ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

**Психотерапия: содержание основных понятий.**

В научной литературе насчитывается несколько сот определений понятия «психотерапия», одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на ее психологических сторонах. По мнению Карвасарского Б.Д. отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, т.е. входит в компетенцию медицины. В определениях, которые можно назвать условно медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику на организм), т.е. подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. Обе позиции являются объяснимыми. Так, с одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души, т.е. указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию понятия «физиотерапия, иглотерапия и др.» указывают на средства воздействия.

Медицинский подход к пониманию психотерапии иллюстрируют такие определения, которые обязательно включают в себя понятия «здоровье», «болезнь», «больной», «лечебное воздействие».

Определения, в большей степени фиксирующие психологические подходы включают в себя такие понятия, как «межличностное взаимодействие», «психологические средства», «психологические проблемы и конфликты», «отношения», «установки», «эмоции», «поведение».

В известной мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Таким образом, процесс развития психотерапии, как научной дисциплины, предполагает все более четкое определение ее категориального аппарата и сущности самого понятия «психотерапия». Однако, термины «воздействие», «вмешательство», «интервенция» входят в самые различные определения психотерапии и психокоррекции.

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

##### Клинико-психологические вмешательства с точки зрения Перре и Бауманна характеризуются:

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

Термин «клинико-психологическое вмешательство» широко распространен в зарубежной литературе, а у нас используется редко. Более употребительным является термин «психологическая коррекция». **Психологическая коррекция** представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Вопрос о соотношении понятий «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым и сегодня, однако, мы можем рассмотреть две основные точки зрения на него.

Одна из них, заключается в признании полной идентичности этих понятий. При этом, не учитывается, что психологическая коррекция как направленное психологическое воздействие реализуется не только в медицине, но и в других сферах человеческой практики, например в педагогике. Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психологическую коррекцию.

Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция преимущественно призвана решать задачи спихопрофилактики на всех ее этапах, в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики.

Задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах. Психотерапия и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психологической коррекции и психотерапии, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают одна другую.

**Психологическое консультирование** традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении или поиске путей разрешения возникающих у него проблем и затруднений психологического характера. Можно выделить три основных подхода к психологическому консультированию:

1. проблемно-ориентированное консультирование, фиксирующееся на анализе сущности и внешних причин проблемы, поиск путей решения;
2. личностно-ориентированное консультирование, направленное на анализ индивидуальных, личностых причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и путей их предотвращения в будущем;
3. консультирование, ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы.

Сравнивая понятия «психотерапия» и «психологическое консультирование», известный специалист в этой области Нельсон-Джоунс рассматривает психологическое консультирование как психологический процесс, ориентированный на профилактику и развитие. Он выделяет в консультировании цели, связанные с коррекцией и развитием. С его точки зрения, консультирование преимущественно является коррекционным, что обеспечивает реализацию профилактических функций. Развитие связано с решением задач индивида на различных этапах жизни (профессиональное самоопределение, отделение от родителей, начало самостоятельной жизни, создание семьи и другие вехи). Большое значение придается повышению личностной ответственности за собственную жизнь. Конечная цель консультирования – научить клиента оказывать помощь самому себе, стать для самих себя консультантами. Нельсон –Джоунс видит различия между психотерапией и психологическим консультированием в том, что в психотерапия делает акцент на личностном изменении, а консультирование на помощи человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни.

Методы психотерапии можно классифицировать по двум параметрам: по сложности процедур и по количеству охватываемых клиентов. По первому параметру методы психотерапии могут быть, в свою очередь, разбиты на следующие классы: методы простой психотерапии, применяемой при оказании первичной помощи и методы краткосрочной или долгосрочной поддерживающей психотерапии. По второму параметру можно выделить индивидуальную, семейную и групповую психотерапию.

Однако, понятие метода в психотерапии до сих пор остается крайне размытым. Совершенно очевидно, что существующие подходы к классификации методов психотерапии и психокоррекции значительно отличаются и отражают различные основания или критерии, положенные в основу той или иной классификации. Можно привести несколько примеров различных подходов к классификации психотерапевтических методов.

1. Гипнотерапия:

* Внушение и самовнушение,
* Аутогенная тренировка,
* Рациональная психотерапия,
* Коллективная и групповая психотерапия,
* Наркопсихотерапия.

1. Поддерживающая психотерапия: переучивающая и реконструктивная.

3. Личностно-ориентированная психотерапия:

* Суггестивная психотерапия,
* Поведенческая психотерапия.

4. Симптомо-центрированные методы:

* Личностно-ориентированные,
* Социо-центрированные.

5. Методы, направленные на понимание и преодаление проблем понимания себя, своих мотивов, ценностей, целей, стремлений и т.п.

6. Методы, направленные на подавление и выражение эмоций.

7. Механистические и гуманистические методы.

8. Методы, связанные с идентификацие, с созданием условий, с проникновением в сущность.

9.Динамическая психотерапия:

* Поведенческая психотерапия,
* Опытная психотерапия.

При оказании первичной медицинской помощи психотерапия может быть полезна клиентам с недавно возникшими эмоциональными нару­шениями или пациентам, которым нужно помочь примириться с фактом наличия неизлечимой соматической или психической болезни и адаптироваться к ее последствиям.

Если речь идет о выборе между индивидуальной, групповой или семейной психотерапией, то на данном этапе можно утверждать следующее: применение индивидуальной терапии наиболее целесообразно в случае специфических проблем, на которых может быть сосредоточено внимание при краткосрочном лечении. Она предпочтительна также для клиентов, которые в группе чувствовали бы себя неловко из-за застенчивости или вследствии xapaктера своих проблем (например, сексуальных). Во всех остальных случаях для клиентов, чьи проблемы в основном касаются взаимоотношений с другими людьми, индивидуальное и групповое лечение обычно в равной степени эффективно.

Использование семейной психотерапии оправдано, когда эмоциональные проблемы затрагивают, прежде всего, взаимоотношения между двумя партнерами по браку. Семейная психотерапия может быть применена, если трудности, возникающие у ребенка старшего возраста или у подростка, отражают проблемы, присутствующие у его родителей.

**ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ.**

Основные элементы психотерапевтической работы можно проиллюстрировать в общих чертах на примере краткосрочной терапии, которая обычно проводится психотерапевтом в течение нескольких месяцев при оказании помощи клиенту, чьи проблемы в основном связаны с межличностными взаимоотношениями

После проведения клинической беседы и сбора анамнестических данных в первой фазе с клиентом обсуждаются вопросы о том, на какие именно аспекты его проблем должна быть направлена терапия, какие цели при этом достижимы и насколько продолжительным будет курс (как правило, при краткосрочной терапии проводится от 6 до-12 сеансов - в зависимости от сложности проблем). Подчеркивается, что клиенту помогут отыскать свое собственное решение проблеми и роль психотерапевта заключается не в том, чтобы снабдить готовыми решениями, а в том, чтобы подвести его самого к их нахождению.

Клиента просят рассказать об одной из проблем, выбранных для рассмотрения. Его побуждают приводить характерные примеры событий, которые могут быть подробно проанализированы, с целью выяснить, как он думал, что чувствовал и как действовал в то время. В ходе такой беседы обычно используются различные «подсказки», а также другие приемы, по сути аналогичные применяемым при проведении опроса.

Для того, чтобы побудить клиента рассуждать о своих трудностях вслух, клиническому психологу не требуется много говорить. Необходимо подводить к эмоционально бо­лезненным темам, ненавязчиво убеждая его не избегать их, рассматривать свою собственную роль в любых трудностях, причины которых он видит в действиях других людей, а также стремиться выявить общие проблемы в том, что он описывает. Временами клинический психолог помогает оглянуться на свою жизнь, чтобы обнаружить источники нынешних форм поведения, просит подумать, присущи ли ему до сих пор формы поведения, имевшие ранее определенную цель, а теперь уже бесцельные. Наконец, он поощряет клиента к рассмотрению альтернативного образа мышления и более приемлемой модели поведения в затруднительных ситуациях.

В процессе работы клинический психолог уделяет невербальному поведению клиента не меньше внимания, чем его словам, так как расхождения между ними часто указывают на проблемы, которые не выражены прямо. Он также следит за возможным появлением признаков, свидетельствующих о чрезмерной эмоциональной привязанности к психотерапевту или клиническому психологу. Если есть основания предполагать, что такая привязанность сформировалась, этот вопрос обсуждается с клиентом.

Наряду с этим клинический психолог должен постоянно контролировать свои собственные эмоциональные реакции по отношению к клиенту, убеждаясь в том, что не вовлечен чрезмерно в его проблемы и в то же время не ощущает к нему неприязни. Если клинический психолог или психотерапевт обнаруживает, что испытывает подобные чувства, он должен попытаться выяснить, почему это происходит, при необходимости обсудив ситуацию с коллегами.

В средней фазе терапии клиент продолжает говорить о проблемах, которые выделил в начале, и анализирует текущие примеры. Клинический психолог указывает на любые повторяющиеся формы поведения и соотносит их с рассказом клиента о его детстве. Он также комментирует эмоциональные реакции клиента во время беседы.

По мере того, как терапия подходит к концу, клиент должен чувствовать, что он лучше понимает очерченные в начальной фазе проблемы, и все более проникаться уверенностью в том, что способен справиться с ними самостоятельно. На этой стадии клиент уже не должен ощущать чрезмерной зависимости от клинического психолога или психотерапевта, но все же во многих случаях целесообразно облегчить для него расставание, назначив на следующий период несколько встреч с интервалом в два-три месяца.

Методики, используемые при других формах психотерапии, отличаются от этой основной методики в нескольких отношениях.

Во-первых, многие долгосрочные виды терапии начинаются, казалось бы, бессистемно: клиента просто просят говорить обо всем, что ему приходит в голову, в расчете на то, что его проблемы и цели терапии выяснятся позднее. Во-вторых, типы терапии различаются по количеству и характеру объяснений, предлагаемых психотерапевтом. В случае только что описанной простой терапии объяснение опирается, как правило, на здравый смысл. При более интенсивных методах оно строится на базе какой-либо теории психологического развития, например на основе психоанализа. Чаще всего формулировки, базирующиеся на теоретических схемах, не даются в целом, а преподносятся по частям, в форме комментариев об источниках поведения и ощущений, по мере того как они постепенно выясняются в процессе собеседований. В-третьих, виды терапии различаются по степени внимания к аспектам, не относящимся к повседневному опыту.

При некоторых методах терапии фантазии человека (в форме рассказов о сновидениях, рисунков) широко используются для того, чтобы побудить его к исследованию тех аспектов собственной личности, о которых он ранее и не подозревал. В-четвертых, формы терапии различаются по степени, в которой отношения между клиентом и клиническим психологом поощряются к развитию переноса, что затем может быть использовано с целью, помочь ему глубже познать собственные чувства и реакции.

При всех формах психотерапии психотерапевт или клинический психолог старается помочь клиенту в преодолении эмоциональных проблем, сочетая выслушивание и высказывание. В этом процессе первое, как правило, важнее второго, так как главная цель терапии - помочь пациенту лучше понять себя. Для клиента частью этого процесса является размышление вслух, хорошо помогающее прояснять идеи, ранее не сформулированные в словесной форме, а также позволяющее осознать нераспознанные до того связи между определенными аспектами чувств и поведения.

Восстановление морального состояния - важная часть работы клинического психолога с клиентом, поскольку большинство получающих психологическую помощь многократно переживали неудачи и были деморализованы, утратив уверенность в том, что могут сами помочь себе. Высвобождение эмоций может быть полезно на ранних стадиях терапии, если клиент эмоционально возбужден, однако, не следует многократно использовать этот прием. Термин «отреагирование» относится к методике, при которой достигается особенно интенсивное и быстрое высвобождение чувств. Все формы психологической терапии включают рационализацию, которая помогает сделать более понятным расстройство клиента. Разумное объяснение такого рода может дать клинический психолог или психотерапевт, раскрывая его в подробностях (как при поведенческой, так и при краткосрочной психотерапии), или же сам больной составляя его из частичных объяснений и интерпретаций (при психоаналитически ориентированных формах психотерапии). Каков бы ни был способ подачи разумного объяснения, проблема в результате становится более понятной, а это вселяет в клиента уверенность в том, что он сможет разрешить ее.

Психотерапия всегда содержит элемент внушения. При гипнозе оно специально культивируется как главное средство воздействия. При других видах терапии внушение, насколько это возможно, устраняется, так как его действие обычно непродолжительно.

**ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС.**

Другой компонент психотерапии - взаимоотношения между пациентом и клиническим психологом или психотерапевтом - присутствует с самого начала терапии, причем его значение возрастает тем больше, чем дольше продолжается терапия или чем чаше проводятся сеансы. Даже при самых краткосрочных курсах психотерапии эти отношения являются краеугольным камнем лечения, помогая поддерживать клиента в его трудностях и побуждать его преодолевать их. По мере продолжения терапии реалистические взаимоотношения («лечебный альянс») все более укрепляются, и на них накладываются нереалистические элементы. Это происходит в основном потому, что клинический психолог или психотерапевт больше слушает, чем говорит, а клиент раскрывает личные проблемы, которые при других обстоятельствах не обсуждал бы вообще, либо поведал лишь близкому другу или родственнику. В то же время клинический психолог (психотерапевт) мало рассказывает клиенту о своих жизненных обстоятельствах или о личных убеждениях. Интимность обстановки располагает клиента к тому, чтобы реагировать на специалиста как на близкого родственника. Клиент не может скор­ректировать свои фантазии о клиническом психологе (психотерапевте), даже сознавая, кем тот является в действительности. В результате, он переносит на клинического психолога или психотерапевта отношения и чувства, которые первоначально испытывал к другим значимым для него людям, близким ему в прошлом (обычно родители). Именно поэтому подобный процесс называется **переносом.** Если клинический психолог или психотерапевт воспринимается как положительная фигура, то **перенос** называют **позитивным**, в противном случае — **негативным**. Аналогичным образом и клинический психолог (психотерапевт) играет роль, отличную от его роли в повседневных вза­имоотношениях. Он должен оставаться непредвзятым профессионалом и в то же время быть искренне озабоченным самыми сокровенными проблемами пациента. При семейной терапии оставшиеся неохваченными члены семьи не должны почувствовать, что клинический психолог на чьей-то стороне. Даже квалифицированному, обладающему хорошей подготовкой специалисту не всегда удается достичь этого сочетания беспристрастности и заинтересованности. Со временем клинический психолог может не только отреагировать на личность клиента, но и перенести на него свои мысли и чувства, которые испытывал по отношению к другим людям в своей жизни. Этот процесс называется **контрпереносом**

И перенос, и контрперенос могут препятствовать работе с клиентом, но могут быть и обращены на пользу. Один из недостатков переноса связан с тем, что он может спровоцировать поведение клиента, отвлекающее от основного плана терапии (попытки продлить беседы, настоятельные просьбы о дополнительных встречах, драматическое поведение, требующее безотлагательных действий, например, угроза самоубийства, сексуальные чувства). Из-за переноса иногда бывает трудно довести терапевтический процесс до конца, возможно обострение уже ослабленных было симптомов. Если соответствующие проявления будут замечены на ранней стадии и своевременно обсуждены, то затруднения можно предотвратить с той дополнительной пользой, что клиент больше узнает о себе.

Контрперенос вызывает трудности тогда, когда клинический психолог или психотерапевт слишком вовлечен в проблемы клиента или слишком раздражен им. Но, и это может быть обращено на пользу. Если клинический психолог распознает эти чувства и выяснит как они возникли, то он узнает больше о своем клиенте, а также - что не менее важно- о себе.

Перенос и контрперенос развиваются при интенсивных формах терапии, основанных на психоанализе, когда перенос поощряется с терапевтической целью. Однако важно учитывать, что эти явления наблюдаются в той или иной степени при любом виде психологической помощи.

**ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ И КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.**

**Поведенческая психотерапия** рассматривает различные виды научения (обуславливания) как основные поведенческие техники. Суть оперантного обуславливания можно отразить следующим образом: поведение закрепляется (контролируется) его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, закрепляется и наоборот, не приводящее к нему ослабляется или угасает (положительное и отрицательное подкрепление).

Понятие **когнитивная психотерапия** применяется к психологическому процессу, направленному на изменение болезненного образа мышления и таким образом, способствующему улучшению состояния при психических расстройствах.

**ПРИНЦИПЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.**

При проведении поведенческой терапии клинический психолог пытается изменить соответствующий ведущий компонент психического расстройства, побуждая клиента к поведению, несовместимому с его обычным (патологическим) поведением. Например, в процессе терапии реакции избегания при фобическом расстройстве клиента побуждают входить в ситуации, вызывающие у него страх («экспозиция»), а пассивность и социальную отгороженность депрессивных клиентов преодолевают, предлагая спланировать ряд приятных ему видов деятельности («планирование активности»).

Хотя эти простые процедуры являются центральными в поведенческой терапии, недостаточно только проинструктировать клиента относительно того, как их следует выполнять. Этим нельзя ограничиться по двум причинам. Во-первых, клиенты, как правило, не во всех случаях осознают проявления аномального поведения, а следовательно, коррегируемое поведение не используется в нужный момет. Во-вторых, новое поведение должно практиковаться достаточно часто в течение длительного времени, между тем, если не принимаются специальные меры для поддержания мотивации, то большинство клиентов преждевременно прекращают его. Существуют пути преодоления каждой из этих трудностей. Насколько сильно и как часто, в какие именно моменты проявляется расстройство поведения - можно установить, тщательно изучив повседнев­ную деятельность клиента, дополнив это исследование анализом его дневника, где он фиксирует симптоматику и попытки справиться с ней. Этот вид исследования называется **бихевиоралъным анализом.** В качестве характерного примера можно привести анализ социальной фобии. Страдающие этим расстройством, как правило, не знают точно, каких именно обстоятельств, при социальных контактах они избегают, и ограничиваются общим утверждением, что чувствуют себя в обществе тревожно. Би-хевиоральный анализ нередко помогает выяснить, что у клиента вызывают тревогу лишь определенные аспекты общения, такие как установление контакта «глаза в глаза» или необходимость начать беседу. Своевременно примененная градуированная экспозиция, при которой пациент подвергается

воздействию специфических обстоятельств, значительно эффективнее, чем попытки вернуться к социальным ситуациям менее планомерным путем.

Чтобы добиться хороших результатов при использовании поведенческой терапии, важно преодолеть низкую мотивацию клиентов. Хотя большинство из них стремятся выздороветь, мотивация у них обычно недостаточно сильна для того, чтобы обеспечить постоянное многократное применение поведенческих психотерапевтических процедур в течение недель или месяцев. Недостаток мотивации часто связан с предыдущими безуспешными попытками контролировать аномальное поведение, а также с последующей деморализацией. Обычно мотивацию удается восстановить, четко объяснив клиенту цели психотерапии и убедительно раскрыв разницу между предлагаемой программой и его прежними безрезультатными попытками преодолеть свои проблемы. Полезно также представить каждую процедуру как эсперимент, при котором, успешное завершение задания является достижением, но и в случаях, когда справиться с задачей не удается, это будет рассматриваться не как неудача, а просто как получение определенного опыта, дающего новую информацию о расстройстве поведения. Такой подход «без неудач» позволяет успешно поддерживать мотивацию на должном уровне.

ПРИНЦИПЫ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ.

При когнитивной терапии клинический психолог или психотерапевт пытается изменить одно или несколько проявлений расстроенного мышления, типичных для данного заболевания (например, иррациональные страхи клиента, страдающего фобией, или неадекватные обстоятельствам пессимистические идеи депрессивного клиента). Цель состоит в том, чтобы воздействовать непосредственно на эти нарушения мышления и изменить их, рассчитывая, что это повлечет за собой и другие положительные изменения. Чтобы вызвать изменения в мышлении, используют несколько методов.

В первую очередь, необходимо выявить иррациональные идеи. Клиент может описать некоторые из них, обычно не осознавая остальных. Эти неосознаваемые идеи часто играют особенно важную роль в поддержании расстройства. Их можно выявить при тщательно проведенном собеседовании, расспросив его о причинах тех или иных действий, а также о его ожиданиях относительно вероятного исхода событий (например, задавая вопросы типа: «Что случилось бы, если бы вы должны были это сделать?»).

С целью выявления иррациональных идей можно также попросить клиента вести ежедневные записи, фиксируя мысли, возникающие в периоды обострения других симптомов (например: «О чем вы думали, когда почувствовали, что Ваше настроение стало еще более мрачным и подавленным?»). Затем делается попытка изменить иррациональные идеи. Для решения этой задачи используются **приемы** двух типов: **вербальные** и **пове­денческие**. На первый взгляд, может показаться парадоксальным, что поведенческие процедуры являются частью когнитивной терапии, однако не следует забывать: здесь эти приемы применяются для того, чтобы вызвать первичные изменения в мышлении (а не в поведении, как при поведенческой терапии).

**Вербальные методы** используются либо под руководством клинического психолога или психотерапевта во время терапевтических сеансов, либо самим клиентом в его повседневной деятельности. В последнем случае приемы должны легко запоминаться и быть применимыми во время дистресса. Они бывают двух видов. К первому виду относятся приемы, помогающие прервать мысли (например, мысли клиента, страдающего тревожным расстройством о смерти от сердечного приступа). В основе этого метода лежит **принцип «отвлечения внимания»,** при этом внимание фокусируется либо на объектах окружающей обстановки (например, путем подсчета каких-либо находящихся в поле зрения предметов), либо на нормальной умственной деятельности (например, счет в уме). В качестве альтернативы можно использовать внезапный сенсорный стимул, например щелчок резинового «браслета» по коже запястья; этот **метод** иногда называют **«остановкой мыслей».** Приемы второ­го вида направлены на нейтрализацию эмоционального воздействия иррациональных мыслей. При возникновении таких мыслей клиент (как бы в ответ на них) повторяет про себя соответствующее рациональное высказывание, например следующее: «Мое сердце бьется часто потому, что я испытываю тревогу, а не из-за того, что у меня болезнь сердца». Поскольку клиенту особенно трудно отдать предпочтение успокаивающим мыслям именно в тот момент, когда они наиболее нужны, полезно написать эти мысли на специальную карточку и держать ее постоянно при себе.

Приемы, используемые клиническим психологом во время терапевтических сеансов, направлены на то, чтобы изменить навязчивые мысли, анализируя их логическое обоснование и предоставляя клиенту соответствующую информацию.

Клинический психолог или психотерапевт выявляет также определенные нарушения логики мышления, поддерживающие эти навязчивые мысли, несмотря на их очевидную ложность. Подобные «логические ошибки» включают в себя неоправданное обобщение единичных случаев до общего правила и форсирование внимания на фактах, которые могут быть истолкованы в поддержку ложных идей, в то время как аргументы против них игнорируются. Кроме того, клинический психолог или психотерапевт старается выявить неверные убеждения, приводящие к тому, что клиент испытывает тревогу или депрессию, сталкиваясь с незначительными проблемами. Beck (1976) назвал убеждения такого рода «скрытыми предположениями», или «предположениями, лежащими в основе». В качестве примера можно привести мнение, будто бы человек, для того чтобы быть счастливым, должен достигать успеха буквально во всех сферах своей деятельности. Тот, кто руководствуется подобными представлениями, скорее всего, будет ощущать глубокую подавленность даже при несущественных неудачах на работе или в личных взаимоотношениях.

**ТЕХНИКА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.**

Наиболее простым способом поведенческой психотерапии является обучение релаксации. Данным способом можно обучаться по записанным на звуковой носитель инструкциям или во время групповых сеансов, что позволяет снизить затраты времени психотерапевта. Релаксацию можно проводить регулярно в течение дня или прибегать к ней только в стрессовых ситуациях. Обычно терапия начинается с первого варианта и прогрессирует до второго.

Как ни удивительно, контролируемых исследований, посвященных изучению эффективности каких-либо форм релаксации, не проводилось. Чаще всего релаксация применяется при тревожных расстройствах и бессоннице, однако, не было ни одного удовлетворительного исследования, при котором сравнивались бы результаты, полученные при обучении релаксации и при терапии анксиолитиками или снотворными препаратами. Клинический опыт показывает, что эффективность различных методов примерно одинакова, а если их используют постоянно в течение длительного времени, то они дают результаты, эквивалентные действию умеренной дозы бензодиазепиновых транквилизаторов. Однако, часто бывает нелегко убедить клиента заниматься достаточно прилежно, чтобы достичь хороших результатов. Если же это удастся, то можно использовать сочетание поведенческих и когнитивных методов, что обычно приносит пользу.

Обучение релаксации может быть использовано также при лечении легкой гипертонии и при других психосоматических расстройствах, при которых стрессовые события могут усугублять соматическое расстройство, вызывая чрезмерное возбуждение вегетативной нервной системы. Как показали исследования, данная процедура, по-видимому, обладает специфическим действием, вызывающим снижение кровяного давления, причем более сильным, чем влияние неспецифических факторов, таких как контакт с клиническим психологом или психотерапевтом.

Существуют и другие приемы поведенческой терапии, такие как экспозиция, тренировка уверенности, тренировка социальных навыков, самоконтроль и другие. Интересующиеся данными вопросами смогут сами ознакомиться с ними в многочисленной, на сегодняшний день, психотерапевтической литературе.

### ГИПНОЗ.

Гипноз (от греч. hypnos-сон) - это временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Это позволяет снижать чувствительность к болевым раздражителям, а также оживлять воображение, вызывать галлюцинации, пробелы в памяти и «регрессию возраста» (такое поведение, какое могло бы быть у данного человека, когда он был моложе). Хотя повышенная внушаемость характерна для гипноза, она отмечается не только при этом состоянии. У некоторых восприимчивых людей тот же феномен возникает в ответ на прямое внушение, даже когда они находятся в состоянии бодрствования (гипноз по Эриксону). По-видимому, каких-либо явлений, присущих исключительно гипнотическому трансу, нет.

Гипноз можно вызвать несколькими способами. Главными условиями являются желание объекта быть загипнотизированным и его убежденность в том, что гипнотическое состояние наступит. Большинство процедур включают в себя в определенных сочетаниях такие элементы, как релаксация и замедление ритма дыхания, точка фиксации внимания (это может быть, например, движущийся объект), ритмические, монотонные инструкции и применение последовательного ряда внушений (например, клиенту внушают, что его рука сейчас поднимется). Клинический психолог или психотерапевт использует состояние внушаемости либо для прямого внушения, либо для пробуждения ранее подавленных воспоминаний.

В психиатрии и клинической психологии гипноз может быть использован несколькими путями. Первый и наиболее простой из них, требующий только легкого транса, может рассматриваться как форма релаксации. Не доказано, однако, что такой подход (при использовании его для тех же целей) превосходит методы, при которых клиент в большей степени сохраняет контроль над своими действиями. Второй путь требует более глубокого транса: при этом усиливается внушение, что используется для смягчения симптомов, особенно истерических. Хотя эта процедура часто дает ощутимый эффект, по крайней мере, на короткое время, не доказано, что она обладает существенными преимуществами по сравнению с более постепенными формами внушения, без транса. Более того, резкое устранение симптомов посредством гипноза нередко влечет за собой сильную эмоциональную реакцию, выраженную тревогой или депрессией. Третий путь заключается в том, что гипноз используется в качестве вспомогательного метода при психотерапии - для воскрешения вытесненных воспоминаний, но убедительных данных, подтверждающих, что это улучшает результаты терапии нет.

**АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА.**

Основы метода были заложены немецким неврологом Оскаром Фогтом, который в начале прошлого века изучал психофизиологические изменения, вызванные гипнозом и самовнушением. В 1905 году Шульц на этой базе разработал клиническую процедуру, известную как аутогенная тренировка, и использовал ее для терапии соматических симптомов, вызванных эмоциональными расстройствами.

При аутогенной тренировке «стандартные упражнения» используются для вызывания чувства тяжести, ощущения тепла или холода в определенных частях тела, а также для замедления ритма дыхания. За этим следуют «медитативные упражнения», при которых цвета или предметы воображаются настолько живо, насколько это возможно.

Предполагается, что использование упражнений этих двух видов позволяет изменить активность ветативной нервной системы и способствует устранению различных нарушений в сердечно-сосудистой, эндокринной и мочеполовой системах, а также неврозов и поведенческих расстройств. Не установлено, однако, что ветегативные изменения, достигнутые в результате аутогенной тренировки, значительно отличаются от вызываемых с помощью простой релаксации.

### ПРИЕМЫ МЕДИТАЦИИ.

Приемы медитации используются издревне, периодически интерес к ним оживляется. Хотя отдельные методы основаны на различных системах идей, у них есть и определенные общие черты.

Во-первых, они включают некоторые виды инструкций для релаксации и регуляции частоты и глубины дыхания. Во-вторых, они используют отдельные психические процессы, направленные на отвлечение внимания человека от внешнего мира и от потока мыслей, которые в противном случае овладели бы его психикой. Часто это требует концентрации внимания на повторяемом слове или фразе (мантра). В-третьих, большое значение придается отрешению от круга повседневных дел, поскольку лишь при этом условии может быть восстановлен покой. В-четвертых, человек присоединяется к группе, члены которой твердо верят в этот метод и поощряют друг друга к его использованию. Такого группового давления часто не хватает проводимым программам релаксации или медитации; возможно, именно поэтому многим стационарным пациентам не удается продолжать выполнять упражнения в течение достаточно длительного периода времени.

Удовлетворительных данных, позволяющих оценить эффективность этих методов, нет. Как показывает клинический опыт, наименее крайние их формы приносят некоторую пользу клиентам с невротическими симптомами, возникшими как следствие образа жизни, связанного со стрессорами и постоянной спешкой.

**ОТРЕАГИРОВАНИЕ.**

Давно известно, что несдерживаемое выражение эмоций часто ведет к временному облегчению психического расстройства. Такое отреагирование является одним из элементов многих форм религиозной терапии; использовалось оно и в медицине. Поскольку этот метод наиболее эффективен при острых неврозах, вызванных сильным стрессом, основной сферой его применения было лечение неврозов военного времени. После того как Sargant и Slater (1940) использовали отреагирование в терапии острых неврозов у солдат, эвакуированных из Дюнкерка, его стали широко применять на фронте, чтобы принести быстрое облегчение и помочь солдатам скорее вернуться в строй. В гражданской практике отреагирование имеет намного меньшую ценность, ибо случаи, при которых острые симптомы проявляются через несколько часов после эмоциональной травмы, чрезвычайно редки. Отреагирование может быть вызвано мощным побуждением излить эмоции, обусловленные психотравмирующими событиями. Эту процедуру можно облегчить внутривенным введением седативного средства. Использование отреагирования в мирное время вновь приобретает свое значение в условиях возможности террористических актов, а также при природных катаклизмах и техногенных катастрофах.

#### **ПРИМЕРНАЯ ПРОГРАММА ПО КУРСУ**

**«ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ».**

##### РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

**Тема 1.** **Психотерапия: основные понятия.**

Определение **психотерапии**: психологический и медицинский подходы. Пси­хотерапия как система лечебных воздействий на психику человека. Психотерапия как межличностное взаимодействие. Отечественные и зарубежные концепции определения психотерапии. Интердисциплинарный характер психотерапии.

**Психотерапевтическое вмешательство**, как кон­кретный психотерапевтический прием. Три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический). Методы клинико-психологических интервенций. Функции клинико-психологических интервенций. Роль клинико-психологических вмешательств.

**Психологическая коррекция.** Психологическая коррекция как направленное психологическое воздействие для полноценного раз­вития и функционирования индивида. Характеристика методов психологической коррекции. Виды психокоррекции: по характеру направленности (симптоматическая, каузальная); по содержанию; по форме работы; по наличию программ; по характеру управления коррегирующими воздействиями; по продолжительности; по масштабу решаемых задач. Основные принципы, цели и задачи психокоррекционной работы. Основное понятие о методах психотерапии и психокоррекции. При­меры различных подходов к классификации психотерапевтических методов. Значение понятия «психотерапевтический метод» в работах А.Александрович, четыре уровня использования этого термина.

**Методы психотерапии и психокоррекции**: аналитические, обучающие, развивающие, трансформирующие, моделирующие, побуждающие. Общие факторы психотерапии. Показания к психотерапии и психокоррекции.

**Тема 2. Ретроспективный анализ развития психотерапии как науки.**

Донаучный период развития психотерапии: мифология древних культур, теологическая медицина, практика обрядов, мистификация. Научный период развития психотерапии: социотерапия Пинеля, теория «животного магнетизма» Месмера, гипнотические сон Льебо, научные школы Шарко (естественно- научная, физиологическая) и Бернгейма (психологическая). Изучение гипноза как начало научной психотерапии (Данилевский). Лечение идеалами Марциновского. Критерии развития психотерапии как науки: влияние внешних социально-экономических и культурных факторов, внутренняя логика развития науки.

**Тема 3. Основные механизмы психотерапии и психокоррекции.**

Области самосознания и планы функционирования личности. Механизмы лечебного воздействия по Кратохвиллу: сообщение информации, внушение надежды, универсальность страданий, альтруизм, коррегирующая рекапитуляция первичной семейной группы, развитие техники межличностного общения, имитационное поведение, интерперсональное влияние. Три основных механизма групповой психотерапии по Б.Д. Карвасарскому: конфронтация, коррегирующее эмоциональное состояние, научение. Механизмы семейной психотерапии: эмоциональное сплочение и поддержка, отреагирование, получение и предоставление обратной связи, идентификация, инсайт.

**РАЗДЕЛ II. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ.**

**Тема 4. Психодинамическое направление психотерапии.**

**Классический психоанализ (З. Фрейд).** Основные положения психологической концепции, концепции личности в психоанализе. Представления о бессознательных психических процессах, как основных детерминантах личностного развития, основных факторах, движущих сил, определяющих и регулирующих поведе­ние и функционирование человеческой личности. Содержание бессознательного. Инстинкты и мотивация*.* Инстинкты, с точки зрения Фрейда. Понятие вытеснения и подавления нежелательных мотивов. Механизмы защиты, их роль в формировании невроза. Общая концепция психологического происхождения невро­зов в рамках психоанализа. Три типа психоневроза описанных З. Фрейдом. Роль Супер-Эго в невротическом конфликте. Техники классического психоанализа. Стадии психосексуального развития и типы регрессивного поведения, характерные для каждой из этих стадий. Психологическая защита и сопротивление. Этапы работы с сопротивлением. Трансфер и последовательность его анализа. Техника детского психоанализа. Базисная модель психоаналитической работы с клиентом: основные этапы.

**Индивидуальная психология А.Адлера.** Сущность невроза в индивидуальной психологии А. Адлера. Понятие «комплекса неполноценности». Меха­низмы компенсации и гиперкомпенсации. Теория психотерапии А.Адлера: выявление травматического опыта, исследование фиктивной цели и ошибочных апперцептивных схем, анализ аранжировок конечной цели, развитие социального интереса. Схема основных направлений изучения ребенка. Механизмы (выяснение цели и интерпретация) и техники индивидуальной психологии А.Адлера: техника раннего воспоминания, история жизни, анализ сноведений, негативная практика.

**Аналитическая психология К. Г. Юнга.** Основные теоретические положения аналитической теории К.Г. Юнга. Генезис невроза. Три уровня психики человека с точки зрения Юнга (сознание, личное бессознательное, коллективное бессознательное). Архетипы, как психические структуры, первичные психические об­разы, составляющие содержание коллективного бессознательного.Основные техники психотерапии и психокоррекции*.* Этапы психотерапии по К.Г. Юнгу: катарсис, прояснение, инсайт, трансформация. Техники аналитической психологии: анализ сновидений, активное воображение, метод амплификации.Две основные стадии терапевтического процесса - аналитическая, синтетическая.

**Зарубежная динамическая психотерапия. Х**арактерологический анализ **Карен Хорни,** интерперсональная психотерапия  **Салливана,** гуманистический психоанализ **Эриха Фромма,** интенсивная психотерапия **Фромма-Райхманн,** биодинамическая концепция **Массермана,** Эго-анализ **Кляйн,** активная аналитическая терапия **Штекеля,** волевая терапия **Ранка,** секторная терапия **Дойча,** краткосрочная динамическая психотерапия **Сифнеоса, Малана,** психобиологическая терапия **Майера.**

**Отечественная динамическая психотерапия.** Патогенетическая психотерапия **В.Н. Мясищева**. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия **Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова.** Подход к проблеме личности в концепции В.Н. Мясищева. Главная характеристика личности. Патогенная основа различных форм неврозов. Основные подходы и приемы в психотерапевтических беседах: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущ­ности невроза и его симптомов. Роль взаимоотношений психотерапевта с клиентом в психотерапии. Становление **личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии** как самостоятельного направления.Теория личностно-ориентированной (рекон­структивной) психотерапии. Цели и задачи личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии. Методические подходы и технические приемы. Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструк­тивной) психотерапии, лежащие в трех основных плоскостях - когнитивной, эмоциональной и поведенческой - обозначены как конфрон­тация, корригирующий эмоциональный опыт и научение. Конфронтация, как ведущий ме­ханизм лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Два взаимосвязанных психологических про­цесса в психотерапии - осознание (инсайт) и реконструкция отношений личности. Уровни осознания. Этапы психотерапевтического процесса, особенности взаимодействия пациента, психотерапевта и группы. Изменение отношений во внутренней структуре личности, с помощью двух основных психологических механизмов - идентифи­кации и интернализации. Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения паци­ента.

**Тема 5. Когнитивно-поведенческое направление психотерапии.**

**Когнитивная психотерапия.**  Основные теоретические положения. Этапы когнитивной психотерапии: идентификация, отдаление, проверка истинности неадаптивной мысли, замена. Патогенез психопатологических расстройств личности. Процесс психотерапии. Техники когнитивной психотерапии. Показания к когнитивной психотерапии. Когнитивная реатрибуция по Беку.

**Когнитивно - аналитическая психотерапия Келли.** Основные задачи: создание модели психологической проблемы. Метод репертуарных решеток Келли. Основные понятия: ловушки, дилеммы, препятствия. Показания к применению. Основные этапы работы с клиентом. Техники и методы работы с клиентом.

**Когнитивное научение по Хофманну.** Понятие самоконтроля, самонаблюдения, самоподкрепления. Поведенческие правила по Н. Хофманну. Психотерапевтические контракты.

**Когнитивно - поведенческая психотерапия.** Основные теоретические положения. Цели и задачи когнитивно-поведенческой психотерапии. Психотерапевтические приемы Мейхенбаума. «Прививка против стресса Мейхенбаума» Психотерапевтические приемы Бандуры. Терапия моделирования по Бандуре. Индивидуальная программа психотерапевтического обучения М. Махони и ее этапы. Подкрепление. Оперантное обуславливание. Социальное научение. Поведенческий тренинг: тренинг ассертивности. Социально-психологический тренинг.

**Рациональная психотерапия П. Дюбуа.** Основные теоретические положения. Методы и техники психотерапии. Основные этапы. Понятие сократовского диалога. Основные формы работы. Показания к применению.

**Рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса.** Формулирование цели и выбор адекватных средств их достижения. Иррациональные убеждения и их типология. Этапы психотерапии.

**Нейролингвистическое программирование.** Методологическая база НЛП. Базисные постулаты НЛП. Методы диагностики и коррекции. Биас-тест определения репрезентативных систем. Понятие каллибровки. Основные техники НЛП: «взмах», «свист», рефрейминг, «якорь» и другие. Формы нарушений метамодели.

**Тема 6. Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии.**

**Экзистенциальная психотерапия.** Понятие «экзистенциализм». Учение Кьеркегора. Религиозные и атеистические экзистенциалисты. Основные теоретические положения.

**Экзистенциальный психоанализ Ж.-П. Сартра.**  Понятие «свободы». Критерии нравственности человека. Понимание подлинности и неподлинности человеческого существования.

**Дазайнанализ Л. Бинсвангера, М. Босса, Мея, Страуса, Куна.** Феномен существования человека в мире. Основные цели и постулаты дазайнанализа. Понятие индивидуальной неповторимости личности.

**Логотерапия Франкла.** Основные теоретические положения**.** Смысл человеческого существования. Экзистенциальная фрустрация. Методы пародоксальной интенции Франкла. Типология ценностей: ценности творчества, ценности переживания, ценности отношения. Феномен Конкретного смысла жизни данной личности в данный момент.

**Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса.** Основные теоретические положения. Основные напрвления человекоцентрированной психотерапии, сформулированные К. Роджерсом и Р. Санфордом. Понятие «клиент». Необходимые условия психотерапевтического процесса. Понятие «эмпатия». Виды эмпатии. Патогенез невроза. Механизмы и техники терапии: сопровождение, повторы, рефлексивные ответы, метафора, эмпатические ответы психотерапевта.

**Гештальт-терапия Ф. Перлза.** Основные теоретические положения. Принципы гештальттерапии. «Молитва психотерапевта». Патогенез невроза. Фрустрация. Интроекция. Механизмы психотерапии: осознавание, ретрофлексия. Этапы психотерапевтического процесса. Техники гештальттерапии. Метод «пустого стула», метод разыгрывания ролей. Аутентичная личность. Заповеди К. Наранхо. Дзен- терапия.

**Тема 7. Основные формы и методы психотерапии и психокоррекции.**

**Формы психотерапии и психокоррекции.**

**Индивидуальная психотерапия и психокоррекция.** Индивидуальная психотерапия как организационная форма. Психотерапевтический процесс как диада клинический психолог (психотерапевт)- клиент. Необходимые условия индивидуальной психологической терапии и коррекции. Восемь основных факторов, присущих всем психотерапевтическим методам. Долговременные и краткосрочные формы индивидуальной психотерапии. Основные методы индивидуального психокоррекционного воздействия (убеждение, внушение). Психологические особенности индивидуальной психокоррекции. Сфера интеллектуального осознания, эмоциональная сфера, поведенческая сфера.

**Основные стадии индивидуальной психологической коррекции:** 1.Заключение контракта между клиентом и психологом, дающим согласие оказывать коррекционное воздействие;

2.Исследование проблем клиента;

3.Поиск способов решения проблемы;

4.Формирование психологом коррекционной програм­мы и обсуждение ее с клиентом

5.Реализация намеченной программы в соответствии с  
заключенным контрактом;

6.Оценка эффективности проведенной работы.

**Групповая психотерапия и психокоррекция.** Понятие группы и групповой динамики. Специфика групповой психокоррекции. Специфика групповой психотерапии и психокоррекции. Цели и задачи групповой психотерапии. Групповая динамика. Цели и задачи группы. Нормы группы. Структура группы. Групповая сплоченность, групповое напряжение. Фазы групповой психотерапии. **Методы групповой психотерапии**: психодрама, психогимнастика. Работа психокоррекционной группы. Факторы, влияющие на эффективность психокоррекционной работы. Принцип «здесь и теперь». Методы групповой психотерапии.

**Семейная психотерапия и психокоррекция.** Методы семейной психотерапии. Этапы семейной психотерапии (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий). Особенности семейной психодиагностики. Психотерапевтические приемы семейной психотерапии. Семейное консультирование. Принципы и правила семейного консультирования. Семейные мифы. Типология семей.

**Методы психотерапии и психокоррекции.**

**Арттерапия.** Виды занятий изобразительного и художественно-прикладного искусства: рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, поделки. **Музыкотерапия. Хореотерапия. Библиотерапия. Натуртерапия**. **Суггестивная психотерапия.** Понятие внушение. Прямое и косвенное внушение. Методика «Маска». Плацебо-терапия. Аутосуггестия. Аутогенная тренировка Шульца. Ступени аутогенной тренировки. Аутогенное отреагирование по Луте. Гипноз. Понятие внушаемости. Гипнотерапия. Аутогипноз. Эриксоновский гипноз. Сравнительная характеристика классического и эриксоновского гипноза. Наркогипноз. Интегративные тенденции в психотерапии и психокоррекции. **Трансактный анализ Э. Берна.** Понятие структуры личности и сценария. **Кризисная психотерапия**. Принципы и задачи кризисной терапии. Методы и формы работы. Схема индивидуальной психотерапевтической программы кризисной психотерапии. Телефонное консультирование. Показания к применению. Принципы телефонного консультирования. **Терминальная психотерапия. Синемалогия** как метод психотерапии и психокоррекции.

**Тема 8. Возрастные особенности психотерапии и психокоррекции.**

Особенности психотерапии и психокоррекции у детей. Основные принципы детской психотерапии. Особенности психотерапии и психокоррекции у подростков. Особенности геронтологической психотерапии и психокоррекции. Основные принципы геронтологической психотерапии. Схема построения клинико- психотерапевтического заключения по модели Оудсхоорна. Уровни данных клинико-психотерапевтического исследования. Основные направления психотерапии адекватно применяемые для детей и подростков и их модификации.

**РАЗДЕЛ III.КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.**

**Тема 9. Психотерапия в психиатрии и наркологии.**

Классификация психических и поведенческих расстройств в соответствии с МКБ-10. Психотерапия неврозов. Психотерапия аддиктивного поведения. Психотерапия пограничных психических расстройств. Психотерапия при психических заболеваниях эндогенного характера (при малопрогридиентной шизофрении, резидуальной шизофрении). Психотерапия депрессивных состояний. Основные направления и формы работы. Психотерапия творчеством М. Бурно.

**Тема 10. Психотерапия в психосоматической медицине.**

Общая характеристика психосоматических расстройств. Этиология и патогенез психосоматических расстройств. Частные проявления психосоматических расстройств: нарушения пищеварительной системы, психосоматические кожные нарушения, нарушения двигательной системы, нарушения эндокринной системы,респираторные нарушения, нарушения сердечно-сосудистой системы, аллергические проявления. Патогенетическая терапия и профилактика психосоматических расстройств.

**РАЗДЕЛ IV. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.**

**Тема 12. Система охраны психического здоровья населения.**

Нормативно-правовая база, регламентирующая оказание психологической и психотерапевтической помощи населению. Региональная система охраны психического здоровья населения и ее структурные подразделения. Основные подходы к организации психотерапевтической помощи. Этапы психотерапевтической помощи населению. Организация работы психотерапевтических подразделений: психотерапевтический кабинет, кабинет социально-психологической помощи населению.

**Тема 13. Профессиограмма клинического психолога.**

Положения о клиническом психологе. Требования к системе знаний, умений и навыков клинического психолога. Карта личности клинического психолога. Специальные способности клинического психолога. Обучение в области психотерапии и психокоррекции.

**Тема 14. Психопрофилактика и психогигиена.**

**Психопрофилактика** как предупреждение психических заболеваний и их хронизации. Первичная, вторичная и третичная психопрофилактика. Основные формы и методы работы. Комплекс психопрофилактических мер. Сферы применения. **Психогигиена** как область сохранения и укрепления психического здоровья населения. Разделы психогигиены. Медико-психологические консультации. Санатории-профилактории. Санаторно-курортное лечение. Организация рационального режима труда и отдыха населения. Сравнительный анализ психопрофилактики и психогигиены.

**Тема 15. Оценка эффективности оказания психотерапевтической помощи и психологической помощи.**

Критерии эффективности психотерапии и психокоррекции. Теоретические и практические аспекты оценки эффективности психотерапии и психокоррекции. Методы оценки эффективности психотерапии и психокоррекции при различных нарушениях психического здоровья. Критерии оценки эффективности психотерапии и психокоррекции при соматических заболеваниях. Экспериментально-психологическое исследование динамики состояния клиентов.

**СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**

**Основная:**

1. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. - М.,1984
2. Асмолов А.Г. Психология личности. – М.: Издательство Московского университета, 1990
3. Ахвердова О.А. Личностно-характерологический континуум современного подростка. Автореф. дисс... докт. психол. наук. - М., 1998
4. Ахвердова О.А. Экспериментально - психологическая диагностика личностно-характерологического континуума подростков. // Монография. - М., 1998
5. Ахвердова О.А., Боев И.В., Волоскова Н.Н. Личностные и поведенческие расстройства у детей и подростков с органической недостаточностью мозга. Учебное пособие. – Ставрополь, 2000
6. Ахвердова О.А., Боев И.В., Коваленко А.П. Дифференциальная психология акцентуаций и конституциональных личностных радикалов у подростков. Учебно-методическое пособие. - Ставрополь, 1997
7. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. Монография. - Ставрополь, 1999
8. Боев И.В., Ахвердова О.А., Волоскова Н.Н. Клинико-психологические аспекты диагностики и профилактики отклоняющегося поведения у детей и подростков с органической недостаточностью мозга. Учебное пособие. – Ставрополь. 2001
9. Былим И.А., Маслова Т.Ф., Порубаева М.Н. Социальная работа в психиатрии - Ставрополь, СКСИ, 2004
10. Волоскова Н.Н. Аномальная личностная изменчивость органического происхождения. Монография. 2001
11. КарвасарскийБ.Д. Психотерапия.- Санкт- Петербург «Питер», 2002
12. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия.- СПб, 1998
13. Карвасарский Б.Д., Исурина Г.Л. Психотерапия: содержание основных понятий // Психическое здоровье, №1, 2006
14. КондрашенкоВ.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия.- Минск, «Высшая школа», 1999
15. Линде Н.Д. Основы современной психотерапии. М. 2002
16. Литвак М.Е. Избранные лекции по психотерапии М. 2002
17. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов.-М.: ТОО «Техлит»; «Медицина»,1997
18. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Медицина, 1960
19. Осипова А.А. Общая психокоррекция. М. 2004
20. Павлов И.С. Психотерапия в практике. М. 2002
21. Сахакиан У.С. Техники консультирования и психотерапии.- М., «Эксмо-пресс», 2000
22. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Т1,2.- ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.
23. Чудновский В.С., Былим И.А. Клиническая психология – Ставрополь, 2002

**Дополнительная:**

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней.- М.,1995
2. Александров А.А. Современная психотерапия: курс лекций.- СПб,1997
3. Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия.- СПб,1994
4. Бурно М.Е. Терапия творческим выражением.- М.,1989
5. Завьялов В.Ю. Музыкальная релаксационная терапия.- Новосибирск,1995
6. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено - М.,1994
7. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка- Л.,1994
8. Носачев Г.Н. Введение в психотерапию.- Самара, 1997
9. Носачев. Г.Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии. Т.1,2.- Самара,1998
10. Н. Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия.-М., 1996.
11. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии.- СПб,1998
12. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека.-М., 1994
13. Рудестам К. Групповая психотерапия.- СПб,1998
14. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии.- Ташкент,1985
15. Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (уроки гипноза).- М.,1994
16. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар Ц. Психодинамическая психотерапия.- М.,1992
17. Федоров А.П. Когнитивная психотерапия.- СПб,1991
18. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции.- М.,1989
19. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи.- СПб,1999
20. Юнг К. Аналитическая психология.- СПб,1994
21. Ялом А.М. Краткосрочная позитивная психотерапия.- СПб.,1997
22. Приказ МЗ И МП РФ от 30 октября 1995г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».- М.,1995
23. Приказ МЗ РФ от 26 ноября 1996г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».- М.,1996