые можно *предъявить* пациенту и через это выйти на осознание.

✎ Пациентка рассказывает о своих отношениях с мужем, которые «в целом очень хорошие», но сейчас стали немного хуже: она так сильно устает из-за симптомов, что даже не может его обнять. Терапевт отмечает, что состояние, когда нет сил обнять любимого, должно быть крайне тяжелым — на уровне сопора, обращая таким образом внимание пациентки на противоречие.

Психотерапевт просит пациента объяснить противоречие. Объяснительная схема, используемая самим пациентом или психотерапевтом, — это *интерпретация*. В приведенном примере может оказаться, что объятий нет не из-за усталости, а потому что обниматься не хочется, а обниматься не хочется, потому что у пациентки есть обида, злость, претензия, или просто охладели чувства. Обнаруженные переживания при этом не допускались ранее в сознание, поскольку неизбежно поставили бы перед ней целый ряд неприятных вопросов («кто я после этого?», «что с моей семьей?», «что с моими отношениями, которыми я так гордилась?») и ударили по самооценке. Неприятие такой информации вызывает сопротивление, которое психотерапевт технически преодолевается вплоть до достижения осознания.

Проработка включает обсуждение с пациентом, что можно сделать в жизни и с жизнью, если дела обстоят так, как выяснилось (пойти поговорить про обиды, выразить свою злость, продолжать обманывать и др.).

При достижении достаточного уровня осознания, когда пациент понимает, что происходит с ним в определенных ситуациях, в которых он занимается не решением самой ситуации, а по сути вопросами собственной ценности, психотерапевт приступает к процедуре **корректирующего эмоционального опыта**. Психотерапевт создает ситуацию, в которой он и пациент свободно обмениваются чувствами с возможным использованием метафор, провокаций и пр. Вместе они поднимают ранее скрытый эмоциональный пласт (в приведенном случае, например, через высказывания «мне грустно, когда любящие не обнимаются», или «я бы в такой ситуации тоже не обнимался»). Они обсуждают, может ли пациент сказать, что обижен, не делая из этого

драмы (кто-то не признает в себе обиды, потому что «обижаться нельзя», кто-то, потому что услышал, что здоровые люди не обижаются), насколько пациент способен в себе эти эмоции принять и допустить. Пациент должен уяснить, что он может переживать любые чувства и испытывать любые желания, и ни одно из них не делает его хуже.

✎ Проиллюстрировать описанное можно фразой из известной песни Владимира Высоцкого: «Я не люблю себя, когда я трушу». Принимать обнаруженные эмоции не означает обязательно радоваться им, это означает допускать их и быть способным учесть.

Если посмотреть на ЛОРП невротического расстройства с высоты птичьего полета...

1. Диагностика невротического расстройства — нужно убедиться, что это именно невроз.

2. Отказ от симптоматической светливой терапии.

3. Формирование с пациентом близких отношений, чтобы попасть в зону его особо значимых отношений.

4. Создание психотерапевтических отношений: пациент должен понять суть психотерапии.

5. Обеспечение поддержки его личности и образование за счет участия психотерапевта (включения его в личность пациента) невротического союза.

6. Создание условий для изменения механизма личностного функционирования: на психотерапевтической сессии невроз невозможен, а пациент при этом не умирает!

7. Коррекция когнитивных механизмов личного функционирования и устранение интрапсихического конфликта.

8. Обеспечение эмоциональных изменений функционирования личности.

9. Поведенческое научение невротическому поведению и коррекция внешней стороны отношений личности.

Чтобы помочь пациенту отказаться от требований немедленно избавить его от симптома, психотерапевт должен мягко, но настойчиво донести до него, что формирование этого симптома связано со образом жизни пациента: «Я понимаю, что тебе сейчас плохо, но мы не сможем ничего сделать, пока не разберемся». Самый короткий (если не единственный) путь попасть в круг близких отношений пациента — выступить для него в

роли принимающего родителя (какого у пациента с неврозом в реальности, как правило, не было), т.е. слушать, хвалить и иногда задавать вопросы.

После попадания в зону близких отношений психотерапевт заключает с пациентом контракт, в котором прописывает (или обговаривает) следующее.

- Все, что с Вами происходит, происходит вследствие Вашего образа жизни, отношений, расстановки приоритетов (это самое главное, а потому проговаривается многократно и настойчиво). Поэтому если Вы хотите что-то изменить, изменить нужно именно их.
- Чтобы понять, в какую сторону меняться, нам нужно вместе провести определенную работу, чтобы картина этого направления у Вас в голове тоже появилось.
- Прежде чем начать, давайте поговорим о том, ради чего мы будем работать, кроме избавления от страданий, о том, чего Вы на самом деле в этой жизни хотите. И когда Вы четко нарисуете для себя эту картинку (с кем в каких отношениях находиться, чем заниматься, кем стать, с кем быть), давайте погорим о том, что нужно в себе поменять, чтобы туда двинуться, и какая польза могла бы быть от меня.
- В жизни, конечно, это все устроено сложно и по-разному, но здесь во время работы можем ли мы рассматривать все, что происходит, как Вашу ответственность, как результат расстановки Вами приоритетов, отношений с другими, интерпретации событий, способов обращения с чувствами, поступков, **даже если это объективно не так (важно!)**.

✎ Психотерапевт здесь не борется за объективность ответственности, он предлагает ее как часть контракта. Если пациент говорит, что «жена кричит, потому что она психопатка», она действительно может иметь своеобразный характер, но на время терапии психотерапевт должен договориться с пациентом о том, что она кричит из-за того, как он себя ведет и что он делает. Если пациент лишился работы в период массовых сокращений, терапевт признает, что времена тяжелые, но все-таки на период терапии побуждает пациента рассматривать это как результат его активности, приоритетов, действий или бездействия (вплоть до подспудной выгоды от этого сокращения!)

- Поскольку помощь Вам возможна только в том объеме, в котором мы вместе соберем материал о том, что именно в Вашем образе

жизни, расстановке приоритетов ведет к болезни и мешает пойти в Ваше новое будущее, хотелось бы, чтобы и Вы на эту тему проявляли активность, требовательность ко мне, ставили вопросы, думали между нашими сессиями, наблюдали (что лучше или хуже, где Вы напряглись, где расслабились), пытались сами строить гипотезы, приносили их на обсуждение... И тогда у нас все получится!

- Здесь в кабинете мы можем разговаривать на любую тему, рассматривать любые варианты развития событий, и ничего из этого *не* **обязано** приводить к решениям и поступкам. Однако в жизни человеку приходится отвечать за свои слова! **(Последняя важная рамка безопасности!)**

✎ Пациент должен четко понять границы психотерапии и различать, где можно говорить все, что угодно, а где нужно «фильтровать» свои слова. Если женщина говорит мужу, что она его, возможно, не любит, в жизни это вызывает целый ряд проблем. Или, к примеру, в жизни степень откровенности разговора с мамой и поступки по отношению к ней упираются в стену «это же мама». На приеме же возможно обсуждение любого вопроса и варианта, даже не устранить ли маму самым радикальным способом. Сеанс психотерапии должен стать для пациента пространством предельной свободы в обсуждении. Пациент должен это понимать, знать и даже начать в этом немного развлекаться, но при этом четко осознавать границы с реальной жизнью.

Суть поддержки личности пациента заключается в следующем. Дело в том, что все вокруг пациента с неврозов проявляют избегание: не только жена говорит, что устала и не может обнимать мужа, но и сам муж это тоже принимает, делая вид, что это нормально. И так устроено все ближайшее окружение пациента. В этой ситуации терапевт становится одним из немногих людей, сообщаемое пациентом невротическое объяснение не принимающим («Вы серьезно?», «Вы что правда?»). И это очень важно!

Изменение механизма личностного функционирования заключается в том, что пациент, даже обсуждая самые запретные темы (как предать маму, например), не умирает. И это остается в его опыте.

Отказ от суебливой симптоматической психотерапии

1. Патологическая адаптация
 2. Симптомогенез
 3. Вторичный социальный конфликт (психотравмирующая ситуация)
 4. Механизмы психологической патологической (психосоциальной) адаптации
 5. Патогенетическая форма интрапсихического конфликта
 6. Первичный социальный конфликт
- 

В ходе терапии происходит циркуляция — пациент приходит к психотерапевту с патологической адаптацией, и в ходе диагностики они вместе должны сделать обратное движение и от патологической адаптации через всю жизнь пациента разобратся с тем, как его воспитывали.

Альянс «психотерапевт–пациент» в ЛОРП характеризуется следующими особенностями:

- нет реальной угрозы — это невроз, а не инсульт;
- пациент проявляет активность в лечении;
- суть лечения — не устранение симптомов, а активное исследование причин, механизмов и проявлений невроза;
- подлинность и искренность во взаимоотношениях с пациентом;
- психотерапия — модель жизни;
- точный сеттинг.

Задачи ЛОРП в познавательной сфере

В целом задачи интеллектуального осознания в ЛОРП сводятся к трем аспектам:

- а) осознание связи «личность — ситуация — болезнь»;
- б) осознание интерперсонального плана собственной личности;
- в) осознание генетического (исторического) плана.

Самая главная задача — осознать связь между особенностями личности пациента, жизненной ситуацией в которой он оказался, и симптомами, которые позволяют ему от этой ситуации спастись. Понимание интерперсонального плана организации личности — это некоторый фон, на котором проходят изменения, а осознание генетического исторического плана нужно скорее для

профилактики, когда основного страдания уже нет, и нужно сделать так, чтобы не только актуальный невроз прекратился, но и новый не начался.

Осознание связи «личность — ситуация — болезнь» предусматривает следующее.

1. Осознание связи между психогенными факторами, возникновением, развитием и сохранением невротического расстройства. Под психогенными факторами здесь следует понимать те или иные негативные эмоции. Пациент осознает, что у него не просто происходят атаки, а они сопровождаются напряжением, а часто с него и начинаются.
2. Осознание связи ситуации и эмоциональных нарушений — тревоги, страха и других «негативных» эмоций, провоцирующих появление, усиление и фиксацию симптоматики. Пациент понимает, что эти переживания появляются в определенных жизненных раскладах.
3. Осознание связи между «негативными» эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики. Пациент понимает, что именно эти переживания в определенных ситуациях и запускают симптомы, а также указывают на наличие у него каких-то противоречий.
4. Осознание особенностей своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности — пациент понимает, насколько адекватно он себя ведет.
5. Осознание восприятия своего поведения другими (как реагируют окружающие на особенности поведения и эмоционального реагирования; как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение) — пациент понимает, как его видят другие люди.

С точки зрения практики применения ЛОРП, установление таких связей предполагает, что пациент изначально не может сказать точно, с чем связано его страдание, но принципиально готов на время сессии рассматривать все происходящее как результат собственных жизненных позиций, в том числе самостоятельно формулировать гипотезы и рассматривать порой не самые приятные гипотезы психотерапевта.

Осознание интерперсонального плана собственной личности включает:

- 1) осознание рассогласования между

собственным образом «Я» и восприятием себя другими («я думал, что я добрый и нежный, а люди, которые со мной сталкиваются, говорят, что я высокомерный и колючий»);

2) осознание собственных стремлений, мотивов, отношений, установок, а также степени их адекватности, реалистичности и конструктивности (пациент-мужчина, столкнувшийся с проблемами на работе, в то время как его супруга, напротив, стала очень успешной, не понимает, как с этим справляться; или пациент хочет, чтобы ему разрешали делать все, что он желает, не выставляли особых требований, но его партнер должен соблюдать ряд каких-то позиций);

3) осознание характерных защитных механизмов — с какого-то момента пациент начинает понимать, как именно он избегает информации (например, если психотерапевт несколько раз говорит пациенту, что в сложной ситуации он начинает произносить длинный наукообразный текст, пациент в какой-то момент может начать сам себя останавливать);

4) осознание внутренних психологических проблем и конфликтов.

С точки зрения практики применения ЛОРП, на этом этапе важное значение имеет обратная связь как в индивидуальной, так и в групповой психотерапии, поскольку взгляд на пациента со стороны как раз и обеспечивает достаточное для рассмотрения собственных внутренних противоречий «зеркало».

Осознание генетического (исторического) плана подразумевает:

- 1) осознание причин переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования, начиная с детства, а также условий и особенностей формирования своей системы отношений;
- 2) осознание собственной роли и меры своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также путей их избегания и сохранения в будущем.

С точки зрения практики применения ЛОРП, такая работа занимает сравнительно большой период времени (1–2 года) и подходит не всем пациентам, однако именно на этом этапе формируются наиболее осознанные и устойчивые способы организации системы

отношений, в том числе за счет длительной и системной практики вербализации всех значимых аспектов жизни.

Когнитивные изменения и осознание связи «личность — ситуация — болезнь» проходят в несколько этапов (лесенка Карвасарского).

Психологические причины заболевания.

Связь психологических причин с ситуацией.

Связь ситуации с интрапсихическим конфликтом.

История возникновения интрапсихического конфликта.

Ответственность за формирование конфликта и невротических реакций.

Для достижения изменений в познавательной сфере в ЛОРП используют следующие **техники конфронтации**.

- Вопросы («волшебные вопросы»).
- Безоценочное описание.
- Безоценочное описание + вопрос.
- Описание чувств психотерапевта.
- Дифференцированная конфронтация с защитами.
- Интерпретация.
 - ◊ На языке теории (психологии, психоанализа).
 - ◊ На языке пациента.
 - ◊ Сам пациент на своем языке.
- Обратная связь.

«Волшебные вопросы»

- Как описываемые Вами события (переживания, симптомы) связаны с Вашим поведением?
- В какой ситуации проявляются переживания (симптомы, поведение, страдания...)?
- Какие внутренние тенденции (импульсы, интенции — выразаться здесь следует на языке пациента!) возникают у Вас в этой ситуации?
- Как в Вашей истории жизни возникла модель такого реагирования на сходные ситуации?
- Какую ответственность лично Вы несете за закрепление такого способа реагирования на ситуацию? Почему Вы не занимались собственным перевоспитанием, не пытались измениться (вопрос выгоды)?

✎ Например, неврастеник с детства социализировался за счет того, что брал на себя задачи и ответственность, поэтому думает, что, отказавшись это делать, не будет никому

нужен, в связи с чем держится за значимые для себя убеждения, формы поведения и реагирования.

Пример **безоценочного описания**: «Вы говорите, что любите его, но при этом у вас играют желваки».

Пример **безоценочного описания с вопросом**: «Вы говорите, что любите его, но при этом у вас играют желваки, что же вы на самом деле чувствуете?»

Пример **описание чувств психотерапевта**: «Вы говорите, что у вас прекрасная семья, но у меня по Вашему рассказу она вызывает ужас».

Дифференцированная конфронтация с защитами подразумевает, что психотерапевт находится на важной территории и вместе с пациентом приближается к разгадке. И в это время пациент активизирует психологические защиты, чтобы удержать самооценку. Первый шаг работы с защитами — отступление.

✎ Например, психотерапевт говорит следующее: «Если это для Вас тяжело, я могу остановиться. Однако я помню, что у нас была договоренность говорить прямо, но если Вы просите, я могу перестать это делать и говорить только то, что Вам будет приятно, и замалчивать часть других вещей. Нужно ли так делать?» Практически никогда пациент не отвечает «да». Тогда терапевт продолжает и просит, к примеру, пояснить причину злости, возникшей в ответ на его сообщение о том, что он в ужасе о семье пациента.

Интерпретация — связывание противоречий в виде объяснительной схемы.

Обратная связь. Из разговора с пациентом психотерапевт выделяет три фокуса, описывает их («я увидел вот это, услышал вот это, а в прошлый раз еще было вот это»), описывает свои чувства («это у меня вызывает тревогу»), свои мысли («для меня эти вещи плохо состыковываются между собой») и то, что он хотел бы делать («я хотел бы сейчас задержаться и тщательно разобраться с этим, не несясь дальше»).

Задачи ЛОРП в ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Задачи ЛОРП в эмоциональной сфере охватывают четыре основных аспекта.

1. Точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие.
2. Переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта

◇ Воспроизведение тех ситуаций, которые были у пациента в реальной жизни и с которыми он не смог справиться.

◇ Раскрытие пациентом собственных проблем с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными).

3. Непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного опыта.

◇ Переживание в рамках психотерапевтического процесса тех чувств, которые он часто испытывает в реальной жизни, переживание неадекватности некоторых своих эмоциональных реакций.

◇ Обучение искренности в чувствах к себе и другим.

◇ Приобретение большей свободы в выражении собственных негативных и позитивных чувств к другим.

4. Эмоциональная коррекция собственных отношений.

Принятие не связано с одобрением (вспомните пример из песни Высоцкого: «я не люблю себя, когда я трушу»). Если эмоция не принимается, включаются защиты (забываю, что трушу, отрицаю, интеллектуализирую — «я не трушу, это просто физиологическая реакция», впадаю в ярость — реактивное образование). Важно, чтобы пациент распознавал, вербализировал эмоции, но не окунался в них с головой (ошибочно думать, что ярость непременно нужно выразить, достаточно ее осознать и проговорить!). В ходе лечения пациент начинает по-новому эмоционально оценивать ситуации, замечая те нюансы, которые раньше не воспринимал.

В общем виде задачи ЛОРП в эмоциональной сфере сводятся к формированию более эмоционально благоприятного отношения к себе благодаря:

- получению эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта или группы, переживания положительных эмоций, связанных с принятием, поддержкой, взаимопомощью;
- модификации способа переживания, эмоционального реагирования, восприятия самого себя и своих отношений к другим.

С точки зрения практики применения ЛОРП, очевидны важность доверительных отношений при индивидуальной психотерапии,

достаточная безопасность в группе при групповой психотерапии и невозможность организовать корригирующий опыт с позиции дистантных отношений, поскольку такое взаимодействие не касается основных отношений личности.

Пациент должен понять, что чтобы он ни делал, всегда есть люди, которые будут за него и которые за него не будут. Поэтому самооценку нельзя основывать на социальном отношении!

Модификация эмоциональных реакций включает следующие шаги:

- различие («Вам это скорее нравится или не нравится, если не нравится, то Вы скорее грустите, злитесь, испытываете чувство вины?»);
- описание (если пациент скорее злится, «можете ли Вы раскрыть содержание злости?»);
- повторное проявление («тогда получается, что это за отношение к человеку, ситуации, к себе»);
- принятие (пациент разрешает себе это переживать);
- применение вместо долженствований («если не прятать и не отрицать свою злость, а распознать ее как импульс к изменению отношений, что можно было бы сделать?», например, пойти поговорить);
- опора на развитие собственной аутентичности (аутентичный человек как чувствует себя, так и ведет, но не психопатически, а отталкиваясь в поступках от своих переживаний).

После того, как пациент все осознал и понял, чего на самом деле хочет, он вместе с психотерапевтом думает и обсуждает, как этого достичь поведенчески.

Задачи ЛОРП в поведенческой сфере

В общем виде направленностью ЛОРП в поведенческой сфере является задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе за счет:

- принятия наличия у себя неадекватных поведенческих стереотипов;
- приобретения навыков более искреннего, свободного и глубокого общения;
- преодоления неадекватных форм поведения, проявляющихся в процессе психотерапии, в том числе связанных с избеганием,

субъективно сложных ситуаций.

- развития форм поведения, связанных с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью.

Пациент вместе с психотерапевтом обсуждает адекватные и неадекватные формы поведения, разговаривает о том, что некоторые вещи можно сообщать более прямо. Они вместе фиксируют все формы поведения, ассоциированные с избеганием сложных ситуаций (поскольку это путь обратно в болезнь), поддерживают формы поведения, связанные с сотрудничеством. В итоге терапевт помогает пациенту сложить в голове четкую картинку, где здоровье, а где болезнь.

Таким образом, основные задачи ЛОРП в поведенческой сфере:

- закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
- выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

С точки зрения практики применения ЛОРП, поведенческая интервенция производится в последнюю очередь. Даже при формировании у пациента отдельных навыков преодоления невротического поведения, он не сможет эффективно его регулировать сообразно собственным целям, поскольку не будет иметь достаточно точного представления о своей системе отношений и восприятии себя со стороны. Пациент не сможет реализовать потенциал конструктивных поведенческих навыков вследствие внутреннего «табу» на определенные типы поведения.

Важно: если на данном этапе пациент не может совершить здоровый поступок, значит на предыдущем что-то было недоделано!

Изменение поведения включает:

- идентификацию проблемного стереотипа;
- идентификацию ресурса;
- научение (расширение поведенческого спектра);
- экологическую проверку.

Пациент вместе с терапевтом выясняет, что ему действительно не нравится, что он хочет получить, перебирает 5–7 вариантов из собственного опыта и опыта психотерапевта,

выбирает один и обязательно проверяет, не создаст ли он больше проблем, чем может решить.

СОПРОТИВЛЕНИЕ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ В ЛОРП

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением пациента.

Сопротивление — реальный клинический факт. Это затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения. Представляя собой проявление *психологической защиты*, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения.

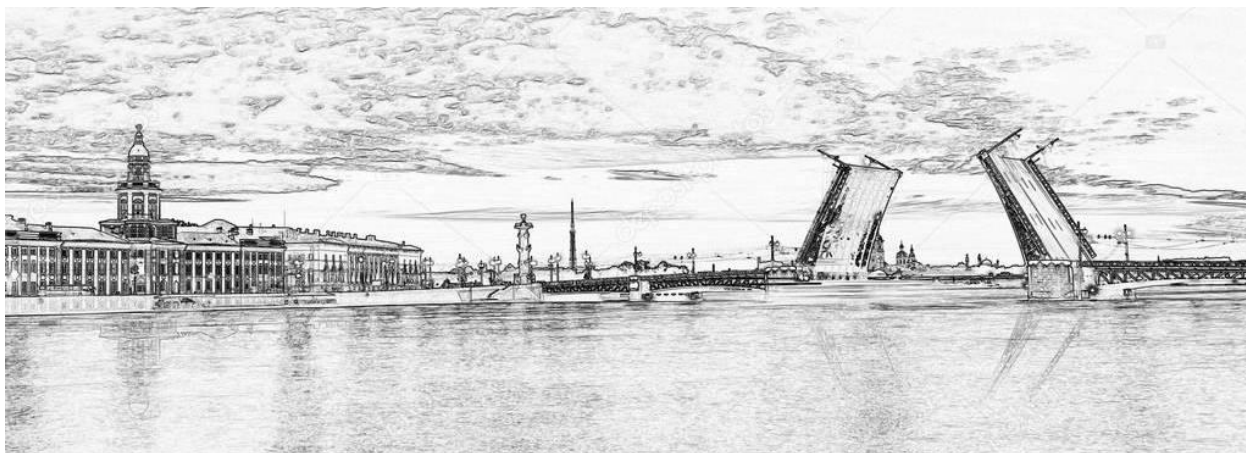
Сопротивление проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах: в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной переработки.

С точки зрения практики применения ЛОРП, важно уметь проводить дифференцированную

конфронтацию с различными способами и вариантами механизмов психологической защиты пациента и неэффективных копингов для достижения клинического результата.

Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовместимости установок пациента и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от пациента откровенности и активности, при неверии психотерапевта в возможности пациента и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония и т.д.)

Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Сопротивление — это всегда личностная реакция. Резистентность же связана не с личностными, а с другими характеристиками пациента, в том числе низкой мотивацией к лечению вплоть до рентной установки, низким интеллектом и негибкостью мышления, психическим инфантилизмом. Например, при низком интеллекте процессы, где нужно связывать одно с другим и делать выводы, у пациента идут достаточно сложно. Иногда в этих случаях помогает смена языка описания, и тогда терапия идет благополучно, если не ждать слишком быстрых результатов.





Лаборатория «Кристалл»

Вот уже два года в нашем Институте на постоянной основе активно и продуктивно функционирует общественная лаборатория «КРИСТАЛЛ». Деятельность ее посвящена изучению методологии и методики обучения психотерапии и их прикладному аспекту — разработке оптимальной системы подготовки клинических психотерапевтов (врачей и психологов), включая все ее конкретные технологии и инструменты. Именно в этой лаборатории мы готовим наших компетентностных преподавателей, без которых подготовка слушателей не была бы столь эффективной. Сопровождая образовательные циклы, компетентностные преподаватели реализуют концепцию личностно-ориентированного обучения — с помощью специальных упражнений они пробуждают личность слушателей и стимулируют у них появление личностной заинтересованности в усвоении информации, чтобы лечить их пациентов наилучшим для них образом. Благодаря компетентностному подходу, слушатели начинают под задачи своих пациентов ставить собственные задачи на обучение, опираясь на иерархию своих учебных, лечебных и личных целей.

Этим деятельность лаборатории «Кристалл», конечно же, не ограничивается. Доброй традицией стало проведение ежеквартальных дидактических семинаров, посвященных важным темам качественной подготовки специалистов в области психотерапии — образовательным средам, профессиональным маршрутам, дидактической системе обучения психотерапевтов в целом, профессиональной идентичности. На этих семинарах у всех желающих есть возможность как послушать выступления известных гостей, мастеров в области психологии и психотерапии, так и принять участие в дискуссии, высказать собственное мнение о поднимаемых на конференции вопросах, поделиться своими идеями. Последний семинар «Профессиональный кризис психотерапевта: распознавание и преодоление в условиях образовательного процесса», 7-й по счету, состоялся 18 февраля 2021 года. Далее мы расскажем вам о нем подробнее.

Следующий дидактический семинар лаборатории «КРИСТАЛЛ» по методологии и методике обучения психотерапии состоится 20 мая 2021 года. Его предварительная тема — «Образовательные технологии ресурсирования обучения сложным вещам. Эмоциональный интеллект на службе последидипломного образования». Ждем вас, дорогие коллеги!

Профессиональный кризис психотерапевта: распознавание и преодоление в условиях образовательного процесса (статьи по материалам конференции)

18 февраля 2021 года состоялось важное для нашего Института событие — очередной семинар лаборатории «Кристалл» по методике и методологии обучения в области психотерапии. Данный семинар был посвящен значимой для любого специалиста теме: «Профессиональный кризис психотерапевта: распознавание и преодоление в условиях образовательного процесса». На этом семинаре для нас было важно получить ответы на несколько вопросов, главнейший из которых — что нам как Институту, как образовательному учреждению делать со слушателем, находящимся в профессиональном кризисе, какие существующие технологии модифицировать, а какие новые — ввести. Тема данного семинара неслучайна, с ее вопросами мы постоянно сталкиваемся в нашей ежедневной практике.

Выступления приглашенных специалистов-спикеров были настолько разнообразными, интересными и наполненным таким количеством блестящих мыслей, что мы приняли решение посвятить речи каждого из гостей отдельную статью.



Евгений Соломонович Креславский. «Терапевту нужно время, чтобы созреть...»

Есть только один кризис психотерапевта — экзистенциальный кризис спасателя. Специалисту кажется, что он стоит рубль, а на самом деле он стоит две копейки. И тогда перед ним встает вопрос, как к этому относиться. Можно работать по закону сердца: все или ничего с клиентом в данный момент. А можно думать о себе. И когда психотерапевт начинает больше думать о себе вместо того, чтобы больше находиться с клиентом, он проваливается и углубляет свое собственное мироощущение и самопонимание. Помогает в данном случае очень простая вещь — смирение. Смирение — это осознание того, что роль специалиста в том, что происходит с клиентом, крайне мала. Все делает клиент! Задача психотерапевта — создать такую среду, такое пространство отношений, при котором клиент мог бы иметь возможность говорить о самом важном для себя и тем самым находить точки опоры в себе. Ключевое в процессе профессионального образования — обсуждение того, какова собственно роль психотерапевта, для чего он нужен, что должен делать, каким образом может оказывать поддержку клиентам. Может ли специалист выстроить систему отношений со своим клиентом так, чтобы отчетливо показать, что он не является



Креславский Евгений Соломонович — консультант по организационному развитию и развитию персонала, коуч и бизнес-тренер; директор Института «Новые возможности», сооснователь и генеральный директор (1988–1996) Института психотерапии и консультирования «Гармония», сооснователь и президент (1991–1998) Российской ассоциации телефонной психологической помощи

спасателем при лечении панических расстройств, но может поддержать клиента и помочь ему справиться с ними вместе с другими коллегами: специалист обязан

отправить клиента к эксперту (врачу) и совместно с ним делать ту работу, которую важно сделать для клиента, либо он должен отказаться. И вот это умение отказываться — то, чему надо научиться. Нужно научиться понимать границы своих возможностей и смиренно их принимать. Терапевту нужно время, чтобы созреть. Он должен осознать, что может его поддержать, где он может найти в себе нужную опору.

Есть группа людей, которые учатся, учатся, а начать работать не могут. К этому нужно относиться спокойно. Они приходят за другим. Они приходят не чтобы получить навыки, а чтобы «лечиться». И этом нормально, каждый ищет себе лекарство, которое ему больше подходит. И здесь тоже работает мое любимое

смирение. У преподавателя может быть ощущение, что что-то идет не так, и важно задать вопрос, с чем это связано, что стоит за тем или иным поведением, что сдерживает людей от того, чтобы начать практику. Это, конечно, могут быть страхи тревоги, беспокойство из-за изменений их жизни: им может быть трудно перейти через тот барьер, который они в данный момент ощущают. Но может быть и так, и что они пришли с иной целью: они позиционируют себя как терапевтов, но на самом деле больше стараются разобраться в себе. И часто безуспешно! А это большое счастье, когда есть что-то, что может кому-то помочь и поддержать его в его самоощущениях.

Михаил Михайлович Решетников. «Если терапевт сам находится в кризисе, нужно не бояться сказать об этом пациенту...»

Я бы разделил две ситуации — кризис психотерапевта как человека и по отношению ко всей психотерапии как профессии и кризис в каждом конкретном психотерапевтическом случае. Кризис в психотерапевтическом случае бывает у всех психотерапевтов: нет таких специалистов, у которых все на ура, все так красиво, что дальше ехать некуда. Очень важный вопрос преодоления кризиса — вопрос финансовый. Если терапевт получает вознаграждение, которое не соответствует его представлениям о том, сколько он стоит, кризис гарантирован. На супервизии часта ситуация, когда терапевт жалуется на пациента, от которого он устал и которого он мечтает передать психиатру, или назначить ему фармакотерапию. Если говорить грубо и прямо, он хочет заткнуть этому пациенту глотку. При глубоком расспросе оказывается, что это очень старый пациент, который условно платит 500 рублей, в то время как терапевт давно получает от других клиентов 2000. И тогда стоит задать терапевту вопрос: «А если пациент будет платить 2000? А если 5000?». Такой вопрос обнажает проблему — при большей плате работа с этим пациентом уже не воспринимается терапевтом столь тягостной и невозможной. Кризис преодолевается. У всех у нас свое представление о том, сколько мы стоим, какое вознаграждение адекватно нашей работе.

Второй вариант — влюбленность в пациента. Это то, чего терапевт вроде бы не должен себе позволять. В реальности же это случается и с



Решетников Михаил Михайлович — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского института психоанализа (Санкт-Петербург), почетный профессор Венского университета им. Зигмунда Фрейда

мужчинами, и с женщинами-терапевтами. Они рассказывают: «Я чувствую, я утрачиваю профессионализм, потому что общаюсь с пациентом, но думаю совершенно о другом». Третий вариант — недостаток компетенции. Терапевт должен быть в постоянной супервизорской группе, где он многократно расширяет свой личный опыт, представление о техниках терапии, о подходах к пациенту и т.д.

А вот общий кризис у нас случается по тем же основаниям, что и у большинства людей: развод, смерть близкого человека и др. И тогда

мы начинаем говорить (а говорить об этом начали всего 20 лет назад, сначала израильские терапевты после убийства Ицхака Рабина, а потом американские — после падения башен-близнецов в результате теракта) о том, что *изображаем* психотерапевтическую нейтральность, когда пациент приходит и плачет на сессии. Мы не говорим о своих чувствах, переживаниях, в то время как нам самим хочется плакать. И если терапевт сам находится в кризисе, нужно не бояться сказать об этом пациенту: «Я вас слушаю, но сейчас я сам немножко растерян, немножко угнетен и, может быть, немножко не профессионален. И если вы хотите, вы можете сменить терапевта. Я надеюсь, я даже уверен, что восстановлюсь в ближайшее время, но вы должны понять мое состояние. Я могу быть сейчас не так активен, не так эффективен, простите меня за это». Большинство пациентов реагируют на это абсолютно адекватно: «Мы с вами провели вместе уже столько времени, я понимаю ваше состояние». Здесь крайне важно не делать перерыва в профессиональной деятельности: ничто не восстанавливает человека так, как его нахождение на рабочем месте! И сейчас мы наблюдаем кризис отсутствия личного контакта с пациентом. У нас появился переходный объект, экран, и человек общается с изображением, и мы общаемся с изображением,

а не с человеком.

Таким образом, можно выделить три психосоциальных механизма кризиса: 1) пребывание терапевта в том же обществе, что и пациент, такое же реагирование на политическую ситуацию и пр.; 2) состояние терапевта физическое и психологическое; 3) состояние терапевта материальное и жилищно-бытовое (дома терапевту крайне важно чувствовать себя спокойно и комфортно).

По поводу самораскрытия психотерапевта. Психотерапевтическая ситуация — это ситуация, когда человек пришел к человеку. Сначала была ориентация на симптом, лечили симптом и больше ничего не делали. Потом была ориентация на личность. И только сейчас, совсем недавно, мы осознали, что психотерапия — это не то, что терапевт делает с пациентом, психотерапия — это то, что происходит между ними. И когда человек приходит и просит чуда, я говорю, что чуда не будет, мы будем общаться как два человека, из которых один более подготовлен к пониманию тех процессов, которые происходят у другого. Не я буду вас лечить, а мы вместе будем решать ваши проблемы. И проблема, и способ ее решения всегда принадлежат тому, кто предъявляет проблему.

Дмитрий Викторович Ковпак. «Мы находимся в динамичной вселенной, где все движется, меняется, и без кризиса иногда очень сложно оставить старое в прошлом и не тащить его в новую эпоху...»

Если начинать с последнего вопроса о технологиях выхода из кризиса, то не последнюю роль играют такие встречи, как эта, особенно в пандемическую и постпандемическую эпоху. Кризисы являются неотъемлемой частью жизни. Это переходный, или даже выпускной экзамен из одной фазы жизни или состояния и впускной в другую. Не все сдают впускные экзамены, поэтому в профессиональном развитии, как и в жизни, кризисы регулярны, иногда случаются форсмажоры сдвоенных, строенных кризисов, когда присоединяется и медицинский кризис, и экономический. Мы находимся в динамичной вселенной, где все движется, меняется, и без кризиса иногда очень сложно оставить старое в прошлом и не тащить его в новую эпоху. Это тоже был кризис экзистенциальный, когда мы из детского сада пошли в школу. И его психологическая составляющая —



Ковпак Дмитрий Викторович — председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП), вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, сопредседатель секции когнитивно-поведенческой психотерапии РПА, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук

переосмысление себя, переосмысление накопленного багажа, потому что его приходится вручную тоже иногда достаточно быстро переупаковывать из-за случившихся внезапно обстоятельств. То, что пишут в книгах, не всегда соотносится с реальностью. Нам приходится преобразовывать полученный опыт в более реалистичный. И там, где рассогласования слишком велики, возникает порой полломка. Кризис здоровья, кризис взаимодействия и кризис развития — это нормальные естественные вещи. Если говорить о технологиях и брать структуру, апологетом которой я являюсь, КПТ базируется на структурированном варианте. Прозрачность модели помогает занять метапозицию с возможностью рефлексии, переосмысления того опыта, который уже не работает, тех возможностей, которые открываются. Тут можно вспомнить, что китайский иероглиф, обозначающий кризис, означает с одной стороны опасность, а с другой — возможность: когда рушатся стены, открываются горизонты, и возможностями нужно воспользоваться. Потеряв работу, выйдя из одних отношений, важно не бросаться на амбразуру, а дать себе время осознать, осмыслить. В профессиональном кризисе не стоит забивать себя работой, нужно дать себе возможность сделать шаг назад, посмотреть на происходящее со стороны. И очень значимы профессиональное сообщество, супервизия, профессиональная среда: как мы создаем для наших клиентов среду и как мы даем им возможность сделать выбор самостоятельно, так и в обучении мы даем возможность слушателю взять ответственность. А ответственность есть обратная сторона свободы. И помочь сделать этот выбор нельзя путем психирургии или электросудорожной помощи. Такие понятные модели мы как профессионалы можем предоставить. Мы можем осуществить поддержку, но шаги должен сделать сам человек. Если он унесет ясность с собой, у него появится уверенность и он сможет совершать шаги и в учебном, и в профессиональном, и в личностном росте.

Таким образом психосоциальные механизмы кризиса — целая совокупность факторов. Это и экономические, и социальные факторы, и значимость восприятия себя, свой образ, «Я-

концепция», многоаспектность, которая, возможно, ранее, в момент прихода в профессию, не осмыслялась. И в ходе этого переосмысления отпадает лишнее, чтобы уступить место главному. Экзистенциальная составляющая как суть, ядро, к которому синергетически присоединяются остальные. А в образовательных технологиях есть в первую очередь контакт «человек–человек» — встречи с другими людьми, попытка понять их точку зрения. Профессиональная среда — богатый источник не только для формальных знаний, но и для собственного развития. Супервизия более четко позволяет увидеть зоны роста. Профессиональное общение содержит порой вызов, провокацию, которые подталкивают нас к тому, чтобы мы ломали свои шаблоны и формировали гибкость.

Нужно ставить рабочие гипотезы и тестировать реальность. И важно, чтобы гипотезы не ограничивали тестирование реальности. И не проецировались вовне как железобетонные конструкции. Поэтому профессионал испытывает кризис, как и любой человек испытывает кризис, в силу того что модели, которые он использовал когда-то и которые работали или не работали, упираются в эту реальность и больше не функционируют. Переосмысление может быть эволюционным, а может быть и достаточно резким событием, которое превращается в кризис, и связано с тем, что нам важно заметить наши ограничивающие убеждения, которые выливаются в конкретные проблемы. И отталкиваясь от проблемы, потому что чаще всего психотерапия направлена на изменение, мы можем понять, где искрит, где возникает конфликт или зона конфликта. И осмысляя факторы, которые помогают этому конфликту, мы можем перейти к изменениям, преодолевая прежде всего собственные ограничения, а не ограничения среды. Обучение — необходимый элемент: мы учимся с первой секунды и до последней. Но важны и действия! Мы помогаем осмыслить, что же будет способствовать этой активной жизнедеятельности, с осознанным тестированием реальности, того, что было протестировано как «проба-результат».

Аркадий Николаевич Бондарь. «Если мы будем думать, что кризисы неизбежны, мы будем продолжать с ними встречаться. Но мы можем говорить о них и иначе — как об этапах профессионального роста, этапах становления...»

Я представляю нейролингвистическое программирование (НЛП), к которому скептически относятся, но, вместе с тем, очень часто пользуются, когда все остальное не работает. Большинство клиентов, которые обращаются, не получив помощи иным способом, говорят: «Бог с вами, давайте НЛП, давайте ваш гипноз». Так что работа есть. 2020 год, когда никто не знал, что будет в профессиональном плане, явно показал большую потребность в нашей работе. А НЛП продемонстрировало хорошие результаты в плане регуляции состояний, работы с собой. И среди клиентов было большое количество людей, занимающих достаточно ответственные посты. Одной из задач было привести их в норму, в состояние ясного ума и способность принимать решения. Это, однако, почему-то не проецировалось на психотерапевтов, психологов, ведь одна из наших профессиональных обязанностей — быть в хорошей форме, чтобы оказывать помощь своим клиентам, поддерживать их, создавать пространство. НЛП позволяет взглянуть на ситуацию с точки зрения создания своих результатов (метаподход): что в нас создает ту реальность, в которой мы находимся. Если взять кризис как некоторый момент, о котором мы сегодня говорим, то с определенной стороны это совокупность некоторых параметров, которые можно отследить на уровне когнитивных процессов, поведенческих проявлений, эмоциональных сценариев, на уровне изменения ролевых моделей. Но при этом чем больше мы говорим слово «кризис», тем больше мы начинаем в него верить. В рамках лингвистического подхода это называется номинализацией. Когда мы произносим слово «кризис», у нас возникают образы, ощущения, в то время как кризис — это определенное состояние, которое проживает человек. И мы проживаем разные состояния. Когда мы начинаем к этому относиться как к процессу, то кризис можно понимать как неспособность реализовывать процессы, которые человек ранее реализовывал в своей профессиональной деятельности, личной жизни. И тогда появляется возможность с метаподхода диссоциированно посмотреть, как мы создаем свои сложности. Опыт работы



Бондарь Аркадий Николаевич — психолог, коуч, НЛП-тренер, со-основатель директор Института НЛП СПб, действующий советник ряда крупных компаний, как российских, так и интернациональных

со спортсменами, с людьми в сложных жизненных ситуациях, которые иногда ставят перед собой амбициозные цели, позволяет вывести следующую ключевую идею: по мере движения, по мере профессионального роста, мы встречаемся со своими границами, с границами своих физических сил. И этот переход по-разному откликается в каждом индивидуальном случае. Кто-то говорит, что устал, кто-то на это смотрит как на вызов, кто-то — как на обратную связь. Если мы будем думать, что кризисы неизбежны, мы будем продолжать с ними встречаться. Но мы можем говорить о них и иначе — как об этапах профессионального роста, этапах становления. Слова — это ключи, которые формируют разные ассоциативные ряды. И можно доносить до клиента в кризисе в качестве фрейма, что это нормально, это определенный этап. Да, ситуация (на рынке, внутри компании, в семье) поменялась, все верно. Но главное, как ты на это реагируешь. Предыдущие подходы не работают и нужно создавать новые. Новые сценарии требуют творчества, а оно требует гибкости, которая дана не всем. Некоторые пытаются цепляться за «проверенные» сценарии... Есть выражение «ловушка успеха»: наши проблемы — это следствие предыдущих

успехов, потому что есть соблазн пробовать реализовывать ранее успешные стратегии в изменившемся контексте. С этим часто приходится работать через осознание и поведенческие практики и техники. В ходе профессионального обучения можно и важно моделировать ситуации переходов и освоить набор практик саморегуляции и саморазвития, потому что любой кризис проявляется в теле, он проявляется через зажатость, через паттерны дыхания и автоматизмы. И человеку полезно учиться это отслеживать. Дыхательные практики, телесные практики, практики успокоения внутреннего диалога доступны и просты. Им можно обучиться самим и потом обучать наших клиентов, чтобы они справлялись со своими сложностями сами. Еще следует отметить такой аспект, как монотония — субъективное ощущение, что все идет по кругу, этакий «день сурка», с фокусом внимания на сходствах («все одно и то же», «ничего не меняется»). Нет новизны и нет интереса, нет любопытства, нет открытости. И на способность к любопытству, открытости обязательно нужно обращать внимание.

Один из вариантов разрешения проблемы — моделирование лучших, моделирование стратегий. Народная мудрость в этом известна: если ты к чему-то стремишься, чего-то хочешь, найди того, кто уже этого достиг и посмотри, каким образом жизни живет этот человек. В плане образовательного процесса очень

полезны были бы для студентов, для тех, кто интересуется этой профессией, живые встречи с практикующими психотерапевтами-профессионалами и обсуждение того, какими они были, когда начинали. С одной стороны, у нашей профессии есть романтический флер: психолог, психотерапевт — это суперзнающий, суперпросветленный. И это мотивирует. С другой стороны, осознанный выбор требует внутренней дисциплины, ограничений, большой внутренней работы в плане самоосознания, в плане обучения подходам. И когда в ходе обучения кто-то понимает, что это не его, это, может быть, к лучшему. Это означает, что преподаватели делают свою работу, чтобы не создавать ненужных иллюзий, ненужных представлений. Общение, изучение и моделирование очень полезны, мы переходим от ментальных конструкций к реальной сенсорике, конкретике. В обратную сторону тоже возможно движение: у того, кто что-то понял в профессии, чаще всего есть желание делиться, на что-то обратить внимание начинающих специалистов. Таким образом и формируется профессиональный круг, профессиональное сообщество.

В целом кризис — это диалектическое противоречие, а диалектическое противоречие — это двигатель прогресса. И тогда кризис может пойти (иными словами, его нужно обернуть!) на пользу! Добро пожаловать в кризис!

Ольга Александровна Чернаус. «Надо изначально в личности иметь стимул к развитию, и тогда никакие кризисы нам не страшны...»

Если рассказать о сути той работы, которую мы делаем в Центре занятости, будет понятно, что у нас внутри. Наши специалисты-психологи, а их достаточно много — около тридцати человек, практически формируют целое собственное профессиональное сообщество. Поэтому, отвечая на вопрос о преодолении кризиса, можно сказать, что именно это и помогает: расти и развиваться, перенимать друг у друга опыт и практики. Если же говорить о психосоциальных особенностях и причинах возникновения кризиса, о том, почему люди выгорают и иногда не находятся в ресурсе, нужно сказать, что наши специалисты ежедневно принимают по 10–12 человек! Это может быть и групповая, и индивидуальная работа. Есть определенный объем госзадания, который необходимо выполнять (это касается всех специалистов, работающих в бюджетных



Чернаус Ольга Александровна — руководитель отдела профессионального самоопределения и карьерного роста Санкт-Петербургского государственного автономного учреждения «Центр занятости Санкт-Петербурга», психолог-консультант, член Ассоциации карьерного консультирования и сопровождения

организациях). Кроме того, люди, которые к нам приходят, сами находятся в профессиональном кризисе и чаще всего именно по его поводу и обращаются, так как мы работаем в профессиональной сфере. Это люди, которые теряют работу, либо разуверились в работе, либо хотят что-то поменять. Контингент очень разный — это социально незащищенные группы населения, очень много людей с проблемами здоровья, инвалидностью, дети-сироты, люди в сложном психологическом и сложном социальном состоянии. Поэтому нашим специалистам сложно остаться в ресурсе, сохранить себя и при этом еще и оказать необходимую помощь. Дополнительной нагрузкой является достаточно большой пласт работы рутинной, технической, которую тоже необходимо делать. При всем этом (и это является большим плюсом) у нас очень маленькая текучка. Специалисты изначально приходят социально ориентированные — это их жизненная позиция, их ценность. Встречаются, конечно, и люди, которые надолго не задерживаются, но их мало, и случаи эти из разряда «я пришел и понял, что попал не туда». Внутри нашей организации мы предоставляем много возможностей для роста и развития. К тому же, поскольку контингент у нас очень разнообразный, наши специалисты могут применять самые разные техники. Растить профессионально можно широко, используя различные механизмы, если сотрудники заинтересованы в росте и развитии. Конечно, есть кризисы, ситуации, когда люди устают, и это нормально. Влияет рутина, социальная ориентированность, сложный контингент. Стимул, глоток свежего воздуха дают супервизии, встречи, повышения квалификации. Стоит отметить, что в моменты внешнего кризиса наши люди более в ресурсе, чем в моменты затишья на рынке труда, потому что в этом случае идет контингент низкомотивированный — люди, которые на самом деле не очень стремятся найти свое

место в работе (да и в жизни), а поэтому крайне сложны в общении. В кризис приходят люди в сложном состоянии, но они мотивированы и хотят это состояние преодолеть. Т.е. во время кризиса внешнего частота психологического профессионального кризиса у наших специалистов гораздо меньше. Меньше подвержены профессиональным кризисам специалисты, которые много обучаются. Справляться со своими сложностями нашим специалистам помогают системы дыхания, телесные практики и другие способы саморегуляции. Им же они обучают и входящий контингент и других сотрудников.

Если люди не могут найти себя в профессии, начать профессиональную деятельность, причина у этого комплексная, связанная не только с профессией и работой. Часто это вызвано проблемами в семье, личностными проблемами, «Я»-концепцией. Если человек приходит и заявляет, что не может найти работу, это только верхушка, самый тонкий верхний слой. И здесь даже маленький результат — уже результат.

Если говорить о работе, психолог работает личностью, поэтому другие учебные процессы, касающиеся психологической работы, явно влияют на личность: я как профессионал, субъект деятельности и я как личность. И то и другое в рамках обучения как раз совпадает. Единственный вопрос, когда учиться. Хорошо, когда учеба приходится на начало кризиса, тогда она, как глоток свежего воздуха. Если кризис затянулся, процесс будет более длительным и тяжелым. Особенно при выгорании или наличии каких-то его признаков. Важно не доходить до этого момента. Обучение наполняет силой, оно дает сотрудникам какой-то стимул, мотивирует их работать дальше. Но для такого ресурсного состояния надо изначально в личности иметь стимул к развитию, и тогда никакие кризисы нам не страшны.

Равиль Каисович Назыров. «Центральное противоречие профессионального кризиса — противоречие между своими внутренними, идеальными представлениями о собственной профессиональной деятельности и ее реальным характером...»

Профессиональный кризис следует понимать как состояние глубинного неудовлетворения своей профессиональной деятельностью, ее формой, содержанием и профессиональными

перспективами. Кризис — это не какая-то болезнь, это важная ситуация, которую каждый специалист обязательно переживает на своем профессиональном пути.

И в этой ситуации можно выделить позитивное влияние, стимулирующее к деятельности и сопровождаемое ростом, и негативное, способное нарушить (а в тяжелых случаях даже обрушить) профессию. Позитивный ресурс — импульс к сущностным изменениям. Порой люди в поисках себя проходят извилистый путь (известны, например, случаи, когда в психотерапии люди находят себя во второй половине жизни). И тогда задача нас как образовательной системы — попробовать сделать этот путь как можно короче. Негативное влияние можно описать как импульс к защитному ритуальному поведению. Примером может служить тенденция к прохождению гигантского количества образовательных курсов и мероприятий с откладыванием (и даже отказом) от начала профессиональной деятельности.

Из негативных образовательных аспектов профессионального кризиса следует отметить:

снижение эффективности механизмов психологической адаптации с выбором неэффективных стратегий (в том числе ненужных, неподходящих учебных курсов);

увеличение внешних и внутренних трудностей со снижением эффективности обучения в любой программе;

снижение эмоциональной чувствительности, а следовательно, профессиональной эффективности (выходит, что на сессии пациент лучше распознает чувства, чем терапевт, а терапевтическая работа в таком случае невозможна),

профессиональное выгорание с использованием образования для избегания профессиональной деятельности (и так случается даже несмотря на то, что для абсолютного большинства из нас профессия является любимой и выступает неотъемлемой частью жизни).

Центральное противоречие профессионального кризиса — противоречие между своими внутренними, идеальными представлениями о собственной профессиональной деятельности и ее реальным характером. При этом можно



Назаров Равиль Каисович — ректор Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского, доктор медицинских наук, врач-психотерапевт, врач-психиатр. Экспрезидент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА). Главный редактор «Российского психотерапевтического журнала», автор 14 монографий и учебников, в т.ч. учебников для ВУЗов «Клиническая психология» и «Психотерапия». (СПб, 2012)

выделить условную «линейку типов специалистов», которые в процессе обучения напарываются на некоторые специфические «грабли».

- Специалист 0 — кризис в начале пути, когда существует неопределенность в профессии.
- Специалист 1 — выбрана профессия, но нет определенности в специальности.
- Специалист 2 — есть работа, но нет успешности.
- Специалист 3 — ошибка в выборе с возвратом к предыдущим ступеням.
- Специалист 4 — хорошо с работой, но нет карьеры.
- Специалист 5 — хорошо с карьерой, но нет реализации.

Если опираться на эту линию, в образовательную часть профессионального маршрута следует включить дополнительные инструменты.

Будет логично продолжить выступление Равиля Каисовича подведением итогов конференции. Выявить и уточнить инструменты, которые необходимо включить в образовательную часть профессионального маршрута, на конференции была призвана работа в малых группах под руководством наших компетентностных преподавателей. По результатам работы каждой группы был сделан маленький доклад, а Равиль Каисович извлек из всех докладов самое главное, чем следует обогащать образовательный процесс.

- ◇ Самопознание в научной среде.
- ◇ Сочетание различных форм групповой рефлексии (балинтовские группы).
- ◇ Интервизии и мастер-классы.
- ◇ Наставничество.
- ◇ Методический импульс в начале обучения.
- ◇ Доступная супервизия.
- ◇ Обязательность первого вводного урока, чтобы избежать последующего недопонимания.

Равиль Каисович завершил встречу подведением 7 важных позиций.

1. Профессиональный кризис неизбежен.
2. Факт проникновения новой информации (знания, умения, навыки и компетенции) увеличивает противоречия: само обучение приводит к усилению кризиса.
3. Образовательный процесс проявляет этот кризис.
4. И в образовательном процессе кризис не нужно замазывать, на него нужно обращать внимание, чтобы профилировать переход в патологический.
5. Необходим постоянный аудит состояния.
6. Следует быть чуткими к информации о признаках нарастающего патологического кризиса.
7. В образовательных программах технологически должны быть представлены модули, связанные с кризисом и помогающие разделять слушателей на три группы: нет кризиса, есть признаки начинающегося кризиса, есть кризис в патологической форме. И при работе с последней группой необходимо переходить «к ручному управлению», используя профессиональный консалтинг, специальные группы и другие инструменты.

Итогом всех обсуждений в группе спикеров стал портрет специалиста, благополучно прошедшего кризис — обученный, полеченный, индивидуально ориентированный, со своими профессиональными целями и хорошо отрефлексированной позицией.



Анонс образовательной программы

**Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия.
Подготовка уровня ЛОРП-практик**

Дорогие коллеги! Приглашаем вас обучиться главному психотерапевтическому методу Петербургской (Ленинградской) психотерапевтической школы!

10 мая 2021 – 29 июня 2022

**Личностно-ориентированная
реконструктивная
психотерапия.**

Подготовка уровня ЛОРП-практик

Телефон: +7 812 467-48-87
WhatsApp: +7 912 722 54-82

Электронная почта:
client@spb-ipmp.ru

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия по Карвасарскому, Ташлыкову, Исуриной (ЛОРП) является основным психотерапевтическим методом Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии и дальнейшим развитием патогенетической психотерапии В.Н. Мясничева. ЛОРП была создана в конце прошлого столетия. В разработке этого, пожалуй, лучшего психотерапевтического метода принимала участие большая группа специалистов из России и других стран. Руководил группой выдающийся отечественный психотерапевт и медицинский психолог Борис Дмитриевич Карвасарский, в течение многих лет бывший главой

Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии. Носители метода — ученики и последователи Б.Д. Карвасарского. Одним из них является и ректор нашего Института, Равиль Каисович Назыров. Создание, описание и доработка метода осуществляют и в настоящее время, в том числе нашим Институтом.

ЛОРП многими отечественными и зарубежными специалистами рассматривается как наиболее научно-обоснованный психотерапевтический метод, по своим доказательным характеристикам не уступающий, а возможно, и опережающий методы когнитивно-поведенческой психотерапии. В нашей стране было выполнено более 120 научных, в том числе диссертационных, исследований, доказывающих безопасность и клиническую эффективность метода. В докторской диссертации ректора нашего Института целая глава посвящена изучению у больных невротическими расстройствами системы отношений личности и ее динамики в процессе психотерапии. Эта серия исследования была выполнена совместно с известным Тюменским психотерапевтом Н.Н. Мурычевой и позволила обосновать применение в клинике специального диагностического инструмента — оптимизированного варианта методики значимых отношений (МИЗО).

Технологический инструментарий ЛОРП в значительной мере проработан для групповой формы работы, а для индивидуальной психотерапии в настоящее время дорабатывается в нашем Институте. ЛОРП не только входит в арсенал современного психотерапевта, но и занимают в нем ведущее место. Сейчас ЛОРП используют преимущественно в индивидуальной и групповой формах работы, но уже были предложены подходы к описанию и управлению психотерапевтической средой в условиях психотерапевтического учреждения и психотерапевтического сообщества, а также подходы семейно-супружеской психотерапии.

К сожалению, в силу сложности создания ЛОРП разработка и описание метода не были завершены при жизни ее главного автора — Бориса Дмитриевича Карвасарского. В настоящий момент есть ряд вопросов, нуждающихся в доработке, хотя многие компоненты метода (понимание психического, теория нормы и патологии и технологический арсенал) в целом сформированы и хорошо зарекомендовали себя в клинической практике.

ЛОРП изначально создавалась для применения в клинической практике психотерапевтического лечения невротических расстройств. Для этой группы пациентов ЛОРП, пожалуй, является наиболее обоснованным психотерапевтическим методом, в значительной мере превосходящим по эффективности все другие. Наряду с невротическими расстройствами, ЛОРП успешно применяют для лечения и реабилитации наркологических заболеваний, кризисных состояний, других пограничных расстройств и психосоматических заболеваний. В каждом случае на этапе диагностики определяют показания и противопоказания для включения ЛОРП в программу лечения. Другая возможность использования ЛОРП в клинике — включение этого метода в индивидуальные психотерапевтические программы, которые становятся основой для лечения и реабилитации широкого круга психических расстройств, зависимостей и психосоматических заболеваний.

Несколько лет назад наш Институт приступил к широкой подготовке слушателей в методе ЛОРП в очном и дистанционном формате. Проанализировав результаты обучения, мы выяснили, что важной задачей нашего Института и основанного нами психотерапевтического сообщества является создание качественной этапной системы профессионального обучения данному методу на различных уровнях — от простого ознакомления широкого круга специалистов с его принципами и задачами, до глубочайшего освоения с целью использования в работе с большим спектром психических и психосоматических расстройств, супервизии, экспертной работе и обучении.

И сейчас для повышения качества освоения ЛОРП и широкого внедрения ее в клиническую практику мы предлагаем систему уровневого обучения этому замечательному методу.

Содержание программы

Модуль 1. ЛОРП и ее место в современной психотерапии, 36 ак.ч., 10–12 мая 2021 г.

- ◇ Теория отношений В.Н. Мясищева и ЛОРП (по Карвасарскому, Ташлыкову, Исуриной).
- ◇ Технические приемы ЛОРП (по Карвасарскому, Ташлыкову, Исуриной).
- ◇ Применение ЛОРП (по Карвасарскому, Ташлыкову, Исуриной) в клинической практике.

Модуль 2. Теория отношений В.Н. Мясищева: мишени психологической помощи, личность в норме и патологии, 36 ак.ч., 28–30 июня 2021 г.

- ◇ Теория отношений В.Н. Мясищева.
- ◇ Личность в норме и патологии.
- ◇ Применение теории отношений В.Н. Мясищева в клинической практике.

Модуль 3. Концепция патологии в ЛОРП: невротические расстройства с позиции Ленинградской школы психотерапии, 36 ак.ч., 9–11 августа 2021 г.

- ◇ Невротические расстройства с позиции Ленинградской школы психотерапии.
- ◇ Диагностика невротического расстройства в ЛОРП.
- ◇ Стратегии ЛОРП в лечении невротических расстройств.

Модуль 4. Коммуникация в ЛОРП. Формирование терапевтических отношений, позиция

- ◇ Основные позиции терапевта в ЛОРП. Модель первой встречи.
- ◇ Формирование терапевтических отношений в ЛОРП.
- ◇ Основные ошибки коммуникации в ЛОРП в условиях реальной клинической практики.

ЛОРП-терапевта, 36 ак.ч., 27 по 29 сентября 2021 г.

Модуль 5. Психотерапевтическое воздействие в ЛОРП: конфронтация в ЛОРП, 36 ак.ч., 8–10 ноября 2021 г.

- ◇ Основные этапы ЛОРП. Структура сессии в ЛОРП.
- ◇ Техники конфронтации в ЛОРП.
- ◇ Работа с сопротивлением в ЛОРП. Проработка в ЛОРП.

Модуль 6. Психотерапевтическое воздействие в ЛОРП: эмоциональный корректирующий опыт и поведенческое научение», 36 ак.ч., 20–22 декабря 2021 г.

- ◇ Эмоциональный корректирующий опыт в ЛОРП.
- ◇ Техники эмоционального корректирующего опыта. Поведенческое научение в ЛОРП.
- ◇ Позиция терапевта в ЛОРП. Модель «не невротического поведения».

Модуль 7. Возможности ЛОРП в помощи пациентам различных клинических групп, 36 ак.ч., 14–16 февраля 2022 г.

- ◇ ЛОРП в помощи пациенту в кризисном состоянии, пациенту с личностным инфантилизмом, личностным расстройством.
- ◇ ЛОРП в помощи пациенту зависимостью, психосоматическим заболеванием, депрессией, шизофренией.
- ◇ Формирование программы ЛОРП для пациентов различных клинических групп.

Модуль 8. Личностно-ориентированный тренинг: динамическая терапевтическая группа, 72 ак.ч., 21–26 марта 2022 г. Форма проведения: очно. Дополнительный цикл по выбору!

Модуль включается в программу при выборе варианта прохождения «с динамической группой». Также модуль может быть приобретен отдельно.

Динамическая группа — это психотерапевтический метод (ЛОРП, реализуемый в групповой форме), специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и групповых психотерапевтов, для решения эмоциональных, поведенческих и личностных проблем (Карвасарский Б.Д., 1990).

Участие в динамической группе может быть полезно людям, имеющим сложности во взаимоотношениях в любых областях: от сложностей в семье до проблем в отношениях в рабочем коллективе, с руководством и т.д.

Благодаря участию в динамической психотерапевтической группе вы сможете:

- понять причины тревоги, охватывающей вас в психологически сложных жизненных ситуациях, и справиться с ней;
- соприкоснуться с разрешением психосоматических проблем со здоровьем (ответить на вопрос, почему когда вы хотите что-то поменять в своей жизни, то ощущаете недомогание, ухудшение самочувствия);
- разрешить сложности в личной жизни, научиться строить гармоничные отношения в семье и партнерские отношения с мужчинами или женщинами;
- узнать, как вас воспринимают другие люди, и понять, почему;
- понять причины собственной неуспешности в жизни, в отдельных ее областях, в семейных и близких отношениях.
- выйти из замкнутого круга жизненных сложностей, понять их причины и предпринять шаги для их преодоления;
- лучше понять себя, свои подлинные желания и потребности, найти силы реализовать их в собственной жизни;
- повысить качество отношений с окружающими людьми и качество своей жизни в семье.

Модуль 9. Возможности ЛОРП в психологической и профилактической помощи здоровым, 36 ак.ч., 9–11 мая 2022 г.

- ◇ ЛОРП в помощи здоровым.
- ◇ ЛОРП при преневротических состояниях.
- ◇ ЛОРП в качестве программы психопрофилактической помощи пациенту и его семье.

Модуль 10. Групповая психотерапии в модели ЛОРП и ее место в программах лечения невротических и других пограничных расстройств, 36 ак.ч., 27–29 июня 2022 г.

- ◇ Концепция групповой ЛОРП.
- ◇ Методика групповой ЛОРП.
- ◇ Трудности и ошибки при проведении групповой ЛОРП.

Возможно участие как в полной программе, так и в отдельных модулях по выбору. По итогам освоения как отдельных модулей программы, так и программы целиком вы можете претендовать на сертификат АПКПМ, подтверждающий уровень владения ЛОРП.

Получить наиболее полную информацию об образовательных программах, сроках проведения, стоимости, условиях участия, а также подать заявку на обучение, вы можете

- посетив наш сайт: <https://ipmp-spb.ru/>
- позвонив нам по номеру: +7 812 467-48-87
- или написав по адресу: client@spb-ipmp.ru