

РОССИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ

Справочник по модальностям (методам) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, принятым в Российской Федерации

Под редакцией
В.В. Макарова, В.В. Кузовкина

РОССИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ

Справочник по модальностям (методам) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, принятым в Российской Федерации

Под редакцией В.В. Макарова, В.В. Кузовкина

Рекомендуется Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой, кафедрой психотерапии и клинической психологии ГБУ ДПО Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, Саморегулируемой организацией Национальная Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов», Саморегулируемой организацией Ассоциация «Союз псипомощи», Первым университетом профессора В.В. Макарова в качестве учебного пособия по психотерапии, психологическому консультированию и помогающей психологии

Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига
Институт консультирования и системных решений

Москва
2026

УДК 159.98
ББК 88.9

Рецензенты:
доктор медицинских наук, профессор **А.Л. Катков**
кандидат психологических наук, доцент **А.Н. Харитонов**

Россия психотерапевтическая. Справочник по модальностям (методам) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, принятым в Российской Федерации / под ред. В.В. Макарова, В.В. Кузовкина. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2026. – 271 с.

В Справочнике излагается материал теоретико-методологического и научно-практического характера, основанный на идеях лидеров психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии прошлого и настоящего, который системно характеризует нынешнее состояние психотерапевтической, консультативной практики и практики помогающей психологии в Российской Федерации.

В Справочнике представлены статьи руководителей, лидеров методов (модальностей) Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), в структурированном виде по единой логической схеме представляющих свою модальность (метод) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии.

Справочник предполагает знакомство как профессионалов, так и не профессионалов с принятыми в ОППЛ методами психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, чтобы сделать адекватный выбор в пользу: во-первых, обращения за психологической помощью; во-вторых, обретения психотерапевтами и психологами-консультантами знаний, навыков и умений, заинтересовавшихся тем или иным методом.

Справочник предназначен: для психотерапевтов, психологов-консультантов, помогающих психологов и других специалистов, которые интересуются возможностями оказания психотерапевтической и психологической помощи в рамках своей профессиональной деятельности и своего собственного профессионально-личностного роста; для слушателей курсов дополнительного образования в системе подготовки психотерапевтов, психологов-консультантов, помогающих психологов; для студентов-медиков, а также студентов-психологов, обучающихся в специалитете, бакалавриате и магистратуре по направлению «Психология», профилю подготовки «Психологическое консультирование.

Кроме того, материалы Справочника тщательно выверены и могут быть использованы при проведении экспертизы эффективности того или иного метода психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии.

© Макаров В.В., 2026
© Кузовкин В.В., 2026
© Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2026
© Институт консультирования и системных решений, 2026

Коллектив авторов

Бондаренко Александр Федорович – доктор психологических наук, профессор; частнопрактикующий психолог; руководитель модальности «Этико-центрированное психологическое консультирование»

Бурно Марк Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор; Почётный председатель Комитета направлений и методов (модальностей) психотерапии в Центральном совете ОППЛ. Москва, Россия

Бурняшев Михаил Геннадиевич – доктор психологических наук, академик Международной академии психологических наук; генеральный директор Института консультирования и системных семейных решений (г. Москва); автор психотерапевтического и консультационного направления «Системно-феноменологическая психотерапия и клиент-центрированные расстановки®»; действительный член и руководитель модальности «Системно-феноменологическая психотерапия и клиент-центрированные расстановки». Москва, Россия

Гадецкий Олег Георгиевич **–** кандидат философских наук; ректор Института ценностно-ориентированной психологии; президент Лиги «Ценностно-ориентированная психология»; действительный член и руководитель модальности «Ценностно-ориентированная психология и психотерапия» ОППЛ

Докучаева Лариса Николаевна **–** доктор философии и интегративной психологии; ректор НОЧУ ДПО «Академия Родологии»; президент Международной Лиги профессиональных родологов; действительный член и руководитель модальности «Родологический метод консультирования» ОППЛ

Ермошин Андрей Федорович – кандидат психологических наук; доктор научной психотерапии (статус подтверждён Международной академией научной психотерапии); врач-психотерапевт; автор психокатализа, руководитель Центра психокатализа и Центра доктора Ермошина; действительный член и руководитель модальности «Психокатализ» Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги (ОППЛ), официальный преподаватель, личный терапевт и супервизор практики ОППЛ международного уровня, обладатель Европейского сертификата психотерапевта. Москва, Россия

Завьялов Владимир Юрьевич – доктор медицинских наук, психотерапевт Европейского реестра, врач-психотерапевт высшей категории, обладатель Всемирного сертификата по психотерапии. Новосибирск, Россия

Калмыкова Инга Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент; доцент кафедры психиатрии и психотерапии ФГАОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ; исполнительный директор Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ) и директор Саморегулируемой организации Национальная Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов»; действительный член и руководитель модальности «Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно» ОППЛ. Москва, Россия

Ковалев Сергей Викторович – доктор психологических наук, доктор философии, профессор; генеральный директор Института инновационных психотехнологий, научный руководитель Центра практической психотерапии; психотерапевт Всемирного и Европейского реестров; руководитель модальности «Интегральное нейропрограммирование» ОППЛ; психолог, психотерапевт, консультант по управлению, политический консультант.

Корабельникова Елена Александровна – доктор медицинских наук, доцент; профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России; руководитель модальности когнитивно-поведенческая психотерапия Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги; президент Российского общества исследователей сновидений

Кузовкин Виктор Владимирович – кандидат психологических наук, доцент; начальник отдела информации Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований»; директор некоммерческого партнерства «Научно-практический центр «ТРИАДА»; действительный член и официальный преподаватель международного уровня, руководитель Комитета образования Центрального совета и руководитель модальности «Клиентоцентрированная психотерапии» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ); аккредитированный специалист Саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов» и супервизор в модальности клиентоцентрированная психотерапия ОППЛ. Россия, Москва.

Лаврова Нина Михайловна – профессор Российской академии естествознания;; системный семейный психотерапевт; заведующая кафедрой медиации и разрешения конфликтов Института практической психологии «ИМАТОН»; руководитель комитета по медиации Национальной Саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов»; действительный член и руководитель модальности «Системная семейная терапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), председатель комитета по медиации ОППЛ; аккредитованный супервизор и адвайзер ОППЛ; психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы; обладатель сертификата международного уровня от Института системной семейной медиации (Италия); член Associazione Internazionale Mediatori Sistemici (AIMS) – Международной ассоциации системных медиаторов; автор 6 книг и более ста публикаций по проблемам невротических расстройств, конфликтологии, семейных отношений и кризисов, медиации, организационного консалтинга, коучинга. Санкт-Петербург, Россия

Линде Николай Дмитриевич – кандидат психологических наук, доцент; руководитель Института эмоционально-образной терапии Н. Линде (https://ei-t.ru/); автор психотерапевтического и консультационного метода «Эмоционально-образная терапия»; действительный член и руководитель модальности «Эмоционально-образная терапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ). Москва, Россия

Локтионова Альбина Викторовна – директор Института интегративной детской психотерапии и практической психологии “ГЕНЕЗИС”; обучающий терапевт; действительный член и руководитель модальности «Интегративная детская психотерапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), супервизор ОППЛ; психотерапевт Европейского Реестра; сертифицированный детский, подростковый психотерапевт и обучающий психотерапевт австрийского Реестра OeKids; сертифицированный экзистенциально-аналитический психотерапевт GLE.

Макаров Виктор Викторович – доктор медицинских наук, профессор; президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации "Союз психотерапевтов и психологов", вице-президент Всемирного Совета по психотерапии. Москва, Россия

Макарова Галина Анатольевна – кандидат психологических наук; действительный член и руководитель модальности «Транзактный анализ» Общероссийской профессиональной психотерапевтической Лиги (ОППЛ);

психотерапевт, внесенный в европейский и мировой реестры; аккредитованный в СРО «Союз психотерапевтов и психологов» полимодальный психотерапевт; транзактный аналитик. Москва, Россия

Небойша Йованович **–** магистр психологических наук; психоаналитический психотерапевт, тренинговый аналитик и супервизор, президент Центра ОЛИ Интегративной Психодинамической Психотерапии; действительный член и руководитель модальности «ОЛИ Психодинамическая интегративная психотерапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ).

Плигин Андрей Анатольевич **–** доктор психологических наук; заведующий кафедрой клинической и консультативной психологии МПСУ; действительный член и руководитель модальности «Нейролингвистическая психотерапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ); психотерапевт европейского реестра; тренер НЛП международного класса; учредитель центра НЛП. Москва, Россия

Русина Жанна Валерьевна – кандидат медицинских наук; действительный член и руководитель модальности «Психотерапия удовлетворенности жизнью» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), официальный преподаватель международного уровня ОППЛ, региональный представитель ОППЛ в Приволжском Федеральном Округе; член Национального объединения экзистенциальных консультантов и терапевтов, член Европейской федерации экзистенциальной терапии (FETE). Нижний Новгород, Россия.

Сенникова Маргарита Николаевна – психолог ГБУ г. Москвы «Саоразвитие; член Экспертной Коллегии СРО «Национальная Ассоциация «Союз психологов и психотерапевтов» (эксперт в области деструкций среди молодежи); действительный член, межрегиональный преподаватель и генеральный менеджер модальности «Психодрама» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ); психодраматерапевт (МИГиП), автор проекта «Ручная психодрама», член Ассоциации Психодрамы России, монодраматерапевт (Морено-Институт Эденкобен /Уберлингер); член КДН и ЗП г. Москвы (2015-2023 гг.), член Ассоциации Травматерапевтов; преподаватель-исследователь ГУП, преподаватель ВШП. Москва, Россия.

Снигур Владимир Сергеевич – врач-психотерапевт, переводчик; сертифицированный ТФП-терапевт, кандидат программы обучения преподавателей-супервизоров ТФП, член Русскоязычного общества

терапии, фокусированной на переносе (РОТФП), член Международного общества психотерапии, фокусированной на переносе (ISTFP); действительный член, аккредитованный супервизор, руководитель модальности «Терапия, фокусированная на переносе» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги. Москва, Россия

Соколовская Ирина Эдуардовна – доктор психологических наук, профессор кафедры психологии, конфликтологии и бихевиористики факультета политических и социальных наук Российского государственного социального университета; действительный член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги; психолог-консультант в системно-феноменологическом подходе Б. Хеллингера, религиозно-ориентированный психотерапевт. Москва, Россия

Сурина Лидия Алексеевна – кандидат химических наук; доктор научной психотерапии (статус подтверждён Международной академией научной психотерапии); аналитический психолог, юнгианский психотерапевт; действительный член, руководитель модальности «Юнгианский анализ» ОППЛ, сопредседатель кластеров «Философская психология и психотерапия» и «Игропрактика в терапии и психологическом консультировании» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ); сертифицированный личный терапевт, супервизор и преподаватель международного уровня ОППЛ; член АС МАНП. Москва, Россия

Филиппова Галина Григорьевна – доктор психологических наук, профессор; ректор ЧУ ДПО «Институт перинатальной и репродуктивной психологии»; действительный член и ученый секретарь модальности «Перинатальная и репродуктивная психотерапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ); председатель координационного совета секции психологии и психотерапии Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ). Москва, Россия

Чекурина Вероника Станиславовна – психолог, клинический психолог, психодраматерапевт, песочный терапевт; действительный член и руководитель модальности «Песочная терапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ); супервизор АПТ; член Ассоциации Психодрамы

Шевелева Елена Витальевна – доктор философии (PhD) в области психологии; юнгианский аналитический психолог, Сэндплей-терапевт, клинический психолог; действительный член Общероссийской

профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), представитель модальности ОППЛ «Песочная терапия» в Казахстане, обучающий личный терапевт-адвайзер, супервизор, преподаватель ОППЛ; член «Общества развития аналитической психологии» (Казахстан), организатор групп обучения юнгианской песочной терапии по стандартам ISST.

Технический редактор книги – кандидат психологических наук, доцент ***В.В. Кузовкин***

Содержание

Предисловие редакторов (В.В. Макаров, В.В. Кузовкин)…….	11
ВВЕДЕНИЕ. Методы (модальности), авторские методы и кластеры в психотерапии, помогающей психологии и психологическом консультировании Российской Федерации (В.В. Макаров)……	14
Раздел I. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ……..	21
Дианализ (В.Ю. Завьялов)	21
Интегративная детская психотерапия (А.В. Локтионова)	28
Интегративная психодинамическая психотерапия (Н. Йованович)	38
Клиентоцентрированная психотерапия (В.В. Кузовкин)	48
Когнитивно-поведенческая психотерапия (Е А. Корабельникова)	65
Нейролингвистическая психотерапия (А.А. Плигин)	77
Перинатальная и репродуктивная психотерапия (Г.Г. Филиппова)	86
Песочная терапия (В.С. Чекурина, Е.В. Шевелева)	95
Полимодальная психотерапия (В.В. Макаров)	104
Психодрама (М.Н. Сенникова)	113
Психокатализ (А.Ф. Ермошин)	123
Психотерапия удовлетворенности жизнью (Ж.В. Русина)	134
Религиозно-ориентированная психотерапия (И.Э. Соколовская)	142
Системная семейная психотерапия (Н.М. Лаврова)	152
Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно (М.Е. Бурно)	165
Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно: краткосрочный стандартный вариант для больных шубообразной шизофренией вне шуба (метод И.Ю. Калмыковой) (И.Ю. Калмыкова)	175
Терапия, фокусированная на переносе (В.С. Снигур)	188
Транзактный анализ (Г.А. Макарова)	196
Эмоционально-образная психотерапия (Н.Д. Линде)	207
Юнгианский анализ (Л.А. Сурина)	216
Раздел II. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ……	225
Интегральное нейропрограммирование (С.В. Ковалев)	225
Родологический метод консультирования® (Л.Н. Докучаева)	234
Системно-феноменологическая психотерапия (консультирование) и клиентцентрированные расстановки® (М.Г. Бурняшев)	242
Ценностно-ориентированная психология и психотерапия (О.Г. Гадецкий)	251
Этико-центрированное психологическое консультирование (А.Ф. Бондаренко)	261
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……...……	269

Предисловие редакторов

«Справочник по модальностям (методам) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, принятым в Российской Федерации» (далее – Справочник) является информационным ресурсом Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), созданный в целях содействия членам психотерапевтических и консультативных сообществ в получении информации о наиболее востребованных методах оказания психотерапевтической и психологической помощи, нуждающимся в них.

В ОППЛ признано и действует 54 модальности, а Справочник охватывает на сегодня список из 24 модальностей (методов) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, представленных в формате расширенного описания, состоящего из пяти блоков.

Справочник задумывался давно, еще в 2016 году, но не хватало временных ресурсов на его завершение. У него состоялось первое издание, теперь мы осознаем его несовершенство. С другой стороны, то время, которое волей судьбы было отпущено, прошло не зря, т.к. многие аспекты психотерапевтической и консультативной практики были переосмыслены, а какие-то остались и, более того, стали убеждениями. Произошли и события, связанные с регулированием психотерапевтической и психологической помощи: появление СРО, профстандарта «Психолог-консультант», на кону принятие Закона о психологической деятельности.

Мы десять лет постоянно работаем над этим изданием. Данный Справочник охватывает суть нашего нынешнего коллективного мышления, основанного на опыте и инсайтах, полученных в ходе более 25 лет существования ОППЛ.

Мы не питаем каких-либо иллюзий по поводу предлагаемых новшеств в психотерапевтической и консультативной практике, практике помогающей психологии как представляющих какую-либо особую «истину», сколько-нибудь выходящую за современные рамки. В большей степени этот Справочник является многоплановой систематизацией знания, накопленного в отечественной и зарубежной психотерапии и консультативной психологии, помогающей психологии, имеющей отношение к такой тематике как оказания психотерапевтической и консультативной помощи посредством психотехнических методов, заимствованных за рубежом и адаптированных к реалиям Отечества, а также разработанных в культуре нашего психотерапевтического сообщества – ОППЛ.

Мы очень во многом согласны с утверждением М. Кана, согласно которому наука не может представлять ничего другого, кроме серий моделей, более или менее полезных при решении частных проблем.

В данном Справочнике мы представляем такие модели, надеясь, что они будут содействовать прогрессу в понимании тех механизмов, которые заложены в любом воздействии/взаимодействии, осуществляемом представителями любого метода психотерапии и консультирования, помогающей психологии.

Исходя из этого, а также следуя наработкам других авторов в структурировании материала, представляющего так или иначе тот или иной метод психотерапии и психологического консультирования, мы приняли за основу следующую структуру для их описания:

- понятие рассматриваемого метода психотерапии, его определение и какая-то значимая информация, характеризующая модальность;
- психологические механизмы, рассматриваемого метода психотерапии, лежащие в основе личностных изменений пациента (клиента);
- структурирование процесса воздействия (взаимодействия), краткое описание этапов;
- техники, используемые в методе, и их краткая характеристика;
- конечные цели воздействия (взаимодействия): позитивные личностные (может структурные) изменения, происходящие в результате воздействия (взаимодействия).

Обращаем внимание, что Справочник предполагает знакомство как профессионалов, так и не профессионалов с принятыми методами психотерапии, психологического консультирования, помогающей психологии, чтобы сделать адекватный выбор в пользу:

- обращения за психологической помощью тех, кто в ней нуждается;
- обретения знаний, навыков и умений, заинтересовавшихся в том или ином методе, психотерапевтами и психологами.

Мы искренне надеемся, что материалы Справочника будут вдохновлять читателя на получение образования в области того или иного метода, или/и на прохождение психотерапии, обращение за психологической помощью.

Хотелось бы выразить благодарности тем людям, благодаря которым этот Справочник появился на свет.

В течение многих лет становления и развития ОППЛ, приходилось встречаться и работать со многими замечательными коллегами-психотерапевтами, коллегами-психологами, чьи идеи обогащали наше мышление.

Каждый из нас в ОППЛ считает себя приверженцем той или иной школы психотерапии и консультирования, помогающей психологии, и осознает свой долг перед основателями того или иного метода (некоторые уже тоже ушли из жизни). А также перед многими уважаемыми авторами, которых каждый из нас знал лично по

взаимодействию, а других только лишь по их трудам (в основном это зарубежные авторы), которые развивали и развивают то или иное направление, осознавая его самобытность. Мы благодарим их за такое опосредованное развитие нашего профессионального мышления и профессионально-личностного роста, становление нашей профессиональной идентичности как приверженца того или иного метода психотерапии и консультирования, помогающей психологии.

Наша благодарность тем нашим ученикам, которые переняли от нас любовь к психотерапевтической и консультативной практике, к исследованию ее эффективности. Которые, кроме того, в нашем совместном поиске развивали теорию и практику этих методов, и исследовательскую практику.

Мы благодарны нашей профессиональной судьбе за богатые возможности работы с пациентами (клиентами), представляющими широкий спектр проблем и трудностей, с которыми им приходилось сталкиваться в жизни, и которые они смогли преодолеть благодаря нашей совместной работе, как в индивидуальной, так и групповой психотерапии (консультировании).

Особую признательность мы выражаем рецензентам, по достоинству оценивших данный труд: А.Л.Каткову и А.Н. Харитонову.

Мы благодарны издателю за возможность выпуска этого Справочника.

Виктор Викторович Макаров
Виктор Владимирович Кузовкин

Макаров Виктор Викторович

ВВЕДЕНИЕ
МЕТОДЫ (МОДАЛЬНОСТИ), АВТОРСКИЕ МЕТОДЫ И КЛАСТЕРЫ В ПСИХОТЕРАПИИ, ПОМОГАЮЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Практика социальной психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования реализуется только через методы (модальности) психотерапии, авторские методы и кластеры психотерапии. Сегодня это единственный возможный путь!

Родственные специальности – помогающая психология, социальная психотерапия и психологическое консультирование – свою практическую работу строят только на методах психотерапии. Эти специальности отличаются своими теоретическими построениями, а вот практическая работа строится на методах психотерапии. В Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге (далее – Лиге, или ОППЛ) в результате десятилетий дискуссий разработана и принята нижеизложенная организация психотерапии.

На сегодняшний день представлена следующая **иерархия организации психотерапии**:

1. Направления и модели психотерапии.
2. Методы (модальности) психотерапии.
3. Кластеры психотерапии.
4. Авторские методы и методики (техники).

Направление, модель психотерапии представляется как совокупность методов психотерапии, объединенных родственными теоретическими платформами, и является наиболее широким понятием. Выделяется семь моделей психотерапии: медицинская, психологическая, социальная, педагогическая, философская, эзотерическая, смешанная.

Выделяется семь направлений психотерапии: 1) гипнотическое, 2) психоаналитическое, 3) гуманистическое, 4) когнитивно-поведенческое,

5) медицинское, 6) эзотерическое, 7) интегративное. Ведется дискуссия о выделении восьмого – направления – системного.

Теперь о распределение методов по направлениям психотерапии: 1) гипнотическое – 4; 2) психоаналитическое – 6; 3) гуманистическое – 12; 4) когнитивно-поведенческое – 4; 5) медицинское – 4;, 6) эзотерическое – 3; 7) интегративное – 4. Часть методов относят себя к системному направлению, пока не признанному в стране, или пока не определились.

Метод (синоним – модальность) психотерапии описывается как совокупность оригинальных методик психотерапии, объединенных концептуально, теоретически на известной, оригинальной, синтетической теоретической основе и заключает в себе пять критериев: наличие собственной теории, языка, практики (технологий), образования (учебной программы) и последователей. Метод – специализация внутри психотерапии, психологического консультирования, помогающей психологии.

Вот ещё одно принятое определение: под ***методом психотерапии*** мы понимаем отдельный подход, характеризующийся совокупностью конкретных приемов, определенными требованиями к терапевтическому процессу, предпочтительными формами и условиями применения (сеттинг).

В Европе сотни методов, в мире – тысячи. В нашей стране так же сотни и только 53 из них прошли сложную процедуру защиты и признания в ОППЛ и включены в Реестр.

В странах Запада модальности строго отграничены друг от друга. Часто они находятся в условиях жесткой конкуренции; в лучшем случаи их отношения нейтральны. А интеграция считается «дурным тоном», «признаком отсутствия породы». У нас – методы как отечественные, так и зарубежные, русифицированные, дружественно настроены, терпимо относятся друг к другу, даже к прямым заимствованиям друг у друга. А интеграция методов считается развитием. Важно отметить, что после признания модальности ОППЛ, она входит в общественное пространство и принадлежит профессии и истории. Другое дело – авторские методы.

Авторский метод – метод психотерапии, связанный с конкретным автором, который, возможно, не будет работать без участия автора (авторский метод психотерапии). Он обязательно содержит три составляющие: наличие собственной теории, языка, практики (технологий); а вот без образования (учебной программы) и последователей может обойтись. Авторские методы зачастую развиваются и в последующем складываются в методы (модальности). В настоящее время признано 120 авторских методов.

Ещё одно важное понятие – кластер психотерапии.

Кластер психотерапии или психотерапевтический кластер – объединения нескольких однородных элементов, которые могут

рассматриваться как самостоятельные единицы, обладающие определенными свойствами. Это – сложившаяся практика применения технологий нескольких методов (модальностей). Работающие в кластерах профессионалы получают специальную подготовку. Сегодня у нас 7 кластеров.

Методы (модальности) социальной психотерапии, психологического консультирования, помогающей психологии, авторские методы – очень динамичная, подвижная система, в которой могут полностью, содержательно разбираться только профессионалы, постоянно находящиеся внутри этой системы. Лишь мы в полной мере понимаем, что современная социальная психотерапия, помогающая психология и психологическое консультирование практику оказываемой помощи реализуют только через методы (модальности) психотерапии, авторские методы и кластеры. Они названы в Таблице 1

Таблица 1

Модальности (методы) психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования, получившие профессиональное признание в Российской Федерации (по состоянию на 25 декабря 2025 г.) 54

№ пп	Модальности (методы) психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования	Ф.И.О руководителя	Город базирования
I. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ			
1	Арт-терапия	Копытин Александр Иванович	Санкт-Петербург
2	Балинтовские группы	Авагимян Анжела Албертовна	Москва
3	Гештальт-терапия	Петрова Елена Юрьевна Гаврилин Павел Васильевич	Санкт-Петербург, Москва
4	Гипнотерапия	Тукаев Рашит Джаудатович	Москва
5	Групповой анализ	Тимошкина Алина Алексеевна	Москва
6	Дианализ	Чаплыгина Виктория Юрьевна	Новосибирск
7	Интегративно-диалоговая, когнитивно-ориентированная гипнотерапия (психотерапия)	Тукаев Рашит Джаудатович	Москва
8	Интегративная детская психотерапия	Локтионова Альбина Викторовна	Москва

№ пп	Модальности (методы) психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования	Ф.И.О руководителя	Город базирования
9	Интегративная психодинамическая психотерапия	Небойша Йованович	Белград, Сербия
10	Клиент-центрированная психотерапия	Кузовкин Виктор Владимирович	Москва
11	Клиническая классическая психотерапия	Махновская Людмила Васильевна	Москва
12	Когнитивно-поведенческая психотерапия	Корабельникова Елена Александровна	Москва
13	Краткосрочная стратегическая терапия Дж. Нардонэ	Никифоров Николай Ростиславович	Москва
14	Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия	Арсеньева Вера Владимировна	Санкт-Петербург
15	Метод формирования личностной саморегуляции (МФЛС)	Соборникова Екатерина Анатольевна	Москва
16	Музыкально-интегральная психотерапия		
17	Нейролингвистическая психотерапия	Плигин Андрей Анатольевич	Москва
18	Объединённое психоаналитическое направление в психотерапии в Лиге	Филатов Филипп Робертович	Ростов-на-Дону
19	Перинатальная и репродуктивная психотерапия	Печникова Елена Юрьевна Филиппова Галина Григорьевна	Москва
20	Песочная терапия	Чекурина Вероника Станиславовна	Москва
21	Поведенческая психотерапия	Хорошутин Павел Павлович	Новосибирск
22	Позитивная динамическая психотерапия (Позитивная динамическая психотерапия по В.Ю. Слабинскому)	Слабинский Владимир Юрьевич	Санкт-Петербург
23	Позитивная психотерапия	Кириллов Иван Олегович	Москва
24	Полимодальная психотерапия	Макаров Виктор Викторович	Москва
25	Психодрама	Романова Илона Евгеньевна	Екатеринбург
26	Психокатализ	Ермошин Андрей Федорович	Московская область
27	Психоорганический анализ	Мироник-Аксенова (Ащеулова) Оксана Ивановна	Москва

№ пп	Модальности (методы) психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования	Ф.И.О руководителя	Город базирования
28	Психотерапевтическая кинезиология	Чобану Ирина Константиновна	Москва
29	Психотерапия удовлетворенности жизнью	Русина Жанна Валерьевна	Нижний Новгород
30	Ресурсно-ориентированная системная психотерапия	Сандомирский Марк Евгеньевич Белогородский Лев Семенович	Москва
31	Религиозно-ориентированная психотерапия	Битехтина Любовь Дмитриевна	Москва
32	Символдрама	Обухов-Козаровицкий Яков Леонидович	Москва — Хайфа (Израиль)
33	Системная семейная психотерапия	Лаврова Нина Михайловна	Санкт-Петербург
34	Соматическая психотерапия Биосинтез	Березкина-Орлова Виктория Борисовна	Москва
35	София анализ	Ермошин Андрей Фёдорович	Московская область
36	Телесно-ориентированная психотерапия	Белогородский Лев Семенович	Москва
37	Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно	Калмыкова Инга Юрьевна	Москва
38	Терапия, фокусированная на переносе (ТФП)	Снигур Владимир Сергеевич	Москва
39	Транзактный анализ	Макарова Галина Анатольевна	Москва
40	Трансперсональная психотерапия	Майков Владимир Валерьянович Бревде Геннадий Михайлович	Москва, Санкт-Петербург
41	Целебная творческая психолингвистика (ЦТП) А.И. Семеновой	Семёнова Алла Ивановна Ковалева Елена Валентиновна	Канберра, Австралия, Москва
42	Экзистенциальная психотерапия	Есельсон Семен Борисович	Ростов-на-Дону
43	Эмоционально-образная психотерапия	Линде Николай Дмитриевич	Москва
44	Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз	Доморацкий Владимир Антонович	Минск, Белоруссия
45	Юнгианский анализ	Сурина Лидия Алексеевна	Москва
II. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ			
46	Генеративная психотерапия	Силенок Петр Федорович	Краснодар

№ пп	Модальности (методы) психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования	Ф.И.О руководителя	Город базирования
47	Интегральное нейропрограммирование	Ковалев Сергей Викторович	Московская область
48	Процессуально-ориентированная психология и психотерапия	Сербина Людмила Николаевна	Москва
49	Родологический метод консультирования	Докучаева Лариса Николаевна	Екатеринбург
50	Российская версия психосинтеза	Ключников Сергей Юрьевич	Москва
51	Системно-феноменологическая психотерапия (консультирование) и клиентцентрированные расстановки®	Бурняшев Михаил Геннадиевич	Москва
52	Ценностно-ориентированная психология и психотерапия	Гадецкий Олег Георгиевич	Краснодар
53	Этико-центрированное психологическое консультирование		
III. КЛАСТЕРЫ ПСИХОТЕРАПИИ			
54	Духовно ориентированная психотерапия (кластер психотерапии)	Положая Злата Борисовна Майков Владимир Валерьянович Гадецкий Олег Георгиевич	Москва Краснодар
55	Игропрактика в терапии и психологическом консультировании (кластер психотерапии)	Первак Виолетта Евгеньевна Сурина Лидия Алексеевна Муравьева Александра Сергеевна Ковалева Марина Анатольевна	Санкт-Петербург Москва
56	Психологический, психотерапевтический коучинг (кластер)	Калашников Андрей Сергеевич Слабинский Владимир Юрьевич Плигин Андрей Анатольевич	Москва, Санкт-Петербург
57	Психосоматическая психотерапия (кластер психотерапии)		
68	Психотерапия боли (кластер психотерапии)	Положая Злата Борисовна	Москва
59	Психотерапия здоровых (кластер психотерапии)	Стрельченко Андрей Борисович	Москва
60	Философская психология и психотерапия (кластер)	Сурина Лидия Алексеевна	Москва

№ пп	Модальности (методы) психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования	Ф.И.О руководителя	Город базирования
		Винокуров Владимир Васильевич Яковлева Ольга Павловна	

Подводя итоги, важно сообщить, что так сложилось на начало 2026 года. Наша профессия не стоит на месте, а отличается большой динамичностью развития. Процесс формирования новых модальностей и кластеров непрерывен. Авторские методы формируются ещё быстрее и в значительно большем количестве. Именно часть из них, в последующем, перерастут в модальности.

Так как помогающее направление нашей профессии работает только путем применения методов (модальностей) нам важно развивать межведомственный диалог со специалистами, работающими в различных министерствах и ведомствах. В том числе: Минздрав России, Минпросвещения России, Минтруд России, МЧС России, МВД, уголовно-исполнительная система, Минобороны России, и другие.

Раздел I. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Завьялов Владимир Юрьевич

ДИАНАЛИЗ

Понятие дианалитической психотерапии (дианализа). ***Дианалитическая психотерапия*** (далее – дианализ) – личностная, реалистическая, ориентированная на разрешение проблемы посредством диалектической симвоологии, помощь человеку в преодолении жизненных затруднений. Краткая формула дианализа: примирение неизбежных противоречий в жизни личности.

Дианализ разработан в 1998 году на основе клинико-психологического подхода к исследованию, терапии и превенции алкогольной зависимости [2, 10]. Термин «дианализ» придуман для того, чтобы наиболее точно отразить главную цель психотерапии и консультирования – использование диалектической логики в познании внутренних и внешних конфликтов, которые вызывают у клиентов/пациентов эмоциональные и поведенческие расстройства.

Симптом в дианализе понимается как попытка синтезировать или как-то увязать противоречия – «неполный синтез противоречий». Он берётся диалектически, как символ, т.е. как синтез явления и сущности. При таком рассмотрении симптома, он, как осколок голограммы, выражает всю личность в целом. Чем глубже исследуется симптом, тем выше разрешение голограммы, тем лучше понимается личность человека, которая есть «смысловое всеединство человека».

Смысл не делится на части, он всегда выражает целостность, поэтому в дианализе нет деления личности человека на субличности и части. Это так называемый онтологический персонализм, который в дианализе занимает место теории личности. С точки зрения онтологического персонализма, личность есть результат уподобления человеком некому обобщённому образу, идее личности, которая всегда привязана к месту и времени (так в дианализе истолковывается культурно-историческая теория развития психики Л.С. Выготского). Образ не может быть истолкован в терминах «здоровья» или «патологии». Принятая сейчас в мировой психиатрии классификация патологии личности относится, согласно русской классической психиатрии, к патологии характера.

Основная теория в дианализе – «теория помощи». Кратко эту теорию в своё время выразил П. Кропоткин: человек стал человеком в процессе взаимопомощи, т.е. эволюция есть результат взаимопомощи и сотрудничества. Соответственно, психотерапия – это ответ на «выученную» беспомощность (неврозы), на отказ от помощи

(зависимости), на поиск помощи в метафизическом пространстве (шизофрения), на прекращение поиска помощи (депрессия) и др. Поскольку вид помощи в дианализе, как и в любой психотерапии, есть помощь психологическая, то необходимо в теоретической разработке этой помощи опираться на фундаментальные исследования формирования психических процессов у человека и развития его социальных и личных свойств. Дианализ нисколько не претендует на некие новые знания в этой области – знаний вполне достаточно, главное – организовывать фундаментальные знания о человеке в реальный план помощи [6].

Вот краткий перечень фундаментальных знаний: Л.С. Выготский: личность есть результат культурно-исторического развития; А.Ф. Лосев: личность «самое конкретнейшее и очевидное» проявление разумной жизни человека. Миф – чудесная история личности данная в словах; Л.М. Веккер [1]: психика есть синтез процессов (психических) и результата (контента). Результат психического процесса невозможно описать на языке этих процессов, требуется непсихологический язык, т.е. логический (в дианализе – диалектическая логика) или художественный; В.Н. Мясищев: патогенетическая психотерапия, в которой происходит выявление и разрешение психологического конфликта; В.А. Светлов – единая теория конфликта [10], а также современные знания когнитивных наук и нейрофизиологии. Здоровье и патология психики есть разные результаты одного и того же процесса развития (социализации) личности.

Психологические механизмы, лежащие в основе психотерапевтического воздействия и изменений посредством дианализа. Как система психологической помощи дианализ состоит из двух больших подразделов: Пентады и Декалога.

Пентада – сокращённое название главного метода работы, а именно, «диалектической символологии». В отличие от широко известной гегелевской диалектической триады «тезис-антитезис-синтез», диалектическая символология дополняет эту триаду ещё двумя моментами: «факт или ставшее» и «миф и символ – нестановящееся». Диалектическое мышление не останавливается на некоем произвольно найденном синтезе противоречий (на чём останавливался Гегель). Найденный синтез должен быть обнаружен ещё и в своей реализации, фактичности и телесности (4 момент), а также в символе и персональном мифе клиента (5 момент). Сам метод мышления, таким образом, предполагает глубокий синтез знаний о человеке как личности.

Четвёртый момент «пентады» почти полностью соответствует общепринятой на сегодняшний день «логике абдукции» Ч. Пирса. Эта логика позволяет выдвигать новые правдоподобные гипотезы, объясняющие цель и смысл симптома, намерений, мотивов поведения и т.д.

Пентада – проверенная в многолетней клинической практике методология «абсолютной диалектики и абсолютной мифологии» А.Ф. Лосева [8,9]. Этот стиль мышления есть глубокий синтез феноменологии и диалектики, который вырабатывался в европейской культуре более 2 тысяч лет, начиная с Сократа. А.Ф Лосев в огромном количестве философских текстов от античных времён до современных научных выявил логическую структуру смыслового оформления идеи. Эту структуру он называл, в соответствие с пифагорийской традицией, «тетрактидой». У тетрактиды (форма существования идеи) 5 моментов, поэтому лучше называть эту структуру «пентадой».

В дианализе этот метод сложной и тонкой диалектики применяется системно, т.е. в обработке содержания симптома, в понимании личности клиента, исследовании социального контекста проблемы, в рефлексии самой помощи, построении этапов помощи и разработке технических приёмов терапии и консультирования. Такой подход позволил избежать «персонализации методологии», когда личность психотерапевта (автора системы помощи) является «мерилом всех проблем клиента», а главным механизмом излечения становится «перенос» (некое культивирование патологии в системе «врач-больной»). Пентада требует от мыслящего мыслить в строго определённой манере («самопознание идеи» по А.Ф. Лосеву), мыслитель не может произвольно использовать пентаду для «обслуживания собственных интересов».

Декалог – подборка «принципов достаточной и многосторонней помощи» человеку [3, 4]. Другими словами, это сформулированные на основании личного опыта, опыта других психотерапевтов и доступных литературных данных десять «общих факторов» эффективности психотерапии:

– *диада* – создание терапевтических отношений между терапевтом и клиентом, «биперсональное пространство», установление границ;

– *диагнозис* – познание жизненной ситуации клиента вдвоём, объединённым сознанием, осознание терапевтической (спасительной) идеи;

– *диалог* – терапевтическое средство персонализации спасительной идеи;

– *дилемма* – терапевтическая процедура создания ситуации выбора, где личность клиента проходит своеобразное «крещение выбором», взрослеет, это также построение «архитектуры выбора»;

– *динамика* – терапевтическая динамика, реализация идеи, плана выздоровления, мотивирование изменений и «поддталкивание» клиента;

– *диалектика* – терапевтическая логика, скрепление текучего бытия в целостную смысловую картину необходимых преобразований, в «сюжет выздоровления»;

– *диверсификация* – терапевтический перенос положительного опыта, полученного в психотерапевтическом кабинете, в другие сферы личностного бытия клиента, «инвестиции» личностного смысла в полезные дела;

– *дивергенция* – терапевтическое расширение связей с другими людьми;

– *диететика* – терапевтическое потребление, здоровое потребительское поведение, рациональное потребление всего, что потребляет человек как личность, включая образы, знания, идеи, впечатления;

– *диатриба* – терапевтическое оправдание и защита здорового образа жизни, удержание изменений.

Структурирование процесса воздействия посредством дианализа, краткое описание этапов. Указанные выше понятия-принципы можно одинаково успешно употреблять как для объяснения целей, так и процесса и результатов терапии и консультирования.

Так принципы можно использовать для составления перечня самых общих и универсальных целей терапии и консультирования. Если, например, стоит задача помочь человеку с неврозом преодолеть расстройства, то план терапии, построенный по декалогу, будет иметь следующий вид: 1) установить раппорт с клиентом и наладить терапевтические отношения; 2) исследовать проблему вдвоём, понятным образом интерпретировать её; 3) диалогизировать терапевтическую идею, т.е. перевести её на понятный клиенту язык; 4) подвести клиента к выбору иных вариантов, чем симптомное поведение; 5) динамизировать идею, найдя вместе с клиентом «сцену», где можно опробовать новое поведение; 6) встроить это новое поведение в логику персональной жизни клиента; 7) перенести полученный навык в значимые сферы клиента и тем самым изменить его психобиографию; 8) содействовать расширению участия клиента в реальной жизни – семье, социальных группах, стратах и пр.; 9) организовать здоровое потребление всего, что развивает человека и охраняет его жизнь; 10) обеспечить клиента надёжными способами психологической защиты, риторики и аргументации, чтобы сохранить достигнутые положительные изменения.

Сам процесс среднесрочной и длительной терапии можно описать, используя словарь терминов декалога. В этом случае мы получим детальное описание техники работы консультанта и психотерапевта. Дианализ позволяет работать в самой разнообразной технике, на самых разных регистрах и уровнях, в любом стиле, какой лучше всего подходит терапевту. При всём стилевом и техническом разнообразии деятельности дианалитика, при всём разнообразии и непредсказуемости поведения клиента, внутренняя логика самой деятельности, основанной на пентадном мышлении, будет одной и той же.

С помощью этого же словаря можно детально описывать и словесно фиксировать результаты работы консультанта-терапевта и его клиента.

Протокольная сессия дианализа. Практическая реализация дианализа осуществляется с помощью протокола [5]. Протокол дианализа – формализованная программа помощи, разложенная на стадии и стороны процесса оказания помощи. Кратко рассмотрим их.

Первая стадия. Установление контакта, раппорта, знакомства не только с самим клиентом, но и с его жизненной ситуацией, внутренние события («симптомы») рассматриваются как отражение внешних, запрос, т.е. цели клиента, на стороне терапевта, поскольку запрос должен точно соответствовать компетенции терапевта.

Вторая стадия. Детальное исследование выделенной проблемы, превращение её из свободного рассказа (нарратива) в логическую антиномическую конструкцию, выражающую реальное столкновение сил и тенденций в жизни клиента.

Третья стадия. Нахождение движущей (терапевтической) идеи, которая в логическом плане есть «локальный синтез» противоречий. Отделение достижимых целей от недостижимой (мечта).

Четвёртая стадия. Превращение движущей идей в план поведенческой реализации – обсуждение альтернатив выбора и поступков, исполнение плана ответственного поведения, выполнение терапевтических заданий, изменения в поведении и состоянии клиента.

Пятая стадия. Завершение проработки выделенной проблемы, резюме, выход на новую проблему, более высокого уровня. Переговоры о продолжении терапии на новом витке спирали оказания психологической помощи.

Базовые техники, используемые в дианализе. По пентадному принципу все техники работы обобщены в «формы» дианализа. С помощью «форм» можно непосредственно менять только «итоговые характеристики психического процесса» [1], предмет мысли и переживания, но не сам по себе отдельно взятый психический процесс, который всегда остаётся «трагически невидимым» (выражение Прибрама) для самого человека или для внешнего наблюдателя. В «Элементарном учебнике дианализа» [3] всего выделено пять форм по числу моментов пентады:

1. Интервью: терапия очевидностью.
2. Дискуссия: терапия определённостью.
3. Диасинтез: терапия непрерывностью.
4. Реорганизация: терапия упорядоченностью.
5. Амплификация: терапия творческим расширением.

Первые две формы дианализа (интервью и дискуссия) являются широко используемыми способами общения, и не являются собственно «лечебными средствами». Эти формы могут с успехом использоваться в

любой терапии для создания необходимых психологических условий для выздоровления. Третья форма – диасинтез, в которой расписана детальная работа с воображаемыми объектами, является исконно терапевтической формой. Работа с образами всегда использовалась как мощное средство воздействия на сознание человека. Последние две формы – реорганизация и амплификация также универсальные формы так называемых «развивающих практик».

Позитивные личностные изменения, происходящие в результате воздействия посредством дианализа. Основные эффекты от применения дианализа зависят от того, кто его применяет: без конкретной личности психотерапевта, его опыта, энтузиазма и диапазона терапевтической активности говорить об эффектах бессмысленно. Но можно выделить желательные и теоретически достижимые цели дианализа: увеличение связанности и баланса в психической саморегуляции (быстрые эффекты), усиление личности и смысла жизни (среднесрочные эффекты), позитивная интеграция личности (сопровождение клиента не менее 3 лет).

В дианализе различаются специфические или вероятные эффекты, связанные напрямую с микроинтервенциями (изменения в области мышления и представлений), необходимые (неспецефические, средовые) эффекты, случайные (плацебо) и возможные, связанные с личностью клиента [7]. В большинстве случаев эти эффекты различимы только с помощью специального, научного анализа. В практике различать их нет никакой необходимости.

Литература

1. Веккер Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов. – М.: Смысл; Per Se. – 2000. – 685 с.

2. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 250 с.

3. Завьялов В. Ю. Элементарный учебник дианализа. – Новосибирск: СО РАМН, 2004. – 416 с.

4. Завьялов В. Ю. Что такое дианализ? Методические рекомендации. – Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005. – 52 с.

5. Завьялов В. Ю. Смысл нерукотворный: методология дианалитической терапии и консультирования. – Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2007. – 286 с.

6. Завьялов В.Ю. Культурные традиции в психотерапии с точки зрения дианализа //Психотерапия. – 2008. – № 9 (69) . – С. 16-17.

7. Завьялов В.Ю. Эксперимент в психотерапии / Теория и практика психотерапии. – 2015. – Т. 2, № 10. – С. 2-13.

8. Лосев А.Ф. Античный космос и современная наука /Бытие, имя, космос // Сост. А.А. Тахо-Годи, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и И.И. Маханькова. – М.: Мысль, 1993. – С. 61-612.

9. Лосев А.Ф. Философия имени /Бытие, имя, космос //Сост. А.А. Тахо-Годи, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и И.И. Маханькова. – М.: Мысль, 1993. – С. 614-804

10. Светлов В.А. Конфликт: модели, решения, менеджмент. – СПб.: Питер, 2005. – 544 с.

11. Zavjalov V.Ju. Clinical-Psychological Approaches to Alcoholism: Multiple Versions of Alcohol Dependence in: Addictive Disorders in Arctic Climates / Drugs &Society. – 1990. – Vol.4, № 3/4. – P. 15-29

Локтионова Альбина Викторовна

ИНТЕГРАТИВНАЯ ДЕТСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Понятие интегративной детской психотерапии. ***Интегративная детская психотерапия*** **(**далее **–** ИДП**)** – метод психотерапии, ориентированной на ребенка (от младенца до подростка), в центре которого стоит понимание его возрастных особенностей и закономерностей развития, с другой стороны, опора на его активность как участника построения отношений с другими, миром и самим собой, является феноменологическим и исходит из внутренней субъектности психической реальности ребенка.

Цель ИДП – содействие процессам развития ребенка, которое понимается через призму комплексной интегративной концепции развития, учитывающей физическое сенсорное, моторное, перцептивное, эмоциональное, когнитивное и социальное развитие, как происходящую между внешними требованиями среды и внутренними импульсами роста внутреннюю интеграцию, растущую способность конструировать когнитивные обобщения, личные и социальные смыслы из фрагментов опыта.

Решение основной задачи – поддержки развития ребенка – обеспечивается участием психотерапевта в социальной ситуации развития: уникальном соотношении между внутренними процессами развития ребенка и внешней средой (отношения с окружающими, культурные объекты), которое меняется на каждом возрастном этапе.

В ИДП контакт, встреча, диалог (также невербальный), переход к отношениям на уровне ребенка рассматриваются и как условие развития личности, и как основные инструменты воздействия на структуры, функции самости, ~~и~~ на развитие функций Я.

В едином психотерапевтическом процессе интегрированы интрапсихический, межперсональный и системный фокусы внимания и уровни работы.

В центре ***интрапсихического фокуса*** ИДП стоит работа с самостью ребенка [7]. Обобщение исследований развития самости младенца (ребенка) в диалоге, специфические диалогические потребности ребенка и принципы отклика, особенности терапевтического взаимодействия на каждой возрастной ступени описаны в методическом пособии А.В. Локтионовой [2].

Именно процессы самости являются фундаментом для формирования функций Я и идентичности. Работа с развитием функций самости происходит на уровне телесности, на уровне переживания интерсубъективности и на уровне непосредственного проживания сцен эмоционального корригирующего опыта терапии [2; 5].

В терапевтических встречах детский психотерапевт способен на каждой возрастной ступени проникать в способ восприятия ребенком себя и мира, то есть, уметь думать и чувствовать «по-детски» и одновременно создавать и удерживать стратегическую картину терапии, предоставляя себя в качестве «надежного взрослого». В отличие от терапии взрослых, в пространстве построения отношений для ребенка наиболее значим невербальный диалог[2; 9; 10].

Межперсональный фокус сосредоточен на психотерапевтических встречах с родителями, с целью дать им практически почувствовать и понять, как их ребенок понимает мир, его сильные и слабые стороны. Конкретные рекомендации опираются только на то, что родитель может почувствовать и реализовать. В случае обнаружения сопротивления, слепых пятен и блокировок взрослых в их способности отвечать на потребности ребенка и строить с ним надежные отношения, осуществляется фокусированная терапия, которую можно обобщенно описать как работа с «внутренним ребенком» родителя, «Parenting» и «Reparenting», открывающая чуткость к детскому миру [2; 3; 5; 10].

Системный фокус ИДП связан с работой в триаде развития: ребенок-мать-отец (или другой партнер матери по воспитанию, например, бабушка или отчим), работой с расширенной семейной системой и значимыми социальными средами ребенка, целями которой является усиление дифференциации в триаде развития, поддержка конструктивной родительской позиции, обнаружение системных источников искажений родительской позиции, развитие диалога, гуманизация социальных сред [2; 3 7; 8].

Психологические механизмы, лежащие в основе психотерапевтического воздействия и изменений посредством интегративной детской психотерапии. В силу интеграции в ИДП различных фокусов воздействия, целесообразно рассмотреть специфику механизмов воздействия отдельно [1; 2; 3; 5; 9].

Интрапсихический фокус ИДП. Чтобы осознать всю комплексность и эффективность ИДП, необходимо хорошо ознакомиться с понятием «самость» и ее ролью в качестве организующего принципа развития человека [2; 9].

Самость – качество психической реальности человека, представляющее организованную субъективную перспективу ощущения себя и другого, которая развивается квантовыми скачками в ходе онтогенеза и лежит в основе возрастного развития. Организация самости включает телесность с собственным намерением-желанием-волей и уникальной регуляцией аффектов, субъективные ментальные состояния себя и Другого – чувства, мотивы, намерения, способность объективировать себя в символах и словах.

В центре этой комплексной и эффективной работы детского терапевта стоит понимание самости ребенка через концепцию Д. Стерна, который отмечает: «Хотя невозможно прийти к общему соглашению, что же такое самость, мы, взрослые, обладаем очень реальным ощущением самости, которое пронизывает наш каждодневный социальный опыт» [7, с. 11].

Д. Стерн отмечает, что ощущения самости, тяжелые нарушения которых будут препятствовать нормальному социальному функционированию, включают в себя: ощущение способности влиять, ощущение физической связности, непрерывности во времени, ощущение аффективности; ощущение субъективной самости, которая может достигать интерсубъективности с другим; ощущение создающей организации; ощущение передачи смысла [9].

Для ИДП принципиальным является описанный Д. Стерном *новый вид обобщения опыта* – репрезентация не только последовательности событий, схем, создающих инварианты времени, количества, когнитивных понятий, но и *обобщенная представленность ощущения себя и другого в опыте взаимодействий* – структурные единицы интерсубъективной самости – ***репрезентации обобщенного взаимодействия*** (РОВ) [9]. В ИДП мы соотносим это фундаментальное научное описание с идеями аффективного обобщения Л.С. Выготского, диалога автора и героя М.М. Бахтина, установки на себя или на другого А.А. Ухтомского. Терапевтическое пространство создает условия, в которых становится возможным присвоение недостающего опыта, что приводит в движение развитие самости; РОВ «переписываются» и создаются новые, более адаптивные и рабочие РОВ, которые вытесняют старые, расширяются «рабочие модели себя и другого», создавая новую организующую перспективу себя в мире.

Межперсональный фокус работы в ИДП. ИД психотерапевт поддерживает здоровую позицию родителей**:** *защиту, поддержку, ведение и содействие автономии (сепарации)* ребенка. Важное поле деятельности ИДП показал Х.-Э. Рихтер: когда ребенок своим поэтапным развитием «ворошит» соответствующие неосознаваемые конфликты развития личности родителей, то он воспринимается в контексте их собственного внутреннего конфликта и бессознательных ожиданий [7], тогда помощь в установлении надежных детско-родительских отношений методами консультирования и информирования родителей необходимо дополнять фокусированной терапией. Поэтому в тех областях, где ребенок «несет» больные темы родителей, их «незавершенные гештальты», необходима *терапевтическая работа с родителями.* Механизмы возможной терапии описаны концептами Parenting и reParenting, заложенными венгерской школой психоанализа Ш. Ференци, М. Балинта, И. Ильина и разработанными далее интегративной терапией Х. Петцольда.

Системная часть психотерапии ребенка. Потребности ребенка в развитии автономии и формировании идентичности реализовываются в триадных отношениях. Таким образом, в фокус системной части психотерапии ребенка попадает развитие триады отношений ребенка, которая задает развитие личности: ребенок, его *коммуникативный и идентификационный партнеры* [2]. Адаптируясь к семейной системе, ребенок «выбирает» этих партнеров, которые, в силу изменений в семье и ребенке, могут меняться.

В системной части работы психотерапевт так же поддерживает родительские ресурсы системы, работает над отношениями между коммуникативным и идентификационным партнером (зачастую как с родительской парой), обрабатывает травмы, утраты, конфликты, защиты, которые передаются через идентификации ребенка или «требуют» невротизирующего приспособления к бессознательным ожиданиям родителей, он защищает ребенка от втягивания в конфликт между партнерами ребенка и от создания коалиции с одним из них.

Работа с расширенными системами (семейная, социальные значимые среды) состоит в создании защищенности, поддержки индивидуальной траектории развития и гуманизации среды через предложение конструктивных моделей взаимодействия.

Структурирование процесса воздействия посредством интегративной детской психотерапии. Терапевтический процесс в ИДП условно делится на четыре этапа [2; 5]. Рассмотрим их.

1 этап. Диагностика, мотивация. В детской психотерапии нет мотивированных клиентов в традиционном понимании. Поэтому применяются методы процессуальной диагностики, чаще всего через игру и рисование. Терапевт подбирает подходящие ребенку и возрасту способы выражения и настраивается на них, ребенок чувствует себя увиденным, понятым и начинает доверять. Доверие и интерес – главные мотивирующие силы детской терапии. Диагностика охватывает обозначенные выше три фокуса и задает подходящую терапевтическую последовательность.

Интрапсихическая диагностика связана, прежде всего, с определением этапа возрастного развития (эмоционально-личностного, телесного, когнитивного, социального), здоровых и нарушенных пластов самости, вида нарушений (дефициты, конфликты, травма) [5], характера привязанности, способов защиты.

Межперсональная диагностика определяет дефициты в родительской функции**:** *защите, поддержке, ведении и содействии автономии (сепарации)* ребенка [4]; бессознательные эмоциональные сложности родителей, резонансно возникающие от столкновений ребенка с жизнью [7]; тип дисфункциональной триады.

Системная диагностика определяет характер стимуляции ребенка в системе (дефицитарный, избыточный, противоречивый, дисрегулированный) [2], позицию ребенка в семейной системе, круг *значимых других*, через которых транслируются системные незавершенные гештальты, травмы, дефициты, проясняет источники бессознательных ролевых ожиданий к ребенку.

Результаты диагностики помогают понять и разделять состояния с ребенком и значимыми другими, отвечать на актуальные потребности, защищать от чрезмерного давления, снижать напряжение в семье, выделять первичные и отдаленные задачи терапии.

2 этап. Начало психотерапии, уточнение диагностики и стабилизация. Здесь все данные соединяются в новое понимание, начинается купирование факторов риска, возможно, что ребенок или родители начинают получать медицинскую помощь, происходят первые встречи с родителями, напряжение немного спадает, подготовлены условия для углубления терапии.

3 этап. Психотерапевтический: пробы и упражнения. Охватывает регулярные межперсональные встречи ребенка и терапевта, терапевта и родителей, терапевта и обнаруженных диагностикой значимых лиц (например воспитатель в детсаду) с целью создания корригирующего эмоционального опыта (восполнение дефицитов, проживание ресурсов, усиление границ, работа с травмой) через игру, метафоры, творческие задания. В результате происходит формирование новых РОВ, поддерживаются процессы дифференциации, становится возможной индивидуация.

4 этап. Этап завершения, в ходе которого идет закрепление нового опыта в реальной жизни семьи: осознанное использование новых ресурсов, моделей, опыт единства и взаимоподдержки.

Важно информировать ребенка и подготовить его к завершению терапии и прощанию. В этом процессе становятся возможными интеграция и осознание изменений в личности и социальном мире ребенка. Создаются «переходные объекты», ритуалы прощания, есть место для грусти расставания. В некоторых случаях терапия с родителями может продолжаться и после завершения терапевтических отношений с ребенком, удерживая при этом цели психотерапии ребенка.

Формы работы. ИДП проводится в форме индивидуальных сессий с ребенком, совместных детско-родительских сессий, родительских сессий, сессий с несколькими членами семьи, групповой работы, консультаций значимых лиц из социального (несемейного) окружения ребёнка. Разработаны программы поддерживающих родительских групп, организуются особые терапевтические пространства для детей.

Техники, используемые в интегративной детской психотерапии, их краткая характеристика. В ИДП используются техники, которые

помогают ребёнку справиться с трудностями, выразить переживания и переработать конфликты. Рассмотрим некоторые техники в зависимости от фокуса ИДП [3; 4].

Примеры техник в интрапсихическом фокусе ИДП.

Создание безопасного (или защищенного) места (БМ). Впервые описано Л. Реддеман как стабилизирующая при работе с травмой ресурсная имагинативная техника для взрослых [11]. В ИДП ребенок создает БМ физически в кабинете Цель: создание чувства безопасности, проживание элементов внешней и внутренней безопасности, стабилизация, безопасный терапевтический контакт, поддержка. Создание ресурса, к которому можно потом будет возвращаться.

Важен рисунок и рассказ ребенка про то, как он ощущает себя в хорошем месте, вопросы, которые помогут почувствовать безопасность здесь и сейчас. П. Левин [1] использует тип беседы по SIBAM для стабилизации в работе с травмой:

S – соматические ощущения

I – образ

B – поведение (импульс к действию)

A – аффект (чувства, переживания)

M – смысл.

Важно обнаружить: что именно в этом месте дает это переживание защищенности. Что исключает угрозу? Что в этом месте есть особенного, защищающего меня?

Ответы также являются частью процессуальной диагностики.

В ИДП важно не только зафиксировать переживания безопасности в теле, нарисовать его (что сложно для ребенка), но и найти или создать предмет-связь с этим местом.

Техники работы со страхом и агрессией. Важной осью интрапсихического фокуса ИДП является работа со страхом и агрессией. Она всегда проводится параллельно. Техники работы с агрессией соответствуют общим терапевтическим подходам: стабилизация, выражение, выражение того, что за этим стоит, понимание себя, новый навык. Особенной является тропа агрессии, на которой агрессивные импульсы не разрушают контакт, создавая возможность регуляции и\или интеграции. За агрессией у детей часто стоит боль от раны привязанности, страх вновь пережить эту боль, и попытка ее контролировать. Авторским для подхода является *структурированное ведение игры* в случае работы со страхами.

Техника работа со страхом (со слабой частью). Выясняем, что именно боится ребенок (например, темной комнаты). Для ребенка важно, чтобы мы присоединились к нему, были внимательны к его переживаниям. Последовательность действий здесь следующая.

1. Ребенок выбирает игрушку, которая очень боится (находиться в темной комнате).

2. Ребенок выбирает игрушку, которая ***не*** боится (темной комнаты).

3. Создаем игровую ситуацию страха (строим комнату, ставим кровать, стол, т.е. максимально воссоздаем ситуацию, в которой возникает страх).

4. Ребенку предлагается играть игрушкой, которая ***не*** боится темноты.

5. Терапевт психодраматически присваивает «слабую часть», играя за боящуюся (темноты) игрушку (*задача* – принятие и серьезное отношение к слабой части ребенка, актуализация сильной стороны – игрушки ребенка, сделать ее интрапсихически ведущей).

6. Терапевт из роли слабой игрушки инициирует *диалог с сильной* частью и *взаимодействие со страшным*. Дистанцирование ребенка от слабой части приводит к тому, что он может безопасно изучать свой страх.

В результате: укрепляются силы Я ребенка, способность поддерживать себя в контакте со страхом, проясняется не только предъявленный страх, но выявляется вытесненный страх, его подлинный смысл, который, собственно, является почвой для симптомов. Интенсивность предъявленного страха уменьшается, раскрываются новые стороны и темы интрапсихического пространства ребенка.

Работа с подростками в кризисе пубертата строится вокруг обнаружения и работы над собственной идентичностью. Терапевт вместе с клиентом занят содержанием пяти опор Идентичности, как их описал Х. Петцольд. Описание опор, первичное интервью, рабочие задания, подход к диагностическому пониманию опор на основе самовосприятия подростка и к терапии, примеры работы представлены в Журнале интегративной детской психотерапии [6].

Примеры техник в межперсональном фокусе ИДП. Терапия в духе Parenting [5; 10], актуализирует позитивный потенциал семьи и ресурсы детства родителя, укрепляя «питающую» родителя сторону биографии, в reParenting проживаются и эмоционально корригируются «вытесненные» сцены, лежащие в основе нарушения взаимодействия с детьми, создаются условия для проживания недостающего опыта развития самости родителя. Обнаружению таких сцен помогают различные техники и методики. Одной из них является ***«Заколдованная семья»*** [11].

Изначально эта проективная методика для исследования детей и подростков была направлена на диагностику *места ребенка в семье и на выявление особенностей детско-родительских отношений.*

Модификация ИДП кроме диагностики помогает выразить чувства и потребности, связанные с переживанием ребенком отношений в его

семейной системе, и вовлечь в работу членов семьи. Возраст: с 5 лет. Есть ограничения для детей со слабо развитой способностью к символизации.

***Инструкция*:**

1. «Мы сегодня с тобой будем фантазировать. Жила-была одна семья. Что это за семья? Давай создадим с тобой семью. Как тебе хочется. Выбирай, кто тебе нужен».

Ребёнок выбирает семью из многообразия игрушек, предложенных терапевтом, рассказывает, кто есть кто, создает игровую сцену дома, по ходу уточняются черты каждого члена семьи.

2. Спрашиваем у ребёнка, какими игрушками будет играть он, а какими – терапевт. Начинается игра.

3. Терапевт вводит волшебника по стандартной инструкции: «Однажды, в один прекрасный день, все легли спать. Ночью над городом пролетал волшебник и их заколдовал. Проснулись они уже совсем другими – совсем. Они стали сами на себя не похожи. И внешне, и вообще они очень-очень изменились. Давай придумаем и найдём, кто в кого превратился».

4. Ребёнок выбирает новые игрушки – на смену старых.

Терапевт спрашивает ребёнка: «Какие они стали? Кто из них кто? Какие новые качества появились у каждого?».

5. Далее – продолжается игра уже в «заколдованную семью».

В совместной игре ребёнка и терапевта могут появиться идеи о том, что нужно, чтобы колдовство пропало.

Терапевт ведет исследование и терапию от лица персонажей. Например, в роли родителя, превращенного в камень, он может озвучить: «как хорошо, меня не трогают, а я все вижу. Хм, тепло, когда на мне кто-то сидит. Кажется, меня очень беспокоит это белое привидение…, где моя дочка и т.д.». Постепенно все осознают, что они заколдованы. Никто не знает, получится ли так просто превратиться обратно, или надо что-то сделать. Терапевт работает над феноменом. Расколдовывание (*возвращение старых игрушек на место заколдованных*) не является целью. Терапевт исследует глазами ребенка и получает цели терапии с родителями. В случае с подростками, истории бывают настолько точными, что мы просим у ребенка разрешения прочитать историю хотя бы одному из родителей, следуя правилам работы с подростками.

Так же и с родителями мы работаем над феноменом: резонанс – конструкция – деконструкция. Что включает в себя:

- отклик родителя, исследование чувств и обнаружение подлинного отклика;
- обнаружение возможного смысла ребенка и ситуации;
- реконструкция ситуации с позиции нового смысла;
- развитие истории родителями;
- проба новых действий в жизни.

Примеры техник в системном фокусе ИДП. Примерами техник в системном фокусе психотерапии являются: построение генограммы с целью обнаружения трансгенерационных причин бессознательных ролевых ожиданий, трансгенерационных травм, обнаружения идентификационного партнера ребенка в системе. Смысл этой работы описан в работах В. Цимприх [2], и ее супервизора Х.Э. Рихтера [7], а результаты обобщения эмпирических исследований идентификационного партнерства и его роли в психосоматических расстройствах у детей представлены в диссертационном исследовании И.А. Симоненко [8].

Используются также авторские технологии с целью сепарации взрослых от бессознательного слияния с родителями, завершения конфликтов, и исследования новых позиций относительно членов первичной семьи родителя, упражнения на развитие сиблинговой эмпатии у взрослых. Эти авторские технологии представлены в тренерских материалах к курсу «Работа с семьей в терапии ребенка» [3].

Ввиду ограниченности объема статьи, подробное описание этапов и всех техник, используемых в ИДП, не представляется возможным, поэтому всем интересующихся методом рекомендовано обратиться к ежегодному Журналу интегративной детской психотерапии и другим источникам [1; 2; 5; 6; 12].

Конечные цели воздействия, позитивные личностные изменения как результат применения интегративной детской психотерапии. В результате трехфокусной терапевтической работы, ребенок получает необходимый ответ на потребности развития самости:

- происходит восполнение дефицитов развития самости ребенка, ее интеграция и управление травмированными отщепленными частями самости, благодаря растущим функциям Я;
- улучшается саморегуляция и доступ к реальности,
- растут творческие способности ребенка в кризисные периоды жизни и во время возрастных кризисов, а также кризисов идентичности обращаться к своему глубинному стабильному ядру и находить в нем опору и силы;
- возрастные потребности развития находят поддержку как со стороны внутреннего мира переживаний самого ребенка, так и со стороны ближайшего окружения, реализуется гуманизация значимых социальных сред, в которых идет развитие ребенка.

Параллельно родители понимают связь своего детского опыта, особенностей личности и\или актуальных семейных нагрузок, системных взаимосвязей с возникшей у ребенка проблемой (симптомом), формируют новый взгляд на ребенка, могут занять более чуткую и одновременно ответственную родительскую позицию.

Литература

1. Левин П. Травма глазами ребенка. Восстановление и поддержка эмоционального здоровья у детей. – М.: Бомбора, 2023. – 320 с.

2. Локтионова А.В., Цимприх В. Интегративная (интрапсихическая – интерсубъективная – системная) психотерапия младенцев, детей, подростков. – Воронеж: Издательский дом ВГУ, 2016. – 130 с.

3. Локтионова А.В., Симоненко И.А. Тренерские материалы к учебному курсу «Работа с семьей в терапии ребенка» [Электронный ресурс Института интегративной детской терапии].

4. Локтионова А.В., Фрошмайер З., Цимприх В., Симоненко И.А, Новикова М., Петрова В., Горбачева О., Высочанская А., Синенко Д., Ященко М., Воробьева Н., Токмина В. Тренерские материалы к учебному курсу «Интегративная детская психотерапия» [Электронный ресурс Института интегративной детской терапии].

5. Петцольд Х., Рамин Г. Интегративная терапия с детьми / По лицензии RIDERO – Москва: Издательские решения, 2025. – 148 с.

6. Петцольд Х. Пять столпов идентичности //Журнал интегративной детской психотерапии. – 2022. – № 4. С. 6-25. – (Спецвыпуск «Проживая кризис: вызовы, возможности, развитие»).

7. Рихтер Х.-Э. Родители, ребенок и невроз: психоанализ детской роли. – СПб.: Питер, 2019.- 320с.

8. Симоненко И.А. Системно-генетическая модель психотерапии ребенка с психосоматическим расстройством: дис. д-ра психол. наук. – СПб., 2015.

9. Стерн Д. Межличностный мир ребенка. Взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. – СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа, 2006. – 384 с.

10. Ференци Ш. Психоанализ детей применительно ко взрослым. Речевые противоречия в разговоре взрослого с ребенком // Тело и подсознание: сб. статей. – М.: Nota Bene, 2003. – 480 с.

11. Kos M.; Biermann G. Die verzauberte Familie: ein tiefenpsychologischer Zeichentest /Unter Mitarb. von Günter Haub.–München, Basel: E. Reinhardt, 2017. – 320 с.

12. Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressurcenorientierten Verfahren.–Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2002. – 216 с.

Небойша Йованович

ОЛИ ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Понятие ОЛИ Интегративной психодинамической психотерапии. ***ОЛИ Психодинамическая интегративная психотерапия*** (далее – ОЛИ ИПП) – это метод психотерапии, посредством которого развиваются или разблокируются основные способности Эго к переработке эмоций – эмоциональные компетенции.

Основное отличие ОЛИ ИПП от других психотерапевтических направлений заключается в том, что акцент делается на работе с базовыми эмоциональными компетенциями, «программным обеспечением» для обработки эмоций. Эти эмоциональные компетенции были выведены из теории четырех психоаналитических школ [8] (теория влечений – классический психоанализ, эго-психология, теория объектных отношений, селф-психология) [3; 5; 6; 13; 14]. Они не являются защитными механизмами, так как не искажают реальность с целью защиты психики от тревоги. Ряд авторов упомянутых психоаналитических школ, выделяли и описывали основные вехи развития индивида в сфере управления эмоциями, но не определяли их как новообразования, выходящие за рамки защитных механизмов, как зрелые эмоциональные компетенции. В методе ОЛИ ИПП за теоретическую основу и основу интеграции методик других психотерапевтических направлений взяты восемь эмоциональных компетенций [8].

В современной психологии, в различных ее областях, особенно в педагогической психологии, психологии развития и даже в клинической психологии, наблюдается выраженная тенденция к определению и операционализации основных человеческих компетенций в когнитивной, аффективной и психомоторной областях, а также к определению способов развития этих компетенций. Данный метод представляет собой вклад в определение базовых эмоциональных компетенций с точки зрения психодинамической психологии развития, а также методов, с помощью которых эти компетенции можно развивать в психотерапевтическом процессе. Определение путей нормального развития базовых эмоциональных способностей к переработке эмоций позволяет рассмотреть патологию как отклонение в развитии, а психотерапию как воспитательно-корректирующий процесс. Связь психотерапевтического процесса с воспитанием позволяет, как передавать знания в области воспитания и психотерапии, так и обогатить эти области исследований.

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента в ОЛИ Интегративной психодинамической психотерапии. ОЛИ ИПП, как комплексная теоретико-методологическая

система, основывается на работе с базовыми эмоциональными компетенциями – базовыми «программными обеспечениями» нашей психики – для переработки эмоций и управления ими. То есть ОЛИ ИПП имеет четко определенную **область исследования**: она исследует ***развитие базовых эмоциональных (и когнитивно-конативных) способностей,*** которые представлены в четырех психоаналитических направления психологии: психология влечений, психология объектных отношений, эго-психология и селф-психология.

При этом ОЛИ ИПП предлагает понятные таблицы показателей застоя в развитии ***восьми базовых эмоциональных компетенций в поведенческом, эмоциональном, когнитивном и конативном аспектах, а также форм проявления зрелой, развитой эмоциональной компетенции.*** Это позволяет терапевту четко распознать признаки застоя в развитии компетенций, определить вектор, в котором необходимо продолжать развитие, «зону ближайшего развития» клиента. Кроме того, в рамках ОЛИ ИПП разработана **«таксономия психотерапевтических целей»**, в которой классифицированы многочисленные методики согласно тому, на развитие каких компетенций они направлены и на какой стадии развития компетенции их можно применять. Это позволяет психотерапевтам структурированным образом распознавать застои в развитии и подбирать методы для работы с теми базовыми эмоциональными компетенциями, в развитии которых случился застой [8].

Метод ОЛИ ИПП фокусируется на двух главных, комплексных способностях: способности к любви и способности к труду. Эти две комплексные способности, необходимые для зрелого функционирования, подобно кирпичикам «Лего», построены из определенного количества меньших, гораздо более простых кирпичиков – восьми базовых эмоциональных компетенций [8]:

1. ***Нейтрализация*** (обозначенная в ОЛИ ИПП как «регулятор психики») [5]. Способность человека поддерживать рациональность своего мышления посредством нейтрализации инстинктивной энергии (сексуальной и агрессивной) и преобразования ее в нейтральную энергию, которую можно использовать для решения проблемы, рационального мышления и достижения цели.

2. ***Ментализация*** – «артикулятор психики» [3]. Способность человека думать о своем внутреннем состоянии, способность принять тот факт, что у других есть собственные убеждения, желания и намерения, понимание собственного и чужого состояния, мотивов определенных состояний и поведений. Способность создавать «ментальную карту».

3. ***Целостность объекта*** – «клей психики» [13]. Подразумевает способность воспринимать и принимать другого человека (или какую-либо желаемую цель, работу, деятельность) целостно. Способность осознавать

как хорошие, так и плохие стороны того, что мы любим и хотим. Способность принимать это.

4. ***Постоянство объекта*** – «стабилизатор психики» [6]. Способность к прочной внутренней связи с любимым человеком, без необходимости в ее постоянном присутствии, основа независимости.

5. ***Переносимость амбивалентности*** – «навигатор психики». Способность переносить противоречивые чувства к другому человеку, к себе, к деятельности при преобладании положительных чувств. Способность выбирать, принимать решение. Двигаться «к» или «от».

6. ***Толерантность к фрустрации*** – «иммунитет психики» [14]. Способность справляться с дискомфортом, который в нас вызывает неудовлетворенность некоторых наших потребностей.

7. ***Воля*** – «двигатель психики» [15]. Способность прилагать постоянные усилия для достижения целей развития, развиваться в самостоятельную личность.

8. ***Инициатива*** – «побудитель психики» [1]. Способность брать на себя ответственность за начало или совершение чего-либо, способность думать и действовать без посторонних требований.

ОЛИ ИПП психотерапевт работает в двух плоскостях: ***плоскости содержания и плоскости процесса.*** Слушая материал, который клиент ему приносит, разговаривая с ним об этом материале, жизненных событиях, его отношениях с другими, любви и труде, ОЛИ ИПП терапевт уделяет особое внимание паттернам, которые использует клиент, типичным способам переработки собственного опыта и эмоциям, которые этот опыт вызывает [9].

На диаграмме ниже [8] показано, каким образом базовые эмоциональные компетенции объединяются в группы, создавая более сложные компетенции.

Структурирование процесса воздействия, этапы ОЛИ Интегративной психодинамической психотерапии. Процесс психотерапии в ОЛИ ИПП можно разделить на 3 этапа: 1) начальный этап (этап определения целей, формирования рабочего альянса, прояснения терапевтической ситуации и т.д.); 2) этап психотерапевтической работы над инсайтами и изменениями; 3) этап завершения терапевтического процесса [9]. Рассмотрим содержание каждого из этапов.

Начальный этап включает:

- первичный контакт – краткая информация о типе проблемы, с которой клиент обращается, основная информация для клиента о стоимости, условиях, сеттинге, организация первой встречи;
- первую беседу – прояснение целей психотерапевтического процесса, способа работы, мотивации клиента к психотерапии, прояснение ошибочных представлений о психотерапии, если таковые имеются;

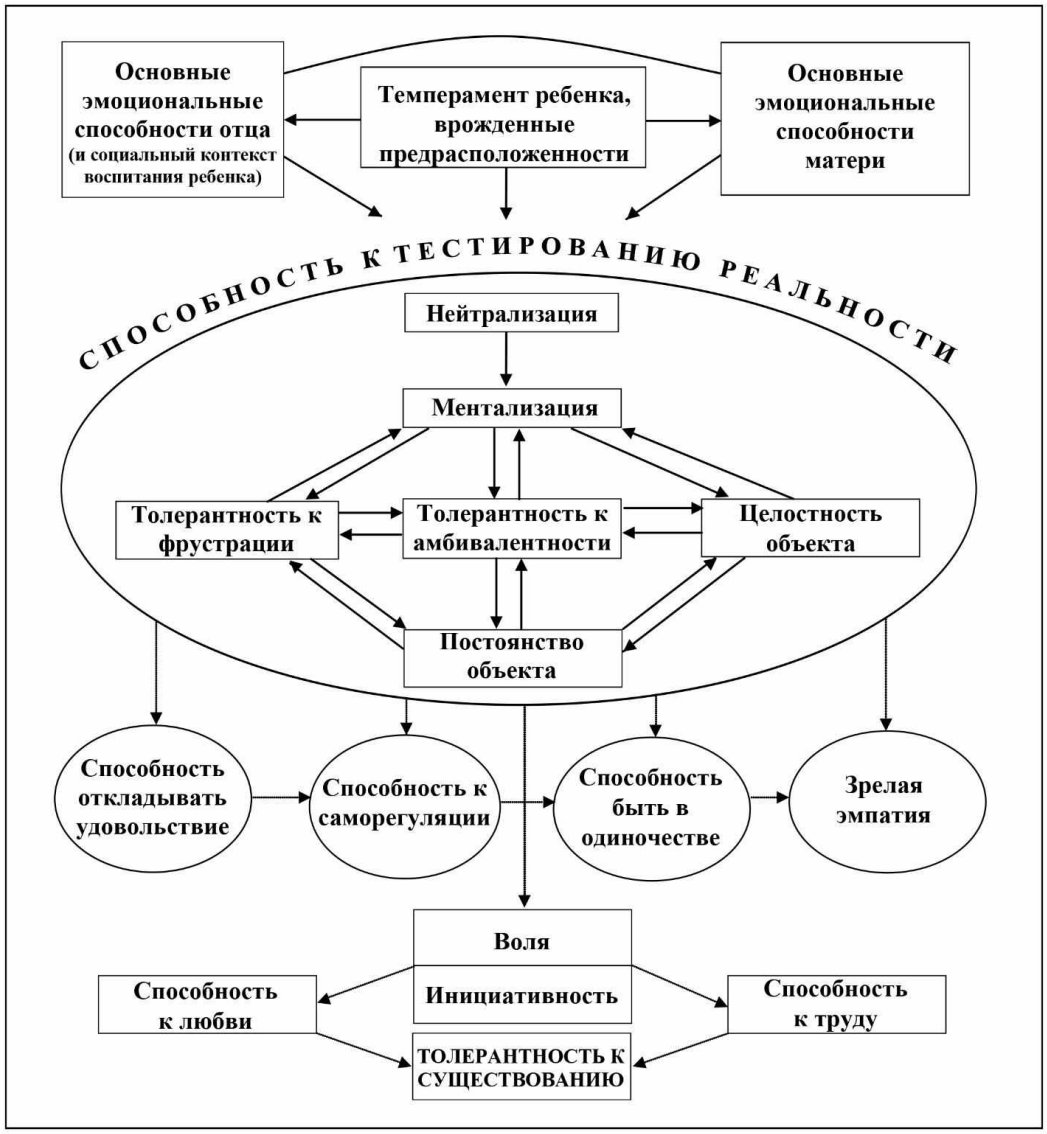


Рис. 1. Диаграмма базовых эмоциональных компетенций и их взаимодействия

- начальные встречи – прояснение симптомов клиента, жалоб, периода жизни, когда они начались, условий жизни и событий в этот период, дополнительное прояснение принципов психотерапевтической работы, более четкое определение целей, создание подходящей эмоциональной атмосферы для раскрытия и исследования, создание рабочего альянса с клиентом.

Психотерапевтический этап – этап проработки, предполагает**:**

- выявление «контрнавыков» – паттернов в функционировании клиента, которые могут быть связаны с симптомами и неудовлетворенностью, поскольку они приводят к нежелательным для клиента последствиям;

- выявление вторичной выгоды, которую клиент получает от этих паттернов, симптомов, «болезни» (защита, внимание, заниженные ожидания со стороны окружающих, возникновение чувства вины у окружающих и др.);

- выявление и анализ сопротивления психотерапии и изменениям;

- выявление и анализ переноса клиента в отношениях с терапевтом и другими лицами вне терапевтической ситуации;

- восстановление рабочего альянса, когда он ослабевает под влиянием сопротивления или переноса;

- выявление дефицитов в развитии базовых эмоциональных компетенций;

- работу над развитием базовых эмоциональных компетенций;

- оценку прогресса и изменений, достижения поставленных целей.

Завершающий этап предполагает:

- распознавание темы сепарации, признаков, что клиент готовится к завершению терапевтического процесса;

- проработка темы сепарации, тревог;

- выявление сепарационных сопротивлений, проработка сопротивления;

- составление плана по завершению психотерапевтического процесса, удобного клиенту способа сепарации;

- заключительный сеанс, оценка, обмен отзывами о ключевых аспектах психотерапии, которые способствовали изменению, обмен эмоциями, которые испытывают как клиент, так и психотерапевт по поводу завершения, договоренности о возможности продолжения или периодических консультаций, если это необходимо.

Техники, применяемые в ОЛИ Интегративной психодинамической психотерапии. ОЛИ ИПП предлагает наглядный обзор каждой из восьми эмоциональных компетенций (которые легли в основу метода) в виде таблицы, с этапами их развития, самыми частыми застоями в развитии той или иной компетенции, способами распознавания застоя и этапа развития компетенции, «зоны ближайшего развития», подходами и техниками, способствующими разблокировке или развитию той или иной компетенции и ее переходу на новый этап развития. Также разработаны и продолжают разрабатываться психометрические инструменты для оценки развития эмоциональных компетенций, что облегчает диагностику и оценку психотерапевтической работы.

Подобная структурированная интеграция знаний и техник позволяет сформировать уникальный психотерапевтический подход к каждому клиенту, в соответствии с развитием его эмоциональных компетенций, иными словами – психотерапию, адаптированную под клиента.

Как было указано выше, ОЛИ ИПП терапевт работает в двух плоскостях: **плоскости содержания** и **плоскости процесса.**

В ***плоскости содержания*** он прослеживает историю клиента, его отношения с людьми, проблемы, историю возникновения проблем, детство, юность, переносы в последующие отношения, характерные паттерны, психодинамику, помогает клиенту реконструировать, «соединить точечки» его жизненной истории в зрелую историю о самом себе.

В ***плоскости процесса*** он отслеживает, каким образом клиент перерабатывает эмоции в отношении материала, которым он делится, ищет типичные паттерны мышления, поведения, переработки эмоций. Работает с клиентом над осознанием этих паттернов, их последствий для жизнедеятельности клиента, определяет «зону ближайшего развития» эмоциональных компетенций клиента и составляет план развития компетенций и «передачи функций» (посредством декларативного и процедурного обучения он передает клиенту свои развитые функции, способности к зрелой переработке эмоций и управлению ими) [9].

На данном этапе психотерапевтической работы, действия ОЛИ ИПП терапевта приобретает свою специфику, которую можно представить в нескольких шагах [9] :

1. Выявление контрнавыков, «глюков» в переработке эмоциональной информации, способов, которыми клиент создает свою проблему, пытаясь совладать с определенной задачей развития неадекватным образом.

2. Конфронтация клиента с защитами, контрнавыками, неудачными формами адаптации.

3. Отказ от вторичной выгоды.

4. Психообразование об эмоциональной компетенции, которая является здоровым, адаптивным механизмом. Демонстрация «как это делается», процедурное обучение.

Выявление вторичной выгоды, механизмов защиты и контрнавыков [9].

Вторичная выгода – польза от причинения вреда самому себе. Одной из важнейших причин, по которой люди не переходят к более зрелым паттернам – эмоциональным компетенциям, в которых нет искажения реальности или манипулирования собой и другими, является так называемая «вторичная выгода». Выгода – это психоаналитическое понятие, внедренное и определенное З. Фрейдом [4]. Он описал два типа психологической выгоды от болезни: первичную и вторичную. Первичной выгодой З. Фрейд считал снижение тревоги, вызванное защитной операцией, которая привела к появлению симптома болезни. З. Фрейд далее определил вторичную выгоду как межличностную или социальную выгоду, получаемую пациентом в результате болезни (например, поддержка, внимание, жалость, защита, разрешение быть зависимым). Принято считать, что как первичная, так и вторичная выгода осуществляются благодаря бессознательным механизмам.

Когда нам удается связать симптомы, страдания, которые заставляют

человека обратиться к психотерапевту (ущерб от вторичных выгод), с этими вторичными выгодами, незрелыми и манипулятивными паттернами поведения, то он оказывается в позиции выбора (потому что теперь он осознает эти паттерны). Он может выбрать отказаться ли ему от вторичных выгод, или принять их и смириться со страданиями, вызванными их злоупотреблением.

Как мы исследуем вторичную выгоду? Взаимодействуя с клиентом, выслушивая материал, которым делится клиент, терапевт ищет ответы на следующие вопросы:

1. Что мешало клиенту раньше изменить то, что он хочет изменить сейчас с помощью психотерапии?

2. Что он получает от состояния, в котором находится сейчас? Что он потеряет, если изменится так, как заявляет, что хотел бы измениться? Готов ли клиент заплатить «цену» изменения?

3. Развил ли клиент какие-либо избегающие паттерны, комбинации защитных механизмов – «контрнавыки», которыми он поддерживает статус-кво? Как именно работают эти паттерны?

4. Каким образом он проявляет амбивалентность к изменениям, сопротивление изменениям (и сопротивление терапевтическому процессу после того, как определены цели).

Чтобы лучше понять паттерны поведения, которые приводят к вторичной выгоде, нужно понимать не только то, что клиент получает, пользуясь этими неразвивающими паттернами, но и то, как именно он это делает. Таким образом, мы приходим к понятию «контрнавыки».

Контрнавыки – паттерны по типу «Делает дело»**.**

Контрнавыки – это более сложные формы поведения, чем механизмы защиты, они могут включать в себя несколько механизмов защиты и связанные с ними модели поведения. Мы используем понятие контрнавыков, чтобы акцентировать внимание на способностях и «контрспособностях» [8, 12]. Мы отличаем их от защитных механизмов, поскольку контрнавыки, по сути, являются злоупотреблением защитными механизмами, их использованием ради получения «вторичной выгоды», даже тогда, когда в этом нет необходимости. Каждая из перечисленных эмоциональных компетенций, если ее не развивать, заменяется каким-либо контрнавыком.

После того, как клиент осознает вторичные выгоды и контрнавыки, можно переходить к решениям задач развития, то есть, к развитию базовых эмоциональных компетенций.

Как распознать уровень развития базовых эмоциональных компетенций?

1. С помощью предложенных таблиц, в которых указаны формы проявления зрелых и незрелых эмоциональных компетенций.

2. По преобладающему типу тревоги клиента.

3. По содержанию «нарциссической гордости» – виду дисбаланса в нарциссическом секторе личности.

4. С помощью диагностических инструментов, разрабатываемых в ОЛИ ИПП.

ОЛИ ИПП дает четко определенные формы проявления застоя для каждой из восьми эмоциональных компетенций на эмоциональном, поведенческом, когнитивном и конативном уровнях. А также формы зрелого проявления каждой компетенции.

Поскольку каждая из перечисленных базовых эмоциональных компетенций имеет свой алгоритм, то есть шаги, которые наш психический аппарат воспроизводит для ее применения, это нам позволяет более четко определить как типы обучения, так и психотерапевтические методы, способствующие развитию или разблокировке определенной способности. В этом нам помогает таксономия терапевтических целей, которую мы разработали для более четкой классификации психотерапевтических техник и типов обучения в процессе психотерапии [8].

Терапевтические техники «классифицированы» согласно тому, какую способность и на какой стадии развития они могут инициировать или разблокировать. Многочисленные техники других психотерапевтических направлений, а также техники, разработанные в ОЛИ ИПП, описаны в книге «Psychotherapeutic techniques for the development of basic emotional competencies» [5].

Метод ОЛИ ИПП также предлагает таксономию психотерапевтичских целей (см. Таблица 1), указывая, какие виды обучения имеют место в процессе психотерапии и какие способности активируются посредством определенной формы обучения [8].

Таблица 1. Таксономия терапевтических целей

Виды обучения-знаний	**Базовые эмоциональные компетенции-процессы**						
	Нейтрализация и ментализация	Целостность объекта	Постоянство объекта	Толерантность к фрустрации	Переносимость амбивалентности	Воля	Инициатива
Концептуально-декларативное	**Т**	**Е**	**Х**	**Н**	**И**	**К**	**И**
Процедурное	**Т**	**Е**	**Х**	**Н**	**И**	**К**	**И**
Метакогнитивное	**Т**	**Е**	**Х**	**Н**	**И**	**К**	**И**

Конечные цели терапевтического воздействия посредством ОЛИ Интегративной Психодинамической Психотерапии. Конечная цель терапевтического воздействия – это развитие зрелой способности клиента к любви и труду, способности самостоятельно справляться с жизненными вызовами, развитие зрелых эмоциональных компетенций, которые формируют у него способность к взаимности в отношениях с другими. Развитие базовых эмоциональных компетенций укрепляет Эго клиента, его способность к тестированию реальности, способствует большей реалистичности ожиданий, большей целостности восприятия себя и других, лучшему пониманию своих и чужих поступков, контролю аффектов, откладыванию удовлетворения потребностей, уважению чужих и собственных границ, преодолению амбивалентности и принятию решений, укрепляет волю к осуществлению поставленных целей и способность взять инициативу по собственному усмотрению, принимая при этом ответственность за результаты [8].

Развитие Эго влияет на развитие более зрелого Супер-Эго, которое становится более связным, мудрым, переходит от совести, основанной на страхе, к совести гуманистической, основанной на любви и потребности поддерживать хорошие отношения и ценности. Клиент становится лучшим человеком, что является конечной целью ОЛИ ИПП, так как мы считаем, что основой психического здоровья являются доброта и стойкость, этичные, взаимные отношения с другими, основанные на уважении и автономии [11].

Литература

1. Erikson E.H. Identity and the life cycle: Selected papers. – New York: International Universities Press, Inc., 1959 – 171 p. — (Psychological Issues; vol. 1, №. 1).

2. Cmiljanović O., & Škorić J. Psychotherapeutic techniques for the development of basic emotional competencies. – Novi Sad: Center for Missing and Abused Children, 2024.

3. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. – New York: Other Press, 2002. – 592 p.

4. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis. // The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. – London: Hogarth Press, 1959. – Vol. 16. – P. 378-391.

5. Hartmann H. Psycho-analysis and the concept of mental health. // International Journal of Psycho-Analysis. – 1939. – Vol. 20. – P. 308-321.

6. Hartmann H. The mutual influences in the development of ego and id. // Essays on Ego Psychology. – New York: International Universities Press, 1964. – P. 155-182.

7. Ikonen P. On phallic defense. // Scandinavian Psychoanalytic Review. – 1998. – Vol. 21. – P. 136-150.

8. Jovanović N. The Capacity for Love and Work // OLI Integrative Psychodynamic Psychotherapy. – Belgrade: Beoknjiga, 2013.

9. Jovanović N. Development of basic emotional competences // OLI Integrative Psychodynamic Psychotherapy. – Amazon Publishing. ASIN B0DH4Y4L5P, 2023.

10. Jovanović N. Vertical Unconsciousness and New Defense Mechanisms. Insights // Journal of the European Associati on for Integrative Psychodynamic Psychotherapy. – 2024. – Vol.1. – P. 50-75.

11. Jovanović N., Stevanović A. Transformations of the Superego in Contemporary Individuals. Insights // Journal of the European Association for Integrative Psychodynamic Psychotherapy. – 2024. - Vol. 1. – P. 74-101.

12. Jovanović N., Rudec M. What is the approach to anxiety disorder in O.L.I. integrative psychodynamic psychotherapy: Eight types of panic attacks. Insights // Journal of the European Association for Integrative Psychodynamic Psychotherapy. – 2024. – Vol. 1. – P. 1–28.

13. Klein M. Contributions to Psychoanalysis, 1921-1945. – London: Hogarth Press, 1948. – 416 p.

14. Kohut, H. The Analysis of the Self. – New York: International Universities Press, 1971. – 368 p.

15. Rank O. Will Therapy, 1929–31. // In: Will Therapy and Truth and Reality. – New York: Knopf, 1972. – P. 1-128

Кузовкин Виктор Владимирович

КЛИЕНТОЦЕНТРИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Определение клиентоцентрированной психотерапии, ее основные характеристики. ***Клиентоцентрированная психотерапия*** (далее – КЦП) – метод психологической помощи людям, нуждающимся в ней (клиентам), основанный на убеждении в том, что при соблюдении трех условий, которые способствуют созданию определенного фасилитирующего психологического климата, каждый человек располагает внутренними ресурсами для понимания себя, изменения своих представлений о себе и о других, а также для изменения собственной Я-концепции и выработки собственной линии целенаправленного поведения.

КЦП не возникла в одночасье. Она родилась из личного опыта, профессиональных наблюдений и глубоких философских размышлений **Карла Рэнсома Роджерса** (1902-1987) – выдающегося американского психолога и психотерапевта. Принципы КЦП были сформулированы им в 1940 году, главным образом на основе опыта его работы в 1930-е гг. в качестве директора детского психокоррекционного центра в Рочестере (США, штат Нью-Йорк) [10; 11; 16].

Одним из наиболее радикальных шагов К. Роджерса в рамках становления КЦП стал его отказ от так называемой «медицинской модели» в психотерапии. Эта модель, доминировавшая в то время, рассматривала человека, обращающегося за помощью, как «пациента», страдающего от «болезни», требующей «диагноза» и «лечения» со стороны «эксперта» – психотерапевта. К. Роджерс утверждал, что такая парадигма совершенно несоответствующая для индивида, нуждающегося в психологической помощи, поскольку она лишает человека его субъектности и ответственности [13; 14; 15].

Вместо этого К. Роджерс предложил принципиально новую терминологию и философию. Он отказался от термина «пациент», заменив его словом «клиент», чтобы подчеркнуть равноправную позицию обеих сторон в психотерапевтическом процессе. Клиент воспринимается не как пассивный объект лечения, а как активный участник, обладающий обширными внутренними ресурсами для понимания собственной сущности, изменения своей Я-концепции, установок, отношения к себе и поведения. Роль психотерапевта, таким образом, заключается не в директивном указании пути или постановке диагноза, а в создании условий, в которых клиент может самостоятельно слушать себя, понимать причины своих страданий и находить темп и направление изменений, которые будут ему полезны. Это смещение фокуса с «лечения» на «содействие росту» стало краеугольным камнем всей гуманистической

психологии, открыв дорогу для более уважительного и эффективного взаимодействия с человеком [13; 14; 15].

КЦП исходит из того, что дезадаптированный или страдающий расстройством человек характеризуется ***неконгруэнтностью*** между собственным «Я» и переживаниями, которые являются угрожающими. Он склонен к защитной реакции, отрицанию или искажению переживаний, которые не согласуются с Я-концепцией. Психотерапия предлагает отношения, в которых неконгруэнтные переживания могут быть распознаны, выражены, дифференцированы и интегрированы в «Я». Человек становится более конгруэнтным, менее склонным к защите, более реалистичным и объективным в своем восприятии, более эффективным в решении проблем и более терпимым к другим людям – говоря коротко, психологическая адаптация индивида приближается к оптимуму [10; 13; 15].

Метод КЦП в 1942 году был представлен в книге «Консультирование и психотерапия» [14], как недирективная терапия, в дальнейшем переименован и развит в книгах «Клиент-центрированная психотерапия» (1951) [13], «Становление личности» (1961) [16] и др., статьях, как самого автора метода, так и его коллег, учеников, последователей [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 17; 18].

Интересно отметить, что К. Роджерс изначально использовал термин «недирективная терапия», подчеркивая отказ от авторитарной позиции терапевта. Позже он перешел к термину «клиент-центрированная терапия», а затем – «человеко-центрированный подход», расширяя применение своих идей за пределы терапевтического кабинета [1; 10; 11; 12; 13; 14; 16].

Говоря в целом, можно сказать, что вклад К.Роджерса в технику КЦП, в т.ч. ее структурирования, ***парадоксален***. Фактически, его взгляды претерпевали изменения: первоначально он говорил о ***методе***, затем об ***установках терапевта***, и, наконец, о ***терапевтических отношениях*** как ключевом аспекте в терапевтическом процессе [8; 17; 12; 13; 14; 15; 16].

Теория и практика психотерапии К. Роджерса прошла несколько ступеней развития, и ее акценты неоднократно смещались с одного предмета на другой, однако несколько фундаментальных аспектов, впервые сформулированных Роджерсом в 1940 году, остались в силе. Его подход основывался на следующем [14].

Во-первых, в КЦП делается упор на стремление клиента к внутреннему росту, здоровью и адаптации. Терапия заключается не в том, чтобы что-то делать для клиента, и не в том, чтобы принуждать его совершить нечто с собой. Её задача – его эмоциональное высвобождение для того, чтобы он мог нормально развиваться, преодолевать трудности и снова двигаться вперед.

Во-вторых, в КЦП уделяется больше внимания эмоциональным факторам, чувственным аспектам ситуации, нежели интеллектуальным ее аспектам. Давно известно положение о том, что большинство проблем приспособления не связаны с ошибками знания*;* знания не являются действенным фактором, поскольку они блокируются эмоциональным удовлетворением, которое возникает у клиента в связи с дезадаптацией.

В-третьих, КЦП уделяет значительно больше внимания настоящему, а не прошлому клиента. Важнейшие эмоциональные паттерны клиента, которые используются для функционирования психики, те, которые по его ощущениям требуют серьезного рассмотрения, обнаруживаются в уже существующих способах приспособления, в том числе в ситуации психотерапии, так же, как и в его прошлом опыте.

В-четвертых, в КЦП сеанс – это сам по себе опыт роста, процесс роста. Здесь клиент учится понимать себя, осуществлять значимый для него, независимый выбор, успешно строить отношения с другим человеком уже на другом, более зрелом уровне.

Особенностью КЦП является то, что она прямо направлена на большую независимость и целостность личности. Человек, а не проблема ставится во главу угла. ***Цель*** – не решить отдельную проблему, а помочь клиенту «вырасти» таким образом, чтобы он сам смог справляться с существующей, а также с последующими проблемами, будучи уже более интегрированной личностью. Если клиент сможет обрести достаточную целостность, чтобы решить какую-то одну проблему, являясь в большей степени личностью независимой, ответственной, ясно мыслящей и хорошо организованной, то на этом же уровне он сможет решать и все свои новые проблемы [14].

На сегодняшний день КЦП это целостная философия, где клиент рассматривается как эксперт собственного опыта, способный к самопониманию и конструктивным (позитивным) личностным изменениям, но при создании необходимых условий со стороны психотерапевта [11].

Для осуществления конструктивных (позитивных) изменений в личности клиента посредством психотерапии К. Роджерс предложил знаменитых ***«шесть необходимых и достаточных условий»***. Важно понимать, что это не отдельные, разрозненные элементы, а целостная, динамическая система. Только при одновременном присутствии и взаимодействии всех шести условий возможны глубинные, устойчивые изменения. Если отсутствует хотя бы одно из них, психотерапия, по К. Роджерсу, не будет эффективной. Перечислим и раскроем эти условия [15; 16]:

1. Нахождение клиента и психотерапевта в осознанном и воспринимаемом психологическом контакте. Без минимального уровня связи не может быть отношений, а без отношений невозможны

положительные личностные изменения, так как они являются основой всего процесса КЦП.

2. Клиент обращается за помощью в состоянии разобщенности между организмическим опытом и той частью самости, в которую этот опыт включается. Это состояние порождает чувство неуверенности и тревоги, что, собственно, и провоцирует клиента обратиться за помощью к психотерапевту.

3. Психотерапевт полностью конгруэнтен, он остается самим собой, проявляя искренность, вне зависимости от ожиданий клиента. Он не стремится показать то, чего на самом деле не испытывает, выражение его переживаний и чувств соответствует полноте осознания их, в соответствии со своим опытом.

4. Психотерапевт относится к клиенту с безусловным позитивным принятием. Он полностью принимает его, поощряя выражение любого рода эмоций, проявляя заботу о клиенте, и создавая для него условия, в которых тот сможет заново оценить переживания, ранее не осознаваемые и не включаемые в структуру самости.

5. Психотерапевт проявляет глубокую эмпатию по отношению к клиенту. Он пытается максимально близко подойти к ощущениям и пониманию внутреннего мира клиента, при этом, не утрачивая себя в этом процессе.

6. Клиент ощущает предъявляемые психотерапевтом эмпатию, конгруэнтность и безусловное позитивное принятие. Если это условие будет выполнено хотя бы на минимальном уровне, то терапевтический процесс будет развиваться, и дальнейшие изменения личности клиента будут обеспечиваться именно этими шестью необходимыми и достаточными условиями.

Среди шести условий, три качества психотерапевта выделяются как особенно важные и составляют ядро КЦП: конгруэнтность, эмпатическое понимание и безусловное позитивное принятие. Эти качества являются не просто техниками, а скорее фундаментальными установками и состояниями бытия терапевта. Взаимодействие этих трех качеств психотерапевта создает уникальное терапевтическое пространство, в котором клиент чувствует себя полностью принятым, понятым и в безопасности. Именно в такой атмосфере, по мнению К. Роджерса, человек обретает смелость исследовать свои самые глубокие переживания, преодолевать неконгруэнтность и двигаться к полной самоактуализации [11; 12; 15; 16].

Показания к применению КЦП. Этот метод хорошо подходит для работы с широким спектром психологических проблем, когда человек испытывает трудности с самопониманием, самооценкой, межличностными отношениями. Среди конкретных показаний:

- *тревожные расстройства* – помогает снизить уровень тревоги через осознание и выражение чувств;

- *депрессивные состояния* – способствует повышению самооценки, улучшению эмоционального состояния и поиску внутренних ресурсов для преодоления трудностей;

- *проблемы с самооценкой и самопринятием* – создаёт условия для того, чтобы человек научился ценить себя вне зависимости от внешних оценок;

- *межличностные и семейные конфликты* – помогает найти конструктивные пути выхода из сложных ситуаций благодаря атмосфере доверия и безусловного принятия;

- *экзистенциальные кризисы и поиск смысла жизни* – поддерживает в моменты личностного самоопределения;

- *работа с детьми и подростками* – в форме недирективной игровой терапии метод эффективен для гармоничного развития личности, разрешения кризисов идентичности.

Противопоказания и ограничения. Несмотря на универсальность, КЦП не является универсальным решением и имеет ряд противопоказаний-ограничений, среди которых:

- *острые кризисные состояния и нестабильное психическое состояние.* Если человек переживает свежее горе, сильную травму, находится в состоянии шока, терапия может усугубить состояние, привести к ретравматизации. В таких случаях первоочередной задачей является стабилизация, а не глубокая проработка;

- *тяжёлые психические расстройства в острой фазе.* К ним относятся, например, шизофрения, биполярное расстройство в маниакальной или депрессивной фазе, пограничное расстройство личности в стадии обострения. Из-за искажённого восприятия реальности и хрупких границ Эго недирективный характер терапии может спровоцировать психотический эпизод или усилить бредовую симптоматику. Работа с такими клиентами должна вестись исключительно в рамках клинической психотерапии и под наблюдением врача-психиатра;

- *низкая мотивация к изменениям или отсутствие способности к рефлексии.* Если человек не готов брать ответственность за свою жизнь, ожидает от психотерапевта готовых решений или не способен к саморефлексии, метод не сработает;

- *выраженная алекситимия.* Это неспособность распознавать и называть свои эмоции. Если на вопрос «Что вы сейчас чувствуете?» человек отвечает только физическими ощущениями или мыслями, терапия может «застрять», так как сначала нужно научить человека базовому эмоциональному словарю и проявлению эмоций и чувств;

- *активная стадия зависимости.* В таких случаях эмпатия без чётких границ и конфронтации может потворствовать отрицанию проблемы;

- *психопатии.* В этих случаях отсутствие директивности со стороны терапевта может восприниматься как слабость и провоцировать манипуляции со стороны клиента;

- *ситуации, требующие быстрого вмешательства.* Недирективный характер терапии делает её слишком медленной для случаев, когда человеку нужно срочно справиться с острой проблемой (например, панической атакой перед полётом).

Важный нюанс. Даже если прямых противопоказаний нет, психотерапевт всегда должен оценивать индивидуальную готовность клиента к такой форме работы. Поэтому ключевая задача на первой консультации – не просто определить проблему, но и оценить ресурсы клиента: его мотивацию, способность к рефлексии, текущее состояние. Если выявлены противопоказания, грамотный специалист мягко, но твёрдо предложит альтернативные пути помощи.

Продолжительность КЦП варьируется в зависимости от индивидуальных особенностей клиента, его запроса, готовности его принять помощь и мастерства психотерапевта. К. Роджерс подчёркивал, что процесс не должен быть жёстко спланирован. КЦТ не стремится к жёстким временным рамкам – изменения происходят постепенно по мере накопления нового эмоционального опыта клиентом. На практике для достижения устойчивого результата на один запрос может потребоваться ***от 6 до 15 терапевтических встреч, но возможно увеличение сеансов до 100-150, в зависимости от сложности случая*** [13; 14]. При этом сессии обычно проходят ***раз в неделю***, их стандартная продолжительность – ***50-60 минут***. Важно! В любом случае, клиент может закончить психотерапию, когда сочтет это нужным для себя.

В Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге модальность «Клиентоцентрированная психотерапия» была зарегистрирована в 2010 году, и, в настоящее время, с 2014 года руководителем модальности является **Кузовкин Виктор Владимирович** [2; 8; 9].

Психологические механизмы конструктивных (позитивных) личностных изменений в клиентоцентрированной психотерапии. Нередко то, что происходит в КЦП, выглядит как некоторое «чудо», «волшебство»: в присутствии внешне малоактивного специалиста клиент «начинает» конструктивно переживать и осмыслять свою жизненную ситуацию и находит ответы на мучающие его вопросы и проблемы. Непонимание психологических механизмов, происходящего в КЦП, привносят слова, произнесенные самим основателем метода – К. Роджерсом: «Я ничего не делаю. Все делает сам клиент. Я – лишь создаю условия» [7].

Тем не менее, исходя из теоретического осмысления и практического применения КЦП, можно утверждать, что основными психологическими

механизмами конструктивных (позитивных) личностных изменений в ней являются *катарсис* и *инсайт***.** Системно и в их взаимосвязи данных два механизма представлены в работе К. Роджерса «Консультирование и психотерапия» [14].

Катарсис. Одной из важнейших задач КЦП является вскрытие тех мыслей, установок, чувств, эмоционально окрашенных импульсов, которые тесно связаны с проблемами и конфликтами клиента. Для решения этой задачи психотерапевт использует различные методы. Главным образом, это отреагирование на эмоции, а не на смысловое содержание материала, выражаемого клиентом, а также признание их на вербальном уровне. Психотерапевт старается придерживаться этого принципа вне зависимости от того, какого рода эмоциональная установка была выражена – негативные чувства враждебности, отчаяния или страха, позитивные чувства привязанности, мужества, уверенности в себе или амбивалентные и противоположные установки.

В ходе этого процесса клиент испытывает эмоциональное освобождение от тех чувств и ощущений, которые до этого момента подавлялись им, что углубляет степень осознания основных элементов его жизненной ситуации и способствует более открытому и спокойному признанию своих собственных чувств. В ходе этого анализа он, кроме того, более ясно видит свою ситуацию и начинает сознавать взаимосвязи между различными ее элементами.

Но происходит не только прояснение ситуации в целом, но и, что не менее важно, понимание клиентом самого себя. Будучи не скованным в разговоре о себе, он становится способным принимать различные аспекты своего «я» без их рационализации или отрицания: своих желаний, антипатий, враждебных импульсов и положительных установок, стремлений к зависимости и т.д. В процессе терапевтических отношений, свободных от всякой необходимости обороняться, клиент в первый раз в жизни получает возможность откровенно взглянуть на себя, выйти за пределы своей защиты и по-настоящему оценить ситуацию.

Инсайт. Свободное высвобождение эмоций и эмоционально окрашенных установок со стороны клиента в ходе терапевтических взаимоотношений неизбежно приводит к *инсайту*.

Инсайт, которого достигает клиент, имеет тенденцию к постепенному созреванию и в целом проходит этапы от менее к более важному и значимому пониманию. Он включает новое восприятие ранее неосознаваемых взаимосвязей, стремление принять все аспекты себя и выбор целей, которые в первый раз столь четко воспринимаются клиентом.

Вслед за этим новым восприятием себя и выбором новых целей следуют инициируемые самим субъектом практические действия, которые направлены на достижение выбранных целей. Они порождают в человеке новые чувства – уверенность и независимость – и таким образом

усиливают новую ориентацию, развивающуюся по мере углубления инсайта.

Хотя представленные выше механизмы часто идут рука об руку, в подходе К. Роджерса их не смешивают. Катарсис – это, прежде всего, эмоциональное освобождение, прорыв подавленных чувств. Инсайт же – это интеллектуальное прозрение, понимание связи между переживаниями и поведением.

В успешной психотерапии они дополняют друг друга: сначала клиент проживает и отпускает эмоции (катарсис), а затем приходит новое понимание себя и своих мотивов (инсайт), что ведёт к реальным изменениям в жизни. Задача психотерапевта – не форсировать одно в ущерб другому, а поддерживать процесс, в котором оба механизма работают синхронно.

Структурирование процесса клиентоцентрированной психотерапии, краткое описание стадий и этапов. По утверждению современных клиентоцентрированных психотерапевтов, в КЦП ***нет жёстко фиксированных этапов и нет жёсткого, заранее заданного протокола сессии*** – процесс строится гибко, исходя из потребностей клиента, а психотерапевт не задаёт повестку, а создаёт условия, чтобы клиент сам нашёл путь. Однако на практике выделяют логические стадии и этапы, которые отражают динамику терапевтического процесса.

К. Роджерс свою книгу «Консультирование и психотерапия» [14], которая, к сожалению, стала доступна российским психологам только в 2000 году, посвятил процессуальной стороне КЦП, описав стадии, этапы и техники, которые применяются на этих этапах. Однако, чтобы подчеркнуть значение терапевтического отношения и базовых условий, необходимых и достаточных для эффективных взаимоотношений психотерапевта и клиента, сам К. Роджерс и многие авторы-представители КЦП преуменьшали или сводили на нет роль методов и техник [1; 3; 4; 5; 6; 7; 10; 11; 13; 16; 17; 18]

Тем не менее, структурирование в КЦП является важным навыком психотерапевта, способствующим эффективности его взаимодействия с клиентом, посредством внесения в процесс психотерапии и консультирования организации и порядка [9]. При условии, что структурирование – это не только стадии и этапы, но и качество терапевтических отношений: подлинность (конгруэнтность), безусловное принятие и эмпатия. Структура не навязывается, а рождается из взаимодействия. Психотерапевт чутко реагирует на то, что происходит «здесь и сейчас».

Во введении к своей книге «Консультирование и психотерапия» К. Роджерс говорит о том, что он попытался в ней выразить свою убежденность, что «консультирование – это познаваемый, предсказуемый и вполне понятный процесс, который может быть изучен, опробован и усовершенствован» [14, с. 8]. А основную гипотезу, которую он выдвигает

для доказательства, он определяет следующим образом: «*Эффективное консультирование представляет собой определенным образом* ***структурированное*** (выделено мной – В.К.)*, свободное от предписаний взаимодействие, которое позволяет клиенту достичь осознания самого себя настолько, что это дает ему возможность сделать позитивные шаги в свете его новой ориентации»* [14, с. 25]. Объяснение, подтверждение и дополнение этой гипотезы является целью всех последующих глав книги.

В книге обозначены 4 стадии консультативного процесса, включающие 12 этапов, которые, как отметил К. Роджерс, не обязательно следуют один за другим, а могут меняться и наслаиваться друг на друга, что не меняет общей динамики процесса. Рассмотрим их [14].

I стадия – начало психотерапии.

Этап 1. К. Роджерс обозначил данный этап как «***человек обращается за помощью».*** Здесь он утверждал, что это один из самых важных этапов терапевтического процесса. Клиент взял себя в руки и совершил поступок первостепенной важности. Он может отрицать независимость своего поступка. Но если это выстраданное решение, то оно может привести прямо к психотерапии. Если клиент берет на себя ответственность за то, что пришел на психотерапию, он также принимает и ответственность за работу над своими проблемами.

Этап 2. К. Роджерсом данный этап был назван как «***ситуация оказания помощи, как правило, определена между клиентом и психотерапевтом».*** Вначале клиенту дают понять, что психотерапевт не имеет ответов на все его затруднения, но что ситуация психотерапии сама по себе обеспечивает клиенту возможность при поддержке психотерапевта выработать собственное разрешение его проблемы. Посредством слов, действий или того и другого психотерапевт клиенту помогает почувствовать, что сеанс психотерапии полностью принадлежит ему, в которых могут быть решены его проблемы и он может использовать шанс быть самим собой и отвечать за это.

II стадия – стадия эмоциональных высвобождений – включает в себя четыре этапа.

Этап 3. К. Роджерс отметил этот этап, в котором, ***«психотерапевт стимулирует свободное проявление чувств, связанных с проблемой».*** Достигается это заинтересованным и располагающим отношением психотерапевта к клиенту. Основная цель психотерапевта – ни в коем случае не препятствовать потоку враждебности и критических замечаний клиента по отношению к себе, своим близким, даже к психотерапевту. Единственной функцией психотерапевта на данном этапе – поощрение естественного проявления эмоций клиента. Постепенно клиент научается воздерживаться от желания подавлять поток негативных переживаний,

таких как, например, чувства тревожности или вины, амбивалентности и нерешительности, которые свободно проявляются.

Этап 4. К. Роджерс этап 4 обозначил как ***«психотерапевт распознает, принимает и проясняет эти негативные чувства».*** Психотерапевт должен быть готов реагировать не на реальное содержание того, что говорит ему клиент, а на те чувства, которые скрываются за этим содержанием. Зачастую психотерапевт в беседе проясняет эти чувства, не пытаясь при этом интерпретировать их причину, или оспаривать их целесообразность, — тем самым он просто признает, что они существуют и что психотерапевт принимает чувства, выраженные клиентом. Какими бы ни были чувства, психотерапевт стремится своими словами или действиями создать атмосферу, в которой клиент мог бы осознать свои негативные чувства и принять их как часть самого себя, вместо того чтобы проецировать их на других или скрывать их с помощью защитных механизмов.

Этап 5. Этот этап К. Роджерс выражает в форме ***«если – то»***. «***Если клиент достаточно полно выразил свои негативные чувства, то за этим следует весьма слабое и нерешительное проявление позитивных импульсов***», которые способствуют росту клиента в ходе психотерапии. Хотя это весьма гипотетическое предположение, но, тем не менее, оно проверено жизненными терапевтическими ситуациями. ***Чем*** сильнее выражение негативных чувств (при условии, что они осознаются и принимаются клиентом), ***тем*** больше вероятность последующего проявления положительных чувств – любви, самоуважения, социальных импульсов, стремления к зрелости. Эти положительные чувства – один из самых четких и предсказуемых аспектов во всем процессе.

Этап 6. На этом этапе, обозначенном К. Роджерсом, как ***«психотерапевт признает и принимает выражаемые клиентом положительные чувства точно так же, как и негативные»,*** в восприятии позитивных переживаний нет одобрения, они рассматриваются как часть личности, не больше и не меньше, равно как и негативные проявления. Именно принятие как зрелых, так и незрелых импульсов, агрессивных и социальных установок, чувства вины и позитивных проявлений дает клиенту возможность первый раз в жизни понять себя таким, каков он есть на самом деле. И именно в такой ситуации спонтанно наступает просветление, инсайт, неожиданное понимание самого себя.

Отсюда, К. Роджерс выводит нас к следующей стадии психотерапевтического процесса.

III стадия – стадия достижения инсайта.

Этап 7. Следующий важный этап в рамках III стадии представлен К. Роджерсом как ***«инсайт, самопонимание и самопринятие»*** Этап обеспечивает основу для дальнейшего продвижения индивида к новым уровням интеграции. Свободное высвобождение эмоций и эмоционально

окрашенных установок со стороны клиента в ходе терапевтических взаимоотношений принимающего типа неизбежно приводит к инсайту. Такое развитие инсайта проходит большей частью спонтанно без навязывания со стороны психотерапевт.

Этап 8. В дальнейшем, как определял К. Роджерс, «***с наступлением инсайта переплетается процесс определения возможных решений, выбора линии поведения»***. Клиент понимает, каков он на самом деле, но не знает, как себя изменить и перестроить. В обязанность психотерапевта не входит настаивать на какой-то определенной линии поведения или давать советы. Задача его состоит в том, чтобы помочь клиенту прояснить возможность выбора, постараться сделать осознанным чувство страха и недостаток мужества двигаться дальше, которые в данный момент испытывает клиент.

Этап 9. Затем следует один из самых волнующих моментов в терапии – этап, который представлен К. Роджерсом как ***«включение в пока, вероятно, непродолжительную, но очень значимую на данном этапе позитивную деятельность».*** Эта позитивная деятельность проявляется за пределами терапевтических взаимоотношений. Предпринимаемые за достигнутым инсайтом действия служат благоприятной почвой для зарождения нового инсайта, т.е. добившись лучшего понимания себя во взаимоотношениях с другими на эмоциональном уровне, клиент переводит инсайт в действие, что отражает чего он добился. Теперь сам клиент в состоянии реализовать истинные мотивы своего поведения, которое помогут решить проблемы клиента.

IV стадия – заключительная стадия психотерапии.

Этап 10. Как только клиенту удается пережить глубокий инсайт и попробовать со страхом и неуверенностью проделать ряд позитивных действий, то все последующее – это уже элементы его дальнейшего роста. Здесь К. Роджерс говорит о переходе к этапу 10, обозначенным им как ***«развитие будущего нового инсайта, как более полного осмысления самого себя, когда личность обретает мужество еще глубже взглянуть на собственные поступки»***.

Этап 11. На данном этапе К. Роджерс указывал «***на все возрастающую интеграцию поведения со стороны клиента. Уже меньше страха при принятии решений и больше уверенности в самостоятельных действиях».*** Психотерапевт и клиент теперь сотрудничают на ином уровне. Личные взаимоотношения между ними достигают своего пика. Поступки выносятся на обсуждение, но больше уже нет зависимости и страха, которые отмечались ранее у клиента.

Этап 12. А уже на этом этапе, как констатировал К. Роджерс, «***появляется ощущение, что потребность в помощи у клиента ослабевает, и наступает осознание, что отношения близятся к завершению».*** Часто следуют извинения за якобы отнятое у

психотерапевта время. Также психотерапевт помогает осознать и это чувство – то есть то, что клиент теперь управляет ситуацией с большей уверенностью и ему, вероятно, больше уже не хочется продолжать терапию. В конце психотерапии не должно быть никаких попыток со стороны психотерапевта удержать его.

К. Роджерс отмечает, что все вышеперечисленные этапы происходят во временной протяженности не последовательно, сменяя друг друга, а накладываясь друг на друга и пересекаясь, и что можно только говорить о преобладании того или иного этапа в данном конкретном промежутке времени.

Психологически средства и способы конструктивных (позитивных) личностных изменений у клиента в клиентоцентрированной психотерапии, их краткая характеристика. Техники КЦП – это не способы действия, а приёмы «существования» специалиста с клиентом. Основное средство психотерапии здесь – ***личность психотерапевта***, а не конкретные упражнения. Важнее не делать что-то вместе с клиентом, а быть с ним.

В КЦП нет жёсткого набора техник – метод строится вокруг создания особого терапевтического пространства и отношения. Но в рамках этого подхода сложились конкретные приёмы и способы работы, которые помогают: ***во-первых***, реализовать три базовых условия (*конгруэнтность, безусловное позитивное отношение*, *эмпатия*); во-вторых, обеспечивать работу психологических механизмов конструктивных (позитивных) личностных изменений у клиента – *катарсиса* и *инсайта*. При этом эти приемы и способы не могут использоваться осознанно, поскольку это означало бы неискренность, неистинность психотерапевта. Поэтому их освоение должно осуществляться, но их применение должно войти в привычку действования на интуитивном уровне. Не задумываться над тем, что психотерапевт должен в данный момент сказать клиенту, а действовать, следуя организмической интенции [2; 3; 9; 11; 14].

Рассмотрим основные приёмы и способы. Отдавая отчет в том, что арсенал их постоянно совершенствуется и расширяется. (см., например [1; 3; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 11; 12; 14; 17; 18].

Активное эмпатическое слушание. Психотерапевт не просто «слышит» слова, а глубоко вслушивается в смысл и эмоциональный подтекст. Цель – уловить не только факты, но и переживания, скрытые за словами. Он полностью сосредоточен на клиенте: следит за вербальными и невербальными сигналами, удерживает фокус на его переживаниях. Это фундамент всех остальных техник.

Эмпатическое понимание. Эмпатическое понимание не просто «сочувствие», а профессиональный способ бытия психотерапевта в контакте: он старается увидеть мир глазами клиента, прочувствовать его

переживания так, как их переживает сам клиент, и донести это понимание обратно. Именно это и запускает описанные механизмы личностных изменений у клиента – катарсиса и инсайта.

Отражение чувств. Психотерапевт называет вслух чувство, которое распознал в рассказе клиента. Это помогает клиенту осознать и легализовать свои переживания, не оценивая их как «правильные» или «неправильные».

Перефразирование (вербализация). Психотерапевт пересказывает слова клиента своими словами, чтобы показать, что он понял суть, и дать клиенту возможность скорректировать или дополнить сказанное. Важно не добавлять интерпретаций и не «додумывать».

Открытые вопросы. Вопросы, которые не предполагают короткого ответа «да/нет», а приглашают к размышлению и раскрытию. Они помогают клиенту исследовать свой опыт, не направляя его к «нужному» ответу.

Использование молчания. Пауза – тоже психотерапевтический инструмент. Молчание даёт клиенту пространство, чтобы услышать собственные мысли и чувства, не торопясь и не подгоняемый вопросами. Терапевт при этом остаётся присутствующим и внимательным, показывая: «Я здесь, я с тобой, можно не спешить».

Фокус на «здесь и сейчас». Работа ведётся с тем, что происходит в моменте: с чувствами, которые возникают прямо в кабинете, с динамикой отношений «психотерапевт-клиент», с телесными ощущениями и реакциями во время рассказа.

Валидизация (подтверждение ценности опыта). Психотерапевт прямо даёт понять, что переживания клиента важны и имеют право на существование. Это не оценка поступков, а признание права человека чувствовать то, что он чувствует.

Чтобы точнее понять специфику методов, важно обозначить и то, чего в подходе К. Роджерса принципиально нет:

- ***интерпретации и диагнозы.*** Психотерапевт не объясняет клиенту, «что на самом деле с ним происходит» и не ставит психологические ярлыки. Суть в том, чтобы клиент сам находил свои смыслы;
- ***советы и директивы.*** Нет рекомендаций «как надо поступить». Терапевт не берёт на себя ответственность за выбор клиента;
- ***анализ прошлого как главная цель.*** Прошлое обсуждается, только если оно актуально «здесь и сейчас» и влияет на текущие переживания клиента.
- ***техники «проработки» в стиле других школ*** (например, структурированные упражнения, домашние задания, когнитивные схемы).

К. Роджерс считал, что одним из основных способов конструктивных личностных изменений в психотерапевтическом взаимодействии является ***эмоциональное высвобождение*** [140].

Одно из самых сложных реакций в процессе психотерапии, это ***реакция на чувства вместо реакции на смысловое содержание.*** Видимо, самое трудное, чему нужно научиться в процессе психотерапии, как излагает К. Роджерс, – это искусство чутко воспринимать и реагировать на выражаемые чувства клиента, в отличие от внимания исключительно к смысловому аспекту информации [14].

К. Роджерс утверждал, когда психотерапевт чутко *отзывается на выражаемые клиентом установки, признает и проясняет чувства*, беседа становится клиентоцентрированной и материал, который впоследствии возникает, эмоционально созвучен проблеме клиента. Если психотерапевт реагирует только на смысловое содержание, ход беседы подчиняется исключительно его интересам. В самом худшем случае, как добавляет К. Роджерс, это ведет к блокированию высвобождения чувств [14].

К. Роджерс отмечал, что когда психотерапевт реагирует на смысловой аспект идей, которые выражает клиент, он переключает реагирование на интеллектуальные пути, которые сам же и выбирает. Он блокирует высвобождение эмоциональных установок и стремится неограниченно определять и решать проблемы на уровне своего собственного восприятия, которое, как правило, не является подлинным восприятием клиента. Если же психотерапевт продолжает внимательно следить не только за содержанием, которое констатируется, но и за чувствами, которые проявляются в ходе беседы, и отзывается в основном на последние, это приносит клиенту удовлетворенность. Удовлетворенность от того, что клиент ощущает себя глубоко понятым, что позволяет ему и впредь быть открытым в выражении эмоций. И это наиболее эффективным и непосредственным образом, по мнению К. Роджерса, приводит к эмоциональным истокам его проблемы, связанной с приспособлением [14].

Психотерапевта не должно беспокоить то, как писал К. Роджерс, что проявляемые чувства могут быть прямо противоположными по отношению друг к другу (*амбивалентные чувства*). Зачастую именно эти противоположные чувства составляют суть наиболее значимых противоречий, являющихся источниками конфликта [14].

В ходе КЦП, как признавал К. Роджерс, клиент испытывает эмоциональное освобождение от тех чувств и ощущений, которые до этого момента подавлялись им, что углубляет степень осознания основных элементов его жизненной ситуации и способствует более открытому и спокойному признанию своих собственных чувств. В ходе этого анализа он, кроме того, более ясно видит свою ситуацию и начинает сознавать взаимосвязи между различными ее элементами. Это прочная основа для достижения ***инсайта*** [14].

К. Роджерс отмечал, что *переориентация и самотрансформация* основная цель и задача психотерапевта. Основной способ, говорил

К. Роджерс, подводящий *клиента к достижению инсайта,* – это тот, который скорее требует от психотерапевта *максимальной сдержанности*, нежели чрезмерной активности. *Основной метод* заключается в том, чтобы *способствовать проявлению установок и различных эмоций клиента* [14].

В последующем и сам К. Роджерс, а также его ученики и последователи много внимание уделяли личности психотерапевта как основного инструмента работы, особенно его речевым реакциям.

Конечные цели клиентоцентрированной психотерапии, конструктивные личностные изменения у клиентов. Цель терапии у К. Роджерса – не просто снятие симптомов, а движение к «полноценно функционирующему человеку». Он описал стадии терапевтического прогресса – от отчуждения от собственных чувств до их свободного проживания и интеграции [16]. Это дало терапевтам ориентир для оценки динамики и понимания, на каком этапе находится клиент.

К. Роджерс высказал идеи о критериях, характеризующих личностные изменения у клиента, выраженных им в характеристиках «полноценно функционирующего человека». Термин «полноценно функционирующий» используется К. Роджерсом для обозначения людей, которые используют свои способности и таланты, реализуют свой потенциал и движутся к полному познанию себя и сферы своих переживаний [16].

К. Роджерс [16, с. 191-201] определил следующие основные личностные характеристики, общие для полноценно функционирующих людей.

1. *Открытость опыту*. Человек становится полностью открыт для переживаний, способен слышать себя, открыт любым своим чувствам и может свободно, без искажения и отрицания жить своими чувствами, свободно осознавая их.

2. *Стремление жить настоящим*, т.е. бытие «здесь и теперь». Это выражается в том, что, скорее «Я» человека и его личность возникают из опыта, а не опыт, искажаясь, преобразуется, чтобы соответствовать заранее заданной жесткой структуре «Я», т.е. воспринимается каждый раз как уникальный.

3. *Доверие своему организму. П*олноценно функционирующие люди могут доверять своей цельной организмической реакции на новые ситуации, не опираясь на социальные нормы, чьи-то суждения, или на свое прошлое поведение.

4. *Свобода выбора в жизни.* Полноценно функционирующие люди в состоянии делать свободный выбор в социально-детерминированных условиях и отвечать за него.

5. *Творчество.* Продукты творчества и творческий образ жизни присущ полноценно функционирующим людям, ввиду их восприимчивой открытости миру и способности формировать новые отношения с окружающими, не будучи конформистами.

6. *Полнота жизни.* «Процессу хорошей жизни, – утверждает К. Роджерс, – свойственны широта и богатство в отличие от «урезанной жизни», которой живут большинство из нас. Быть частью процесса значит быть вовлеченным в иногда пугающее, а иногда приятное переживание более чувственной жизни, с более широким диапазоном, разнообразием и богатством» [4, с. 200].

Вообще критериям улучшения, вызванного КЦП, К. Роджерс уделял во всех своих основных трудах.

Литература

1. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2012. – С. 370-394.

2. Жмурин И.Е., Кузовкин В.В. Экспериментальные исследования и психодиагностика в психологическом консультировании и психотерапии: учеб. пособие: в 2 ч. Ч. 1 – М.: ИИУ МГОУ, 2014. – С. 97-173.

3. Журнал практического психолога. Специальный выпуск: Человеко-центрированный подход в психологии, психотерапии и в жизни (к 110-летию Карла Роджерса). – 2012. – № 4. – 228 с.

4. Журнал практического психолога. Специальный выпуск: Человеко-центрированный подход в психологии и психотерапии. – 2012. – № 1. – 212 с.

5. Иган Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – № 1. [Электронный журнал] (дата обращения 24.09.2026).

6. Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века. – М.: Когито-Центр, 2005. – 315 с.

7. Колпачников В.В. Психотехническая система клиентоцентрированной психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 3. – С. 80-92.

8. Кузовкин В.В. Нужна ли нам клиентоцентрированная психотерапия? Если да, то какая? (критическое осмысление) // Электронный журнал «Вестник МГОУ» / www.evestnik-mgou.ru. – 2013. – № 1.

9. Кузовкин В.В. Структурирование в клиентоцентрированной психотерапии как психотехнический навык // Вестник МГОУ. Психологические науки. – № 2. – 2013. –С. 71-79.

10. Мидор Б., Роджерс К. Личностно-центрированная терапия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 4. [Электронный журнал].

11. Орлов А.Б. Человекоцентрированный подход в психологии, психотерапии, образовании и политике (к 100-летию со дня рождения К. Роджерса) // Вопросы. психологии. – 2002. – № 2. – С. 64-84.

12. Роджерс К. Клиентоцентрированный/человекоцентрированный подход в психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 1. – С. 54-69.

13. Роджерс К. Клиент-центрированная терапия: Теория, современная практика и применение. – М.: Психотерапия, 2007. – 560 с.

14. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы. – М.: Психотерапия, 2006. – 512 с.

15. Роджерс К. Необходимые и достаточные условия терапевтических личностных изменений // Журнал практического психолога. – 2012. – № 1– С. 8-25.

16. Роджерс К. Становление личности. Взгляд на психотерапию. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.

17. Ягнюк К.В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии //Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 1 [Электронный журнал] (дата обращения 30.09.2026).

18. Ягнюк К.В. Сессия Карла Роджерса с Глорией: анализ вербальных вмешательств //Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 1-2 [Электронный журнал] (дата обращения 30.09.2026).

Корабельникова Елена Александровна

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Когнитивно-поведенческая психотерапия и ее особенности. ***Когнитивно-поведенческая психотерапия*** (далее – КПТ) – научно обоснованная и структурированная модальность психотерапии, которая предполагает, что в основе всех психологических нарушений пациента лежит дисфункциональное мышление, искажающее его эмоции и поведение, при этом реалистичная оценка и изменение такого мышления ведут к улучшению самочувствия и гармонизации поведения [1].

КПТ может быть представлено как направление, которое объединяет целое семейство психотерапевтических школ и методов, связанных между собой сходством теоретических воззрений и технических приёмов, базирующихся на процессах переработки информации и являющихся обучающим процессом, обеспечивающим пациента новым опытом.

Большинство школ и методов в этом направлении разделяют основную идею о том, что наши дисфункциональные эмоциональные и поведенческие реакции на ситуацию вызваны не только самой ситуацией, но и тем, как мы ее оцениваем, что о ней думаем и какие выводы делаем. В основе данного направления лежит теоретическая предпосылка, согласно которой эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы когнитивными факторами, включая то, как он описывает для себя и структурирует реальность.

КПТ направлена на решение широкого круга проблем и расстройств, как психологических, так и медицинских, путем изменения мыслей, убеждений и поведения, и базируется на сочетании основных принципов поведенческой и когнитивной психологии [1-6].

Первоосновой КПТ стали труды А. Эллиса и А. Бека, давшие толчок развитию когнитивного подхода в психологии. Впоследствии в данное направление были интегрированы методы поведенческой терапии, что привело к её нынешнему наименованию [1-3; 9; 10].

Цель КПТ – коррекция искажений или ошибок мышления, формирование более адаптивных стереотипов поведения [1; 9; 10].

Основные задачи КПТ [1; 2; 9; 10]***:***

1. Осознание влияния мыслей на эмоции и поведение.
2. Выявление негативных автоматических мыслей и наблюдение за ними.
3. Исследование негативных автоматических мыслей и аргументов, их поддерживающих и опровергающих («за» и «против»).
4. Замена ошибочных когниций на более рациональные мысли.

5. Обнаружеие и изменение дезадаптивных убеждений, формирующих благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.

6. На основании коррекции дисфункциональных мыслей и убеждений, формирование более адаптивного паттерна поведения, развитие компетентности в социальном функционировании.

Основными принципами КПТ, очень подробно описанными Дж. Бек в ее руководстве [1], считаются:

Принцип 1. КПТ основывается на постоянно развивающейся формулировке проблемы пациента и индивидуальной концептуализации каждого пациента в рамках когнитивного подхода.

Принцип 2. КПТ предполагает создание крепкого терапевтического альянса.

Принцип 3. Особое внимание в КПТ уделяется сотрудничеству и активному участию.

Принцип 4. КПТ ориентирована на результат и сфокусирована на проблемах.

Принцип 5. В первую очередь в КПТ делается упор на настоящем. Лечение большинства пациентов предполагает фокус на актуальных проблемах и определенных ситуациях, которые их вызывают.

Принцип 6. КПТ – это образовательная терапия (построенная на научении); ее цель – научить пациента быть терапевтом самому себе; поэтому отдельное внимание уделяется предупреждению рецидивов.

Принцип 7. КПТ должна быть ограничена по времени.

Принцип 8. Сессии КПТ структурированы. Эта структура включает в себя вводную часть (проверку настроения, краткое обсуждение прошедшей недели, совместное построение плана сессии), среднюю часть (обсуждение домашнего задания, актуальных проблем по плану, постановку нового домашнего задания, подведение итогов) и завершающую часть (получение обратной связи).

Принцип 9. КПТ учит пациентов выявлять, оценивать свои дисфункциональные мысли и убеждения и реагировать на них, выявлять ключевые когниции и переходить к более реалистичной, адаптивной точке зрения, что помогает им чувствовать себя лучше эмоционально, применять более функциональные поведенческие стратегии и/или снижать физиологическое напряжение, а также проводить опыты, которые принято называть поведенческими экспериментами, с помощью которых они могут проверить свои убеждения напрямую.

Принцип 10. КПТ использует ряд техник, которые помогают менять образ мыслей, настроение и поведение. Хотя когнитивные стратегии вроде Сократовского диалога и направляемого открытия являются основополагающими для КПТ, поведенческие и направленные на решение проблем техники также очень важны.

Главным достоинством КПТ являются краткосрочность, структурированность и ориентированность на симптомы.

Психологические механизмы личностных изменений в когнитивно-поведенческой психотерапии. Согласно когнитивной модели, эмоции и поведение людей зависят от восприятия ими различных жизненных обстоятельств и способа интерпретации жизненных ситуаций. Не события сами по себе определяют самочувствие людей, а способ, которым они их истолковывают.

Поэтому интерес в КПТ представляет рассмотрение того, каковы собственно механизмы формирования психических нарушений, и посредством каких понятий их можно представить**,** а также понимание психологических механизмов позитивных личностных изменений.

Рассмотрим ***механизмы формирования психических нарушений в КПТ*** [1; 2; 10]**.**

В КПТ центральным понятием, через которое человек воспринимает и интерпретирует окружающий мир, является понятие «схема». ***Схемы*** – это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, это система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию.

С точки зрения анализа механизмов, формирующих психические нарушения, удобной видится представленная на Рисунке 1 схема иерархии когнитивных механизмов, из которой следует, что автоматические мысли занимают подчиненную позицию в иерархии представленных сценариев обработки информации.

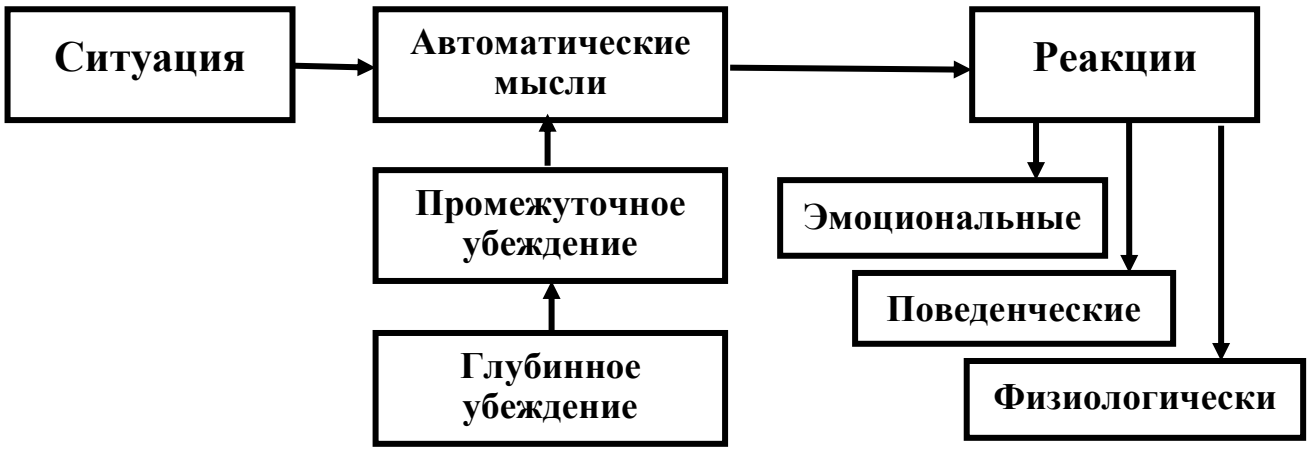


Рисунок 1. Схема иерархии когнитивных механизмов, формирующих психические нарушения

Автоматические мысли – непроизвольные мысли, оценивающие ситуацию, состояние организма или отношения. Эти мысли не всегда можно уловить. Они приходят нам в голову в свёрнутом виде и не оспариваются нами, например: «Если они смеются, то они смеются надо мной». Если научиться улавливать эти мысли и оспаривать их, искать подтверждения их объективности («Что говорит о том, что они смеются именно надо мной?»), то можно получить мощное средство регуляции собственного эмоционального состояния. Для работы с автоматическими мыслями существует целая система техник.

Автоматические мысли не являются следствием размышлений или рассуждений, субъективно они воспринимаются обоснованными, даже если они представляются окружающими нелепыми или противоречат очевидным фактам. Примеры: «Я разрушила жизнь своих детей разводом», «Всё, что я делаю, я делаю некачественно».

Автоматические мысли и образы, сопряженные с переживаниями и жизненными событиями, в какой-либо конкретный момент времени, связаны с более глубокими, лежащими в основе убеждениями, известными как промежуточные и базовые убеждения.

Промежуточные убеждения – условные правила, которые помогают справится с негативными глубинными убеждениями, например «Если буду много работать, буду всем нужен», «Если буду всегда все контролировать, со мной ничего не случится». Иногда они бывают полезны, но, довольно часто, эти условные правила становятся источником проблем, порождая способы поведения, которые только усиливают существующие проблемы.

Базовые (глубинные) убеждения – убеждения человека о себе самом, об окружающем мире, об отношениях. Часто носят общий и негативный характер при различных видах эмоциональных нарушений – «Я никому не нужен», «Мир очень опасен». Негативные глубинные убеждения формируются в раннем детстве и часто искажают наш взгляд на себя и окружающую действительность. Одна из задач КПТ – сделать эти убеждения более реалистичными.

Глубинные и промежуточные убеждения влияют на содержание автоматического мышления в определенных ситуациях. Автоматические мысли, в свою очередь, влияют на эмоциональную, физиологическую и поведенческую реакцию человека.

В автоматических мыслях часто можно обнаружить систематические когнитивные ошибки, которые несут ответственность за психологические нарушения, приводящие к дезадаптации.

Когнитивные ошибки – сверхвалентные и аффективно-заряженные схемы, непосредственно вызывающие когнитивные искажения.

А. Бек называет целый ряд таких систематических ошибок. Ниже приведены их основные варианты [10]:

1. *Произвольные умозаключения* – извлечение выводов в отсутствие подтверждающих фактов или даже при наличии фактов, противоречащих заключению.

2. *Сверхобобщение* – умозаключения, основанные на единичном эпизоде, с последующей их генерализацией.

3. *Избирательное абстрагирование* – фокусирование внимания индивида на каких-либо деталях ситуации с игнорированием всех остальных её особенностей.

4. *Преувеличение и преуменьшение* – противоположные оценки самого себя, ситуаций и событий. Субъект преувеличивает сложность ситуации, одновременно преуменьшая свои возможности с ней справиться.

5. *Персонализация* – отношение индивида к внешним событиям как к имеющим к нему отношение, когда этого нет на самом деле.

6. *Дихотомичное мышление* («чёрно-белое» мышление, или максимализм) – причисление себя или какого-либо события к одному из двух полюсов, положительному или отрицательному (в абсолютных оценках).

7. *Долженствование* – чрезмерное фокусирование на «я должен» поступать или чувствовать определённым образом, без оценки реальных последствий такого поведения или альтернативных вариантов.

8. *Предсказывание* – индивид считает, что может точно предсказать будущие последствия определённых событий, хотя он не знает или не учитывает всех факторов, не может правильно определить их влияние.

9. *Чтение мыслей* – индивид считает, будто точно знает, что по этому поводу думают другие люди, хотя его предположения не всегда соответствуют реальности.

10. *Наклеивание ярлыков* – ассоциирование себя или других с определёнными шаблонами поведения или негативными типажами.

Перейдем к рассмотрению ***психологических механизмов позитивных личностных изменений в КПТ.*** В КПТ личностные изменения пациента происходят опосредованно через когнитивную, поведенческую и эмоциональную сферы. Основная идея: изменение негативных мыслительных паттернов может привести к изменению эмоционального состояния и поведения. Это следует из представления о взаимосвязи мыслей, эмоций и поведения: иррациональные убеждения приводят к негативным переживаниям, которые, в свою очередь, проявляются в проблемном поведении. В связи со сказанным, рассмотрим три компонента личностных изменений пациента и лежащие в их основе психологические механизмы [7].

Когнитивный компонент личностных изменений пациента: КПТ направлена на изменение неадаптивных мыслей и убеждений

относительно стрессовых ситуаций, окружающего мира, внутренних переживаний, собственной личности. Некоторые механизмы:

- *когнитивная реструктуризация*. Выявление автоматических мыслей (например, «Я неудачник») и их коррекция, замена дисфункциональных убеждений (когнитивных схем) на более адаптивные, развитие навыков реалистичной оценки ситуации;

- *коррекция когнитивных искажений (ошибок мышления)* – неадаптивных способов обработки внешней информации. Например, катастрофизация (человек видит только негативные исходы любой ситуации), сверхобобщение (по одной локальной ситуации делает глобальные выводы);

- *формирование адаптивного отношения к мыслям* – изменение отношения к мыслям, а не их содержания, изменение реакции на мысли.

Поведенческий компонент личностных изменений пациента: КПТ помогает изменить неадаптивные стратегии поведения в стрессовых ситуациях, обучить человека принципам совладания со стрессом. Некоторые механизмы:

- *поведенческая активация* (особенно при депрессии) – преодоление избегания и пассивности через постепенное включение в значимую деятельность, планирование активности для повышения мотивации;

- *торможение нежелательных паттернов путём активации противоположных им процессов*. Например, если у пациента навязчивые тревожные или агрессивные мысли, вместо попыток подавить их предлагается подключить релаксационные или иные полезные техники.

Эмоциональный компонент личностных изменений пациента: КПТ рассматривает механизмы влияния мыслей на эмоциональное состояние. Например, негативные мысли могут вызывать чувство тревоги, что, в свою очередь, приводит к избеганию определённых ситуаций. Некоторые механизмы:

- обучение распознаванию эмоций (ведение дневника эмоций, сократический диалог);

- развитие способности управлять эмоциями (декатастрофизация, релаксация, mindfulness) [8].

Структурирование процесса воздействия на пациента в когнитивно-поведенческой психотерапии, краткое описание этапов. В руководствах по КПТ можно найти разные подходы к определению порядка применения когнитивных и поведенческих интервенций. Важно отметить, что структура и детали этапов терапии могут варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, типа проблемы и подхода терапевта. КПТ считается одним из наиболее структурированных и краткосрочных методов психотерапии.

КПТ фокусируется на взаимосвязи мыслей, чувств и поведения, её процесс часто структурирован как последовательность этапов,

направленных на выявление и изменение дисфункциональных паттернов. КПТ может включать перечисленные ниже этапы (последовательность при необходимости может меняться в пределах несколько шагов) [3]:

1. Оценка.
2. Концептуализация клинического случая.
3. Обратная связь от пациента и корректировка концептуализации по мере надобности.
4. Формулирование целей.
5. Психообразование.
6. Отслеживание пациентом поведения и эмоций.
7. Поведенческие интервенции.
8. Отслеживание пациентом своих когниций.
9. Переоценка и обсуждение схем.
10. Отслеживание схем (если необходимо).
11. Терапия, направленная на изменение схем (если необходимо).
12. Профилактика рецидивов, поддерживающая и завершающая терапия.

В доступных источниках упоминается другая структура КПТ, она может включать в себя другой перечень этапов: (1) вводное собеседование, (2) сеансы терапии, (3) последний сеанс (завершение) и (4) вспомогательные сеансы. Рассмотрим каждый из них подробнее [1; 2; 10].

1. Вводное собеседование (первая сессия). На этом этапе происходит диагностика и анализ ситуации, знакомство с актуальными симптомами, жалобами и проблемами пациента, с его текущим состоянием, с жизненным опытом. Терапевт задаёт вопросы о жизни и проблемах пациента, чтобы понять спектр факторов, которые могут повлиять на ход терапии. Также могут проводиться предварительные экспериментально-психологические тесты для оценки настроения, чтобы объективно отслеживать прогресс. Оно позволяет терапевту сформулировать первичную модель концептуализации пациента и общий план терапевтического вмешательства. Терапевт может перечислить методики КПТ, которые могут быть полезны. Также это возможность для пациента понять, подходит ли ему этот метод терапии.

2. Сеансы КПТ (вторая и последующие сессии). После разработки плана терапии начинаются регулярные сессии, направленные на решение проблем, которые привели к обращению за помощью. КПТ – активная форма терапии, которая предполагает не только обсуждение проблем, но и практическое применение новых навыков. Каждый сеанс, согласно Дж. Бек, может иметь структуру, включающая следующие основные элементы [1]:

- краткая оценка текущего состояния пациента;
- установления связи данной сессии с предыдущей;
- определение повестки дня;

- анализ домашнего задания;
- работа согласно повестке дня;
- определение нового домашнего задания;
- заключительное подведение итогов;
- запрос у пациента обратной связи.

Примером работы, согласно повестки дня, может являться работа с неадаптивными мыслями, которая, как и любая техника КПТ, также может быть представлена рядом этапов (алгоритмом) [2, 10]*:*

I этап *– идентификация (опознание) неадаптивных мыслей*. С этой целью используются техники сосредоточения на мыслях, возникающих в реальных психотравмирующих ситуациях (наблюдение in vivo), и «проигрывания» психотравмирующей ситуации в воображении (имагинальная техника, наблюдение in vitro);

II этап *– отдаление.* Суть этапа состоит в том, что пациент должен встать в объективную позицию по отношению к собственным мыслям, т. е. отдалиться от них;

III этап *– проверка истинности неадаптивной мысли.* Суть данного этапа состоит в том, что психотерапевт побуждает пациента к проверке обоснованности (валидности) неадаптивной мысли. С этой целью используются как когнитивные, так и поведенческие техники;

IV этап *– замена неадаптивных мыслей на адаптивные.*

3. Завершение (последняя сессия). Акцент смещается на подготовку к окончанию терапии и предупреждение рецидива расстройства.

К этому времени пациент становится гораздо активнее в терапии, играет ведущую роль в определении повестки дня, проведении техники решения проблем и обсуждении домашнего задания. Терапия постепенно переходит в самотерапию. На завершающем этапе терапевт предлагает пациенту в качестве эксперимента перейти к более редким сессиям, обсуждает с пациентом преимущества нового графика встреч, опасения пациента по поводу сокращения встреч и окончания терапии.

4. Вспомогательные сеансы. Терапевт также предлагает пациенту встречи спустя три, шесть и двенадцать месяцев после окончания терапии (бустерные сессии). Общая цель терапевта при проведении бустерных сессий – оценить состояние пациента и наметить план дальнейшего закрепления достигнутых ранее результатов.

В большинстве случаев психотерапия занимает 10-20 встреч по 50 мин. В сложных случаях количество встреч может быть гораздо больше. Краткосрочность обязывает психотерапевта по максимуму расходовать отведенное время. Пациенту предлагается активная работа между встречами: работа с дневником автоматических мыслей, поведенческие эксперименты и многое другое.

Методы и техники, используемые в когнитивно-поведенческой психотерапии, их краткая характеристика. Методы и техники КПТ

условно подразделяются на 4 блока (см. Таблица 1) [1-4; 6; 9; 10]:

1. Методы, основанные на интеграции принципов теории научения и теории информации, а также принципов реконструкции т.н. дисфункциональных когнитивных процессов и некоторых принципов динамической психотерапии. Это, прежде всего, рационально-эмотивная психотерапии А. Эллиса и когнитивная психотерапия А. Бека, другие походы. Эти интегративные когнитивно-бихевиоральные подходы ставят в качестве главной задачи изменение дисфункциональных способов мышления, которые являются источником неадекватного болезненного поведения.

2. Методы, более близкие к классическому бихевиоризму и основанные преимущественно на теории научения, т. е. на принципах прямого и скрытого обусловливания.

3. Методы, основанные преимущественно на теории информации, использующие принципы поэтапного построения внутренних моделей для переработки информации и регуляции поведения на их основе.

4. Дополнительные техники, заимствованные из других направлений психотерапии

Таблица 1

Методы и техники когнитивно-поведенческой психотерапии

Группа методов	Техники
Методы, направленные на коррекцию дисфункциональных мыслей	Дневник автоматических мыслей, отдаление, техники отслеживания и коррекции автоматических мыслей, коррекция когнитивных искажений, эмпирическая проверка, методики прекращения, переоценки и модификации мыслей и другие
Методы, основанные на теории научения	Техники систематической десенсибилизации, конфронтации с пугающим стимулом, парадоксальной интенции, положительного и отрицательного подкрепления, моделирования поведения, эмоционально-стрессовая психотерапия
Методы, основанные на теории информации	Техники решения проблем, формирования адекватных копинг-стратегий
Дополнительные (заимствованные) методы	Релаксационные техники, гештальт-техники и др.

Раскроем лишь некоторые техники КПТ:

- отслеживание и коррекция автоматических мыслей: пациент обнаруживает автоматические мысли, которые возникают в ответ на

различные ситуации, и обучается методам их исправления. Для этого используются записи мыслей, самонаблюдение, дискуссия;

- ***коррекция когнитивных искажений***: после выявления автоматических мыслей терапевт и пациент анализируют их на предмет когнитивных искажений. Некоторые инструменты: проверка фактов (пациенту предлагается оценить объективные доказательства, поддерживающие или опровергающие его автоматические мысли), переоценка (пациент учится рассматривать ситуацию с разных сторон, чтобы найти более реалистичные интерпретации);

- ***ведение дневника автоматических мыслей.*** Пациент фиксирует мысли и эмоции, анализирует их динамику, ищет доказательства, поддерживающие или опровергающие негативные убеждения;

- ***поведенческие эксперименты***: пациент тестирует свои убеждения и предположения в разных ситуациях, что помогает ему увидеть на практике, насколько его убеждения соответствуют реальности. После терапевт помогает пациенту сформировать и закрепить новые установки;

- ***обучение навыкам совладания со стрессом***: терапевт обучает пациент методам релаксации, таким как глубокое дыхание, прогрессивная мышечная релаксация и медитация, а также структурированному подходу к решению проблем, который помогает справляться с жизненными трудностями.

Позитивные личностные изменения, происходящие в результате воздействия посредством когнитивно-поведенческой психотерапией. В результате воздействия КПТ происходят позитивные личностные изменения в разных сферах: мышления, поведения и эмоций [**7**]**.**

Позитивные личностные изменения в сфере мышления:

- осознание и переоценка негативных мыслей. Пациент учится распознавать и анализировать свои мысли, особенно негативные и деструктивные. Затем он переоценивает эти мысли, ищет доказательства, противоречащие негативным убеждениям, и разрабатывает более здоровые и реалистичные мыслительные модели;

- коррекция когнитивных искажений (ошибок мышления). Например, корректируют катастрофизацию (человек видит только негативные исходы любой ситуации), сверхобобщение (по одной локальной ситуации делает глобальные выводы). В ходе терапии пациент учится видеть когнитивные искажения, что делает его мышление более гибким;

- выработка жизнеутверждающих стереотипов мышления**.** Например, если пациент уверен, что его жизнь – сплошная чёрная полоса, психотерапевт помогает выработать позитивное отношение к своей жизни и научиться принимать себя со всеми недостатками и достоинствами.

Позитивные личностные изменения в сфере поведения:

- развитие новых навыков и стратегий, которые помогают справиться

с проблемами и достичь целей. Это может включать равзвитие навыков коммуникации, решения проблем, управления стрессом, релаксации и других практических навыков;

- выработка новых способов реагирования на те или иные обстоятельства. Например, при обсессивно-компульсивном расстройстве когнитивная терапия корректирует искажённые убеждения, которые заставляют пациента придавать чрезмерное значение внутренним компульсивным импульсам, а на поведенческом уровне с помощью техник вроде «вынужденного сопротивления ритуалам» и полного отказа от них постепенно снижается частота и выраженность самих навязчивых действий.

Позитивные личностные изменения в сфере эмоций:

- развитие навыков саморегуляции и самоконтроля**.** Это даёт возможность более эффективно справляться с различными жизненными ситуациями и стрессом;

- снижение уровня напряжения и тревожности. Приобретённые навыки позволяют справляться с собственными эмоциями, преодолевать страхи, снижать уровень тревожности;

- выравнивание психоэмоционального состояния. Например, после завершения курса КПТ пациент чувствует себя более уверенно и спокойно, осознаёт свою ценность и умение принимать правильные решения.

Литература:

1. Бек. Д.С. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям / Под ред. Д.В. Ковпака. Перев. А.В. Соломина. – СПб: Питер, 2022. – 416 с.
2. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2019. – 447 с.
3. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии – СПб.: Питер, 2026. – 400 с.
4. Ковпак Д.В. Как избавиться от тревоги и страха / Практическое руководство психотерапевта. – Изд. «Наука и Техника», 2007. – 240 с.
5. Когнитивно-поведенческая терапия в неврологии / Под ред. А.Б. Данилова и Е.А. Корабельниковой. – М., 2024 [Электронный ресурс]. –URL: https://interneuro.ru/education/webbooks/kognitivno-povedencheskaya-terapiya-s/ (дата обращения – 26.03.2026).
6. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. – Изд. «Питер», 2017. – 656 с.
7. Муслумов Р.Р. Когнитивно-поведенческая терапия: учеб.-метод. пособие / под ред. А.А. Печёркиной. – Изд-во Урал. ун-та, 2025. – 156 с.

8. Нойфельд В. Mindfulness и Acceptance and Commitment Therapy – направление третьей волны когнитивно-поведенческой терапии // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2013. – Т. 4. – С. 43-44.

9. Эллис А., Драйдент У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 352 с.

10. Beck A., Weishaar M. Cognitive therapy / In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.) Comprehensive handbook of cognitive therapy. –New York, NY: Plenum Press, 1989. – P. 1-36

Плигин Андрей Анатольевич

НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Понятие нейролингвистической психотерапии. ***Нейролингвистическая психотерапия*** (далее – НЛПт) – метод системной психотерапии, в котором происходит работа с глубинными структурами опыта (особенно мышлением и убеждениями), речевыми и поведенческим паттернами.

НЛПт является «переформатированным» нейролингвистическим программированием (НЛП) в стандартах современной психотерапии.

Само ***нейролингвистическое программирование*** рассматривается как научно-прикладная область моделирования человеческого опыта (особенно экспертости), язык описания субъективной реальности человека, одно из направлений практической психологии. Оно шире, чем модальность психотерапии [7].

НЛП родилось в 1972-1974 годах в результате усилий Дж. Гриндера и Р. Бэндлера по моделированию (изучению и описанию наиболее успешных паттернов/отдельных приемов) работы выдающихся психотерапевтов: Ф. Перлза, В. Сатир, М. Эрикосна, М. Фельденкрайза, Ф. Фаррелли. В ходе описания, анализа, применения и практико-ориентированного обобщения профессиональной деятельности психотерапевтов возник язык НЛП. Он позволяет описывать внутренние (ментальные) и поведенческие процессы, происходящие с человеком, поэтому НЛП прежде всего развилось в области психотерапии [4, 7, 8].

В 1995 г. П. Шутц (Австрия) разработал НЛПт на основе НЛП. Он собрал воедино на системной основе разработанные в НЛП методологические принципы, модели, методики и психотехники, которые показали свою эффективность в психотерапии на протяжении десятилетий. По сравнению с НЛП, в НЛПт осуществлено *небольшое расширение психотехнологий* (например, используются генограммы, некоторые инструменты эриксоновского гипноза и т.д.). Им также были разработаны стандарты и система *подготовки психотерапевтов.*

НЛПт как психотерапевтическая система рассматривается через призму большого количества понятий. Основные из них следующие: субъективный опыт, структура опыта, уровни организации опыта, моделирование, паттерны, когнитивные карты, поведение, эмоции, способности, стратегии, ценности, убеждения, установки, намерения, части личности, роли, идентичность, личностные смыслы, предназначение (миссия), конгруэнтность личности, динамика процесса, кодировка опыта, сенсорные системы, сенсорные репрезентации и субмодальности, позиции восприятия, рефрейминг, якорь (триггер), калибровка, раппо(рт),

консультационная сессия, сбор информации, ресурсирование клиента, изменение опыта клиента (развитие и трансформация), экология (экологическая проверка), вторичные выгоды (удовлетворение вторичных выгод), психологические защиты, психотехники, психологические модели («Метамодель», «Т.О.Т.Е.», «Логические уровни», «Трехпозиционное описание», «Временная линия», «S.C.O.R.E.», «Хорошо сформулированный результат») и т.д.

Основные психологические механизмы возникновения причин человеческих сложностей и трансформации опыта в нейролингвистической психотерапии.

1. ***Понимание механизмов возникновения причин человеческих сложностей в НЛПт.*** Психологические сложности людей можно обобщенно определять, как *трудности использования ими неэффективных ментальных моделей, паттернов различных ярусов опыта, приводящих к неэффективным действиям и поведению*, а также как отсутствие эффективных паттернов (не выработанных на предыдущих этапах жизни, особенно в детские годы).

Истинные причины проблем лежат еще более глубоко, они связаны с трудностями *развития и функционирования подструктур индивидуального опыта*, нарушениями в их естественных аутентично складывающихся связях. Это, в свою очередь, происходит из-за сложностей детско-родительских отношений, трудностей с негативными установками, психологической травмированности опыта, внутриличностного напряжения вследствие нерешенности проблем (конфликт частей личности, мировоззренческих позиций, межличностные конфликты и т.д.), злоупотреблений (алкоголизм, наркомания и т.д.), а также нарушений протекания обучения и связанного с ним развития человека и т.д. Во взаимоотношении человека с различными социальными системами (семья, дружеская компания, рабочий коллектив, различные сообщества) они особым образом проявляются и могут усиливаться.

В целом в упрощённой форме можно выделить следующие ***проблемы по уровням организации опыта (снизу вверх)***:

1) внутриличностные, к которым относятся:

- поведенческие проблемы (неэффективные действия или их отсутствие);
- проблемы эмоциональных состояний (повторяющиеся негативные эмоции, страхи, фобии и т.д.), которые приводят к негативным изменениям внешней активности человека;
- неэффективные стратегии (сложности самоорганизации, неэффективные частные стратегии или их отсутствие т.д.);
- ущемление ценностей, ограничивающие убеждения, конфликт мировоззренческих структур и т.д.;

- неэффективная реализация части личности/роли, подавление части личности, конфликт частей личности, неэффективные ролевые переходы в ходе реализации общения и различных видов деятельности и т.д.;

- отсутствие смысла жизни, неудовлетворенность прежними смыслами жизни и т.д.;

2) межличностные, к которым относятся:

- сложности в построении отношений, созависимость от других людей, отчужденность и т.д.;

- конфликты между людьми. Они трактуются как неумение человека согласовывать свои ценности и стремления (намерения) с другими людьми. Конфликт проявляется на уровне внешнего поведения и эмоциональных реакций, а его решение лежит внутри, в согласовании между намерениями и выбором более эффективных вариантов поведения.

Большинство проблем человека представляют собой ***комплексный симптом***, который включает сложности различных уровней организации опыта.

Все симптомы имеют свою индивидуально проявленную структуру, стабилизируются вторичными выгодами. Поэтому специалисты НЛП не стремились создавать единой классификации симптомов в данной модальности, так как в ходе работы психотерапевты строят индивидуальную диагностику и моделирование структуры симптома, а затем на этой основе осуществляют моделирование/проектирование инструментов их преодоления.

Классификация симптомов может быть довольно широкой: от различного рода психотравм и психосоматических расстройств до житейских трудностей. Каждый из них важно отдельно исследовать (метамоделировать): выявить структуру симптома/ведущие паттерны и соотнести с имеющимися психотехниками или осуществить индивидуальное моделирование/проектирование психотехники для последующего их преодоления.

Границы работы: широкий класс сложностей, который может быть метамоделирован как согласованные системы лингвистических паттернов и паттернов различных уровней внутри опыта человека во взаимосвязи с паттернами внешнего поведения в различных контекстах и системах.

2. *Основные психологические механизмы трансформации опыта.* Таковыми являются ***изменения в его речевых и ментальных подструктурах*** (форматах кодировки и изменения опыта) [1, 3, 4, 7]. Они реализуются двумя путями:

- *реструктурирование речевых структур* (психолингвистический);

- *реструктурирование психических подструктур* (опосредовано через речь и различные способы материализации опыта).

Изменения в речевых структурах человека, которые связаны с репрезентацией глубинной структуры опыта, приводят к перестройке

связей внутри представлений о себе и жизненных ситуациях человека. Это инициирует различные виды рефлексии, приводит к осознанию, инсайтам и изменению отношения к сложностям. Фрагменты картины мира человека, которые связывались с трудностью, видоизменяются, происходит «подсвечивание» тех частей опыта (в когнитивных картах реальности), которые были недоступны для осознания. Все это дает возможность переосмыслить саму сложность и пути ее преодоления, приводит к изменению отношения к себе, трудностям и окружающей действительности.

Изменения в психических структурах приводят к перестройке опыта и глубинным личностным изменениям, благодаря чему человек непосредственно меняется, становится другим, меняется его поведение. Посредством этого типа изменений происходит трансформация психотравм, преодолеваются трудности детско-родительских отношений, фобии, психосоматические проблемы, конфликты с собой, другими людьми и т.д.

В НЛПт разработаны инструменты *двух типов изменений опыта***.**

1. Психолингвистические инструменты, к которым относят:

- вопросы по точкам модели S.C.O.R.E.;
- вопросы по формату хорошо сформулированного результата;
- метамодельные вопросы (задаются к сверхобобщениям, модальным операторам, абстрактам словам и т.д.);
- вопросы по логическим уровням;
- рефрейминг (преобразование) смысла;
- рефрейминг (преобразование) контекста;
- речевые «раскрутки» различных типов;
- диагностическую и трансформационную метафоры;
- и т.д.

2. Инструменты по изменению подструктур индивидуального опыта, включающие в себя:

- изменение субмодальностей (перекодировка параметров образов) и сенсорных репрезентаций;
- переякорение (трансформация триггера);
- изменение позиций восприятия (смена паттерна переходов в позиции «я» – другой – взгляд со стороны);
- изменение логических уровней (например, перемещение с уровня поведения на уровень стратегии/ценностей и убеждений/роли);
- рефрейминг, «раскрутки» (трансформация смысла ценностей и убеждений);
- изменение иерархии ценностей;
- расширение арсенала поддерживающих убеждений;
- осознание намерения и подбор более адекватного поведения;

- работу с частями личности (диалог, выявление намерения, удовлетворение намерения и т.д.);

- реорганизацию творческой стратегии (смена ролевого перехода в позициях «мечтатель – реалист – критик»);

- изменение ментальных микростратегий (мотивации, принятия решений, волевой регуляции, самообчения и т.д.);

- временную перекодировку опыта;

- и т.д.

Внутри каждой группы инструментов представлены отдельные приёмы по реализации изменений [7]. Например, сенсорная перекодировка состоит из серии приёмов ментального преобразования образов во внутреннем плане действия: прямой и обратный перепросмотр ментальных образов, изменение цвета репрезентации, уменьшение или увеличение ментального образа и т.д.

В ходе консультирования все эти инструменты используются нелинейно, в различных сочетаниях, что делает психотерапевтический процесс одновременно четким по своей структуре и творческим — наукой и искусством.

Структурирование процесса оказания психологической помощи (психотерапии) – общее описание стратегии преодоления человеческих сложностей в нейролингвистической психотерапии. В целом трансформация сложностей в НЛПт осуществляется ***реструктурированием подструктур индивидуального опыта*** (начиная с более высокого уровня и завершая поведением), которое обеспечивается специальными инструментами (психотехнологиями и психотехниками) работы психотерапевта.

Основные этапы работы с психологическими трудностями (макростратегия) [4, 7, 8]:

Этап 1. ***Диагностика психологических трудностей*****.** Он включает в себя:

- сбор информации с использованием «правильных вопросов» (метамодель, модель S.C.O.R.E.);

- наблюдение за поведением и эмоциональным состоянием клиента;

- совместный с клиентом поиск краткой формулировки сути жалобы клиента в его семантике;

- формулировка запроса клиента на языке НЛПт.

Этап 2. ***Моделирование структуры симптома и его первопричин*** (в случае необходимости): реконструкция, анализ компонентов и паттернов, выявление неэффективных элементов и их связей.

Этап 3. ***Уточнение желаемого результата в сравнении со структурой симптома*** (используется формат «Хорошо сформулированный результат»).

Этап 4. ***Определение уровней индивидуального опыта***, на котором возникла сложность (например, поведение), и затем, на котором сформулирован желаемый результат (например, идентичность).

Этап 5. ***Определение подструктур опыта для изменений*** (от более высокого уровня к нижележащим).

Этап 6. ***Определение необходимых ресурсов и привнесение их в текущее состояние клиента; опыт, нуждающийся в изменениях*** (может происходить на любом этапе консультирования).

Этап 7. ***Поиск возможных путей трансформации сложностей*** (соотнесение найденных подструктур для изменения с возможными приемами по осуществлению изменений, далее — выбор готовой техники, где они уже имеются, или проектирование новой техники).

Этап 8. ***Выявление и проработка вторичных выгод симптома***.

Этап 9. ***Дестабилизация симптома*** (переструктурирование компонентов и связей симптома в формате подструктур опыта, нуждающихся в изменениях т.д.).

Этап 10. ***Осуществление изменений подструктур индивидуального опыта***: начиная с более высокого и заканчивая поведением. Реализация психотехники (готовой или спроектированной под симптом).

Этап 11. ***Экологическая проверка*** полученных результатов изменений.

Этап 12. ***Подстройка к будущему*** («примерка» полученных изменений к различным ситуациям»).

Этап 13. ***Первые шаги по реализации изменений*** (обеспечение связи полученных изменений с будущей поведенческой активностью, действиями).

Для рассмотрения динамики симптомов широко используется работа с «Линией времени» и модель «Симптом(**S**)-Причины(**C**)-Результат(**O**)-Ресурсы(**R**)-Эффекты(**E**)» — «S.C.O.R.E.» (принятая аббревиатура на английском).

Психотехники по изменению подструктур индивидуального опыта в нейролингвистической психотерапии. В НЛПт разработано значительное количество психотехник по изменению подструктур индивидуального опыта. Все они хорошо структурно и операционально очерчены, могут успешно применяться в работе с широким спектром психологических сложностей. В приведенном ниже списке указаны наиболее известные психотехники НЛПт [3,4,6,7,8]. Рассмотрим их.

«Интеграция логических уровней» (предполагает реконструкцию уровней организации опыта (окружение, поведение, способности, ценности и убеждения, идентичность, миссия) с привнесением ресурсов и последующей интеграции). Реализуется для поиска смысла жизни, усиления ресурсов, достижения личностной конгруэнтности [7].

«S.C.O.R.E. на линии времени» (предполагает сравнительный анализ желаемого результата и симптома, поиск необходимых ресурсов, привнесение ресурсов в симптом и первопричины, их перепроживнаие с трансформацией сложностей, а затем проектирование изменений в будущем). Применяется для широкого круга сложностей, а также в работе с эмоциональными состояниями, неэффективными паттернами поведения и неуспешными стратегиями [7].

«Изменение личностной истории» (предполагает последовательную ментальную трансформацию негативных ситуаций примерно одного типа в различное время жизни за счет «коллапса» триггеров, перепроживание негативного опыта с привнесением в него необходимых ресурсов). Применяется для широкого круга поведенческих симптомов, преодоления негативных состояний и привычек [7].

«Трансформация убеждений», «Изменение убеждений на основе субмодальностей», «Прививка нового убеждения» (серия техник, которые предполагают выделение полной лингвистической структуры убеждения и его трансформацию за счет сенсорной и семантической перекодировки, перепроживания следующих состояний: убежден «в старом» – сомневаюсь – открыт различным убеждениям, убеждаюсь в новом, верю в новое убеждение). Применяется в работе с ограничивающими убеждениями [5,7].

«Ромашка» пресуппозций» (предполагает решение сложной жизненной ситуации за счет использования ресурсов более позитивной системы установок, в результате чего происходит переосмысление, находятся новые решения выхода из «тупика»). Применяется для изменения отношения к различным сложным жизненным ситуациям, нахождения новых решений [7].

«Визуальное сдавливание» (предполагает преодоление внутреннего конфликта за счет выделения конфликтующих частей, осознания их намерений, поиска общих ресурсов, нахождения решения на уровне метанамерения, создания интегративной новой части, обладающей большими выборами и новым поведением). Применяется для решения широкого класса внутриличностных конфликтов [7].

«Решение конфликта при помощи 3-х позиционного описания» и «Метазеркало» (две близкие по шагам техники, построенные на позиционных переходах «я – другой – наблюдение со стороны», с расширением видения конфликтной ситуации, нахождения намерений людей, выходом на уровень метанамерений, позволяющий найти новые смыслы, способы коммуникации и поведения). Применяется в решении широкого класса конфликтов между людьми.

«Шестишаговый рефрейминг» (предполагает работу с частью, отвечающей за негативные паттерны мышления и поведения, обращение к творческой части, генерацию новых решений, перенос новых решений в

арсенал функционирования исходной части). Применяется для работы с негативными паттернами и привычками, зависимостями [7].

«Трансформация глубинного ядра личности» (предполагает работу с частями, осознание намерений и истинных ценностей, трансформацию неэффективного качества за счет ресурсного сущностного состояния). Применяется в работе с широким спектром негативных эмоций и качеств.

«Реимпринтинг» (предполагает работу с негативными импринтами через перепроживание на линии времени негативной ситуации с привлечением необходимых ресурсов через позиции «я – другой – наблюдение со стороны», с переосмыслением случившегося и нахождением новых смыслов, решений и поведения) [4].

Генератор нового поведения (предполагает ментальное проектирование нового поведения при помощи позиции «я – другой – наблюдение со стороны»). Применяется для развития новых поведенческих паттернов [4].

«Работа с созависимостями» (предполагает выявление сенсорных и семантических параметров образов, связанных с созависимостью и их перекодировку). Применяется в работе с зависимостью от другого человека, особенно в контексте любви [4].

Быстрое лечение фобий (предполагает сенсорную перекодировку травматического эпизода). Применяете для преодоления фобических реакций, в которых была угроза нанесению ущерба физическому здоровью [7].

Визуально-кинестетическая диссоциация (предполагает сенсорную перекодировку травматического эпизода). Применяется для преодоления фобических реакций, приобретенных по «надуманным обстоятельствам (в ментальном плане преодолевают «пугающие» визуальные конструкты)» [7].

«Паттерн «Взмаха»» (предполагает сенсорную перекодировку внутренних визуально-кинестетических репрезентаций). Применяется в работе с вредными привычками [7].

«Лечение психосоматических аллергий» (предполагает исследование сенсорной репрезентации аллергена (его морфологии, внутреннего восприятия и т.д.), подбор ресурсного антиаллергена с последующей сенсорной перекодировкой аллергена, ресурсное перепроживание ситуаций взаимодействия с аллергеном). Применяется для лечения аллергий, имеющих психогенный характер [7,8].

«Коллапс якорей» (предполагается преодоление негативного эмоционального состояния за счёт соединения противоположных по эмоциональным состояниям триггеров и нового перепроживания проблемной ситуации). Применяется в преодолении негативных эмоциональных состояний [7].

«Изменение субмодальностей» (предполагает сравнение сенсорных параметров ресурсной и нересурсной репрезентаций и их перекодировку). Применяется в работе с широким спектром нересурсных состояний [7].

Конечны цели нейролингвистической психотерапии. В ходе НЛПт специалисты стремятся привести человека к осознанию своих психологических сложностей, помочь ему их преодолеть, научить более эффективно управлять своим опытом в различных «трудных» ситуациях, успешно реализовать свои цели, повысить уровень самоорганизации, инициировать и усилить самореализацию личности, развить более эффективные ментальные паттерны различных уровней и преобразовать поведение на их основе.

В результате системной работы НЛПт-консультанта человек умеет значительно более эффективно думать о различных вызовах и задачах жизни, у него развивается позитивное мышление, он обучается целеполаганию и ответственности, развивает эмоциональную саморегуляцию и стратегии совладения с трудностями. Ему удается значительно лучше осознавать связь между своим мировоззрением (убеждениями и ценностями), принятием решений и поведением. У него также формируется большая коммуникативная гибкость, благодаря тому, что он развивает способность «вставать на место» другого человека и смотреть на жизненные ситуации со стороны.

Все это делает его адаптивным, он начинает уверенно двигаться в направлении самореализации своей личности и достижения более высокого качества жизни.

Список литературы

1. Бэндлер Р., Гриндер Д. Структура магии. – СПб.: Белый кролик, 1996. – 415 с.

2. Бэндлер Р., Гриндер Д. Сатир В. Семейная терапия и НЛП. – М.: «Институт общегуманитарных исследований». – 2019. – 238 с.

3. Гордон Д. Терапевтические метафоры. – М.: Беловодье, 2017. – 256 с.

4. Деркс Л., Холладндер Я. Сущность НЛП. Ключи к личностному развитию. – М.: КСП+, 2000. – 704 с.

5. Дилтс, Р. Фокусы языка. Изменение убеждений с помощью НЛП. – СПб.: Питер, 2021. – 336 с.

6. О’Коннор Д., Мак-Дермот Я. НЛП и здоровье. Использование НЛП для улучшения здоровья и благополучия. – М.: Эксмо, 2019. – 288 с.

7. Плигин А.А., Герасимов А.В. Руководство к курсу НЛП-Практик.– М.: Твои книги, 2020. – 576 с.

8. Плигин А.А. Как призрак неудачи превратить в аромат жизненного успеха. – М.: Пирогов С.А., 2024. – 288 с.

Филиппова Галина Григорьевна

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Определение и общее обоснование модальности (направления) Перинатальная и репродуктивная психотерапия. ***Перинатальная и репродуктивная психотерапия*** (далее – ПРП) как модальность является современным отечественным направлением психологической и психотерапевтической работы, ориентирующимся на оптимизацию и коррекцию условий развития личности в раннем онтогенезе, на психологическую коррекцию и психотерапию проявлений в психике взрослого человека нарушений перинатального периода развития психики, а также на оптимизацию, психокоррекцию и психотерапию нарушений репродуктивной сферы женщин и мужчин.

Направление разрабатывается в России и в зарубежной психотерапии с середины XX века. В России получило научное обоснование и практическое применение с 1990-х годов [1, 2, 9, 11]. В начале XXI века в психологической науке и практике произошла интеграция трех базовых направлений: перинатальной психологии, занимающейся проблемами раннего развития психики человека и влияния этого развития на его дальнейшую жизнь; психологии родительства, включающей готовность к родительству и его реализацию начиная с беременности, родов и адаптации к родительству; и психологии репродуктивной сферы, объединяющий все аспекты реализации репродуктивной функции, включая проблемы, связанные с лечением нарушений репродуктивного здоровья [3, 10]. В 2014 году для объединения психологической и психотерапевтической работы со всеми этапами и аспектами реализации репродуктивной функции стало использоваться определение «репродуктивная психология» [4, 5, 6, 7, 10]. В рамках этого общего направления сформировалась специфическая область – репродуктивная психосоматика, ориентированная на особенности психосоматических связей в репродуктивной сфере человека [8].

В результате выделилось общее направление науки и практики, объединяющее в себе проблематику развития человека, начиная с готовности жизненной ситуации его родителей к рождению и воспитанию ребенка, с одной стороны, и способность человека к реализации собственной репродуктивной функции (рождения и воспитания своего ребенка), с другой стороны. Таким образом, в данном направлении смыкается проблематика условий развития личности, начиная от истории его рода и семьи, и формирования всех аспектов его собственной репродуктивной сферы и возможности реализации репродуктивной функции.

ПРП включает в себя три основных направления:

- перинатальная психология и психотерапия: психология раннего развития человека начиная от ситуации зачатия и до окончания диадических отношений, включая проблемы нарушений развития личности и влияния пре- и перинатального опыта на психику взрослого человека и психотерапевтическую работу с возникающими при этом проблемами;

- психология и психотерапия родительства: психологическая готовность к родительству и реализация родительства как готовность к созданию необходимых физических и психологических условий для полноценного развития ребенка, включая системную семейную психологию и психотерапию, ориентированную на проблемы репродукции, ожидания и раннего развития ребенка;

- психология репродуктивной сферы родителей и репродуктивная психосоматика, включая психологическую и психотерапевтическую помощь при коррекции и лечении нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин и использования вспомогательных репродуктивных технологий.

В теоретическом плане ПРП имеет собственную развитую теоретическую базу, опирающуюся на классические и современные теории раннего развития личности, теорию функциональных систем и учение о доминанте, концепции психологии и психосоматики репродуктивной сферы и другие разработки. В модальности сложился свой категориальный аппарат, ориентированный на комплексность знаний, междисциплинарные связи и применение интегративного подхода в практической психологической работе.

Психологические механизмы воздействий в перинатальной и репродуктивной психотерапии, лежащие в основе личностных изменений клиента. В ПРП особое внимание уделяется существующему в психике клиента раннему опыту и его преобразованию последующим жизненным опытом, ориентация на перинатальные и диадические проблемы клиента. Основой применения практических методов и приемов работы является представление о человеке как системном образовании, включающем три подсистемы: физиологию (психосоматические соотношения), телесность (психология телесности), психику (отношения с внешним и своим внутренним миром). При работе с диадой это представление опирается на закон дифференциации, как основной закон развития, согласно которому на ранних этапах онтогенеза структура системы еще не является дифференцированной, и ребенок проявляет себя интегрально, реагируя на любое воздействие среды (физическое и психическое) целостно всем организмом.

Разделение физиологи, телесности и психики, и формирование механизмов их взаимодействия (психосоматические и психотелесные

взаимосвязи) происходит в перинатальном периоде и в процессе диадических отношений и имеет ряд сензитивных периодов. Это означает, что нарушение ранних этапов развития сказывается на всех составляющих человека как системы и механизмах взаимодействия этих составляющих, то есть определяет особенности индивидуального психотипа (психосоматического, психотелесного, эмоционального, личностного).

С другой стороны, репродуктивная сфера человека также включат физиологическую, телесную и психическую составляющие. Репродуктивная сфера является функциональной системой, в которой задействованы соматические органы, нейрогуморальная регуляция, поведение (телесная составляющая), ценностно-смысловая сфера личности, сознательные и неосознаваемые компоненты психики. Кроме того, реализация репродуктивной функции является культурно и социально обусловленной, что требует ориентации в культурных моделях половых и родительских отношений и их учет в практической работе с клиентом.

Таким образом, во всех случаях специалисту приходится работать со всеми компонентами человека как системы и с его вертикальными (филогенетическими, культурно-историческими и семейно-родовыми) и горизонтальными (конкретно-культурными, социальными и внутрисемейными) межсистемными взаимосвязями. Эти обстоятельства требуют включения методов, ориентированных на все слои личности, архетипические модели, психосоматические и психотелесные взаимосвязи, межличностные отношения.

Структурирование процесса воздействия, краткое описание этапов и направлений работы в перинатальной и репродуктивной психотерапии. Психотерапевтический процесс в ПРП ориентируется на терапевтический контракт, соглашение психотерапевта и клиента о целях психотерапии, в рамках которого они являются равноправными партнерами, в ряде случаев контракт заключается при участии лечащего врача (в практике клинической работы с нарушениями репродуктивной функции). При работе с диадой психотерапевт сам определяет цели и задачи, связанные с оптимизацией развития ребенка и формирует у родителей мотивационный запрос «в пользу ребенка». Психотерапия, психологическое консультирование, психокоррекция и психологическое сопровождение при работе с перинатальными и репродуктивными проблемами применяется в клинических условиях, в немедицинской форме в условиях психологических центров и консультаций и частнопрактикующими психологами и психотерапевтами в женских консультациях, роддомах, при работе с семьей при планировании деторождения, в период беременности, рождения и раннего развития ребенка, при нарушениях репродуктивной функции и их лечении, и при использовании вспомогательных репродуктивных технологий.

При работе с диадой ребенок рассматривается как клиент и участник психотерапевтического процесса. Методы диагностики и воздействия различаются на разных этапах существования диады. Основной целью является оптимизация условий развития ребенка. Определяется возможность со стороны матери обеспечивать необходимые условия для развития психики ребенка, делается прогноз формирования базовых психических структур у ребенка. Для диагностики используются специально разработанные вербальные и невербальные методики (опросники, рисунки, графические и эмоционально-образные методики), клиническая беседа, наблюдение, организованное взаимодействие (родителей с ребенком и в супружеской паре). Используется системная семейная психотерапия, при необходимости – личная терапия и консультирование матери, а также программы развивающей и коррекционной работы с диадой.

На этапе подготовки к родительству (до зачатия) информативное значение имеют образы родителей о будущем родительстве, готовность жизненной ситуации, наличие неблагоприятных компонентов родовых сценариев, содержание онтогенеза репродуктивной сферы. Воздействия осуществляются в различной форме и направлены на преобразование неблагоприятного онтогенетического опыта, перестройку родовых сценариев, разрешения проблем сепарации и полоролевой идентичности, повышение ценности ребенка и родительства, формирование адекватных образов будущего, построения плана преобразования жизненной ситуации.

В период беременности определяются стиль переживания беременности, содержание психологического компонента гестационной доминанты, проявление материнской компетентности и материнской позиции при контакте женщины с внутриутробном ребенком, перестройка отношений привязанности у беременной, изменение супружеских позиций, готовность к родам и другие показатели. Воздействия направлены на формирование материнской компетентности и родительской позиции супругов, оптимизацию психологического компонента беременности, коррекцию мотивационного компонента родительской сферы. В индивидуальной работе используются техники позитивной и ресурсной психотерапии и консультирования, системной семейной психотерапии, сипмтоматическая работа с состояниями тревоги и страха. Осуществляется коррекция психического состояния матери с целью оптимизации условий формирования нервно-психических механизмов адаптации ребенка.

При подготовке к родам диагносцируется психическая и физическая готовность к родам. Обращается внимание на семейные сценарии и собственный перинатальный опыт родителей (особенно при подготовке к партнерским родам). Формируются необходимые навыки поведения, работы с телом, взаимодействия с участниками процесса родов.

При работе с проблемами репродуктивного здоровья женщин и мужчин психодиагностика, психотерапия и консультирование используются для решения широкого спектра проблем, связанных с поддержкой репродуктивного здоровья и коррекцией его нарушений. В этом направлении преимущественно осуществляется клиническая работа. Диагносцируются психологические составляющие репродуктивной сферы: психосоматическая составляющая (физиологическая: состояние соматических органов и нейро-гуморальная регуляция), телесная составляющая (телесная организация, готовность тела к предоставлению места для ребенка, расширению своих границ, изменению), психическая составляющая (готовность психологического пространства, актуальность мотивации рождения ребенка, мотивационные конфликты, принятие ребенка и родительской позиции, образ будущего родительства и т.п.). В беременности диагносцируется стиль переживания беременности, вероятность психосоматических и психотелесных нарушений, прогноз родов и послеродового периода. Разработаны методы совместного медико-психологического лечения бесплодия и невынашивания, ведения беременности, послеродового восстановления, психологического сопровождения вспомогательных репродуктивных технологий. Психотерапевтическое и психологическое воздействие направлено на мотивационную сферу личности, преобразование диадических интроектов, коррекцию архетипических и семейных моделей и сценариев, активно используется психосоматический подход, основанный на разработанной в модальности *репродуктивной психосоматике*, который реализуется с помощью проективных, эмоционально-образных и психомоделирующих техник.

При работе с перинатальными проблемами взрослых клиентов осуществляется психотерапевтическая и консультационная работа с личностными проблемами, имеющими своим источником осложнения развития базовых психических образований в пре- и перинатальном периоде и нарушения диадических отношений: базовая позиция «Я-Мир», психосоматические проблемы, проблемы супружеских и партнерских отношений, детско-родительские отношения.

Характеристика методов и техник, используемых в перинатальной и репродуктивной психотерапии. Методы практической консультационной и терапевтической работы базируются на принципах интегративной психотерапии и консультирования: системный анализ запроса и проблемы клиента, выбор подходов и методов работы, эффективных для решения выявленной проблемы и подходящих к модальности клиента.

В практике ПРП используется интеграция основных модальностей психотерапии (клиент-центрированная психотерапия, психодинамическая психотерапия, системная семейная психотерапия, когнитивная

психотерапия, трансактный анализ, гештальт-терапия, эмоционально-образная терапия, поведенческая психотерапия, психодрама и символдрама, сказкотерапия, арттерапия и др.) и применяются приемы практической работы, модифицированные для задач перинатальной и репродуктивной психотерапии (эмоционально-образные, рисуночные, символические вербальные и невербальные, телесные, интерактивные, моделирующие). В психологическом консультировании – клиент-центрированный подход, позитивная и ресурсная терапия, опирающиеся на когнитивные и эмоциональные приемы воздействия. В диагностике перинатальных и диадических проблем применяются проективные вербальные и невербальные методы, с помощью которых обнаруживается возникновение ранних конфликтов и их содержание, затем в парадигме психодинамического подхода анализируется трансформация этих переживаний и их влияние на актуальное состояние личности.

В практике ПРП используются как основные психотерапевтические методы и их модификации, так и оригинальные методы, разработанные в модальности, направленные на диаду мать-дитя и систему диада-отец, на индивидуального клиента и супружескую пару. Сама практика работы в ПРП осложняется тем, что многие компоненты репродуктивной сферы личности, в первую очередь ее родительской части, являются неосознаваемыми и замаскированными социально-санкционированными и архетипическими образованиями. Это затрудняет как сам анализ данных, так и возможность их доказательного представления клиенту, а также врачам и другим специалистам, в контакте с которыми работает психолог и психотерапевт.

Продолжительность консультирования, коррекционных программ и психотерапии определяется глубиной и содержанием психологических и психосоматических проблем клиента, содержанием контрактов с клиентами и может варьировать от единичных сессий до многомесячной регулярной работы. Особое место занимает краткосрочная психотерапия в рамках медицинского лечения проблем репродуктивного здоровья, использования вспомогательных репродуктивных технологий, ведения беременности.

Самостоятельной группой методов является **психодиагностика**, направленная на выявление перинатальных проблем, диагностику отношений в диаде, готовности женщин и мужчин к родительству, причин бесплодия и невынашивания, особенностей переживания беременности, формирующегося родительского отношения в дородовый период, прогноза родов и особенностей послеродового периода для матери и ребенка, а также при переживаниях и реабилитации, связанных с перинатальными и репродуктивными утратами. В настоящее время можно выделить три направления психодиагностики:

1. Клиническая психодиагностика, используемая при лечении нарушений репродуктивного здоровья и ведении беременности. В этой области разработаны и применяются методики диагностики психологических причин нарушений репродуктивной сферы, прогноза темпов и успешности лечения, готовности к родительству, успешности применения репродуктивных технологий, нарушений развития ребенка, скрининговые методики психологической диагностики течения беременности по триместрам.

2. Психодиагностика при психологической подготовке к родам и родительству имеет целью выявление психологической готовности к родительству, сформированности родительской позиции и родительской компетентности, принятия ребенка и своего родительства, прогноз родов и особенностей послеродового взаимодействия с ребенком, а также оценки эффективности проводимой психологической работы.

3. Психодиагностика при индивидуальной терапии и консультировании по запросу клиента относительно его отношений с миром и с самим собой выявляет наличие перинатальных и диадических проблем, позволяет наметить пути их решения и отследить получаемые эффекты. Помимо перечисленных выше методик, используется анализ жизненного пути и особенностей жизненной ситуации, использования индивидуальных стратегий реагирования, включенность в семейные сценарии и т.п.

По формату психотерапия может быть индивидуальной, парной, семейной, групповой или комбинированной. Применяются психотерапия и психологическое консультирование, тренинги, развивающие и коррекционные занятия для родителей и родителей с детьми.

Противопоказаний к применению перинатальной и репродуктивной психотерапии, видимо, нет. Практика показала необходимость ограничения в применении суггестивных, психодраматических и глубинных техник при работе с диадой, особенно в период беременности.

Позитивные личностные изменения, происходящие в результате воздействия посредством перинатальной и репродуктивной психотерапией. ***Цели воздействия:*** повышение качества жизни клиента, оптимизация базовых отношений «Я-Мир», оптимизация условий раннего развития ребенка, оптимизация репродуктивной функции семьи, психологическая подготовка к рождению ребенка и сопровождение родительства, профилактика, психотерапия и психокоррекция нарушений репродуктивной сферы и сопровождение лечения нарушений репродуктивного здоровья. Особенностью работы в ПРП является научно обоснованная и выверенная в практике взаимосвязь между перинатальными и диадическими проблемами развития человека – и нарушениями в его репродуктивной сфере. Таким образом, ПРП направлена не только на психологическую помощь и улучшение качества

жизни взрослых и детей в настоящем, но и на профилактику нарушений раннего развития и репродуктивного здоровья будущих поколений.

Результаты психотерапевтической и психологической работы следующие:

- ***при работе с диадой*** результатом является оптимизация диадических отношений и формирование адекватной среды развития ребенка. Осуществляется профилактика и коррекция нарушений пре- и постнатальных условий развития базовых личностных структур, преобразование диадических интроектов родителей, коррекция родительской позиции и компетентности. Для беременной женщины осуществляется коррекция течения беременности, психосоматических и психотелесных нарушений, налаживание семейных отношений;

- ***при работе с проблемами репродуктивной сферы*** результатом является формирование адекватной мотивации рождения детей, коррекция психосоматических нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин, оптимизация лечебного процесса;

- ***при работе с диадическими проблемами взрослого клиента*** достигается изменение позиции «Я-Мир», коррекция психологических и психосоматических нарушений, супружеских и детско-родительских отношений.

Важной особенностью достигаемых результатов является их пролонгированный эффект, реализуемый в двух направлениях. Во-первых, результаты оптимизации и коррекции среды развития ребенка помимо актуального эффекта (непосредственное устранение симптомов и улучшение показателей развития ребенка) обнаруживаются в более поздних возрастах, когда происходит адаптация к социуму, реализация своих партнерских и родительских позиций и т.д. Во-вторых, коррекция репродуктивной сферы человека оказывает воздействие на формирование репродуктивной сферы его будущих детей (и последующих поколений), так как ведущую роль в этом формировании играет опыт, полученный в собственной семье и детско-родительских отношениях (становление базовых составляющих репродуктивной сферы в сензитивные периоды развития: потребностно-мотивационного, когнитивного, эмоционально-оценочного, телесного, психосоматического).

Литература

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.

2. Завгородняя И.В. Психологические теории перинатального развития: учебное пособие. – Воронеж: Научная книга, 2010. – 159 с.

3. Филиппова Г.Г., Печникова Е.Ю. Перинатальная психотерапия и репродуктивное здоровье семьи: интеграция подходов и расширение

границ науки и практики. // Психотерапия. – 2013. – № 11 (131). – Выпуск №5. – С. 92.

4. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – №3 (5) [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp

5. Филиппова Г.Г., Печникова Е.Ю. От перинатальной психотерапии - к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности. Психотерапия. – 2014. – № 9 (141). – Выпуск №1. – С. 36-41.

6. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: современный этап интеграции перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы. // Психотерапия. – 2014. – № 11 (143). – Выпуск №1. – С. 96.

7. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология в России: современные проблемы и тенденции развития. // Психотерапия. – 2015. – № 4 (148). –С. 65 – 70.

8. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психосоматика: специфика психосоматических соотношений в репродуктивной сфере. // Психотерапия. – 2015. – №11 (155). – С. 40-45.

9. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие для академического бакалавриата. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 212с. – (Серия: Авторский учебник).

10. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология: взгляд с порога третьего тысячелетия. // Журнал практического психолога. – 2018. – № 2. – Специальный выпуск: «Перинатальная психология». – С. 6-15

11. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода \ сост. Васина А.Н. – М.: Изд-во УРА, 2005. – 328 с.

Чекурина Вероника Станиславовна
Шевелева Елена Витальевна

ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ

Определение и характеристика песочной терапии. ***Песочная терапия*** (далее – ПТ) – метод психотерапии, в котором через создание образа в песочнице активируется символическая репрезентация бессознательного, разворачивается процесс психической саморегуляции и создаются условия для структурных личностных изменений.

ПТ, как модальность ОППЛ, это глубинный метод психотерапии [1, с. 258], возникший в рамках аналитической психологии К. Г. Юнга. ПТ применяется в работе с детьми и взрослыми**.**

В современных реалиях важно различать ПТ как базовый юнгианский метод (Сэндплей-терапия) [6; 10; 11; 13; 15, с. 384] и полимодальный подход, где работа с песочницей используется как дополнительный инструментарий в различных модальностях (гештальт-терапия, ДПДГ, арт-терапия, психодрама, сказкотерапия, педагогическая психология, логопедия и др.) [3; 4; 7 с. 416-453]. Это различие принципиально, так как ПТ опирается на теоретико-методологическую рамку аналитической психологии: символизацию бессознательного, архетипическую динамику, уровни развития оси эго-Самости, процесс индивидуации и работу клиента в «свободном и безопасном пространстве» [6, с. 12] при сопровождении контейнирующего терапевта. В полимодальном подходе специалист выступает активным режиссером процесса, используя различные теоретические и методологические подходы.

ПТ является результатом многолетней практики швейцарского аналитика ***Доры Марии Калфф*** (1904–1990). История метода берёт начало с книги Герберта Уэллса «Игры на полу» (1911), зафиксировавшей терапевтический потенциал игры с миниатюрами. Д. Калфф прошла обучение в Институте К.Г. Юнга в Цюрихе и у М. Ловенфельд в Лондоне, синтезировав «Технику построения мира» с аналитической психологией К.Г. Юнга, теориями Э. Нойманна, М. Фордхэма, А. Фрейд, Ж. Пиаже, А. Биона, Дж. Боулби, Э. Эриксона, М. Кляйн, Д.В. Винникота и с восточной философией**.** Принципиальное отличие юнгианского подхода: если для М. Ловенфельд созданные в песке образы были диагностическим материалом для *вербальной* работы, то Калфф рассматривала сам процесс создания песочной картины как прямое преобразование психики. В конце 1950-х она договорилась с М. Ловенфельд об использовании термина «Сэндплей» для разграничения подходов [10, с. 634; 11]. В 1985 году было основано Международное общество Сэндплей-терапии (ISST),

объединяющее сегодня более 18 стран. На русском языке книга Д. Калфф «Сэндплей и его целительное воздействие на психику» [6] при поддержке «Русского Сэндплей Журнала» вышла в 2021 году.

Возможности применения юнгианской ПТ с различными группами клиентов. ПТ как кросс-культурный, невербальный и символический метод, прочно вошел в практику психокоррекции и психотерапии. Применяется с людьми разных возрастов как со здоровыми, так и с расстройствами различной этиологии [7, с. 171-305]: при нарушениях речи, СДВГ, РАС, довербальных травмах, школьной дезадаптации [7, с. 97-130], социальных фобиях, в работе с пожилыми [7, с. 84], в кризисной помощи и при ПТСР [7, с. 248]. В психосоматике и психиатрии метод используется в онкологии, при депрессии, аддикциях, суицидальном поведении, ПРЛ, деменции, в сопровождении терминальных пациентов [7, с. 63; 11]. Нейробиологические исследования показывают, что мультисенсорный характер ПТ стимулирует психологическое развитие: тактильный контакт с песком и фигурками активизирует нижние отделы мозга, способствуя восстановлению саморегуляции, в том числе у взрослых после ЧМТ [7, с. 267, 434]. Метод также применяется для профессионального и личностного роста специалистов и студентов, развивая профессиональное самосознание и способствуя адаптации [3].

Противопоказания. Архетипические образы обладают нуминозностью и автономией и способны выйти из-под контроля сознания, открывая путь к захватывающему влиянию архетипов. К.Г. Юнг предупреждал об особом риске для людей с предрасположенностью к психозу: если архетипические содержания не интегрируются сознанием, возникает угроза диссоциации, утраты сознательного контроля над бессознательным. Р.Р. Миллер не рекомендует метод взрослым с шизофренией и пограничным психозом в острой фазе. Клиентам с тяжёлой депривацией в анамнезе ПТ может оказаться преждевременной: обилие материала и возможность воплощать внутренние образы способны вызвать перегрузку. Наконец, метод не подходит тем, кто категорически не готов работать в этом формате – будь то клиент или специалист [11, с. 84].

ПТ проводится в рамках сеттинга аналитической психологии [15, с. 385] и методологии по Д. Калфф 1-2 раза в неделю в зависимости от актуального состояния и запроса клиента. Для ПТ необходим специально оборудованный кабинет: две песочницы с сухим и мокрым песком, стеллаж с коллекцией миниатюрных фигурок (Рисунок 1), также оборудованная мягкой мебелью зона вербальной психотерапии, стол и стулья [10].



Рисунок 1. Вариант оборудования классического кабинета юнгианской песочной терапии: коллекция фигурок и две песочницы, с сухим и мокрым песком (Е.В. Шевелева)

Кабинет песочной терапии – это часть «защищённого и безопасного пространства» [6, с. 12], своеобразный аналитический теменос (сакральное место) [10; 13], создаваемый песочным терапевтом, где цель состоит в том, чтобы «через пространство кабинета и терапевтическую коммуникацию, предоставить материнское психологическое чрево как эмоциональную метафору уроборического единства мать-ребенок, где в этом безопасном пространстве может произойти исцеление внутренней психологической травмы» [11, с. 82].

Д. Калфф подобрала размер песочницы так, чтобы вся сцена умещалась в поле зрения без поворота головы, что мягко ослабляет рациональный контроль. В калффианском подходе используются две прямоугольные песочницы около 57×72×7 см с сухим и мокрым песком, где дно и борта окрашены в сине-голубой, создавая иллюзию воды или неба [10; 13]. В полимодальном подходе возможны песочницы разных форм, с разным цветом бортов и песка, а также световые столы.

Клиент создаёт объёмную сцену в песочнице, выбирая миниатюры из коллекции кабинета, достаточно разнообразной, чтобы охватывать все грани жизни и фантазии [13, с. 128]: люди разных возрастов, профессий и эпох, животные, растения, сказочные персонажи, природные материалы, образы от современности до мифологии. Коллекция не просто рабочий инструмент, но живое продолжение личности терапевта и часть терапевтического контейнера. Фигурки могут располагаться по принципу развития или архетипическому принципу [10, с. 367].

В процессе работы ***терапевт выполняет несколько ролей***: психологического контейнера, внимательного слушателя, «связного»

между клиентом и его бессознательным, «помощника», «со-исследователя» и «свидетеля» [11, с. 83].

Психологические механизмы личностных изменений в песочной терапии. В основе ПТ лежит представление о том, что бессознательное обладает не только вытесненным материалом (по З. Фрейду), но и конструктивным, саморегулирующим потенциалом (по К.Г. Юнгу). Символы в песочнице - это сжатые носители информации, через которые бессознательное становится доступным переживанию и интеграции. На основе этого можно рассмотреть психологические механизмы личностных изменений в ПТ.

1. Механизм символизации. Клиент переводит аффективно нагруженные, часто довербальные переживания в визуально-пространственную форму, делая их доступными для переживания и интеграции. Работа с песком затрагивает имплицитные системы памяти, недоступные вербализации [10, с. 46; 12].

2. Механизм трансцедентной функции. Противоположности символического пространства создают напряжение, в котором энергия либидо выводит символ из архетипа (уровень коллективного опыта в психике) и негативного комплекса (уровень персонального опыта), запуская трансформацию и переход от одной психологической установки к другой [10, с. 47; 15].

3. Механизм активации внутреннего диалога. На процессуальном уровне критерием эффективности ПТ является качество внутреннего диалога, отраженное в трансформации символов и появлении переходных объектов, которые становятся метафорической опорой для накопления ресурсов при глубинной работе символа как посредника между различными частями психики [8, 15].

4. Механизм нейронной сенсорно-аффективной активации. Песок как мультисенсорный стимул запускает «сенсорную петлю обратной связи» [7, с. 267]: контакт с материалом - телесно-аффективный отклик - инсайт - символическое выражение. Символическое воздействие ПТ достигает лимбической системы правого полушария, тогда как более рациональный материал интегрируется левым. Это способствует переработке эмоционально заряженного и травматического опыта, влияя на нейронную, сенсорную и моторную регуляцию [7].

5. Механизм терапевтического контейнирования. В присутствии эмпатичного, недирективного терапевта возникает переходное пространство, где становится возможной переработка опыта. Ключевой принцип ПТ это минимальное вмешательство и наблюдение за трёхсторонним переносом: клиент - терапевт - песочница [9; 13, с. 47; 15].

6. Механизм контрансференции и резонанса. Пока клиент создаёт композицию, психика терапевта резонирует с символическим материалом: телесные ощущения и эмоциональные отклики терапевта отражают

бессознательное клиента. Осознанная работа с этими реакциями превращает контрперенос в канал трансформации [7, с. 389; 13, с. 62; 15, с. 381-383].

7. Механизм освоения новых ролей. Выбор фигурок и построение картин позволяют в символическом поле ПТ исследовать новые роли и способы реакции с последующим переносом в реальную жизнь [3; 4; 8].

8. Механизм защиты автономии психического процесса. Изменения происходят через встречу клиента с собственным символическим и способность выдержать этот контакт. Терапевт хранит уважение к символу, не вторгаясь в процесс своими интерпретациями. Метод предполагает строгую этику: компетентность, личный терапевтический опыт, супервизию, владение переносом и контрпереносом, информированное согласие и конфиденциальность материала [14].

Структурирование процесса воздействия в песочной терапии, краткая характеристика этапов. В ПТ выделяют пять компонентов процесса: клиент, песочный терапевт, кабинет, песочница, коллекция миниатюр. В общих чертах структура «клиент–песочница–песочный терапевт» включает создание терапевтической рамки, формирование образа, удержание символического материала, серийную динамику, трансформацию содержания, интеграцию опыта и перенос изменений в жизнь. ***Процесс ПТ содержит следующие этапы работы*** [4, с. 157; 7, с. 458; 10, с. 370; 12, с. 94].

Пред-этап ПТ. Творческая работа для клиентов, не готовых сразу работать в песочнице (высокая тревога, нарушенная привязанность, неустановленный контакт). Этап включает арт-терапевтические техники с различными материалами (*пресэндплей* по Б. Джексон**)** [10, с. 384].

Этап ориентации и расширения. Знакомство с кабинетом и коллекцией (первичный приём), сбор анамнеза и запроса; при повторных сессиях ориентация в динамике состояний [4; 10; 13].

Этап создания песочной композиции. Непосредственное построение песочной композиции как проекции внутреннего мира. В калффианском подходе минимальная инструкция («создайте любой мир») [10; с. 371]; в полимодальном может быть конкретная тема («моя семья», «мой страх», «моё будущее» и др.) [4; с. 73].

Этап опыта и перестройки. Клиент может перестроить созданный мир по собственной инициативе (в юнгианском подходе без инструкции терапевта) [4; с. 157].

Этап рефлексии и переработки опыта. Клиент рассказывает о созданной сцене, проясняет её смыслы и усваивает новое понимание. Терапевт задействует восприятие, интуицию, чувство и мышление, отслеживает символы через серию сессий, избегает жёстких

интерпретаций и удерживает одновременно внутрипсихический и межсубъектный взгляд. [9].

Этап завершения. Резюмирование смыслов, рефлексия клиента. Полимодальный подход может предложить формы обратной связи: «Что из этого мира вы могли бы забрать в реальную жизнь? Какие мысли, чувства, эмоции, ощущения? Идею или может быть слово, что то, что для вас может быть значимым в жизни» [4; 7;10].

Этап документирования. На сессии ПТ в протоколе фиксируются: тип и количество миниатюр, процесс создания композиции, поведение клиента, время работы, зрительный контакт, последовательность размещения фигурок, следы на песке. Протоколирование ведётся на специальных бланках [2; 4; 10].

Этап демонтажа. Песочница не разбирается во время сессии. Клиент уходит, унося целостный образ созданного. Терапевт фотографирует композицию после сессии с разных ракурсов, включая скрытые элементы. Фотографии и записи поддерживают непрерывный контакт с процессом клиента; просмотр перед следующей сессией выполняет функцию контейнирования. Протокол служит пониманию и защите процесса, но не интерпретации картин клиенту [10, с. 403; 15, с. 384].

Техники, используемые в песочной терапии, их краткая характеристика. Для достижения личностных изменений у клиентов используются, например, следующие техники.

Создание песочной композиции. В ограниченном пространстве песочницы из сухого или влажного песка, воды и миниатюр клиент создаёт образ, рождающийся из внутреннего движения; терапевт наблюдает с эмпатической настройкой [4; 10; 13].

Серийная работа с образами. Именно последовательность сцен, а не одна картина позволяет видеть динамику процесса, повторяемость символов и трансформацию ресурсов [10; 12].

Работа с рельефом и материалом песка. Манипуляции с песком как самостоятельная часть процесса: дают медитативный, регулирующий эффект, снижают тревогу и напряжение [13].

Работа с символом. Символ не сводится к однозначному значению, а удерживается как многослойное образование, связанное с личной историей, культурным контекстом и архетипическим измерением [5; 10].

Анализ и интерпретация. Анализ песочной композиции ведётся на трёх уровнях: *формальном*, то как создавалась сцена [2; 17; 28]; *содержательном*, есть ли сквозная тема, центр, внутренняя история, как движется психическая энергия, язык символов; *структурном*, когда композиция читается как отражение внешних отношений и внутренних состояний, след биографии и конфликтов, проявление динамики между

клиентом и терапевтом; стагнация и ресурсы [14, с. 51]. Интерпретация в песочной терапии всегда отсрочена [9].

Работа с ассоциациями. Применение ассоциаций, по К.Г. Юнгу, позволяет обнаружить наличие неосознаваемой проблемы или конфликта. Три типа применения: свободные (без ограничений), направленные (с ограничениями, например, называть только глаголы или прилагательные), цепные (к каждому предыдущему слову) [15].

Амплификация. Расширение ассоциативного процесса с включением исторического, культурного и мифологического контекста применимы для выявления архетипического образа и личностного комплекса [15].

Фотографирование и ведение записей. Записи ведутся в ходе сессии; фотографии только после ухода клиента, с информированного согласия. Эта практика восходит к истокам метода и сегодня служит основой качественного анализа [10, с. 405; 15, с. 384].

Конечные цели воздействия посредством песочной терапии: позитивные личностные изменения. Цель ПТ не только снижение симптоматики, но движение к психической целостности: содействие индивидуации, констелляции Самости, укрепление наблюдающего эго, интеграции разрозненных частей психики и развитие устойчивого, осмысленного способа существования [6].

Эти изменения разворачиваются одновременно на нескольких уровнях – от ослабления острых симптомов до глубинной перестройки структуры личности, как взаимосвязанные и взаимоусиливающие друг друга процессы:

- **на уровне симптоматики:** снижение тревоги, депрессии, травматического дистресса, улучшение эмоциональной регуляции и саморегуляции [7; 12];

- **на структурном уровне:** интеграция ранее расщеплённых аспектов психики, снижение диссоциации, повышение способности удерживать противоположности, укрепление рефлексивного эго и связи с Самостью [7, с. 214, 267]

- **на уровне личностных изменений:** развитие символической функции, усиление внутреннего диалога, формирование устойчивого образа «Я», переход от хаотичных/ригидных композиций к мирным и структурированным, появление переходных объектов как накопителей ресурсов [10, с. 84; 13];

- **на межличностном уровне:** адаптивное взаимодействие с другими, освоение новых ролей, включённость в социальное пространство [3; 4; 12; 7, с. 8].

Конечные цели воздействия посредством ПТ включают позитивные личностные изменения, которые связаны с самоисцелением,

самопознанием, развитием социальных навыков и преодолением психологических трудностей.

Обозначим некоторые из таких изменений [4; 6; 7; 8; 10; 12; 13;15]:

- ***проработка психотравмирующих ситуаций на символическом уровне и высвобождение негативных эмоций в процессе творческого самовыражения.*** Это позволяет снизить внутреннее напряжение и изменить отношение к прошлому, настоящему и будущему;

- ***повышение самосознания и саморефлексии***. Клиент учится осознавать свои переживания, находить им объяснения, что способствует формированию чувства определённости и уверенности;

- ***развитие личностной автономии и психологической устойчивости***. В процессе терапии формируются конструктивные способы преодоления трудностей и конфликтов, развивается сопротивляемость;

- ***улучшение межличностных отношений***. ПТ способствует формированию ценных социальных навыков, улучшению взаимодействия с другими людьми;

- ***развитие самопринятия, ответственности и уверенности в себе***. Клиент учится полагаться на себя, овладевает чувством контроля, развивает сензитивность к процессу преодоления трудностей и повышает самооценку;

- ***активизация внутреннего потенциала и самоисцеление***. Метод основан на преобразовании содержания бессознательного в значимый опыт психологических переживаний для понимания своего предназначения и индивидуации;

- ***снижение уровня тревожности и агрессивности,*** стабилизация эмоционального состояния;

- ***развитие познавательных функций*** (восприятия, внимания, памяти, мышления), мелкой моторики, тактильной чувствительности.

Дополнительные эффекты ПТ:

- создание комфортной стимулирующей среды для проявления творческой активности;

- возможность попробовать новые способы построения отношений и разрешения конфликтов;

- переход от импульсивного, хаотичного поведения к творческой деятельности, связанной с созданием визуальных образов.

Для детей ПТ также может способствовать восстановлению нарушенных навыков, повышению познавательной и игровой активности, усилению самостоятельности.

Эффективность терапии часто оценивается по качественным изменениям в сюжетной линии создаваемых песочных композиций,

переходу от разрушительных или негативных сюжетов к мирным, созидательным [2; 4; 10].

Литература:

1. Всемирная психотерапия. – М.: ОППЛ, 2006. – 436 с.
2. Граббс Дж. Перечень категорий анализа в процессе песочной терапии. – М.: Изд. технологии, 2018. – 46 с.
3. Гришина Е., Стефанович Д. Сэндплей-терапия как помощь студентам-первокурсникам в адаптации к ВУЗу: опыт количественного исследования // Русский сэндплей журнал. – 2021. – № 4 – С.27-42.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. – СПб.: Издательство «Речь», 2005. – 340 с.
5. Каст В. Динамика символов. Основы юнгианской психотерапии. – М.; Спб.: Центр гуманитарных инициатив, 2020. – 232 с.
6. Калфф Д. Сэндплей и его целительное воздействие на психику. – М.; СПб.: Центр гуманитарных инициатив, 2021. – 134 с.
7. Международное руководство по Сэндплей-терапии издательства Рутледж. / Под ред. Б.А. Тернер: пер. с англ. – М.: Рутледж, 2020. – 470 с.
8. Розенова М.И., Огнев А.С., Лихачева Э.В., Екимова В.И. Методы оценки эффективности Sandplay-терапии для взрослых. // Современная зарубежная психология. – 2022. – Т. 11. – № 4. – С. 61-72. – URL: https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110406 (дата обращения 28.04.2026).
9. Сейтс А. Искусство понимания в Сэндплей-терапии // Русский журнал сэндплей терапии. – 2021. – № 6. – С. 32-51.
10. Тёрнер, Б. Руководство по Сэндплей-терапии. – М.: Дипак, 2015. – 648 с.
11. Шевелева Е.В., Новгородова Ю.С. Юнгианская песочная терапия: истоки и потенциал Сэндплей метода в современной психотерапии / Сетевое научно-практическое издание «Антология российской психотерапии» // Всероссийский фестиваль модальностей. – 2024. – Т. 29. – С. 80-88. – URL: https://doi.org/10.54775/PPL.2024.67.21.001 (дата обращения: 28.04.2026).
12. Шевелева Е. В. Обзор книги «Сэндплей терапия. Пошаговое руководство для терапевтов различных ориентаций» // Русский журнал Сэндплей терапии. – 2020. – № 1. – С. 92-96.
13. Штейнхард Л. Юнгианская песочная психотерапия. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
14. Этический кодекс Международной ассоциации Сэндплей-терапевтов / Пер. с англ.: Ю. Новгородова, В. Поветкина // Русский журнал Сэндплей терапии, 2020. – №1 – С. 116-120.
15. Юнг К.Г. Практика психотерапии. – М.: ООО «Фирма «Издательство АСТ»; СПб.: «Университетская книга», 1998. – 416 с.

Макаров Виктор Викторович

ПОЛИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Понятие полимодальной психотерапии. ***Полимодальная психотерапия*** (далее – ПМП) – вариант интегративной психотерапии, в котором объединены теоретические, концептуальные и методологические построения, подходы и технологии выбранных модальностей психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования, что образует на основе их соединения новую систему психотерапии, миссия которой заключается в помощи человеку, группе, семье, возможно обществу в целом достичь состояния базового счастья, используя все лучшие достижения современной психотерапии и психологии [3].

Плюрализм выделенных методов ограничивается личным опытом (образовательным, практическим) специалиста.

ПМП – единственный отечественный метод психотерапии, помогающей психологии и психологического консультирования, складывается с начала девяностых годов прошлого столетия в Российской Федерации, и является результатом обобщения практики многих профессионалов. Метод признан Европейской ассоциацией психотерапии, подтвержден Европейским и Всемирным сертификатами психотерапевта, и распространился на многие страны Европы.

ПМП предназначена, как для решения проблем, так и для развития клиентов и пациентов, групп, семей, стремится внести свой вклад в общество в целом. В зависимости от запроса клиентов и пациентов ПМП занимается либо их лечением, оказанием помощи, либо оказывает помощь в их развитии.

ПМП многовариантна и зависит от профессионального опыта психотерапевта, помогающего психолога или психолога-консультанта. Каждый вариант полимодальной психотерапии складывается не менее чем из двух базовых методов (один из них должен носить мировоззренческий характер) и дополнений из других методов психотерапии. Причем всякое заимствование должно быть обязательно цитировано, т.е. назван источник заимствования.

Обозначим семь базовых характеристик полимодальной психотерапии [2].

1. ПМП – вариант светского гуманизма, светской духовности, представляющий собой процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего ради достижения поставленной цели.

2. ПМП является частью современной культуры. Это молодая область культуры, происходящая из Западной Европы и в настоящее время развивающаяся на всех континентах, в большинстве стран мира.

3. ПМП занимается человеком, группой, обществом в целом. В том числе, самой важной группой в нашей жизни – семьей. Психотерапия объявляет человека и семью главной ценностью мироздания и всеобщим эталоном.

4. Методы (модальности) психотерапии весьма многообразны. Их численность измеряется десятками, сотнями и даже тысячами. Постоянно предлагаются новые методы, тогда как действующие могут уходить в историю. ПМП заимствует все лучшее у модальностей (методов) психотерапии, обязательно цитируя все заимствования

5. ПМП объясняет болезни, недостаточное или искаженное развитие, неполную самореализацию, отсутствие гармонии с собой и (или) миром в психологических, медицинских и духовных понятиях.

6. ПМП осуществляет лечение и предупреждение расстройств здоровья, недоразвития или неполной самореализации, достижения гармонии с собой и миром при помощи психологических, медицинских и духовных воздействий.

7. Психотерапевт в ПМП – профессионал, получивший специальную подготовку, аккредитацию в методе и принадлежащий к профессиональному сообществу. Психотерапевтическое образование состоит из теории и навыков, практики и личной терапии, познания границ собственной личности, супервизии на всех этапах. Именно профессиональное сообщество регулирует основные аспекты профессиональной жизни психотерапевта.

Механизмы, лежащие в основе терапии и развития клиентов и пациентов в полимодальной психотерапии. Механизмы, лежащие в основе терапии и развития клиентов и пациентов в ПМП, представлены в рамках четырехчастной биопсихосоциодуховной парадигмы понимания человека, группы, семьи, возможно общества в целом [3].

Первая часть в этой парадигме – биологическая. Это природная составляющая. В человеке она представлена телом. Тело требует внимания, за ним нужно ухаживать, оно растёт, развивается, болеет, стареет... И далеко не все болезни тела ограничиваются самим телом. Есть психосоматические расстройства, есть социальные заболевания. Да и заболевания тела протекают в зависимости от состояния других составляющих четырёхчастной парадигмы. Они очень зависят от психологического благополучия и психического состояния. Социальное самочувствие человека также влияет на его тело. И, конечно, духовное состояние во многом определяет наше биологическое благополучие. Смертность нашего тела воспринимается в качестве единственного препятствия на пути к нашему бессмертию. К счастью, продолжительность

жизни человеческого тела постоянно растет, и этот рост, особенно в развитых странах, будет только увеличиваться.

Вторая часть парадигмы – психологическая. Психологическая составляющая отвечает за наше психическое здоровье и психологическое благополучие. Мы располагаем интеллектом, социальным интеллектом, эмоциональным и адаптивным интеллектом. Ряд нарушений психологической составляющей проявляется через самочувствие нашего тела и его заболевания. Эти нарушения являются психосоматическими. И лечить важно как телесную, так и психологическую составляющую. Последние десятилетия характеризуются тем, что пространство психической патологии суживается, а пространство психической нормы — расширяется. Постоянно растет многообразие человеческих миров. В этой составляющей мы стремимся к психическому здоровью и психологическому благополучию.

Третья часть данной парадигмы – социальная. Мы живём в обществе. И, если в первые годы жизни человек лишён возможности постоянного общения с другими людьми, то он не развивается как человек. У него развивается только биологическая составляющая. Общество постоянно стимулирует, контролирует нас, порою навязывая свои правила. Воспитание, во многом, является социализацией, приобретением социальных норм, которым человек следует. У каждого из нас складывается и развивается социальный интеллект. В этой области есть социосоматические и социопсихические расстройства. Мы работаем и с социодуховными проблемами и нарушениями. А также есть социальное благополучие, к которому мы стремимся в течение всей нашей жизни.

Четвертая часть – духовная. Как и каждая из частей, она может быть по-разному развита. Наш духовный интеллект мы называем мудростью. Конечно, духовность – понятие и очень сложное, и очень субъективное одновременно. Вместе с тем, в нашей специальности мы изначально призваны иметь дело со сложными объектами и явлениями, поскольку самой областью нашей непосредственной профессиональной деятельности является сложный и субъективный внутренний мир человека. Поэтому, желаем мы того или нет, в работе с нашими клиентами и пациентами мы призваны учитывать их духовные запросы и потребности, всё больше заниматься их духовностью, а значит и нашей. Причем мы занимаемся светской духовностью, несущей в себе достижения культуры и науки. Не можем обойтись и без духовности конфессиональной, отраженной в больших религиях, ведь они являются достижением тысяч и тысяч самых больших мыслителей мира. Так автор разделяет и размышляет над идеями Русского космизма. И верует в божественность как макрокосмоса, так и микрокосмоса. Вечных, бесконечных и до конца непознаваемых. Мы смотрим в них, они смотрят в нас.

Духовная личность понимает смысл своей жизни и смысл смерти. Насколько они связаны и неразрывны. И принимает их без страха. Причём физическая, психологическая и социальная составляющие у такого человека развиты и находятся в гармонии как друг с другом, так и с высшей – духовной – составляющей личности. Духовность позволяет выйти за пределы ограничений, налагаемых параметрами других составляющих личности, например, физических – врождённые аномалии тела и физические увечья; психологических – неуверенность, страх, тревога; социальных – стремление к власти любой ценой или автоматическому подчинению, неоправданной пассивности и др. Человек духовный руководствуется целостной системой представлений о нашем мире и своём месте в мире. Человек с выраженным преобладаем иных уровней функционирования постоянно занят борьбой с дискомфортом, который приносит переживание неудовлетворенных потребностей. Отсюда все время такого человека посвящено удовлетворению потребностей или повышению уровня своей жизни и уровня комфорта в своей жизни. И каждое повышение уровня комфорта приносит ему лишь краткосрочную радость приобретения.

Когда же мы видим нашу жизнь в её большей части, или всю целиком, мы получаем удовольствие и радость не только от переживания физиологического комфорта удовлетворённого или подавленного желания, но и от выполнения своей миссии, от продвижения к поставленной цели. Физиологическое, психологическое и социальное удовлетворение гармонирует с духовным, что это обеспечивает целостный подход к личности, семье, группе, обществу в целом.

Структурирование процесса полимодальной психотерапии, этапы. Структурирование процесса ПМП предполагает интеграцию нескольких психотерапевтических подходов и подбор индивидуальной стратегии терапевтического воздействия под каждого клиента и ситуацию. Это позволяет адаптировать работу к конкретным потребностям человека, комбинировать инструменты из разных психотерапевтических и психологических школ и методологий.

Структурирование процесса может включать этапы, использование определённых методов и роль психотерапевта.

В полимодальной психотерапии мы основываемся на подходах Транзактного Анализа Восточной Версии [3; 5; 6] и клинической психотерапии (в Справочнике они представлены отдельными статьями). Это базовые модальности. В каждом из этих подходов разработаны и применяются свои теоретические, концептуальные и методологические построения, технологии работы с клиентами и пациентами.

Однако существуют универсальные этапы структурирования процесса ПМП (универсальный протокол) [1]:

Этап 1. Установление терапевтического контакта. Терапевт создаёт альянс с клиентом, выясняет его запрос, заключает устный или письменный терапевтический договор.

Этап 2. Диагностический этап. Определяются психотерапевтические мишени разного уровня: актуальные для клиента проблемы, специфические мишени (оценка био-психо-социо-духовного статуса) и универсальные мишени (исследование качественных характеристик психического здоровья).

Этап 3. Определение терапевтической стратегии. Генерируются и обсуждаются с клиентом гипотетические варианты реализации психотерапевтической стратегии, оформляется проект терапии – индивидуальная психотерапевтическая стратегия (программа).

Этап 4. Реализация избранного проекта терапии. Используются основные психотехнические блоки полимодальной психотерапии: ресурсо-ориентированный, коррекция эмоционального опыта, расширение когнтивного репертуара и другие.

Этап 5. Оценка достигнутого результата. Оценивается терапевтическая динамика и результат психотерапевтической сессии, проекта психотерапии в целом.

Этап 6. Завершение психотерапии. Укрепляется проекция конструктивного результата в будущем, обсуждаются, по желанию клиента, возможности по дальнейшему сотрудничеству.

Технологии и техники полимодальной психотерапии. На первой встрече с клиентом мы строим терапевтический контакт и приступаем к созданию терапевтического альянса. Здесь используются технологии присоединения или подстройки. Другие технологии психотерапевтического интервью. Выясняется запрос или запросы клиента. Заключается устный или письменный терапевтический договор.

На каждой встрече мы даем клиенту домашнее задание и каждую следующую встречу начинаем с обсуждения его выполнения.

Обучив клиента практике саморегуляции «Океан», просим выполнять практику не менее двух раз в день. Это приводит к тому, что каждый день наш клиент находится в терапии.

Конечным этапом ПМП является достижение клиентом базового состояния счастья и пребывание в нем в течение максимально длительного времени.

Терапевтические контракты [3]. Когда впервые встречаются два незнакомца — клиент и терапевт, у каждого существуют определенные намерения. Клиент проверяет навыки терапевта, тестируя его на профессионализм и на роли в своем сценарии. Клиент обычно имеет желание на изменение, одновременно стараясь оставаться в рамках своего сценария, не изменяясь, а иногда даже усиливая его. Он приглашает терапевта принять участие в этом сложном процессе. Опытный терапевт на

этом этапе взаимодействия скорее разовьет интерес к изменению, нежели погасит его. Эти две фазы контракта (намерения и взаимный интерес) можно описать как установление контакта между клиентом и терапевтом.

При проведении терапии существуют два обязательных договора: лечебный (клинический, терапевтический) и организационный (административный, деловой, или бизнес-контракт).

Деловой договор представляет собой соглашение между терапевтом и клиентом относительно платы, организационных вопросов их совместной деятельности (где, как часто и какая продолжительность встреч).

В лечебном контракте клиент четко определяет, каких изменений он желает добиться и указывает, что он планирует сделать для их достижения. Терапевт выражает готовность работать с клиентом для достижения поставленных целей и определяет свой вклад в этот процесс.

С учетом того, что запрос клиента ко второй встрече может измениться и часто меняется, договор может быть перезаключен. В ПМП мы предпочитаем работать короткими договорами. Закрыв уже выполненный договор, можем заключать следующий.

Интервью в ПМП [3]. Психотерапевтическое интервью – базовый инструмент ПМП. Интервью в психотерапии – это, прежде всего, метод взаимодействия, часто основной набор технологий полимодальной психотерапии. Даже занимаясь диагностикой, мы, прежде всего, интересуемся внутренним, субъективным миром пациента. И основной, главный результат интервью состоит в его терапевтическом эффекте, в разрешении проблем и улучшении состояния пациента, уменьшении его страданий. Интервью проводится на каждой встрече.

Технология присоединения, подстройки. Каждая встреча начинается с присоединения, подстройки между терапевтом и клиентом. Зеркаля клиента, терапевт подстраивается к позе, дыханию, мимике, пантомимике, громкости и тембру голоса, лексике клиента. Осознав подстройку и проведя её проверку, ведет клиента к оптимальному терапевтическому альянсу.

Технология слушания. Мы располагаем клиента в пространстве нашего кабинета, чтобы ему было комфортно. И сообщаем, что слушаем его, наблюдая за мимикой, пантомимикой, лексикой.

Задавание вопросов. Важно, чтобы вопросов было как можно меньше. Выделяются открытые, полузакрытые, закрытые вопросы, вопросы-меню, вопросы-фильтры, круговые вопросы. Сначала мы работаем открытыми вопросами, затем переходим к полузакрытым, потом, если клиент не слишком разговорчив, переходим к вопросам-меню, вопросам-фильтрам. Закрытые вопросы – часто альтернативные (да-нет). Круговые вопросы.

Технология молчания. Очень важная технология. Это технология, когда одновременно слушают оба участника беседы. В интервью тишина и молчание всегда наполнены смыслом. В это время никто не отвлекает партнеров от возможностей почувствовать друг друга, осмыслить происходящее. Тишина и молчание во время начала, середины и окончания беседы могут иметь разный смысл и значение. Важно отметить, что собеседник, прерывающий молчание, берет на себя ответственность за заполнение тишины словами.

Отражение чувств. Интенсивно переживаемые чувства взрывают и дезорганизуют весь внутренний мир, не давая полноценно функционировать во внешнем мире. Поэтому одна из важнейших целей интервью — помочь собеседнику выразить негативные чувства, отреагировать их. Мы сами маркируем эти чувства, в мире нет ничего положительного и отрицательного. Это все просто происходит. Мы же говорим, что есть слезы горя, слезы радости.

Технология самораскрытия. Возможно использование вашего самораскрытия со свойственной вам эмоциональностью, искренностью, спонтанностью. Раскрытие вашего опыта и чувств увеличивает доверие, способствует эмоциональному самовыражению собеседника.

Косвенные сообщения. Данная сборная техника включает в себя и рассказывание историй, и использование метафор, и вставленные в текст сообщения. Косвенные сообщения направлены на обнаружение и активизацию ресурсов, на активизацию трансовых состояний, на проецирование пациентом на них своих переживаний, в том числе нераскрытых и даже неосознаваемых.

Технологии работы с проблемами **[**3**].**

Технологии интериоризации проблемы. В начале работы очень важно использовать технику интериоризации проблемы — сведение проблемы к внутриличностной. Иногда можно просто просить вместо «мы» использовать местоимение «я». «Мы такие пассивные, но я не пассивный». За расширением проблемы за пределы личности люди часто прячутся. Сводя проблему к внутриличностной, мы показываем собеседнику, подводим его к пониманию того, что развитие и закрепление проблемы и выход из неё зависит только от него, а не от социальных, исторических и других внешних факторов среды и общества. Просим пациента заменять «мы», «наши», но «я», «моё». При самом разделении внешней и внутренней реальности человек чаще всего предпринимает поиск активного выхода из проблемной ситуации.

Противоположной по содержанию техникой является отделение проблемы от личности собеседника. Мы показываем чуждость и чужеродность для него данной проблемы. Это чужая проблема, и отторжение не приведёт к каким-то потерям, но явятся лишь приобретением.

Упрощение проблемы. Часто бывает важно взглянуть на проблему максимально просто, выделить содержательное ядро, отбросить всё элективное, второстепенное, необязательное. Тогда собеседник осознает, понимает и чувствует, что проблема не столь глобальная, и даже не столь значительна, как это раньше представлялось.

Доведение проблемы до ее завершения. Этот подход состоит в том, что в воображении собеседника проигрываются различные варианты разрешения проблемы путём ее доведения до полного завершения.

Доведение проблемы до абсурда. Важно показать проблему как нелепую, а действия людей — как вызывающие смех. Так, чтобы собеседник сам начал смеяться над ней и над собой.

И ещё много технологий интервью избирательно используются при каждой встрече с клиентом или пациентом.

Дополнительно структурировать наши взаимодействия позволяют разработанные нами терапевтические опросники. Для формализации результатов и оценки динамики состояния мы применяем семибалльную шкалу обработки полученных результатов. Из арсенала опросников можно назвать: опросник самооценки, скрининг состояния счастья, опросник пути к счастью.

Широко применяя практику саморегуляции «Океан», мы используем множество ее вариантов как с целями релаксации, так и для тонизации. Основная ступень практики состоит из дыхательных упражнений, заимствованных нами в Индии и русифицированных, медитативное или тонизирующее погружение в глубину нашего сознания, произнесение лечебных или профилактических формул. На высшей терапевтической ступени добавляется современный гипноз.

Конечные цели воздействия в полимодальной психотерапии. Метод ориентируется на запросы клиентов и пациентов, является договорным методом. Следовательно, целью терапии является разрешение обозначенных проблем, достижение поставленных целей в разрешении проблем, лечении и развитии человека, группы, семьи, возможно общества в целом. Генеральной целью работы является помощь в достижении и постоянном пребывании в базовом состоянии счастья [3].

Литература

1. Катков А.Л. Полимодальная экспресс-психотерапия. – Екатеринбург: Издательские решения, 2023. – 306 с.

2. Макаров В.В. Введение в полимодальную психотерапию // Сетевое научно-практическое издание "Антология российской психотерапии и психологии". – Выпуск 12. II Всемирный конгресс русскоязычных психотерапевтов и психологов, Москва и онлайн, 02-06 ноября, 2023. – 2023 – с. 15-18

3. Макаров В.В. Полимодальная психотерапия // Сайт Первого университета [Электронный ресурс]. – URL https://firstpsy.ru/stati/chto-takoe-polimodalnaya-psihoterapiya.html (дата обращения 25.08.2025).

4. Макаров В.В. Психотерапия: избранные лекции по полимодальной психотерапии – М.: Институт консультирования и системных решений, 2024. – 316 с.

5. Макаров В.В., Макарова Г.А. Сценарии персонального будущего, или Самореализуемые пророчества (издание 3-е, переработанное и дополненное). – М.: ИД «Городец», 2020. – 408 с.

6. Макаров В.В., Макарова Г.А. Сценарии персонального будущего. – 2-е изд. – М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2013. – 383 с. – (Психотерапевтические технологии под ред. проф. В.В. Макарова).

7. Makarova E. Die Methodologie der polymodalen Psychotherapie. Grundorientierungen, theoretische Hauptkonstrukte und Techniken. – Saarbruecken, Deutschland: AV AkademikerVerlag, 2014. – 140 p.

Сенникова Маргарита Николаевна

ПСИХОДРАМА

Определение и характеристика психодрамы. ***Психодрама*** – это метод групповой психотерапии, предполагающий использование театрализованной (драматической) импровизации для исследования клиентом своего внутреннего мира, развития творческого потенциала и на этой основе продуктивного изменения отношения к бытию в различных его ипостасях (включая самоотношение) и расширения адекватного поведения и взаимодействия [1].

Психодрама, как групповой психотерапевтический метод, был создан врачом-психиатром Якобом Леви Морено (1889-1974). В первую очередь история психодрамы связана с личностью ее создателя и всем своеобразием личности и жизненного пути Морено, с которой можно ознакомиться в книге Р.Ф. Марино и расширить понимание созданных им теорий и методов [6].

Единого определения психодрамы не существует: во-первых, в силу множественности толкования терминов, входящих в категориальный аппарат теории метода; во-вторых, сам Я. Морено рассматривал психодраму не только как психотерапевтический метод, но и как теологию, форму искусства, науку и философию жизни, привнося непоследовательность. В-третьих, терапевтическая система Я. Морено включает в себя триединство социометрии, групповой психотерапии и психодрамы, и встает вопрос, возможно ли рассматривать психодраму отдельно от первых двух [1].

Сам автор метода давал следующее определение: «Групповая терапия, – пишет Я. Морено, имея в виду, прежде всего, психодраму, –это метод, предохраняющий и стимулирующий механизмы саморегуляции естественной группы за счет использования одного человека в качестве терапевтического агента для другого» [5, с. 59].

Концептуально психодрама опирается на идею действия (Я. Морено, Г. Лейтц, Д. Киппер, П. Холмс, А. Шутценбернер и др. [3; 5; 7; 11;13]).

В настоящее время психодрама, как психотерапевтический метод, нашла свое признание и развитие во всем мире, и доказала свою технологичность как метода психотерапии, объединяя в себе базовые, структурированные и вариативные техники, включающие большой диапазон инструментов для работы, включая работу с клиническими случаями. Многообразие разработанных и модифицированных техник дает возможность использовать метод психодрамы в широком спектре психологической практики: в групповой психотерапии, в бизнес консультировании и коучинге, образовании, семейном консультировании и

консультировании по вопросам воспитания, и не ограничивается только на перечисленном.

Противопоказаний к применению психодрамы нет, метод применим, в том числе, в работе с тяжелыми личностными расстройствами, что подтверждает опыт работы зарубежных коллег, описанный Р. Крюгером в его труде «Лечение психодрамой: теория и практика» и С. Хинермейер в книге «Психодрама. Психотерапия расстройств личности» [4; 10].

Психодрама последних 10-15 лет активно внедряется и адаптируется под формат индивидуального консультирования и психотерапии, и имеет название «монодрама». Подробнее об эволюции метода и организации исцеляющей встречи с психодрамой в индивидуальной работе можно ознакомиться через исследования Б. Эрлахер-Фаркас и К. Йорда «Монодрама: Исцеляющая встреча. От психодрамы к индивидуальной терапии» [14]. А также в описаниях практики психодраматической психотерапии в индивидуальном порядке специалистов Лондонского центра психодрамы в книге А. Чеснер «Психодрама на двоих. Практическое руководство» [12].

В Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге модальность «Психодрама» была зарегистрирована в 2005 году, и в настоящее время объединяет коллег из самых разных уголков России.

Психологические механизмы личностных изменений в психодраме. Теоретико-методологической базой метода и понимания психологических механизмов личностных изменений в психодраме являются три взаимосвязанные и неразделимые между собой концепции Я. Морено: теория ролей, теория спонтанности (и процессов катарсиса) и социометрия [2; 5; 7].

Теория ролей. Роль – это единица консервированного (фиксированного) поведения, синтетический опыт, складывающийся из частных и социокультурных элементов, форма функционирования человека, которая разворачивается во взаимодействии в определенный момент времени в определенной ситуации. Традиционно выделяют первичные ролевые кластеры: соматические (принимающий пищу), психические (наслаждающего пищей), социальные (обжора) и трансцендентные (интегративные, введенные Г. Лейтц, соотносящие с высшими аспектами бытия). Теория ролей включает теорию ролевого развития и прохождения личности трех стадий развития личности: стадия «первой вселенной», «второй вселенной» и «третьей вселенной» (также выделенная Г. Лейтц). Согласно ключевой идее психодрамы, вариативность проживаемых ролей (ролевой репертуар) и согласованность интраролевых / интерролевых и интраперсональных / интерперсональных ролевых класстеров является фундаментом психологического здоровья и благополучия, центральным механизмом личностных изменений [5].

Теория спонтанности. Спонтанность, по Я. Морено, не накапливается и не сохраняется; определяется как адекватная реакция на новые условия или новая реакция на старые; как некоторые самопроизвольный акт, некоторый энергетический импульс, определяющий направление и специфику возможного поведения; акт самопроизвольности, выходящий или подавляемый, попеременно приводящий к адекватным решениям (разумная интеграция) и неадекватным решениям (невроз креативности).

Спонтанность – это внутреннее состояние, воспринимаемое субъектом как автономное и свободное от любого внешнего и внутреннего воздействия, неподдающееся никакому влиянию [9, с. 178]. Но это не значит, что спонтанность – это отсутствие контроля, необдуманность, некоторая рефлекторная дуга или беспорядочность, это не побуждение «делать не важно что, неважно когда, где угодно, как угодно и неважно с кем» [13, с 42].

Таким образом, еще одним механизмом личностных изменений, является высвобождение и контроль спонтанности, которым можно научиться при помощи психодраматических техник, речь о которых пойдет ниже.

Социометрия. Группа, согласно Я. Морено, представляет собой открытую систему, то есть живой, постоянно изменяющийся организм [6]. Чтобы понять, что в данный момент происходит в группе, Я. Морено разработал и использовал измерительный инструмент – социометрию. Социометрия – это эмпирическое учение Я. Морено о социоэмоциональных отношениях, истоки которого коренятся в изучении и описании опыта взаимодействия с беженцами в конце Первой мировой войны. Красной линией подхода – это изучение двух основных сил, действующих в отношениях между людьми: притяжение (выбор) и отвержение, проявляющиеся как симпатия и антипатия.

Морено был разработан социометрический тест, который должен быть использован на предварительном этапе любой терапевтической работы, чтобы последняя была наиболее эффективной. По определению А.А. Шутценбергер, социометрию можно назвать главной диагностической составляющей триадической системы, а «социометрический тест – это измерение конфликта между реальной позицией индивида внутри группы и позицией, проистекающей из его выборов» [9, с. 308].

В тоже время социометрическая процедура может быть: непосредственной частью терапевтического процесса, активизируя чувства участников группы; может выступать фундаментом действия (например, в социодраме); а также выполнять функции техники (например, построение «социального атома» или «социограммы»).

В своем простейшем виде социометрия выглядит следующим образом: участникам группы предлагают задуматься, кто из членов группы соответствует определенному критерию, и сделать выбор, подойдя к этому человеку и положив ему руку на плечо. В результате отчетливо виден «рисунок» группы, по которому можно определить, кто какое место в группе занимает по заданному критерию. Видны «звезды притяжения» – люди, с которыми очень многие хотели бы провести время, «звезды отвержения» - те, с кем никто не хочет знаться, взаимные положительные и отрицательные выборы, разбиение группы на подгруппы и т.д. Умело подбирая критерий, можно влиять на ситуацию в группе.

Упомянутые социоэмоциональные силы (притяжение и отвержение) приводятся в действие отношениям трех типов: перенос, вчувствование и теле, подробно о которых можно изучить в трудах ученицы Я. Морено Г. Лёйтц [5].

Т.о. третьим центральным механизмом личностных изменений в психодраме является получение опыта жизни в групповых процессах, организованных специальным образом, в которых разворачиваются психодраматические действия, стержнем которых выступает ролевая игра, обогащающая ролевой репертуар и создающая условия для творческого «выхода из ролевых консервов», активизации спонтанности и проживания катарсиса в действии.

Основные элементы и этапы (фазы) психодрамы. В классической психодраме Я. Морено выделяют пять основных элементов: *протагонист*, *ведущий*, *вспомогательное «Я»*, *зрители* и *сцена*. А также взаимосвязанные с ними этапы (фазы) психодрамы. Рассмотрим их [1; 2; 5; 8; 13].

Протагонист – член группы, который на конкретной групповой встрече (занятии) выступает главным действующим лицом, центральным субъектом психодраматического действия. Проживая разнообразные сцены (интерпсихические и интрапсихические) своей жизни в формате «здесь-и-теперь», он получает возможность изменить свое понимание ситуации, отношений и форм взаимодействия. Протагонист самостоятельно выбирает участников из группы на роли, появляющиеся в процессе создание психодраматического пространства игры, а ведущий помогает ему за счет специального инструментария (техник психодрамы также представлены ниже).

Ведущий **–** руководитель конкретной группы, организующий ее деятельность, в которую входят задачи обеспечения безопасности, активизации действия за счет соблюдения этапов психодраматического действия (разогрев, само действие и шеринг, иногда процесс-анализ в учебных психодраматических группах), направление процесса и создание условий для постановки индивидуальной драмы или группового действия (например, структурированного упражнения, или психодрамы,

ориентирвоанной на группу или тему). Иногда ведущих может быть двое (со-ведущий).

Вспомогательное «Я», или можно встретить второе название, «акзилари» – это участники группы, которые играют роли в работе протагониста. Согласно Г. Лейтц, у вспомогательного «Я» три основные задачи. Во-первых, посредническая между ведущим и протагонистом. Во-вторых, изображение реальных людей из жизни протагониста или воображаемых, благодаря чему появляется возможность «отловить проекции и переносы». В-третьих, они выполняют социотерапевтическую функцию, прицельно разворачиваемая на этапе возвращения чувств протагонисту во время шеринга [1].

Зрители – члены группового процесса, которые не задействованы непосредственно в психодраматическом действии (не получившие роль или отказавшиеся от нее, что вполне допустимо в психодраме). Обычно они находятся за пределами сцены, однако иногда, определенные задачи психодраматической игры допускают спонтанное участие зрителей в происходящем на сцене. Например, когда протагонист попадает в «тупик и не видит решений», зрители могут спонтанно «накидать решений», или ведущий, при договоренности с протагонистом, может попросить подублировать последнего (о технике дублирования написано в разделе «Основные техники психодрамы).

Сцена – это пространство психодраматического действия. Есть несколько вариантов ее создания: самый простой, когда драма (большое психодраматическое действие продолжительностью около 1,5 часов) или виньетка (короткое действие в «один акт» около 20-30 минут) возникает прямо внутри группового круга с условным обозначением границ; более усложненный, когда протагонист целенаправленно выбирает «место для сцены» и создает ее с использованием всего имеющего инструментария, доступного в пространстве помещения. В своей первоначальной «мореновской природе» сцена терапевтического театра в Биконе представляла собой трёхъярусную конструкцию округлой формы, которую ведущий вместе с протагонистом проходил в зависимости от этапов работы, фазы психодраматического, к описанию которых мы переходим.

Классическая психодраматическая сессия включает в себя ряд этапов (фаз): *разогрев*, собственно *работу с протагонисто*м (клиентскую драму) и *шеринг* (от англ. to share – делиться, обмениваться чувствами). Я. Морено говорил также о четвертой фазе – *анализе*, который предполагает добавление к шерингу интерпретаций, обсуждения точности ролевой игры и другие задачи познания. В современных образовательных стандартах обучения психодраме *процесс-анализ* является неотъемлемым этапом, предполагающим анализ хода терапевтического процесса, действий ведущего, групповые интервенции и их эффективность, обсуждение вариантов решений ведущего и многое другое.

Разогрев выполняет множество задач и видов, а также имеет три формы (разогрев ведущего, разогрев группы и разогрев протагониста). Без разогрева невозможно (неэффективно) переходить к действию - это все равно, что броситься бежать марафон без должной подготовки.

Среди основных видов разогрева выделяют управляемые и условно-управляемые разогревы [9]. В условно-управляемых разогревах ведущий более пассивен, скорее в роли наблюдающего, фиксирующего происходящие процессы в группе целом, и с ее участниками, в частности. Например, когда один участник задает тему для обсуждения, остальные подхватывает, а задача ведущего поддерживать активность участников и «текучесть процесса».

Управляемые разогревы носят бо̲льшую директивность и запланированность, и делятся на *двигательные* (разогрев деятельностью, невербальные, игровые, энергетические), *имажитивные* (медитативные), *вербальные* и *комбинированные*.

Разогрев ведущего направлен на увеличение его эмоционального вовлечения в работу с протагонистом. *Разогрев группы* ставит задачи облегчения вхождения в групповые процессы и в психодраматическое действия потенциальных вспомогательных «Я». *Разогрев протагониста* выполняет прямую задачи выявления главного действующего лица.

Драма (психодраматическое действие) обычно начинается с выбора протагониста (например, через социометрический выбор, когда желающие быть протагонистом озвучивают свою тему, а остальные участники группы «выбирают ногами», буквально подходя и вставая сзади конкретного человека). Далее происходит определение пространства для игры, с дальнейшим уточнение темы (запроса) у протагониста, фокусировка и перевод сказанного в фокусированную проблему, с дальнейшим заключением контракта, нацеленного на работу с ключевым конфликтом. В дальнейшем протагонист играет сцену за сценой с помощью участников группы, драматически проигрывая волнующую его ситуацию. Сначала протагонист выбирает из участников группы того, кто будет играть его самого в тех случаях, когда он сам будет в другой роли (т.н. *дубль*). Затем – выбираются участники на роли важных для его жизненной ситуации персонажей (это могут быть как реальные люди, так и его фантазии, мысли и чувства). Формы разыгрывания варьируются от буквального воспроизведения реальных событий до постановки символических сцен, никогда не имевших места в реальности. Чаще всего, в полномасштабной драме первая цена порождает глубокие чувства и переживания, в ходе чего происходит постановка последующих сцен более раннего периода, вплоть до сцен, оказавших фундаментальное влияние на формирование личности. Такие сцены принято называть в психодраме «*базовыми*».

Психодраматическое действие – это не четко описанная схема, хотя и включает в себя некоторую описанную выше последовательность. Много зависит от личности ведущего, протагониста, задач группы и ее участников.

Психодрама направлена на проживание нового и важного для человека опыта непосредственно в психодраматической группе. Это может быть новый опыт взаимодействия с другими людьми, а может быть новый опыт устройства своего внутреннего мира, т.е. взаимодействия с самим собой. Реалистичность психодрамы заключается в следующем. Когда человек проигрывает в психодраме ситуацию своей жизни или своего внутреннего мира, он погружается в реальные чувства, характерные для этой ситуации. И когда в психодраме он эту ситуацию разрешает, это разрешение становится его новым опытом действия в такой ситуации.

На сцену выносится пережитое в прошлом, ожидаемое в будущем, события настоящего, насыщенные конфликтным содержанием фантазии, мечты, сны, идеи (acting out). Эти действия способствуют осознанию и преодолению (переживанию) конфликта.

Не только главное действующее лицо (протагонист), но и его партнеры по игре ("вспомогательные Я"), а также другие члены группы приобретают новый личностный опыт, который способствует развитию спонтанности и креативности.

Шеринг – завершающая стадия психодраматического действия, «*непосредственное постпсиходраматическое сопереживание с* протагонистом» [5]. Неотъемлемый бесценный этап психодраматического процесса, на котором происходит разделение чувств и переживаний, ассоциаций и воспоминаний, возникших во время драмы.

Шеринг выполняет 6 основных задач [3; 8]. Во-первых, возвращения протагониста в пространство групповых отношений. Во-вторых, включение в процесс обмена чувствами и эмоциональной разделенности с другими. В-третьих, групповая поддержка и эмоциональная стабилизация. В-четвертых, создание более объемной картинки проблемы протагониста во время получения обратной связи от участников. В-пятых, децентрация протагониста, актуализация сочувствия другим и сопричастности. В-шестых, отреагирование чувств, актуализирующиеся во время драмы.

Также важно разделить шеринг из ролей (осуществляется вспомогательными «Я»), и шеринг «от себя» (могут участвовать и участники, играющие роли, и зрители).

Основные техники психодрамы, их краткое описание. Основные техники психодрамы разнообразны. Существует множество подходов и оснований для их классификации.

Классическая психодрамы Я. Морено выделяет три основные техники: ***дублирование, зеркало*** и ***обмен ролями*** [5; 8; 13].

Дублирование, как попытка словесного выражения состояния протагониста другим человеком, предполагает присоединение на некоторое время к состояниям протагониста кем-то из участников группы, выполняя функция alter ego, с целью оказания помощи в выражении чувств, состояний, мыслей и действий, способствую продвижению драматического процесса. При этом протагонист всегда вправе принять или отвергнуть предложенное, но даже отвергнутые дубли, зачастую, оказывают положительный эффект, уточняя и «отсекая лишнее». В роли дубля может выступать специально назначенный участник группы, выбираемый протагонистом, ведущий, или любой другой участник группы, включая зрителей. Процессу присоединения способствует и буквальное копирование телесных движений протагониста. Дубль располагается чуть сзади протагониста слева или справа, играя роль «внутреннего голоса».

Техника «зеркало» **–** это пространство наблюдений, рефлексии и анализа. Для ее осуществления протагонист выходит за пределы ранее построенной сцены, определяемой до начала психодраматической игры или прямо во время нее, и берет функцию наблюдателя за сценой, в то время как все участники действия разыгрывают ее вновь или ее ключевую часть. Это техника позволяет предотвратить попадание в аффект протагониста, если его состояния начинает становится небезопасным (например, диссоциативные процессы), а также позволяет более объективно отнестись к своей позиции в межличностном взаимодействии и увидеть разыгрываемую ситуацию более объемно, многомерно, реалистичнее.

Обмен ролями является центральной техникой, на которой строится вся психодраматическая игра, внутри которой разворачивается «встреча» в ее глобальном *мореновском* понимании. Во время обмена ролями протагонист берет на себя роль вспомогательного «Я» (реального или воображаемого человека, или чувства), что служит задачам децентрации, проживанию чувств введенного персонажа «изнутри», и увидеть собственную реакцию на него из роли «другого», пока дубль играет роль его самого. Подобный обмен осуществляется многократно, каждый раз при обмене наполняя и углубляя роль, активизируя спонтанность, чтобы выходить из привычных (ригидных, автоматизированных) форм реагирования.

В более поздних трудах последователей и психотерапевтических практиков можно встретить следующие добавления в спектр психодраматических техник: самопредставление, монолог, реплика в сторону, техника пустого стула, хор, шаг в будущее (футуропрактика, которую активно развивал Н.Б. Долгополов), возврат времени, сновидения, психодраматический шок, гипнодрама [1].

Позитивные личностные изменения, происходящие в результате психотерапевтического воздействия посредством психодрамы. Работа в психодраматической группе способствует развитию ролевого репертуара, восстановлению дефицитарных ролей, развитию спонтанности через проигрывание различных ролей и катарсис. Осваивая и проживая недостающие роли в группе, ее участник может «достроить» недостающее и несформированное в процессе индивидуального развития. Именно этот феномен позволил рассматривать психодраматические группы, как терапевтические. Г. Лейтц подчеркивает, что с помощью социометрии и психодрамы сообщество преобразовалось в психотерапевтическое [5].

Ролевая психотерапия, используя игровые моменты и символику роли, призвана отрегулировать процессы неадекватной реализации способности к творчеству. Успешная интеграция личности приводит к гармонизации ее отношений с собой и другими за счет адекватного ролевого поведения [1].

Участие в психодраматических группах и благодаря психодраматерапии повышается индекс психического здоровья, в его полном, экзистенциальном, смысле. Увеличивается доступ к спонтанности, акты (действия) приобретают большую креативность, увеличивается адекватность реагирования на ситуацию, развивается способность к выработке новых адекватных средств реагирования. Меняются показатели богатства и гармоничности (комплиментрарности) ролевого репертуара, адекватности восприятия себя, других и отношения к себе со стороны других, взаимодействия с другими на основе вчувствования (эмпатии) и теле.

Литература

1. Долгополов Н.Б., Палачева Е.С. Методические основания психодрамы. Учебно-методические материалы. Выпуск 2. – М.: ООО «НИПКЦ Восход-А, 2104. – 92 с.

2. Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: анализ терапевтических механизмов. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 240 с.

3. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. – М.: Независимая фирма «Класс», 1993. – 224 с.

4. Крюгер Р. Лечение психодрамой / Пер. с нем. М. Бушуева и И. Аношиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2022. – 736 с.

5. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 352 с.

6. Марино Р.Ф. История доктора: Джей Л. Морено – создатель психодрамы, социометрии и групповой психотерапии. / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 224 с.

7. Морено Я. Психодрама. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 528 с.
8. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 1998. – 373 с.
9. Семенов А.А., Бесчетная С.Н. Психодрама – действие души. – Ростов-на-Дону: ООО «Мини-Тайп», 2021. – 581 с.
10. Хинтермейер С. Психодрама. Психотерапия расстройств личности. – Х.: изд-во «гуманитарный Центр», 2020. – 312 с.
11. Холм П. Внутренний мир стануржи: Теория объектных отношений и психодрама. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 288 с.
12. Чеснер А. Психодрама на двоих. Практическое руководство. – М.: Независимая фирма «Класс», 2021. – 270 с.
13. Шутценбергер А.А. Психодрама – М.: Психотерапия, 2007 – 448 с.
14. Эрлахер-Фаркас Б, Йорда К. Монодрама. Исцеляющая встреча. От психодрамы к индивидуальной терапии. – К.: Ника-центр, 2004 – 292 с.

Ермошин Андрей Федорович

ПСИХОКАТАЛИЗ

Психокатализ (далее – ПК) – это метод осознанной регуляции психических процессов и восстановления эффективной саморегуляции организма через погружение внимания человека в телесные и пространственные ощущения, позволяющий регулировать процессы не только на уровне интеллекта, но и на уровне вегетативной нервной системы и иммунитета.

Метод развивался в клинической традиции психотерапии (далее ПТ), в которой, по выражению С.И. Консторума [10], «клиника движет психотерапевтом», то есть общение с пациентом рождает метод. ПК стал результатом углубления и обновления трех основных направлений работы: гипнотерапии, аутогенной тренировки и рациональной ПТ.

На месте гипноза в ПК – вводящие в транс вопросы о месте расположения сигналов, которые определяют актуальное состояние пациента. На месте аутотренинга – наблюдение за обновлением состояния после прохождения фазы диагностики и оценки состояния. На месте рациональной ПТ – собирание опыта, полезного для последующей, посткризисной жизни, и сопровождение его глубже в организм «на правильные места».

Историческая справка. Автором метода является А.Ф. Ермошин. Метод активно формировался с 1986 года по 1991 год. С 1991 года используется в своем теперешнем виде. Первая публикация о методе относится к 1996 году. В 1999 году вышла первым изданием книга «Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями» [2], где изложена методология работы с многочисленными примерами ее применения. С 2002 года психокатализ признан Комитетом направлений и методов (модальностей) психотерапии ОППЛ как оригинальный метод психотерапии.

С 2001 года ведется подготовка специалистов по методу на курсах по соматопсихологии и психокатализу в России и за рубежом очно и онлайн.

Автором осуществлены публикации о методе в отечественных и зарубежных изданиях, в том числе серия статей на английском языке. Выпущены еще 6 книг [3-8], описывающих различные приложения метода, серия детских книг для профилактики психических и соматических расстройств у детей [9]. Три книги переведены на английский язык.

Метод постоянно представлен на российских и международных конгрессах и конференциях.

Функционируют сайты psychocatalysis.ru, psychoscanner.com, ermoshin.ru, где доступна разносторонняя информация о методе.

Миссия метода: успокоение и расформирование стихийных, эволюционно-древних, недозированных, шаблонных психических реакций,

которые «всколыхнулись» в стрессовых ситуациях и стали порождать проблемы в поведении человека, в его психосоматическом состоянии; выработка цивилизованных, мудрых, "взрослых", зрелых, эволюционно-новых, культурных, тонких, дифференцированных, осознанных реакций человека на события. Выращивание культурного, зрелого человека на основе расформирования *стихийного* и формирования *осознанного* поведения.

Задачи, решаемые ПК:

1. «Медицинская» часть работы: проработка последствий психического травмирования, уменьшение общего уровня напряженности, решение психосоматических проблем.

2. «Педагогическая» часть работы: помощь человеку в усвоении новых знаний, важных для формирования зрелого поведения, включая помощь в быстром усвоение иностранного языка.

3. «Духовная», «экзистенциальная» часть работы: помощь в самореализации человека как существа, наделенного уникальной идентичностью и реализующего собственный проект жизни в согласии с проектами жизни других существ.

Основные формы осуществления метода: индивидуальная ПТ, ПТ в группе, обучающие семинары, работа в режиме самопомощи.

Диапазон применения ПК. Метод предназначен для решения всего спектра ПТ задач: от быстрой проработки травм и напряжений, психосоматических расстройств, включая аллергии, зависимостей до повышения успешности человека в учёбе и самореализации.

Теоретические основы ПК. ПК рассматривает человека как биопсихосоциодуховную систему, что согласуется со взглядами В.В. Макарова [13]. В психокатализе находят свое развитие: а) эволюционный взгляд на человека; б) теория саморегуляции; в) наблюдения соматопсихологии.

В ПК находят применение идеи Э Кречмера [11], С. Порджеса [14] («поливагусная теория») о многоуровневости нервной системы и психики, о возможных соскоках человека на эволюционно древнее реагирование, а также учение о конституционально-генетических складах Э. Кречмера, М.Е. Бурно, которое указывает на характерологические риски у личностей разного природного склада. Работа основывается на поддержке природной способности организма и психики к саморегуляции и самоисцелению. Это соответствует и древнему: «Medicus curat natura sanat» («Врач лишь заботится, а исцеляет натура»).

Уровни сознания, которые вовлекаются в работу в ПК:

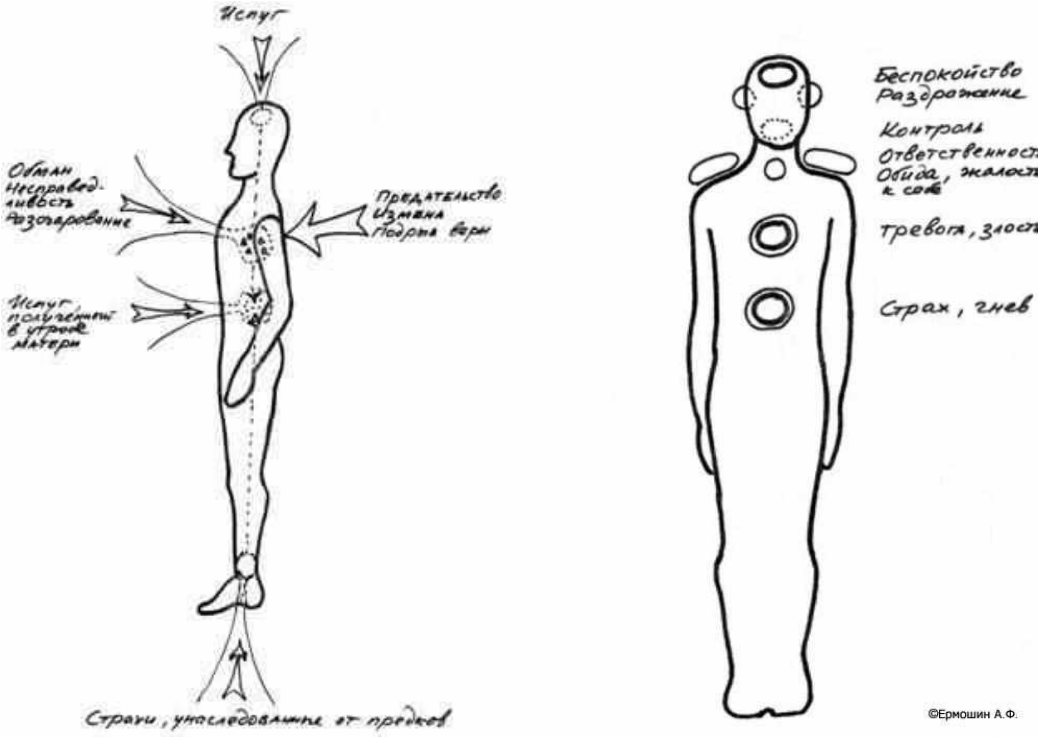
1) *неопсихика*: мозговое, головное, логическое и образное сознание; здесь, на уровне ума, человек оперирует текстами и образными рядами;

2) *палеопсихика*: ганглионарное, телесное, «вегетативное», *до-образное сознание*, базирующееся на ощущениях; здесь наблюдается движение потоков, субстанций, предметов, это полевое, пространственно организованное сознание;

3) *протопсихика*: уровень иммунной системы, память тканей и клеток, где выявляются остаточные впечатления от холода и жара, от факторов, вызывающих реакции иммунитета и др.

Знания об устройстве интрапсихического пространства, о направлениях движения сигналов, связанных с переживаниями разного рода, аккумулируются в соматопсихологии, топопсихологии, психологии пространства сознания, развиваемых автором.

По наблюдениям, сделанным в ПК, переживания состоят из «пар»: фактор, вызывающий реакцию организма, и собственно реакция организма. В ответ на ощущение недостаточной компетентности – неуверенность в себе; на нерешенную проблему – беспокойство; на неопределенность будущего – тревога; на испуг – страх; на докучливые нравоучения – раздражение; на разочарование, обман ожиданий – обида; на агрессию, оскорбление – злость, гнев; на предательство, измену – жажда мести, ревность и т. д. (Рисунки 1, 2)



Рисунки 1, 2. Направления ударов, получаемых при психическом травмировании и локализация реакций на них. «Соматопсихотерапевтическая карта».

Пространственный, «спациальный» подход в ПК дополняет временной, «темпоральный», представленный в других методах ПТ.

Особенность метода: сначала расформировываем старое, неадаптивное состояние, затем формируем новое, адаптивное. *Без выражения задержанных эмоций, без абреакции.* Более того, временная остановка выражения стихийно возникших реакций признается нормальной, служащей интересам жизни. Не все, что всколыхнулось, подлежит выражению. Есть возможность обратного развития симптомов, актуализации мудрости, а потом можно и выразиться.

Когда бы состояние ни возникло, существует оно сейчас; информационный след события, определяющего состояние человека, существует в определенном месте психического пространства. Психика в ПК проявляет себя как тело, как пространственный феномен. Образно говоря, гравитационное поле психики формирует каплю сознания, наделенную эластичной мембраной, подобно капле воды, и наполненную психической плазмой. В этой оболочке бывают вмятины, выбухания, падения тонуса и др.

Определение мест фиксации сигналов и выявление предметных характеристик ощущений с этим связанных, а также оценка влияния сложившегося состояния на жизнь человека, отзывание выполнивших свою функцию сигналы, ведёт к быстрому обновлению состояния.

Психологические механизмы психокатализа, лежащие в основе личностных изменений пациента. Погружение внимания во внутреннее пространство работает как замыкатель обратной связи с процессами, которые не регулируются без присутствия внимания. «Где внимание, там энергия, там идеи обновления». Движение по алгоритму с помощью вопросов позволяет структурировать, катализировать процесс обновления и «чудо сделать технологией». Феномены, спорадически наблюдаемые в медитативных практиках, в психокатализе становятся закономерным результатом правильно организованной работы внимания человека.

Ключевую роль играет «отзывание» без борьбы тех сигналов, которые вызвали сбой состояния и «приглашение» информации, которая будет помогать решать проблемы по-новому.

Технология психокатализа. Фазы работы в ПК включают: диагностику, оценку-решение, терапию.

Работа в ПК начинается с ***фазы диагностики.*** Тест «Конструктивный рисунок человека» [3, 12] как проекция самоощущения человека отражает дисбалансы и деформации поля его сознания (Рисунок 3).

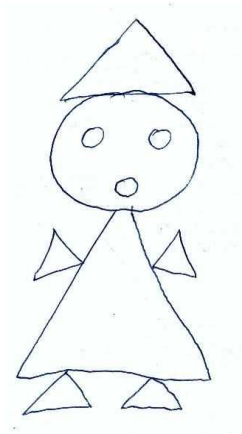


Рисунок 3. Пример рисунка человека, накопившего дисбалансы в состоянии, ведущие к «паническим атакам».

Ощущения человека – второй поставщик диагностических сведений.

Во внутреннем видении компоненты переживания предстают как «вещи в теле», объекты в психическом пространстве. Беспокойство во лбу как камень, раздражение в висках – как металлические шары, последствия разочарования – в груди как осколки стекла и т. п.

В ***фазе оценки*** – решения происходит главное: решается судьба возникшего нейро-соматического контура.

В ***терапевтической фазе*** поразившие тело сознания «предметы» уходят «туда, откуда пришли», а реактивные «комки», «камни» растворяются. За восстановлением целостности и сбалансированности следует этап наполнения организма новыми стратегиями решения проблем, и моделирование нового поведения.

Детали этой работы можно видеть в сводном алгоритме, приводимом ниже.

Базовые техники, используемые в психокатализе. Задача обновления состояния решается в ПК через маленькие действия, каждое из которых осуществить нетрудно.

Фазы и этапы психокатализа	**Направленность фаз и этапов психокатализа**	**Осуществляемые действия на различных этапах психокатализа**
1.1. Диагностическая фаза	Определяем мотив для работы с помощью теста «Конструктивный рисунок человека». Диагностируем ощущения, связанные с переживаниями, уточняем их локализацию в организме.	*1. Нарисуйте человека из элементов прямоугольной, треугольной и округлой формы, общее количество элементов в фигурке – 10. Подпишите возраст персонажа.* *2. Происходило ли что-то особенное в вашей жизни в возрасте, который указан рядом с персонажем рисунка?* Слишком много подробностей не требуется.
		3. Какие ощущения оставило это событие или этот период жизни? *Ощущения могут быть приятными или неприятными. Если они исключительно позитивные, то прочувствуйте их во всей полноте. После этого вы можете нарисовать новый*

Фазы и этапы психокатализа	Направленность фаз и этапов психокатализа	Осуществляемые действия на различных этапах психокатализа
		рисунок или просто задаться вопросом: «Что было после?» Если ощущения связаны с негативным опытом, перейдите к следующему пункту. Нередко бывает, что возраст персонажа – это граница между благополучным и неблагополучным периодами жизни.
		4. Где обнаруживаются эти ощущения: *- вне организма, на расстоянии от вас?* *- на уровне головы?* *- на уровне груди, живота или еще где-либо?* Если это жизненное затруднение, которому вам удается противостоять, то, ощущения, связанные с ним, будут выявляться на отдалении от вас или в голове. Если это более серьезная проблема, давления которой вы не выдержали, то связанные с ней ощущения могут оказаться внутри тела. Может обнаружиться сразу несколько мест в организме или пространстве, которые «сигналят» в связи с исследуемым переживанием.
	«Опредмечиваем» ощущения – уточняем их форму, размер, консистенцию и т. д.	*5. Что представляют собой ощущения?* *Это что-то…* *- большое или маленькое?* *- тяжелое или легкое?* *- свет, газ, жидкость, масса?* *- острое или тупое?* *Спокойно выявите эти и другие характеристики всех компонентов переживания.* В составе ощущений могут быть компоненты, связанные с действием фактора, провоцирующего напряжение или травму, и компоненты, связанные с реакциями вашего организма на эти воздействия. В первую очередь нужно работать с фактором, причиняющим расстройство, «инородной субстанцией», где бы он ни находился.
	Различаем травму и реакцию организма на неё	*6. Что собой представляет фактор, который вызывает напряжение? Этот предмет «висит в виде темного облака» перед вами, «торчит» в теле как что-то инородное, попал туда в виде «пыли» или ощущается еще как-то?* Могут быть разные варианты ощущений.
		7. Как ощущается реакция на это вторжение? Здесь вы более детально различаете то, что попало в поле вашего сознания извне как инородная субстанция или предмет и то, что образовалось внутри организма как его реакция на внешнее воздействие.
	Определяем, какому переживанию соответствуют эти	*8. Какому состоянию или переживанию соответствует это сочетание ощущений:* *- жизненному затруднению и беспокойству по поводу него?*

Фазы и этапы психокатализа	Направленность фаз и этапов психокатализа	Осуществляемые действия на различных этапах психокатализа
	ощущения	*- неопределенности будущего и тревоге в связи с этим?* *- испугу и страху, который он спровоцировал?* *- агрессии и раздражению в ответ?* *- разочарованию и обиде?* *- злости/гневу в ответ на предательство или измену?* *- утрате и горю?* *- чувству вины из-за совершенной оплошности* *- ощущению перегруженности из-за давления обстоятельств* *- еще чему-либо?* Теперь вы лучше понимаете природу переживания, с которым работаете. При этом важно иметь в виду, что ощущения бывают разной природы, в том числе вызванные состоянием позвоночника, внутренних органов или нервной системы. В данном алгоритме эти ощущения мы не рассматриваем.
1.2. Фаза оценки и решения	Оцениваем сложившееся состояние, решаем, требует ли оно переработки	*9. Сколько процентов энергии это переживание держит на себе?* Бывает, что оно поглощает почти все силы человека.
		10. Служит ли это интересам жизни? Не настало ли время дать состоянию обновляться? От этой оценки зависит то, какие решения вы примете и в отношении фактора, вызвавшего расстройство и в отношении стихийно возникшей реакции.
1.3. Терапевтическая фаза	Наблюдаем за восстановлением целостности и равновесия. Помогаем организму очиститься от чужеродных «вещей в теле» и успокоиться	*11. Если речь идет о болезненной <u>реакции организма</u> – дайте энергии возвращаться в жизненный оборот. Если это <u>попало извне</u>, дайте этой «вещи» уходить из организма, туда, откуда пришла, через то, через что вошла.* *- при испуге черный дым уходит из солнечного сплетения через верх головы* *- при разочаровании обломки мечты «перевариваются в душе»* *- нож предательства выпадает из спины и т. п.* Работает глубинная мудрость организма, осознанное внимание помогает ей. В это время происходит обратное развитие болезненных симптомов.
		12.Наблюдайте процесс «очищения» организма до конца. Освободившиеся силы распределяются по организму в виде света, тепла или другой приятной субстанции. Уделите этому процессу столько времени, сколько необходимо. Обычно это занимает 5–10 минут.
2.1 Диагностика	Сопровождаем знание-опыт в	*13. Теперь, когда организм ближе к равновесию и наполнен освободившейся силой, подумайте, в чем состоит опыт*

Фазы и этапы психокатализа	Направленность фаз и этапов психокатализа	Осуществляемые действия на различных этапах психокатализа
обновляющего ресурса	телесность. Находим знания, необходимые для дальнейшей жизни и заботимся о том, чтобы они заняли оптимальное место в организме	*той ситуации, которую вы пережили. Сформировалось ли у вас понимание, как можно эффективно действовать в обстоятельствах, которые когда-то представлялись трудными или даже тупиковыми?* Если опыта в какой-то сфере у вас недостаточно, обратитесь за консультацией к профильным специалистам (педагогам, психологам, медикам, юристам и т. д.).
		14. Где у вас знание, как можно «по-взрослому» вести себя в подобных случаях? Оно находится… *- в пространстве около головы?* *- в голове?* *- ещё где-либо?* Часто это знание, по ощущениям, находится в пространстве около головы («на подходе») или в самой голове, но не в теле.
		15. Что напоминает эта субстанция знания? *- свет, «солнышко»?* *- облачко?* *- еще что-либо?* Иногда знания предстают в виде плотных субстанций (например, смолы). В данном случае такой их внешний вид не является негативным признаком, а говорит о высокой концентрации накопленных знаний. По мере продвижения в тело они будут становиться менее плотными и хорошо усвоятся организмом. Может сходить *мед*, может ссыпаться *серебряный песок* и др.
2.2–2.3. Оценка-решение и наблюдение за реализацией решений по поводу обновляющего знания (терапевтическая фаза 2)		*16. Если знание уже в голове - в виде света, газа, жидкости, массы или даже кристалла - может быть, дать ему сходить в тело, туда, где больше места: в грудь и живот? Наблюдайте за процессом до конца. Голова становится легче, тело наполняется.* Нередко знание в виде света, воды или более густой субстанции входит через верх головы и затем сливается в организм. Какая-то часть может впитываться всей поверхностью тела. Бывают и другие пути движения полезных знаний. Приоритетным «местом хранения» компетентности является область солнечного сплетения. Все тело может стать носителем знания.
3.1–3.2 Диагностика вторичных образований и решения по поводу них	Наблюдаем, как растворяются последние остатки напряжения	*17. Проверьте, не осталось ли вокруг головы или другой, ранее переполненной, части тела что-то, причиняющее дискомфорт (например, повязка, обруч или каска)? Нужно поблагодарить этот «предмет» за службу и дать ему растворяться. Наблюдайте за ощущениями: куда они отходят, в виде чего.* Это так называемое вторичное образование, которое оберегало переполненную часть тела от «разрыва». Теперь оно стало лишним.
3.3.		*18. Голова возвращается в свои естественные границы.*

Фазы и этапы психокатализа	Направленность фаз и этапов психокатализа	Осуществляемые действия на различных этапах психокатализа
Терапевтическая фаза		Иногда этот процесс сопровождается легким головокружением. После чего голова становится ясной.
4. Моделирование нового поведения	Моделируем новое поведение	*19. Прочувствуйте итоговое состояние целостности, сбалансированности и наполненности опытом. Сохраняя это ощущение, представьте, как именно вы можете жить по-новому, и на что вы направите освободившуюся энергию. Теперь вы можете вести себя по-новому в тех ситуациях, которые ранее были трудными для вас.*
5. Дальнейшая работа	Развиваем успех	*20. Используйте этот алгоритм столько, сколько необходимо, чтобы полностью обновить свое состояние и поддерживать его в хорошем виде.*

Техники ПК **«избавление от совокупного влияния стресса жизни»** и другие применяются и по отдельности. Например, ***техника «знания – в телесность»*** **применяется** для облегчения усвоения материала при изучении языка. ***Суть техники***: человек закрывает глаза и задается вопросом о том, где в пространстве его сознания собираются впечатления, полезные для обогащения его языковой компетентности. Нередко некое сгущение как белое облако, например, обнаруживается около головы, или уже в самой голове или на пути в глубины организма. Каталитические вопросы помогают разгрузке «приемника информации» и способствуют наполнению организма нужным ресурсом [5]. ***Техника «тестовых фраз»*** используется для выверки состояния и закрепления новых позиций сознания [8].

В ПК созданы алгоритмы работы с беспокойством, тревогой, страхом, с последствиями психических травм по большому списку: от фобий, разочарований, утрат, до унижений, пережитых оскорблений и так далее. Разработаны в ПК техники работы с ответственностью, для содействия успешной самореализации. Они преподаются на курсах и описаны в книгах автора метода, список которых приводится ниже [3-10].

Позитивные личностные изменения, происходящие в результате воздействия посредством психокатализа. Направленность позитивных личностных изменений в ПК: восстановление психической целостности, сбалансированности, наполненности. Переход от наивности к мудрости, от стихийного реагирования на вызовы жизни к осознанному, взрослому, зрелому поведению, служащему интересам жизни человека, семьи и общества на новом ее этапе.

Завершающие положения ПК можно определить следующим образом:

1. ПК сочетает краткосрочность с глубиной проработки в ситуации, когда временные рамки – узкие, проблемы – выраженные, а эффект нужен

заметный. Метод способен работать в режиме «скорой помощи», в том числе при очень выраженных состояниях психической травмированности. Быстрота, компактность работы позволяет человеку получить опыт изменений, добиться восстановления своего энергетического потенциала без чрезмерных затрат времени и других ресурсов.

2. Наряду с отработкой травм и адаптационных напряжений, метод позволяет прорабатывать фундаментальные проблемы личности, к которым относятся проблемы характера, стиля жизни, установления новых отношений с окружением. После проработки базового состояния формируется программа действий на будущее, вырабатывается новый стиль поведения в проблемной ситуации, встреча с которой вызывала сбой в состоянии пациента.

3. ПК помогает человеку сформировать навыки саморегуляции на будущее, чтобы своевременно восстанавливаться в случае пережитого сбоя адаптивности.

4. ПК расширяет присутствие осознанного внимания во внутриличностном пространстве человека и ведет к успокоению, обратному развитию симптомов без усиления их, без ретравматизации, воздерживается от истеризирования пациента. Процесс не предполагает манипуляций или магии, интеллект пациента не подавляется, а напротив, приглашается в качестве союзника в работе. Пациент осознаёт процесс и результаты работы. Двигаясь по алгоритму он быстро, без долгого анализа и без долгих медитаций, проходит маршрут обновления.

5. ПК дает возможность работать с проблемой без раскрытия конкретного содержания фактов, с которыми связаны переживания пациента, что бывает важно для людей, не заинтересованных в раскрытии «адресов и явок».

6. ПК наполняет оптимизмом психотерапевта и пациента, благодаря улучшению состояния пациента уже после первого психотерапевтического сеанса. Дает возможность психотерапевту зримо участвовать в процессах восстановления энергетического потенциала пациента, ощущать себя причастным к процессам выздоровления.

Литература

1. Бурно М.Е. Психотерапия здоровых. Психотерапия России: практическое руководство по характерологической креатологии / под ред. М.Е. Бурно и Г.Ю. Канарша. – М.: Ин-т консультирования и системных решений, 2015. – 731 с.

2. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 с.

3. Ермошин А.Ф. Геометрия переживаний: конструктивный рисунок человека в психотерапевтической практике. – М.: «Форум», 2008. – 285 с.: ил.

4. Ермошин А.Ф. Загадочный синдром: панические атаки и как их лечить. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2017. – 352 с.

5. Ермошин А.Ф. Иностранные языки с легкостью и удовольствием: приемы саморегуляции для быстрого усвоения знаний. – М.: Неолит, 2015, – 352 с.

6. Ермошин А.Ф. Код независимости: психокатализ и саморегуляция против зависимостей. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2021. – 280 с.

7. Ермошин А.Ф. Топопсихология и психокатализ: обоснование метода психотерапии на основе пространственной модели психики и оценка его эффективности. Реферат по совокупности работ на соискание статуса доктора научной психотерапии МАНП. – М., 2023. – 148 с.

8. Ермошин А.Ф. Фобии, утраты, разочарования: саморегуляция после травм. – М.: «Форум», 2010. – 272 с.

9. Ермошин А.Ф. Серия детских книжечек: «Как Лисёнок перестал бояться», «Как лисёнок отличником стал», «Как Лисёнок влюбился», «Как Лисёнок перестал волноваться перед контрольной», «Как Лисёнок от аллергии избавлялся», 2015–2025.

10. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии / Под редакцией проф. Н.В. Иванова и доктора мед. наук Д.Е. Мелехова. – Изд-е 3-е, стереотипное. – М.: Медицинская книга; Анима-Пресс, 2010. – 172 с.

11. Кречмер Э. Строение тела и характер / Пер. со 2-го нем. изд. Г.Я. Тартаковского. – М.– Петроград: Госиздат, 1924. – 283 с.

12. Либин А. В., Либин В.В. Особенности предпочтения геометрических форм в конструктивных рисунках (психографический тест предпочтений ТиГР). – М: Институт психологии РАН, 1994. – 106 с.

13. Макаров В.В. Парадигмы и модели российской психотерапии. // Интернет-версия Профессиональной психотерапевтической газеты. – 2013. – Выпуск 2. – URL: https://oppl.ru/vyipusk-2/materialyi-iii-sankt-peterburgskogo-kongressa-psihoterapevtov-i-psihologov-vv-makarov-potentsial-psihoterapii-szfo.html (дата обращения – 21.01.2026)

14. Porges Stephen W. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system // International Journal of Psychophysiology. – 2001. – № 42. – S. 123-146

Русина Жанна Валерьевна

ПСИХОТЕРАПИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ

Психотерапия удовлетворенности жизнью – метод (модальность), целью которого является повышение удовлетворенности жизнью, как важного компонента целостного восприятия жизни человека, в основе которого лежит работа с развитием способностей и талантов, преодолением психологических трудностей и профессиональной помощи в восстановлении самовосприятия, самоопределения, отношений и реализации.

Удовлетворенность жизнью является основным когнитивным компонентом личного благополучия и понимается как осознанная оценка своей жизни в целом.

Особое внимание в работе метода уделяется восстановлению внутренних и внешних опор, открытию потенциальности и сонастроенности разных сфер жизни и потребностей человека, близости в семейных отношениях и развитию способности выстраивать жизненную перспективу [5].

Первым важным направлением терапевтической работы является помощь в решении жизненных задач клиента и возвращении его полнокровности жизни в аспекте единства удовлетворенности детско-родительскими, парными отношениями и профессиональной реализации. Разработаны практические инструменты, которые в соответствии с возрастным периодом, происходящей ситуацией и личностной структурой человека помогают его созидающей силе обрести более целостное проживание. Определяя способности, потребности и отклик на зов бытия, развитие творческого потенциала – вторым важным направлением метода является восстановление деятельного, созидающего, ресурсного начала человека. В своей работе психотерапевт опираемся на развитие потенциала человека, как творящего свою жизнь существа и работаем с тем, чтобы его исполненность, как в профессиональном, так и личностном плане, была удовлетворяющей, благоприятной для его жизни и здоровья, а также жизни и здоровья его близких и социального окружения [3].

Метод психотерапии удовлетворенности жизнью широко применяется в психологической и психотерапевтической практике.

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений пациента (клиента) в психотерапии удовлетворенности жизнью. Удовлетворенность жизнью, как центральное понятие модальности является мишенью терапевтического воздействия. Это оптимальное состояние человека, возникающее при соответствии личностных потребностей с результатами и последствиями его действий, а

также достижений и характером взаимодействия с социальным окружением [5].

Объектом исследования является восприятие благополучия человеком, учитывая его эмоциональное отношение и интерпретацию происходящего, которое побуждает или ограничивает его творческое созидательное отношение к процессу жизни.

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента, можно разделить на три группы. Рассмотрим их.

1. ***Целостное познание самого себя через самовосприятие, самоощущение, рефлексию и самоопределение.*** В терапевтическом воздействии мы обращаем внимание на то, что происходит в процесс ориентации человека во внутреннем мире в результате самопознания, сопоставления себя с происходящим, а также отражением в сознании человека его самого (рефлексия), своего поведения, мыслей, чувств.

Восстанавливая умение и способность человека сосредоточиться на содержании своих сутевых потребностей, ценностей, желаний, реальном восприятии происходящего, принятия ограничений и возможностей собственной личности, перейти из конфликтного взаимодействия с жизнью к более целостному, гармоничному самоопределению для выстраивания жизненной перспективы и более целостной реализации в жизненном поле личности (воплощение личностных смыслов: актуальных и потенциальных, а также на три временные категории: прошлое, настоящее, будущее).

В терапевтической работе, мы как бы «сшиваем» между собой прошлое, настоящее и будущее в единое полотно удовлетворяющей и признанной, принятой жизни, в которой появляется желание творить свое бытие. В итоге, в восприятии прошлого происходит принятие и трансформация жизненного опыта клиента в развитие его внутренней силы для продолжения развития жизни, в настоящем—сонастройка со смыслами, бытием, возможностями и способностями клиента прийти к своему статусу созидающего жизнь человека, а видение будущего формируется, как проект более целостного видения себя, с желанием осуществить свое аутентичное бытие.

2. Чувствование, понимание других людей и конгруэнтная коммуникация в отношениях с обращением внимания на механизмы идентификации, эмпатии, аттракции. Бессознательное восприятие или неосознанное взаимодействие с людьми часто создает захваченность сценариями, определенным видением происходящего, с невозможностью осуществить или проявить себя конгруэнтно во взаимодействии с другим человеком [1]. Процесс эмоциональной идентификации осуществляется на основе принятия и усвоения групповых ролей, норм и ценностей, при групповой эмоциональной идентификации он основывается на чувстве принадлежности к группе. И если мы видим нарушение восприятия этих

процессов, то клиент не может сонастроить себя с происходящим, испытывает сложность в создании отношений. Восстанавливая чувствование, слушание, слышание и понимание других людей, без обвинений, обид и других обессиливающих чувств, можно получить доступ к здоровой эмпатии, способности проявлять себя с другими людьми и быть в удовлетворяющем контакте с ними, а также уметь защищать конструктивно свою позицию, выбирать более осознанно направления своей реализации в жизни и качество создания отношений, а также сформировать способность к близости в семейных отношениях.

3. Описательное изучение сознания, субъективности и переживаний человека для создания инсайта у клиента, ведущее к хорошему и удовлетворяющему для него решению. Феноменологическое восприятие терапевта помогает клиенту избежать ошибок каузальной атрибуции. Внутренний мир человека субъективен и уникален, поэтому на основании собственного опыта терапевта или клиента важно не делать скоропалительные выводы относительно опыта другого человека [4]. Важно учитывать биологические, социальные, динамические факторы, которые влияют на феномены психики человека. Направляя вопросы к тому «что с тобой сейчас происходит», «когда это началось», «почему именно сейчас стало важным» и «как это происходит для тебя», мы делаем акцент на том, как человек проживает ту или иную жизненную ситуацию, в которой он находится.

Субъективная реальность человека складывается из переживаний человека и интерпретаций этих переживаний. Понимание этой данности помогает обратиться к зрелости, открыть себя восприятию разных процессов жизни, стать способным найти новое удовлетворяющие решения. Благодаря наблюдению, терапевтической беседе, анализу ситуации и проникновению в смысл события, создается переживание инсайта, помогающее создать потенциал и ресурсный статус клиента для необходимых ему действий, самоопределения и активного, созидающего участия в развитии дальнейших событий в его жизни [3].

Краткое описание этапов психотерапии удовлетворенности жизнью. Базовый алгоритм поиска терапевтического решения посредством психотерапии удовлетворенности жизнью заключен в следующих этапах.

Этап 1. Первичная беседа с клиентом, в процессе которой проясняются ключевые аспекты:

- ситуация, в которой находится клиент (тема, чувства, самоощущения в ней, сложности ее решения и сопутствующие важные обстоятельства, которые позволяют данной ситуации оставаться такой, какой она есть);

- давность болезненного контекста ситуации и обстоятельств, которые привели клиента к обращению за психотерапевтической помощью;

- запускающие причины и обстоятельства, которые «работают» на сохранение болезненной ситуации (зоны возможности и невозможности для решений у клиента);

- сферы, которые страдают у клиента и его восприятие себя в каждой из них;

- желаемое состояние (на какие жизненные сферы и контексты повлияет его решение и каким образом);

- позволения и ограничения для начала нового этапа жизни.

Этап 2. Выявление глубинного смысла травмирующего события, как послания в большем контексте жизни (при тяжелом проживании процесса данные категории выводятся на маркеры для терапевтической диссоциации с травмирующим переживанием).

Например, выкладываются на полу три листа формата А4: первый – это состояние клиента в аспекте данной ситуации, второй – сама ситуация, третий – запускающая причина (по необходимости), четвертый – смысл, который важно увидеть, прочувствовать клиенту, чтобы осознать случившееся. Затем, необходимо клиенту встать на каждый из этих листов, чтобы почувствовать свое состояние и те значимые образы, инсайты, которые у него возникают. Вместо листов также можно взять фигурки, которые располагаем на столе.

Формат вопросов к клиенту на каждом из маркеров: Что ты чувствуешь? Куда обращено твое внимание? Что ты здесь хочешь? На что похоже твое состояние (иногда проявляется состояние ребенка или вспоминается родительский запрет и т.д.)? Что могло бы тебе помочь? На листе «причина» добавляется вопрос: откуда ты пришла и для чего? Что ты желаешь проявить или показать этому человеку? На листе «смысл» добавляем вопросы: что тебе необходимо и что важно, чтобы ты себя реализовал, как смысл и ушел? Когда ты выполнишь свою миссию смысла для этого человека, что будет тебе важно?

Можно взять для ресурсирования еще маркер – «то, что может усилить в новом решении». Вопросы задаются о состоянии и чувстве. При завершении работы спрашиваем: может ли клиент его сохранить и взять с собой в жизнь для помощи разрешения данной ситуации.

Этап 3. Проведении совместного анализа с клиентом болезненной ситуации с переоценкой опыта и возвращением адекватного, структурированного представления о себе с формированием видения решения проблемной ситуации (делается акцент на поиске ответов: что важного в этой ситуации сейчас для меня проявилось и что хорошего я могу сделать теперь в своей жизни, чтобы направить себя к желаемому;

каким я стану, если позволю себе решить данную ситуацию; что нового я смогу впустить в свою жизнь).

Этап 4. Создание терапевтической интервенции, помогающей трансформировать силу боли, преграды болезненных переживаний в состояние, помогающее в успокоении, завершении травмирующего опыта в возможность начать новый переходный момент жизни: человека действующего, решающего, определяющего свою жизненную перспективу.

Этап 5. Экологическая проверка состояния клиента. Спрашиваем, комфортно ли находится в новом состоянии, как оценивается прежняя болезненная ситуация, воспринимаются разные сферы жизни. Необходимо ли что-то еще для закрепления ресурсного статуса. При необходимости дается домашнее задание.

Развивая аутентичное проживание клиента/пациента в психотерапевтической работе, мы движемся к его наиболее полному осознанию себя и происходящего, способности делать выбор важного для него способа жизни и экологично принимать решения и действовать в сфере семейных отношений, профессии и социуме, принимая ответственность за выбор, развивая зрелое восприятие и повышая удовлетворенность жизни. В длительной терапии можно прийти к осознанному восприятию направленности жизни и стремлению реализовать свои возможности с теми ценностями, которые клиент определяет в сфере отношений и профессиональной, социальной реализации [2].

Техники, используемые в психотерапии удовлетворенности жизнью, их краткая характеристика. В психотерапии удовлетворенности жизнью применяется большое количество техник, разработанных в контексте метода. При выборе техник учитывается ряд ориентиров. ***Первый ориентир*** – здоровое восприятие себя, жизни, смерти и отношений в семейной, профессиональной и социальной системах. ***Второй ориентир*** – опыт, запечатленный в воспоминаниях и анализируемый как сложный или травмирующий, который может совпадать со временем прохождения кризисов и вызовов, нарушающий способность удовлетворяющим образом решать задачи самостоятельно. ***Третий ориентир*** – анализ обстоятельств, при которых человек не предает то, что его направляет, наполняет жизнь смыслом и желанием развиваться. Во время терапевтических сессий психотерапевт следует своим вниманием за темой, болью клиента, по возможности расширяя его видение, чтобы из узкой болезненной темы можно было вместить более объемную и целостную картину его жизни. В работе обращается внимание на эмоциональные переживания и восприятие клиентом разных сфер жизни, способы действовать и находить необходимые решения.

Предметом метода является восстановление аутентичной реализации человека, которая служит восприятию целостности жизни, обретению внутренней зрелости и восстановлению ценности созидания и развития в отношениях семьи, профессии и социуме. Можно выделить ряд основных направлений существующих техник:

- улучшение адаптации и качества жизни и жизнестойкости;
- работа с кризисными состояниями, депрессией и тревожными расстройствами, работе травматическими переживаниями;
- помогающие созданию и восстановлению отношений (обретение близости в отношениях и общего направления развития пары, сонастроенности для решения необходимых вопросов и конгруэнтного взаимодействия);
- работающие с жизненными, возрастными, профессиональными и семейными кризисами;
- позволяющие пережить расставание, потерю или утрату;
- направленные на восстановление смысла жизни и жизненной перспективы;
- для раскрытия внутренних ресурсов, потенциальности, аутентичности и восстановлении жизненных опор, творческом созидании жизни и ее удовлетворяющей реализации.

В качестве примера, приведем одну из широкого диапазона техник – **«Пробуждение творческого, деятельного начала».**

Она направлена на работу с внутренним состоянием клиента для активации его потенциала и перехода в ресурсное состояние, способствующее решению сложных задач. Помогает убрать влияние внешних ожиданий, навязанных целей и увидеть, чего человек действительно хочет. Хорошо подходит при работе с сепарацией, для выстраивания навыка конгруэнтной коммуникации. Терапевт создает безопасное пространство, в котором клиент может открыто говорить о своих мечтах, ограничениях и страхах. Основные этапы работы:

1. Создание мета-состояния «Я – творец»: просим клиента представить себя в идеальном дне жизни и описать, где он находится, что делает, как себя чувствует. Какой его мир и он в этом мире?

Необходимо настроиться на клиента, избегать сомнений, критики и суждений. Анализируются ситуации, где клиент уже проявлял качества, которые хочет развить.

2. Определение источников внутренней силы, опор и возможной поддержки: что сейчас в жизни дает силу, несмотря ни на что? Что помогает не забывать то, что дорого и вы делаете, что любите? Какие ресурсы есть сейчас?

Определяются внешние и внутренние источники энергии (природа, общение, творчество и др.). Можно попросить клиента вспомнить момент, когда он чувствовал, что всё возможно.

3. Устранение утечек энергии: На что уходит внимание, ресурсы? Что не дет действовать желаемым образом? Проясняется, как строится коммуникация и что не получается. В какой позиции находиться, какие убеждения мешают услышать или понять другого человека. Обсуждаются способы, как по-другому выстраивать взаимодействие, восприятие происходящего, чтобы оно не забирало силы.

4. Формирование качеств для достижения новых целей. Клиент описывает качества, которые помогут ему реализовать желаемый образ. Задаются вопросы: какие качества необходимо приобрести, развивать, чтобы ощутить радость от новых стратегий действия? Как выглядит идеальный день: что делает, как себя чувствует? Что может применить сейчас, в имеющихся обстоятельствах? Можно добавить работу на маркерах.

5. Закрепление результата через действие: клиенту предлагается задание немного пересесть и вжиться телом, ощущениями в новое состояние или пройти в нем по кабинету. Отметить его в теле. Можно дать задание: в новом, ресурсном состоянии пойти домой и максимально возвращать себя в него в течении недели. Клиент может придумать слово, которое может вспоминать для возвращения в это состояние. Если клиент сталкивается с сопротивлением или ограничениями в ответе на вопросы можно использовать техники воображения, чтобы помочь ему преодолеть барьеры через бессознательные ассоциации.

В практической работе дополнительно применяются медитативные практики, разрешающие фразы, используется фильмотерапия и библиотерапия в групповом формате работы и домашних заданиях, для усиления интеграции желаемого, ресурсного образа восприятия жизни [2]. Включен психообразовательный компонент, который помогает увеличению степени самоосознанности и пониманию мотивов своего поведения и поведения других людей, формированию целей и достижений, более гармоничному взаимодействию.

Позитивные личностные изменения, в результате психотерапевтического взаимодействия в психотерапии удовлетворенности жизнью. В ходе терапевтического воздействия развивается активное деятельное, творческое мышление, помогающее в созидании всех аспектов жизни. Отмечается восстановления самоопределения, принятия жизненных обстоятельств и примиряющее с самим собой восприятие, более адаптивное проживание, восстановление способности выстраивать функциональные отношения в семье и профессии, опираться на внутренние ресурсы, реализовывать ценности развития жизни [2].

Существуют неограниченные возможности по интеграции с другими методами психотерапии и психолого-педагогической практики. Метод предназначен для оказания психотерапевтической помощи и имеет

широкий круг применения: детская и взрослая терапия, терапия пар и семейных отношений, бизнес-консультирование. Применяется при кризисных состояниях, психосоматических проблемах, профессиональном выгорании, последствиях эмоционального стресса и психотравмирующих событий, невротической и пограничной организации личности, депрессивных расстройствах, для повышения качества жизни и развития аутентичного проживания. Возможна работа в групповом и индивидуальном формате. Некоторые практики могут использоваться и для самопомощи. Метод и специалисты метода продолжают активно развиваться.

Литература

1. Догерти Н.Дж., Вест Ж.Дж. Матрица и потенциал характера: с позиции архетипического подхода и теорий развития: В поисках неиссякаемого источника духа / Пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2014. – 400 с.

2. Русина Ж.В., Шахов Е.Б. Актуальные аспекты формирования успешной жизненной стратегии личности. Монография. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2013. – 86 с.

3. Русина Ж.В., Шахов Е.Б. Актуальные аспекты психического развития в формировании гармоничной личности. Учебно-методическое пособие. – Н.Новгород: Изд-во НижГМА, 2013. – 196 с.

4. Русина Ж.В. Обретение нужности как запускающий фактор любви и реализованности в жизни. По следам терапевтической группы С.Б. Есельсона «Быть нужным» // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия – 2023. – № 2 (41). – С. 87–94.

5. Русина Ж.В. Психотерапия удовлетворенностью жизнью // Антологии психотерапии и психологии. – 2024. – Выпуск 14. – С. 101-104.

Соколовская Ирина Эдуардовна

РЕЛИГИОЗНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Понятие религиозно-ориентированной психотерапии. ***Религиозно-ориентированная психотерапия*** (далее РОП) – это метод психотерапии, применяемый для адресного решения специфических потребностей верующих, находящихся в кризисных ситуациях и испытывающих потребность в более глубоком понимании значимости событий, происходящих с ними в процессе жизненного пути, и который позволяет психотерапевту понимать и работать с проблемами пациентов в контексте их веры, используя духовные ресурсы и практики, такие как молитва, покаяние, духовное наставничество и изучение священных текстов.

Ключевое отличие РОП заключается в интеграции психо-религиозных принципов, ценностей и мировоззрения в процесс психотерапии. РОП рассматривает человека как целостную личность, включающую в себя не только физическое, психическое и социальное, но и духовное измерение.

Современная психологическая практика все чаще сталкивается с запросами, коренящимися в психодуховной и психорелигиозной сферах. Эти проблемы возникают из-за множества факторов, включая некорректные духовные практики, социокультурные изменения и, что особенно важно, отрыв от традиционных нравственных и духовных ценностей. Многие люди, ищущие духовный путь, попадают в сети деструктивных сект или практик, приводящих к измененным состояниям сознания (ИСС), духовному опустошению и серьезным психологическим проблемам. В таких случаях классическая психотерапия, зачастую игнорирующая религиозный и духовный контекст, может оказаться не только неэффективной, но и даже вредной, усугубляя конфликт между духовными потребностями и светскими подходами.

Одной из важнейших задач РОП является работа с последствиями ИСС, вызванных, например, неконтролируемыми духовными практиками или вовлечением в деструктивные религиозные группы. РОП помогает человеку осознать и переосмыслить свой опыт, отделить истинные духовные переживания от иллюзий и манипуляций, и восстановить связь с традиционными духовными ценностями. В этом процессе важна не просто когнитивная переработка информации, но и глубокая работа с чувствами вины, стыда и страха, которые часто сопровождают опыт ИСС.

РОП также направлена на преодоление деструктивных моделей поведения и привычек, которые, как было сказано выше, все глубже проникают в современное общество. Цинизм, отсутствие совести, потребительское отношение к жизни – все это является проявлением духовной болезни, которая требует не только психологической, но и

духовной коррекции. РОП помогает человеку восстановить связь с нравственными принципами, укрепить свою духовную идентичность и найти смысл жизни, но, самое главное, найти место своей души и уровень ее развития, понимания действительности и осознанности.

Преимуществом РОП является её ориентированность на традиционные ценности, что особенно важно для верующих в России. В то время как западные психотерапевтические подходы зачастую базируются на индивидуалистических и секулярных принципах, РОП подчеркивает важность семьи, коллектива, духовного наставничества и следования духовно-нравственным и морально-этическим предписаниям. Это позволяет создать безопасную и доверительную атмосферу, в которой пациент чувствует себя понятым и принятым, а терапия становится более эффективной и результативной.

Новым в предлагаемом методе РОП является комплексный, биопсихосоциодуховный подход к психическим и психологическим проблемам пациента. Сущность подхода состоит в том, что индивидуума исследуют с позиции семейной системы, включающей соматический (телесный), психический (душевный), социальный и ментальный (духовный) элементы [7, 8, 10].

Одной из целей данного метода лечения становится получение позитивного результата при реализации пациентом контроля собственного эмоционального состояния и осмысления своих поступков. Важным фактором в этом процессе излечения становится личное желание пациента о нравственном совершенствовании.

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений пациента в религиозно-ориентированной психотерапии. Духовно-психологические болезни (гордыня, зависть, алчность и т.д.) в контексте РОП являются препятствиями и искажениями для нормального функционирования механизмов религиозной идентичности.

Механизмы религиозной идентичности являются: 1) поиск смысла жизни (самоопределение); 2) духовно-нравственное развитие как ценностная ориентация (самосовершенствование); 3) взаимоотражение субъектом друг друга в группе (самоанализ) [9, 12, 14, 15].

РОП, в отличие от светской, рассматривает специфические состояния души в психодуховной и психорелигиозной сфере не просто как дезадаптивные паттерны поведения или эмоциональные расстройства, а как проявления духовной патологии (греха, страсти, порока), а именно:

- ненависть к жизни – это базовая программа саморазрушения;
- жажда власти – паразитическая потребность контролировать других людей;
- садистские наклонности – это получение удовольствия от чужой боли;
- предательство – разрушение священных связей;

- алчность – бездонная дыра в душе;
- зависть – яд, разъедающий сердце;
- жестокость – полная потеря человечности;
- трусость – отказ от своей Божественной природы;
- лживость – искажение реальности;
- равнодушие – смерть души при жизни;
- гордыня – отделение себя от источника света, любви и ясности – Бога.

В этой парадигме, перечисленные 11 пунктов являются мишенями для терапевтического воздействия, а личностные механизмы пациента (вера, покаяние, смирение, любовь, совесть) используются для их преодоления.

Процесс психокоррекции, направленный на преодоление этих "болезней", фактически является активацией и налаживанием трех вышепредставленных механизмов.

1. Поиск смысла жизни (Самоопределение). Этот механизм отвечает за экзистенциальную направленность личности, определение своего места в мироздании и принятие высших целей.

Духовная болезнь (Искажение)	**Как проявляется в механизме Самоопределения**	**Решение (Активация механизма)**
Ненависть к жизни	Полный отказ от поиска смысла; отрицание ценности Божьего дара жизни.	Активация веры и надежды, принятие долженствований, обусловленных высшим смыслом, как основы для жизни
Трусость	Отказ от ответственности, связанной с Божественной природой (призванием); неспособность следовать высоким целям.	Обретение мужества и упования, что формирует смысложизненные цели и устойчивость.
Гордыня	Искажение самоопределения: личность отделяет себя от источника света, присваивая себе функции и достоинства, принадлежащие Богу.	Смирение, которое позволяет личности правильно определить свое место в иерархии бытия и принять ценностные ориентации сообщества.

Преодоление этих болезней позволяет пациенту самоопределиться в рамках конфессии, приняв ее установки и обретя устойчивые смысложизненные цели.

2. Духовно-нравственное развитие (Самосовершенствование). Этот механизм отвечает за активное преобразование личности в соответствии с религиозными и этическими идеалами (формирование добродетелей).

Духовная болезнь (Искажение)	Как проявляется в механизме Самоопределения	Решение (Активация механизма)
Алчность и Зависть	Отсутствие духовного содержания; фиксация на материальном/чужом, что блокирует развитие добродетелей (щедрости, благодарности).	Активация религиозного ресурса (например, нестяжательства), что ведет к изменению установок и стереотипов поведения.
Жажда власти	Использование духовных/социальных ресурсов для эгоистического контроля, а не для служения; блокировка ценностной ориентации на любовь и смирение.	Переориентация на служение и отказ от контроля, что является ключевым элементом духовно-нравственного развития.
Садистские наклонности и Жестокость	Полная потеря человечности; отказ от развития сострадания и милосердия, которые являются центральными ценностными ориентациями религиозной жизни.	Развитие сострадания и милосердия, что позволяет пациенту переживать счастье, любовь и обретать гармонию.

Преодоление этих болезней является прямым результатом самосовершенствования, когда личность активно меняет свои установки и формы поведения, используя религиозный ресурс для повышения эффективности жизнедеятельности.

3. Взаимоотражение в группе (Самоанализ). Этот механизм отвечает за социальную адаптацию, честную оценку себя (совесть) и интеграцию в конфессиональную систему.

Духовная болезнь (Искажение)	Как проявляется в механизме Самоопределения	Решение (Активация механизма)
Предательство	Разрушение священных связей (социальных и духовных), что делает невозможным позитивное взаимоотражение в группе.	Восстановление связей через покаяние и прощение; использование церковной системы для самоанализа и исцеления.
Лживость	Искажение реальности и внутреннего опыта, что делает невозможным честный самоанализ и адекватное отражение в группе.	Активация механизма совести и искренности, что повышает самооценку (основанную на правде) и духовное содержание личности.

Духовная болезнь (Искажение)	Как проявляется в механизме Самоопределения	Решение (Активация механизма)
Равнодушие	Смерть души при жизни; отказ от эмоционального и духовного отклика, что блокирует взаимоотражение и сопереживание в группе.	Активация деятельной любви и духовного бодрствования, что позволяет личности полноценно функционировать в религиозном сообществе и переживать трансцендентные переживания.

Преодоление этих болезней требует честного самоанализа и использования организованности церковной системы для получения обратной связи и духовной поддержки, что в итоге приводит к гармонизации отношений с собой, другими и Богом.

В контексте РОП, психологические механизмы религиозной идентичности (самоопределение, самосовершенствование и самоанализ) выступают в качестве мощного коррективного и интегрирующего ресурса [16].

Они функционируют под двойным воздействием самоорганизации личности (внутреннего усилия) и организованности церковной системы (внешней поддержки и структуры), что позволяет целенаправленно преодолевать выявленные духовно-психологические болезни (гордыню, алчность, зависть, жестокость и др.), которые являются прямым следствием нарушения смысла и ценностного дисбаланса.

Активация этих механизмов приводит к глубокой трансформации:

1. Повышается духовное содержание и самооценка личности, поскольку деструктивные паттерны поведения замещаются ценностными ориентациями и долженствованиями, обусловленными высшим смыслом.

2. Формируется устойчивый религиозный ресурс – набор представлений, установок и стереотипов, заданных конфессией, который используется для повышения эффективности жизнедеятельности и восстановления утраченного равновесия.

3. Восстанавливается гармония – в результате пациент обретает смысложизненные цели, интегрируется в религиозное сообщество и начинает переживать позитивные трансцендентные состояния (счастье, любовь), что свидетельствует об обретении духовно-физической гармонии личности и преодолении духовных недугов [2].

Таким образом, РОП использует механизмы идентичности для перестройки личности, превращая духовную патологию в основу для духовно-нравственного развития и целостного самоопределения.

Структурирование процесса воздействия, этапы религиозно-ориентированной психотерапии. Детализация метода крупным планом выглядит так: сначала выясняются обстоятельства жизни пациента, приведшие его к психо-религиозным и психо-духовным проблемам, а также мотивации, способствующие его вхождению в измененное состояние сознания. С этой целью производятся групповое и индивидуальное психотерапевтические воздействия, которые выполняют два разноплановых специалиста: священник-психолог и религиозно-ориентированный психотерапевт.

Лечение происходит в три этапа. ***На первом* этапе** используется системно-феноменологический метод, с заранее выполненной экспресс-диагностикой семейной ситуации как родовой системы, с нацеленностью на духовное исцеление пациента за счет визуализации и расширения сознания, с использованием элементов позитивной психотерапии.

На втором этапе происходит собеседование с пациентом и погружение в расслабляющий релаксационный транс (медитацию), здесь задачей становится создание образа «добродетельного человека», включающий понятие безусловной любви, и рассматриваются трансцендентные факторы бытия, или духовного мира человека: «*трансперсональные*» [1, 2] устремления, направленные на формирование духовности, удовлетворенности жизнью, осознание психологических оснований счастья и духовного здоровья.

Третий этап исцеления основан на принципах аналитической психологии К. Юнга и позитивной психотерапии Н. Пезешкиана [6], далее производится религиозно-ориентированная психокоррекция для определения возможных остаточных следов психо-духовных и психо-религиозных проблем и их «зачистки», затем следует определение «индекса нравственности» и «индекса счастья» пациента, наконец, происходит закрепление результатов проведенного курса соответствующими предписаниями для домашней работы.

Данный курс лечения длится четыре недели, однако и после него взаимодействие с пациентом не завершается: через восемь недель проводится коррекционный модуль, в котором происходит сеанс религиозно-ориентированной психокоррекции, учитывающий настоящее психическое состояние клиента.

Техники, используемые в методе религиозно-ориентированной психотерапии. Достоинством метода РОП считается отсутствие императивных гипнотических воздействий, что делает данный способ лечения психоэкологичным и обеспечивает возможность его применения для лечения пациентов, не поддающихся гипнозу, при этом лечение ведут два специалиста: психолог-священник и РОП-психотерапевт.

Рассмотрим техники, используемые в методе РОП.

I. Психотехники для проработки Родовой системы и выявления деструкций:

1. ***Прежде всего, применяется Генограмма.*** Это расширенная генеалогическая карта, которая включает в себя не только информацию о родственниках и их связях, но и данные об их личностных особенностях, заболеваниях, профессиях, значимых событиях, моделях поведения и отношениях друг с другом. Она помогает увидеть паттерны, передающиеся из поколения в поколение, и выявить деструктивные тенденции.

2. ***Диагностика семейной системы на авторских карточках (улучшенная версия диагностики Б. Хеллингера).*** Данная техника, позволяющий увидеть скрытые динамики в родовой системе и разрешить переплетения с судьбами предков. Пациент располагает карточки на столе, выбирая заместителей для себя и членов своей семьи (включая умерших), руководствуясь своими чувствами и ощущениями, пациент выявляет скрытые связи и конфликты.

3. ***Медитация "Встреча с предками".*** Эта медитация позволяет установить связь со своими предками, получить от них поддержку и мудрость, а также разрешить старые обиды и конфликты.

II. Аналитические техники. В первую очередь следует рассмотреть техники анализа проблемы с помощью спонтанных образов.

Например, ***техника «Ангелотерапия»*** – это психотехника, объединяющая силу воображения, символов и арт-терапии для помощи в решении эмоциональных проблем. Она особенно эффективна для детей и подростков, но может быть полезна и взрослым. Суть техники заключается в работе с образами Ангела, как метафорой поддержки и руководства, который, впоследствии, воплощается в творчестве и становится личным оберегом.

III. Психотехники для выявления Измененных состояний сознания (ИСС):

1. ***Дневник сновидений:*** регулярная запись сновидений помогает отслеживать изменения в сознании, выявлять повторяющиеся темы и символы, а также получать доступ к бессознательному материалу.

2. ***Самоотчеты и шкалы оценки измененных состояний сознания (например, шкала ASC):*** использование стандартизированных шкал и самоотчетов для оценки субъективных переживаний и изменений в сознании [4,5].

3. ***Фокусировка внимания (Mindfulness):*** техника, направленная на осознанное наблюдение за своими мыслями, чувствами и ощущениями в настоящем моменте, без оценки и суждения [17].

Конечные цели воздействия посредством религиозно-ориентированной психотерапии. Конечные цели РОП значительно варьируются в зависимости от конкретной религии, духовной традиции и индивидуальных убеждений пациента и психотерапевта. Однако, можно

выделить ряд общих, ключевых целей, которые часто преследуются в рамках данного подхода.

1. Интеграция религиозных/духовных ценностей в жизнь: помочь пациенту жить в соответствии со своими религиозными/духовными убеждениями и ценностями, чтобы достичь большей целостности и смысла в жизни.

2. Снижение психологического дистресса и улучшение психического здоровья в рамках религиозного контекста: облегчить страдания, вызванные психологическими проблемами (тревога, депрессия, травма и т.д.), при этом используя религиозные/духовные ресурсы и перспективы.

3. Укрепление веры и духовной связи: помочь пациенту углубить свою веру, укрепить связь с Богом (или высшей силой) и найти утешение и поддержку в своей религии.

4. Прощение и примирение (с собой, другими и Богом): способствовать процессу прощения обид, вины и других негативных эмоций, а также достижению примирения с собой, другими людьми и, возможно, с Богом.

5. Обнаружение и развитие духовного смысла и цели в жизни: помочь пациенту найти ответы на фундаментальные вопросы о смысле жизни, своем предназначении и месте в мире.

6. Развитие любви, сострадания и служения другим: способствовать развитию альтруизма, сострадания и стремления помогать другим людям, в соответствии с религиозными/духовными принципами.

7. Достижение духовного роста и трансформации: поддержать пациента на пути духовного развития, личностного роста и трансформации, чтобы достичь более высокого уровня осознанности, мудрости и благополучия.

Важно отметить, что эти цели должны быть согласованы с ценностями и убеждениями пациента; религиозно-ориентированный психотерапевт должен быть компетентен в своей религиозной традиции, а также обладать знаниями и навыками в области психотерапии; РОП не должна использоваться для навязывания религиозных убеждений или для дискриминации пациентов с другими взглядами.

В целом, конечные цели РОП направлены на то, чтобы помочь пациенту жить более полноценной, осмысленной и духовной жизнью, в соответствии со своими религиозными/духовными убеждениями.

Литература

1. Ассаджиоли Р.: Психокинез. Часть первая: Принципы. – М., 1994 [Электронный ресурс]. – URL: https://gtmarket.ru/library/basis/4317/4318 (дата обращения – 19.11.2025).

2. Воскресенский Б. А., Виноградова Л. С. О некоторых аспектах религиозно-ориентированной психотерапии // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 65-68.

3. Джемс В. Многообразие религиозного опыта / Вильям Джемс; Пер. с англ. В.Г. Малахиевой-Мирович и М.В. Шик; Под ред. С.В. Лурье. – Москва: журн. "Рус. мысль", 1910. – XVI, 518 с.

4. Маслоу А. По направлению к психологии бытия: религии, ценности и пик-переживания / пер. с англ. Е. Рачковой; под ред. Е. Рыбиной. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 271 с.

5. Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. – М., 2003. – С. 12-61.

6. Пезешкиан Н. Позитивная психотерапия. – М.: Смысл, 2017. – С. 65

7. Соколовская И.Э. Духовная безопасность в области сохранения психического здоровья / Психическое здоровье и образование сборник научных статей по материалам II Конгресса "Психическое здоровье человека XXI века", 2018. – С. 312-314.

8. Соколовская И.Э. Особенности религии и специфика ее воздействия на человека // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2014. – № 3. – С. 27-33.

9. Соколовская И.Э. Религиозная идентичность в структуре личности и ее связь с процессами социально-психологической адаптации // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 5 (42). – С. 220-222.

10. Соколовская И.Э. Религиозно-ориентированная (духовная) психотерапия // В сборнике: Человек в современном мире: кризис и глобализация. Международная междисциплинарная коллективная монография. Составитель, редактор M. le Chanceaux, И.Э. Соколовская, 2020. – С. 201-206.

11. Соколовская И.Э. Религиозно-ориентированная психокоррекция как современный практический метод в терапии верующих людей // В сборнике: История и методология современной практической психологии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию выхода книги Б.В. Зейгарник "Введение в патопсихологию". Москва, 2025. – С. 293-299.

12. Соколовская И.Э. Религиозность и ее влияние на характер и личность современного человека (конструктивные и деструктивные аспекты религиозности современной молодежи)/ монография. – М.: Издательство: Энциклопедист-Максимум, 2025. – 200 с.

13. Соколовская И.Э. Религиозный экстремизм как разновидность социальной активности современного общества // Человеческий капитал. – 2020. – № S4 (136). – С. 96-100.

14. Соколовская И.Э. Социальная психология о религиозной идентичности личности: монография // Москва-Берлин: Издательство: ООО "Директмедиа Паблишинг", 2019. – 306 с.

15. Соколовская И.Э. Социальная психология религиозной идентичности современной российской молодежи. – диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук // Московский педагогический государственный университет. – Москва, 2015. – 315 с. [Электронный ресурс]. – URL: https://www.dissercat.com/content/sotsialnaya-psikhologiya-religioznoi-identichnosti-sovremennoi-rossiiskoi-molodezhi/read (дата обращения – 19.11.2025).

16. Соколовская И.Э., Сырова И.С. Значение религиозного самосознания в выборе ценностных ориентаций молодёжи современной России // Мир науки, культуры, образования. – 2012. – № 6 (37). – С. 357-361.

17. Франкл В. Подсознательный бог: Психотерапия и религия. – М.: Альпина нон-фикшн, 2022. – 218 с.

Лаврова Нина Михайловна

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Понятие системной семейной терапии, ее основные характеристики. ***Системная семейная терапия*** (далее – ССТ) – направление психотерапевтической, консультативной практики и помогающей психологии со статусом психотерапевтической модальности Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), объединяющее специалистов, которые оказывают психотерапевтическую и психологическую помощь членам семьи в гармонизации семейных отношений, выполнении родительских функций, а также решении личных проблем, посредством поддержки семьи.

При составлении комплексной программы действий специалистов руководствуются системно-информационной парадигмой, обозначенной Н.М. Лавровой [9] с учётом теоретических и практических разработок в рамках психоаналитических, экспериенциальных, стратегических, структурных, нарративных, интегративных и медиативных подходов к формированию психотерапевтической помощи членам семьи в кризисных ситуациях.

Основополагающими источниками знаний, объясняющих динамику семейных процессов в ССТ, служат 1) теория функциональных систем, сформулированная П.К. Анохиным [1] (установившим ключевую роль системоорганизующего фактора в формировании всех систем, включая семейную) и дополненная системно-информационной парадигмой [9]; 2) научные положения из области кибернетики, изложенные Н. Винером [4] (в частности, представление о положительных и отрицательных прямых и обратных связях, которые влияют на поддержание равновесного состояния системы); 3) теория коммуникации, сформулированная представителями школы Пало-Альто [2] (сведения относительно уровней взаимодействия и коммуникации с фокусом внимания на целесообразности поведения); 4) теория социального конструкционизма и конструктивизма [3] (представления о том, как семья конструирует свою реальность на основе коммуникации и обращения к семейной истории); 5) теория семейных систем М. Боуэна [17] (рассмотрение семьи через призму эмоциональных процессов и истории поколений с использованием метода генограммы, обеспечивающего визуализацию структуры внутрисемейных отношений); 6) положения онтогенетически ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии Э.Г. Эйдимиллера [16]; 7) сведения из области нейропсихологии [5-10, 13] (данные исследования принципов поддержания

психической устойчивости, а также принятия решений в неопределенных и противоречивых ситуациях).

Миссия системной семейной терапии – психотерапевтическая и психологическая помощь: в поиске выхода из проблемных ситуаций и повышении уровня функционального ресурса семьи; в гармонизация внутрисемейных отношений; в мобилизации семьи на поддержку ее членов с расстройством здоровья и острыми личными проблемами; в коррекции родительской мотивации супругов и вовлечение семьи в сопротивление демографической угрозе; в мобилизации интеллекта членов семьи с осознанным переходом от разрушительных мотиваций к созидательным в условиях неопределенных и противоречивых жизненных обстоятельств.

Рассмотрим основные аспекты ССТ, характеризующих ее.

ССТ рассматривает семью в виде системного сообщества, взаимодействии членов которого выстраивается на основе информационно-эмоциональных связей (отношений), а цельность которого определяется системоорганизующим фактором общности жизненных целей и ценностей.

Структура семьи классифицируется по составу с выделением следующих форм: супружеская диада (муж и жена); «нуклеарная семья» (муж, жена и их дети); «неполная семья» (один из родителей с детьми), бинуклеарная семья (смешанная семья) – это сообщество, образовавшееся вследствие повторного брака разведенных людей с детьми или без детей; «расширенная семья» – это семья, основанная на кровном родстве и состоящая из нуклеарных семей нескольких поколений; существуют в мире также полигамные браки, двух и более жен-матерей (полигиния) или мужей-отцов (полиандрия), тогда говорят о составной или сложной нуклеарной семье (последние союзы не регистрируются юридически).

Функции семьи **–** это основные направления ее деятельности, обеспечивающие ее жизнь и удовлетворяющие потребности членов семьи (репродуктивная, экономическая, воспитательная, коммуникативная, социально-статусная, безопасности, досуговая, эмоциональная, поддерживающая, контрольная и т.д.)

Свойства семейной системы **(**в основе лежат положения общей теории систем [1, 4, 14-17]**:** коммуникативность, обратная связь, эквифинальность (способность достигать результата различными путями и из разных начальных состояний), эмерджентность (появление у системы новых качеств при изменении ее структуры), иерархичность, структурность, цельность, неаддитивность (не сводятся к простому сложению ее элементов), функциональность (открытость или закрытость), устойчивость (равновесное состояние), адаптивность, надежность (способность выполнять свои функции в течение заданного времени при определенных условиях).

Стадии жизненного цикла семьи (ЖЦС): монада (сепарированный от родителей человек на этапе самопознания и поиска партнёра в создании семьи); диада (супружеская пара без детей); в дальнейшем стадии, обусловленные рождением детей, а также выходом ребенка в социум (посещение детского сада, поступление в школу); затем стадия идентификации личности подростка; завершающие стадии «пустого гнезда» (дети выросли и сепарировались) и монада (развод или смерть одного из супругов).

Нормативные и ненормативные семейные кризисы – те, которые возникают, если низкий функциональный ресурс не обеспечивает выход из проблемной ситуации и повышается вероятность распада семьи. Уровень ресурса семьи диагностируется с помощью метода, разработанного Н.М. Лавровой с соавт. [10]. Кризис, угрожающий целостности семьи, можно рассматривать как переломный момент и нарушение стабильности (гомеостаза семейной системы), когда системоорганизующий фактор перестаёт действовать и повышается уровень внутрисемейных противоречий. Нормативные кризисы семьи провоцируются переходом семьи к новой стадии жизненного цикла, а ненормативные – эмоциональным разладом [13], возникающим на любой стадии.

Кто является клиентом семейного психолога и психотерапевта? Клиентом может выступать один представитель семьи (при этом специалист учитывает эмерджентность как одно из главных свойств семейной системы и понимает, что изменение одного элемента семейной системы влияет на всю систему целиком), супружеская пара, нуклеарная семья целиком (муж, жена, дети), любое количество представителей нуклеарной семьи (мать и дети, отец и дети, братья и сестры), расширенная семья (нуклеарная семья, бабушки и дедушки, тети и дяди).

Принципы работы специалистов в сфере ССТ иллюстрируются на примере **восточной версии системной семейной психотерапии**.

Системная семейная психотерапия: восточная версия (далее – ***ССТВВ***) – метод (модальность) психотерапии, в основе которого лежит системно-информационный подход и комплексная программа психотерапевтической помощи членам семьи в гармонизации семейных отношений, в выполнении родительских функций, а также в решении личных проблем при поддержке семьи, разрешение конфликтов, экологичное проживание семейных кризисов.

Комплексная психотерапевтическая программа ССТВВ включает в себя диагностику состояния семьи с определением угрозы ее целостности; оценку функционального ресурса, обеспечивающего преодоление угрозы; выявление проблемных зон в поведении членов семьи; анализ мотиваций и стратегий достижения членами семьи личных целей; оценку родительской мотивации, степени толерантности и личной ответственности членов семьи за происходящие события, а также

предусматривает коррекцию семейных отношений в процессе индивидуальной и групповой психотерапии с использованием метода визуализации.

Отличительная особенность ССТВВ. Клиентом ССТВВ выступает семейная система, однако это не снижает внимания к личностным особенностям членов семьи. Структурно-функциональная организация семьи и динамика ее состояний объясняются на основе современной теории систем и нейроинформатики, изучающей принципы коммуникации и принятия решений в условиях неопределенности и противоречивости обстоятельств [5].

ССТВВ помогает членам семьи осознанно разделять разрушительные и созидательные поведенческие мотивации при выборе своей роли в семье. В отличие от иных модальностей, концентрирующих внимание на холизме и стабильности семьи (на «здоровье» семьи и «симптомах» нарушений), ССТВВ анализирует динамику семейного состояния, рассматривая констелляцию фамилионов, то есть, отдельных актов взаимодействия членов семьи и ее ресурсов. Другая особенность ССТВВ заключается в интерпретации принципов внутрисемейного взаимопонимания. Общность контекстного поля формируется информационно-эмоциональными связями. Имеется в виду, что коммуникация членов семьи обеспечивается обменом вербальных и невербальных посылок, обладающих эмоциональной насыщенностью.

Еще одна особенность, отличающая ССТВВ от других модальностей – это учет целесообразности семейной организации. Все системы, включая семью, формируются под влиянием системоорганизующего фактора [1], вовлекающего взаимосвязанные элементы в деятельность по достижению общей цели. Поэтому ССТВВ занимается исследованием семейного целеполагания с учетом стадий жизненного цикла семьи.

Каждая стадия ЖЦС имеет свои задачи для развития семейной системы. Степень консолидации и способность разрешения возникающих проблем определяется функциональным ресурсом системы. Поэтому в выборе путей, ведущих к гармонизации семейных отношений, главное внимание уделяется функциональному ресурсу семьи – разработан способ его измерения и обозначены возможности его повышения.

ССТВВ работает с семейными конфликтами, нормативными и ненормативными семейными кризисами, которые переживает каждый отдельный член семьи и семья целиком.

Мишенями психологического консультирования являются информационно-эмоциональные связи (отношения), супружеские отношения, детско-родительские отношения, отношения между братьями и сестрами, отношения с членами расширенной семьи (бабушками, дедушками, тетями и дядями и т.д.); семейные роли; персональная референтная модель (отношение к религии, к финансам, ценности,

традиции и т.д.); здоровье; деятельность; образование; способность разрешать конфликты; лидерство в семье; родительская мотивация, отношение к детям и их воспитанию; сексуальные отношения и дисгармонии; лидерство в семье и т.д.

Историческая справка. Автором метода является Н.М. Лаврова. Метод активно формировался с 1991 года по 2006 год. Первая публикация о методе относится к 2003 году [13]. Затем, после получения авторских свидетельств на метод [6; 10], материалы с детальным освещением используемых приемов и теоретических подходов были опубликованы в журналах и тематических сборниках. В 2009 году было издано методическое руководство по ССТВВ [9]. Параллельно с разработкой методов оценки и коррекции семейного состояния проводились исследования факторов, влияющих на мобилизацию интеллекта членов семьи в проблемных ситуациях [11; 12]. Внимание исследования концентрировалось на стратегиях принятия решений в условиях недостатка полезной информации и при наличии ложных сведений. Одновременно изучались мозговые механизмы восприятия поступающей информации с привлечением той, что содержится в памяти и отражает полученный жизненный опыт [5; 7]. Проведенные исследования в области урегулирования семейных конфликтов и применения медиации [11] расширили подходы к оказанию психологической помощи.

Нервные и психические механизмы, опосредующие психотерапевтическое воздействие на членов семьи, в системной семейной психотерапии: восточная версия. При рассмотрении механизмов психотерапевтического воздействия ССТВВ обращается внимание на сочетание подходов (см. Рисунок 1).

В ***первом подходе*** усилия ССТВВ направлены на повышение функционального ресурса, определяющего выход семьи из проблемных ситуаций. Уровень ресурса зависит от выраженности фактора, консолидирующего семью в достижении цели. Степень эффективности фактора и семейные обстоятельства, влияющие на его реализацию, анализируются в ходе тестирования [8; 9].

Второй подход ССТВВ включает в себя комплекс воздействий на коммуникацию членов семьи. Коммуникация осуществляется посредством вербальных и невербальных посылок, в которых сопряжены смысловая и эмоциональная составляющие [7]. Выяснение несовпадений и согласование разногласий позволяет исправить несоответствие контекстов и восстановить взаимопонимание.

В ***третьем подходе*** ССТВВ сосредотачивает усилия на помощи членам семьи в принятии ответственных решений. Мобилизация интеллекта характеризуется способностью учесть максимум доступных сведений, распределить их по степени достоверности и значимости, а затем выстроить цельный образ проблемной ситуации. Поскольку

достоверные сведения недостаточны и противоречивы, формулируются гипотезы. Чем выше мобилизация интеллекта, тем полнее гипотезы отражают ситуацию и тем ниже вероятность ошибки в принятии решения. Стратегии мобилизации интеллекта выбираются в соответствии с данными о трех стратегиях работы мозга в процессе принятия решений [5].

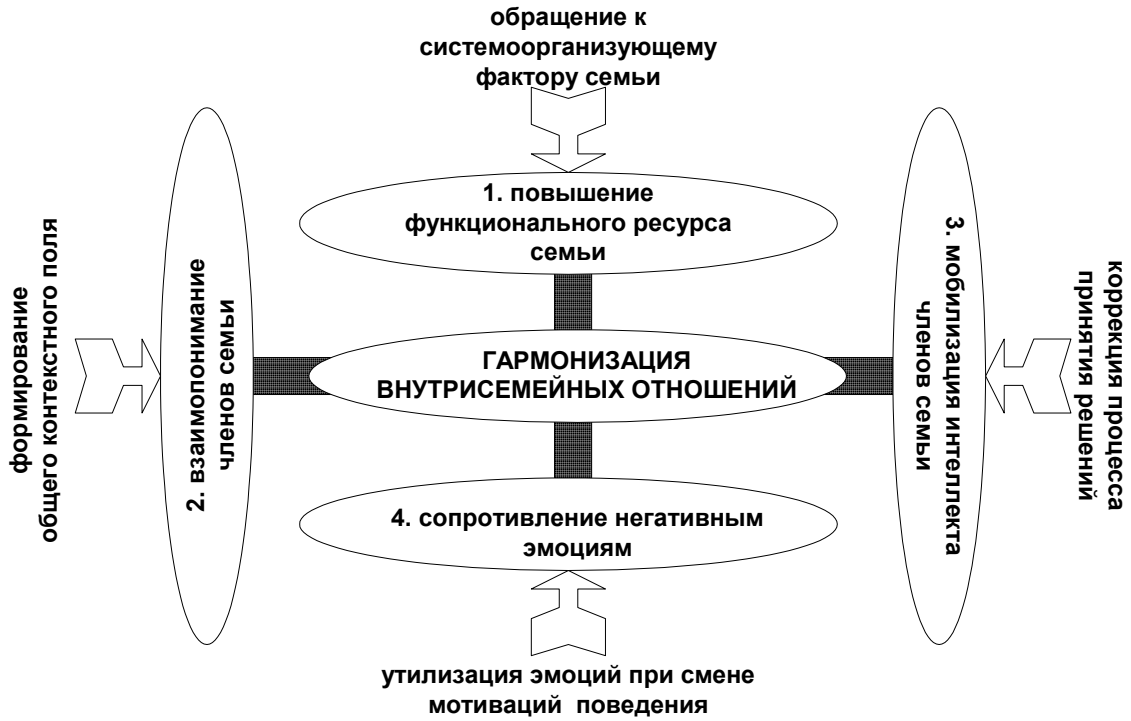


Рисунок 1. Направления и механизмы воздействия системной семейной психотерапии: восточная версия с целью гармонизации внутрисемейных отношений. Цифрами обозначены номера подходов

В ***четвертом подходе*** ССТВВ занимается сопротивлением негативным эмоциям, разрушающим отношения членов семьи. Возникновение эмоций обусловлено совокупностью мотиваций, определяющих поведений в сложившейся жизненной ситуации. Комплексы мотиваций составляют основу ролевых особенностей поведения. Имеются в виду многообразные ролевые категории, например, жертвы, преследователя, спасителя, матери или отца и т.д. В комплексе ролевых мотиваций выделяются генетически заданные и неизменные, а также те, которые возникли в результате обучения и могут перестраиваться. Если благодаря ССТВВ члену семьи удается войти в роль постороннего наблюдателя, то он производит селекцию выявленных мотиваций. Разрушительные мотивации обладают более четкой программой действий, чем восстановительные, и поэтому чаще актуализируются. В процессе ССТВВ приходит осознание, что

разрушительные мотивации, провоцирующие негативные эмоции, препятствуют урегулированию разногласий в семье.

Структурирование процесса системной семейной психотерапии: восточная версия. В консультативной работе ССТВВ выделяются четыре основных этапа.

Первый этап: знакомство и формулирование запроса от клиента, критерии достижения результата от психологического консультирования клиентом, обсуждается количество психотерапевтических сессий, условия психотерапевтического контракта и критерии достижения результата клиентом.

Второй этап: диагностический, специалист выясняет на какой стадии жизненного цикла находится семья, функциональная или дисфункциональная семья, какое свойство семейной системы не реализуется; есть ли в семье актуальный конфликт; переживает ли семья возрастные, нормативные или ненормативные кризисы. Для диагностики семьи используются диагностическое интервью Н.М. Лавровой, а также авторские тесты: Функционального ресурса семьи, Родительской мотивации, Функциональных и дисфункциональных стратегий поведения [9; 12].

Третий этап: применяются специальные методики системно-информационного подхода – генограмма М. Боуэна (графическое изображение структуры семьи), модификация метода генограммы Н.М. Лавровой с указанием текущего семейного кризиса [12]; интервью по генограмме А. Черникова [15]; структурированное интервью по генограмме Н.М. Лавровой [9]; парадоксальные техники стратегической семейной психотерапии Дж. Хейли [14]; моделирование семьи, личности и отношений Н.М. Лавровой [12] и др.

Четвертый этап: завершение психологического консультирования, подведение итогов и рефлексия от клиента. Обратная связь от семейного психолога или психотерапевта. Завершение психотерапевтического контакта.

ССТВВ проводится в форме сессий с привлечением взрослых и несовершеннолетних членов семьи. В процессе психотерапии допускаются индивидуальные сессии (кокусы), а также детско-родительские сессии, супружеские сессии.

Метод способствует мобилизации интеллекта и помогает выяснить сущность проблемной жизненной ситуации, построить гипотетические варианты изменения, а затем выбрать оптимальный вариант решения проблемы.

Базовые методы и методики, используемые в системной семейной психотерапии: восточная версия. При рассмотрении базовых методов и методик, используемых в ССТВВ, особо подчеркивается то обстоятельство, что используемые методы имеют двойное предназначение.

С одной стороны, они обеспечивают диагностику состояния семьи и членов семьи с выявления проблемных моментов, а с другой – помогают мобилизовать семью на выход из проблемной зоны.

Методика оценки кризисного состояния основывается на предложенной классификации [9; 12], выделяющей 9 типов кризисов. Использование нейрофизиологических данных относительно функционального состояния членов семьи вместе с измерением тревожности повышает объективность оценки. Выяснение степени выраженности кризисных явлений позволяет сформировать психотерапевтическую мишень ССТВВ.

Модификация метода генограммы [9] с обозначением степени и типа кризиса существенно увеличила наглядность генограммы.

Метод оценки функционального ресурса семьи [6] представляет собой инструмент для получения концентрированной информации о проблемах семьи и вероятности их решения. В основе метода лежит оригинальный тест, созданный в результате десятилетних наблюдений за способностью семьи решать возникающие проблемы. Применение компьютеризированного варианта сокращает время тестирования и обработки результатов, отражающих уровень ресурса. Благодаря тесту облегчается выяснение функциональных качеств членов семьи и детализируется мишень психотерапевтического воздействия. Использование теста снижает интеллектуальную и эмоциональную нагрузку специалистов ССТВВ, поскольку уменьшается напряжение творческой работы и сокращается число сессий, посвященных сбору информации и анализу состояния семейной системы.

Функциональный ресурс семьи определяет скорость ее возврата к равновесию, а также степень отклонения от равновесия при возникновении проблемных ситуаций. Положительная величина ресурса означает, что семья способна без посторонней помощи восстанавливать равновесие после негативных (деструктивных) событий. Чем выше положительный ресурс, тем быстрее семья решает проблемы и тем более гармонично ее равновесное состояние. Отрицательной величиной характеризуется ресурс семей, которые имеют тенденцию к разрушению, поскольку в недостаточной степени противостоят деструктивным факторам. Чем выше отрицательный ресурс семьи, тем больше вероятность, что она распадется, и тем больше она нуждается в коррекции своего состояния. Семейный консультант оказывает помощь в увеличении ресурса и его мобилизации в проблемной ситуации.

Апробация теста в ходе ССТВВ показала его объективность при оценке способности семьи разрешать возникающие проблемы, а также при выявлении проблемных зон в поведении членов семьи. Осознание конструктивности и деструктивности психологических установок и поведенческих мотиваций открывает перспективу позитивных изменений.

Методика оценки родительской мотивации позволяет оценивать качество детско-отцовско-материнских отношений в рамках семьи, а также анализировать готовность мужчин и женщин, состоящих и не состоящих в браке, к деторождению и выполнению функций по уходу и воспитанию детей. С помощью методики [12] прослеживается изменение родительской мотивации в процессе ССТВВ при отработке обозначившихся проблем.

Сочетание ***методов оценки толерантности и стратегий поведения*** обеспечивает градуальную оценку готовности членов семьи к достижению согласия при возникновении разногласий. Термин толерантность неодинаково истолковывается в литературе, Рисунок 2 содержит схему с истолкованием термина и обозначением соотношения обстоятельств, влияющих на функциональный ресурс личности. В Таблице 1 приводится перечень градаций толерантного состояния. Тест оценки стратегий поведения позволяет выявить недостатки поведения для последующей коррекции (см. Таблицу 2). Установлена связь толерантности и функциональности поведенческих стратегий. Чем выше толерантность, тем больше предпочтение функциональным стратегиям поведения [11].



Рисунок 2. Толерантность в аспекте функционального ресурса личности

Таблица 1

Оценка толерантности по критерию целеполагания поведения

Баллы	Особенности принятия решений при внутригрупповом взаимодействии
-N	Степень негативности определяется уровнем конфронтации, вызываемой стремлением к подавлению оппонентов в условиях реальных или предполагаемых противоречий интересов
0	Стремление к достижению собственных жизненных целей без налаживания сотрудничества с окружающими
1	Удовлетворение личных потребностей служит главным фактором поведения, однако при этом прилагаются усилия по избеганию открытых разногласий с окружающими и не ущемляются их справедливые интересы
2	Принимаемые решения и совершаемые поступки направлены на избегание конфликтов и урегулирование возникших споров, отсутствует провокация негативных эмоций у окружающих
3	Поведение обусловлено стремлением к налаживанию конструктивного сотрудничества с окружающими и к получению одобрения с их стороны
4	Сочувствие окружающим в связи с их жизненными событиями, оказание помощи без ущерба собственным интересам
5	Сопереживание и готовность всемерно содействовать окружающим в достижении их целей

Таблица 2

Классификация поведенческих стратегий

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ СТРАТЕГИЙ			
Функциональные:		**Дисфункциональные:**	
1. «Психологическая защита» от стрессора (символ «черепаха») 3. Подчинение требованиям жизненной ситуации (символ «заяц») 5. Оптимизм во всех ситуациях, включая неопределенные (символ «лягушка») 7. Целеустремленность в разрешении возникших проблем (символ «дятел»)		2. Невосприятие стрессора (символ «страус») 4. Противостояние микросоциальному окружению (символ «петух») 6. Подготовка к наихудшему варианту событий (символ «верблюд») 8. Пересылка собственных негативных эмоций другим людям (символ «пиявка»)	
КАТЕГОРИИ СТРАТЕГИЙ			
Доминантная	**Ведущая**	**Неактуальная**	**Избегаемая**

Метод оценки личной ответственности предусматривает определение ее категории в соответствии с разработанной шкалой [11]. В процессе ССТВВ метод применяется для анализа способности членов семьи решать проблемы, провоцируемые несогласованными действиями. Чем выше положительная ответственность, тем легче найти выход из проблемной ситуации и достичь согласия. В случае отрицательной

ответственности кого-то из членов семьи ССТВВ помогает решить проблему за счет тех, кто обладает высокой ответственностью

Метод визуализации проблемной ситуации, заключается в построении композиции, состоящей из графических элементов, олицетворяющих членов семьи и представителей социума [11]. Размер элемента в композиции определяется важностью человека для разрешения жизненной проблемы, а распределение элементов в композиции отражает отношения окружающих людей. Метод, с одной стороны, позволяет получить наглядное представление о сущности проблемной ситуации, а с другой стороны – выделить обстоятельства, влияющие на преодоление трудного положения.

Метод принципиально отличается от метода генограммы [9], ограниченного иллюстрацией структуры семьи. Он позволяет решать те же задачи, что и практика майндфулнесс, помогающая осознать сущность ситуации, сложившейся в настоящем времени, и принять эту ситуацию.

Преимущество метода визуализации состоит в его широких возможностях, обусловленных нейроинформационными знаниями о принципах построения цельного образа объекта из набора отдельных сведений. Имеется в виду, что построение графической композиции, передающей цельный образ проблемной ситуации, обеспечивается интеллектуальными усилиями, связывающими воедино все известные обстоятельства. Метод учитывает недостаток достоверных сведений и предусматривает формулированием гипотетических вариантов. Наличие набора возможных выходов из проблемной ситуации помогает избавляться от беспочвенных сомнений. Проблемная ситуация разрешается после выбора приемлемого варианта.

Позитивные изменения состояния семьи и ее членов в результате воздействия посредством системной семейной психотерапии: восточная версия. Благодаря ССТВВ семья разрешает противоречия, неизбежно возникающие во внутрисемейных отношениях. Утверждение ценности семьи вместе с возрастанием функционального ресурса семьи способствуют гармонизации внутрисемейных отношений. Формирование благоприятной экологичной семейной обстановки содействует поддержанию соматического и психического здоровья, избавлению от вредных зависимостей, а также долгожительству членов семьи.

Под влиянием ССТВВ члены семьи исправляют набор мотиваций и поведенческих стратегий, согласуя свою семейную роль с другими членами семьи. При появлении угрозы разрушения семьи ССТВВ облегчает поиск выхода из кризисной ситуации с минимальным ущербом для благополучия членов семьи.

В рамках ССТВВ отрабатываются навыки избегания ситуаций, провоцирующих негативные эмоции страха, агрессии, огорчения, и обращается внимание на создание ситуаций, вызывающих позитивную

эмоцию симпатии (любви, благодарности), снимающей коммуникативные препятствия. Повышение родительской мотивации супругов с мобилизацией семьи на воспроизведение, на заботу и воспитание детей вовлекает семью в решение острой демографической проблемы.

Литература

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. – М.: Наука, 1980. – 360 с.
2. Бейтсон Г. Экология разума. – М.: Смысл, 2000. – 450 с.
3. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания. – М.: Academia-Центр; Медиум, 1995. – 323 с.
4. Винер Н. Творец и Будущее. – М.: АСТ, 2003. – 732 с.
5. Лавров В.В. Между мозгом и психикой. – LAP, 2016. – 171 с.
6. Лавров В.В., Лаврова Н.М. Способ коррекции системных связей членов семьи. Патент № 2354297 от 10.05.2009.
7. Лавров Н.В., Лавров В.В. Особенности взаимопонимания в контексте диалога: специфические и неспецифические факторы коммуникации // сб. «Язык и искусственный интеллект» / ред. Вдовиченко А.В./ – М.: ИД ЯСК, 2023. – С. 182-225.
8. Лавров Н.В., Лавров В.В., Лаврова Н.М. Типология моделей современной семьи в аспекте восточной версии системной семейной психотерапии // сб. «Современная социология семьи: проблемы и их решения» / ред. А.Ю. Нагорнова/. – Ульяновск: Зебра, 2020. – С. 25-39.
9. Лаврова Н.М., Лавров В.В. Семейная терапия: от простого к сложному. – СПб: Bridge, 2009. – 73 с.
10. Лаврова Н.М., Лавров В.В. Способ диагностики семейного кризиса и последующей коррекции структуры системных связей членов кризисной семьи. Патент на изобретение RU 2268648 C2 от 27.01.2006 г.
11. Лаврова Н.М., Лавров В.В., Лавров Н.В. Медиация: принятие ответственных решений. – М.: ОППЛ, 2013. – 224 с.
12. Лаврова Н.М., Лавров В.В., Лавров Н.В. Экспедиция в страну с вулканами семейных кризисов. Как помочь семье выйти из кризисной ситуации. – М.: КТК Галактика, 2021. – 236 с.
13. Лаврова Н.М., Лавров В.В., Пушкарев Ю.П., Моисеева Л.А. Семейные кризисы и повышенная тревожность членов семьи. / В сб.: «Теоретические и эмпирические подходы к изучению толерантных установок сознания». – СПб.: РГПУ, 2003. – С. 61-64.
14. Хейли Дж. Терапия испытанием: Необычные способы менять поведение. – М.: Класс, 1998. – 50 с.
15. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. – М.: Класс, 2001. – 208 с.

16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 2009. – 672 с.
17. Bowen M. The use of family theory in clinical practice // Comprehensive psychiatry. – 1966. – V 7. – P. 345-374.
18. Lawrowa N.M., Lawrow W.W. Anwendung des verfahrens der mediationskarte für die stimulation der motivation zur erreichung einer vereinbarung, − Coaching und Mediation. Gera. – SPb: VWR-Verlag, ADI-CIS Gmbh, 2014. – S. 271-283.

Бурно Марк Евгеньевич

ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М.Е. БУРНО

Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно (далее – ТТСБ) – российский самобытный психотерапевтический метод-школа для помощи диагностически разнообразным пациентам с хроническим болезненным переживанием своей неполноценности, несостоятельности (*дефензивность* – в противовес агрессивности) и душевно здоровым людям с дефензивными переживаниями в пределах здоровья.

ТТСБ – метод, официально принятый на государственном уровне (министерские рекомендации и пособия; преподавание в государственных учебных заведениях, защищённые диссертации). Он относится к методам ***клинического классического направления в отечественной психотерапии***. Данное направление, разработанное, прежде всего, Э. Кречмером и С.И. Консторумом, отвечает душевным особенностям многих россиян и основано на естественно-научном мироощущении (мировоззрении). Это направление существовало и существует в российской психотерапии [1; 2; 8, с. 8].

Нередко полагают, что *клиническая классическая психотерапия* своим материализмом грубее, примитивнее психотерапии психологической (психологически-ориентированной), основанной на фундаментальной психологической теории. Это-де гипноз, самовнушение, убеждение с разъяснением – вот, пожалуй, и всё. Конечно, это не так.

Клиническая классическая психотерапия включает в себя, в сущности, все психотерапевтические механизмы (суггестивный, гипнотический, рациональный, когнитивный, активирующий, поведенческий, групповой, тренировочный, игровой, катарсический, аналитический, телесный, гештальт, креативный и др.), но они, эти механизмы, преломлены здесь естественнонаучно, порою одухотворённо-материалистически.

Эта наша традиционная естественнонаучная психотерапия может быть такой же высоко одухотворённой, как, например, художественные произведения одухотворённых материалистов Чехова и Левитана. Дух для одухотворённого психотерпапевта-клинициста вторичен, но не материален. Он только несёт в себе, в клинике и терапии, «следы», «память» материального происхождения, неразлучен с телом. Психотерапевтическое воздействие происходит здесь, отправляясь не от психологической концепции. Оно направляется сам*о*й клинической картиной, включающей в себя личностную почву.

Так, например, природа депрессивно страдающей души тянется из мучительной «чёрной» неопределённости к стихийной спасительной, дающей опору, определённости. Тянется с помощью «исследования» страдания (стихотворением, рисунком, музыкальной мелодией и т.д.), а клиницист помогает, как может, природе защищаться совершеннее.

Защищаться помогает с научным искусством – в данном случае, разработанными, исходящими из особенностей клиники, способами творческого самовыражения. Личностная почва (аутистическая, синтонная, психастеническая и т.д.) по-своему (аутистически, синтонно и т.д.) прорисовывает все душевные расстройства, вырастающие на ней, и показанную здесь соответствующую этой клинике психотерапию. В том числе, и по этой причине в своё время клиницисты О. Блейлер и Э. Кречмер приветствовали психоанализ с его символами в аутистических, аутистоподобных, схизисных клинических случаях и не принимали в случаях пациентов с материалистическим мироощущением.

Развивающаяся ТТСБ для помощи больным и здоровым людям, сложилась в своих методических основах во второй половине 80-х годов XX века

В 1988 году вышли методические рекомендации Минздрава СССР (см. [7]) и в 1989 г. была издана монография М.Е. Бурно «Терапия творческим самовыражением», в последующем неоднократно переиздававшаяся (например, см. [2]).

ТТСБ вышла из давнего положения Э. Кречмера о «созидании личности по её конституциональным основным законам и активностям» (1934) [2, с. 24].

ТТСБ – самостоятельный целостный метод, имеющий свою философскую основу (клиническое, естественно-научное, материалистическое (без всякой воинственности) мироощущение (мировоззрение)), свою систему показаний и противопоказаний.

Показания к применению метода следующие (см. [9]).

1. *Дефензивные расстройства*. Они присущи, прежде всего, многим психиатрическим пациентам: больным с тягостны ми расстройствами зрелой личности (классическое обозначение – «психопатии»), с шизотипическим расстройством, с шизофренией без острой психотики, эпилепсией, органическими поражениями мозга, вообще – с хроническими, не остропсихотическими, депрессивными, тревожно-депрессивными расстройствами разнообразного происхождения (в том числе, соматического).

2. *Дефензивные трудности душевно здоровых людей*. Это особая, «помогающая» часть т.н. характерологической креатологии (например, помощь в интернатах для сирот, детских домах, интернатах для престарелых).

Противопказанием к применению метода является *депрессия с тяжёлой душевной болью, стремлением к самоубийству.* Переживание своей выброшенности из жизни может ещё более углубиться среди творчески самовыражающихся людей в группе, представляющихся пациенту счастливыми. Состояние может ухудшиться и в индивидуальной творческой работе с психотерапевтом – от чувства своего творческого бессилия. Однако В.В. Васильевым (г. Ижевск) разработан специальный вариант ТТСБ для *профилактики суицидов* вне остроты страдания. О чём речь пойдет ниже.

Также противопоказанием является неукротимое стремление пациента при изучении характеров, психиатрии осуждающе «накладывать» психиатрические «этикетки», «бирки» на знакомых и близких («опсихиатричивать» жизнь).

Существо терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно [2; 7]**.** Пациенты и душевно здоровые дефензивные люди под руководством психотерапевта знакомятся с элементами психиатрии, характерологии, психотерапии, естествознания. Изучают характеры ушедших из жизни художников, писателей, композиторов, учёных, характеры (нравы) животных (диких и домашних), произведения искусства, литературы. Всё это происходит в творческом самовыражении: то есть с постоянным поиском характерологического, психиатрического, вообще особенностей человеческой души во всём, посильно изучаемом, с постоянной оценкой своего индивидуального творческого отношения к изучаемому.

Таким образом обретается (рано или поздно) своё целительное осмысленное (содержательное) творческое вдохновение, *становится всё более определённой мучительная подчас неопределённость* дефензивности, сотканная из нерешительности, застенчивости, малодушия, неуверенности в себе, тревожной мнительности, сомнений, ранимости, робости и т.п. Очень важно помочь тем, кому оказывается помощь посредством ТТСБ, продумать и прочувствовать, что слишком много в истории культуры создано именно дефензивными (не агрессивными), неуверенными в себе людьми.

Психотерапевт стремится, как отмечено выше, к возникновению более или менее стойкого ***творческого вдохновения*** (creative inspiration) в душе человека, которому помогает. Оно поистине целительно светом своей уникальности, в нём живут Смысл и Любовь (их не выведешь ни из какой голой мысли). К душевному, духовному свету уникальности, *неповторимости* помогает приблизиться именно *повторимое* (общее), что содержится в конкретных характерах, симптомах конкретной душевной болезни и т.д.

Психотерапевт поначалу помогает пациенту найти, например, свой характер (характерологический круг) – психастенический, аутистический,

полифонический и т.д. Далее – найти своих характерологических «братьев» – психастенических, аутистических и т.д., например, среди писателей, художников прежних времён. А потом уже, сопутствует пациенту в углублении в свой характерологический круг, помогает открыть ему всё в б*о*льших подробностях, нюансах и своё *неповторимое* в сравнении, к примеру, с другими психастениками.

Таким образом, природные характеры и душевные болезни для психотерапевта не «бирки», а важные природные *ориентиры* (наподобие, например, природной мужской или женской душевно-телесной особенности).

Эти *ориентиры* ведут к своей психастенической, аутистической и другой *неповторимости*. Переживание своей неповторимости – и есть свет творческого вдохновения. Творческое вдохновение проникнуто целительным биологическим сдвигом в организме (в понимании А.И. Яроцкого), что немаловажно для лечения и соматической патологии пациентов.

Практика терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно [2; 7]**.** Индивидуальные встречи с психотерапевтом, творческие домашние задания, группа творческого самовыражения (в том числе, психотерапевтический театр-сообщество как одна из форм такой группы).

Групповое занятие происходит в уютной психотерапевтической гостиной с чаем, свечами, слайдами и т.п.

Конкретные методики терапии творчеством, переплетающиеся всюду между собою, следующие: 1) терапия созданием творческих произведений; 2) терапия творческим общением с природой; 3) терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой; 4) терапия творческим коллекционированием; 5) терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое; 6) терапия ведением дневников и записных книжек; 7) терапия перепиской с психотерапевтом; 8) терапия творческими путешествиями; 9) терапия творческим поиском одухотворённости в повседневном; 10) терапия исполнительным творчеством.

Повторяющееся слово «творческий» означает, что всякое дело здесь выполняется неповторимо *по-своему*, в процессе вольного или невольного поиска своей психастенической, шизотипической и т.д. уникальности для обретения своей вдохновенно-творческой неповторимой жизненной дороги.

В группе – 8-12 человек. Занятие продолжается 2 часа. Индивидуальное – 1 час.

Долгосрочная ТТСБ продолжается 2-5 лет, краткосрочные варианты метода – от недели до 4-х месяцев.

Идеал терапевтической эффективности ТТСБ – сложившийся *творческий стиль жизни*: возможность обретёнными в психотерапии

способами достаточно надёжно приводить себя в состояние творческого вдохновения и способность подолгу жить и работать в этом светлом состоянии.

Однако это происходит не так часто: зависит от природы заболевания, характера, от длительности и качества лечебных занятий. Но более или менее стойкая выразительная психотерапевтическая помощь (стойкие ремиссии, малообратимые компенсации – даже в тяжёлых болезненных случаях) при умелой работе по данному методу, учитывающей противопоказания, в согласии с квалифицированной психофармакотерапией (где это нужно), – возможна практически всегда.

Опыт проведения ТТСБ показывает, что на почве дефензивности нередко возникают разнообразные выраженные затянувшиеся невротические, реактивные, неврозоподобные и депрессивные расстройства. Отмечается, что одно только малословное участие пациента или даже молчаливое присутствие в группе творческого самовыражения в течение нескольких недель, месяцев смягчает или устраняет указанные психопатологические расстройства. Это происходит в таких случаях как бы без методик, без углублённой индивидуальной помощи. Объясняется это, видимо, возможностью в творческой группе характерологически понять отношения между людьми, свои семейные трудности, почувствовать яснее-освежающе свою самособойность-уникальность и светло укрепиться в ней, поднявшись над «трудностями жизни».

Подробности применения метода при различных заболеваниях и у душевно здоровых людей, возможности оценки терапевтической эффективности можно найти в специальной литературе (список в конце работы).

Применение ТТСБ (нередко в комплексном лечении с другими методами) возможно в различных областях медицины.

1. В психиатрии. В лечении пациентов с расстройством зрелой личности (психопатии), пациентов с шизотипическим расстройством, с шизофренией (в том числе, реабилитационная психотерапия), пациентов с хроническими депрессиями различного происхождения, пациентов с синдромом Шёгрена, с синдромом эмоционального выгорания.
2. В наркологии. В профилактике и лечении алкоголизма, наркомании, токсикомании у взрослых и подростков.
3. В неврологии (в том числе, детский церебральный паралич – реабилитация).
4. В соматологии. Кардиология, геморрагические диатезы, фтизиатрия, сахарный диабет, офтальмология, гастроэнтерология, дерматология, сколиоз (у детей), паллиативная онкология.
5. В курортологии.
6. В лечении заикания.
7. В лечении ВИЧ-инфицированных.

8. В гериатрии.

9. В работе со здоровыми детьми с дефензивными трудностями в детских домах, интернатах.

10. В психогигиенических школах (в том числе, христианских).

11. Для предупреждения и устранения ностальгического синдрома в дальнем зарубежье.

12. В профилактике синдрома эмоционального выгорания.

Ссылки на публикации по указанным темам, а также этические положения для работающих в ТТСБ можно найти и в дополняемой Справке Центра ТТСБ в структуре ОППЛ: http://tts-burno.narod.ru/

Отметим здесь разработанные вполне самостоятельные варианты ТТСБ в лечении разных заболеваний, в работе с душевно здоровыми людьми. Эти варианты имеют свои отчётливые особенности в зависимости от клиники, от душевных особенностей тех, кому оказывается помощь. Вот их перечень (более подробно см. [9, с 47-68]).

1. ТТСБ пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт Татьяна Евгеньевна Гоголевич, Тольятти) [5].

2. ТТСБ шизоидных личностей с семейными конфликтами (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт, доцент Надежда Леонидовна Зуйкова, Москва).

3. ТТСБ шизотипических пациентов с дефензивностью (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт, доцент Светлана Владимировна Некрасова, Москва).

4. ТТСБ шизотипических пациентов с деперсонализационными расстройствами (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт, доцент Людмила Васильевна Махновская, Москва).

5. ТТСБ для повышения (посветления) качества душевной жизни больных шубообразной шизофренией вне шуба (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт, доцент Инга Юрьевна Калмыкова, Москва).

6. ТТСБ больных шизотипическим расстройством, осложнённым алкогольной зависимостью (канд.медиц. наук, психиатр, психиатр-нарколог, психотерапевт, Гузель Ринатовна Мухаметзянова, Россия, Башкирия, Туймазы).

7. ТТСБ пациентов со специфическими расстройствами личности (психопатиями) с преобладанием ипохондрии (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт, психиатр-нарколог, доцент Анна Станиславовна Иговская, Москва).

8. ТТСБ в паллиативной онкологии (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт, онколог Татьяна Витальевна Орлова, Москва).

9. ТТСБ для психологической реабилитации зрячих глаукомных больных (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт Мария Андреевна Богданович, Тюмень).

10. Психокоррекционный вариант ТТСБ (канд. психологич. наук , доцент Наталья Викторовна Грушко, Омск).

11. Вариант метода ТТСБ в социальной адаптации инвалидов с детским церебральным параличом (специалист по социальной работе Кира Вадимовна Тельминова, Новокузнецк).

12. Вариант ТТСБ в дерматологии (канд. медиц. наук, дерматолог, психотерапевт, доцент Ирина Николаевна Иванова, Волгоград) [6].

13. Вариант ТТСБ в психолого-педагогической практике в социокультурном пространстве кадетского корпуса (психолог-педагог Нина Ивановна Галеева, Москва).

14. Гуманитарно-культурологическая ТТСБ (психотерапевт, фтизиатр, доцент Евгений Антонович Поклитар, Украина, Одесса).

15. Внелечебный вариант ТТСБ для работы с детьми 3-4 классов (педагог-психолог Людмила Дмитриевна Протасова, Сочи).

16. Вариант ТТСБ в работе практического психолога с педагогами (канд. педагогических наук, доцент Елена Сергеевна Щеголенкова, Новокузнецк).

17. Вариант ТТСБ для педагогов дошкольных учреждений (педагог-психолог Светлана Михайловна Павлова, Самара).

18. Акмеологический вариант ТТСБ (канд. психол. наук, доцент Александр Анатольевич Филозоп, Воронеж).

19. Вариант ТТСБ для социальной адаптации подростков «Творческая гостиная» (педагог-психолог Людмила Дмитриевна Протасова, Сочи; педагог-психолог Татьяна Александровна Гилёва, Новокузнецк).

20. Вариант ТТСБ «Формирование позитивного самоотношения старших школьников» (психолог Лариса Александровна Селиванова, Новокузнецк; педагог-психолог Татьяна Юрьевна Шихова, Новокузнецк).

21. Вариант ТТСБ для подростков из неблагополучных семей (психолог Наталья Анатольевна Холопенко, Новокузнецк).

22. Углублённо-индивидуальная ТТСБ (в том числе, без группы творческого самовыражения) (врач-психотерапевт Любовь Александровна Тарасенко, Москва).

23. Педагогический вариант ТТСБ с детьми и подростками в психиатрическом стационаре (педагог-художник Юлия Валерьевна Позднякова, Москва).

24. Экзистенциально-феноменологический вариант ТТСБ (психиатр, психотерапевт Ксения Юрьевна Сосновская, Новокузнецк).

25. Вариант ТТСБ в помощь освоению духовной культуры православия (психолог Татьяна Юрьевна Метёлкина, Москва).

26. Вариант ТТСБ для профилактики суицидального поведения у женщин, страдающих расстройствами шизофренического спектра

(психиатр, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор Валерий Витальевич Васильев (Россия, Удмуртия, Ижевск).

27. ТТСБ при лечении соматоформных нарушений органов пищеварения (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт Аркадий Ростиславович Терлецкий, Польша, Люблин).

28. ТТСБ при лечении сколиоза у детей (канд. психол. наук, специалист по детской лечебной физкультуре Тимур Александрович Унанов, Украина, Одесса).

29. ТТСБ как творческая спицетерапия (педагог Маргарита Алексеевна Раскина, Украина, Одесса).

30. ТТСБ в психосоциальной реабилитации психиатрических пациентов (психиатр, психотерапевт Кирилл Евгеньевич Горелов, Москва).

31. Онтогенетически ориентированный вариант ТТСБ для детей и подростков в психиатрии (психиатр, психотерапевт Ольга Борисовна Левковская, Москва).

32. Вариант ТТСБ для работы с психосоматическими пациентами (психиатр, психотерапевт Ирина Петровна Маркова, Самара).

33. Вариант ТТСБ в курортологии (психиатр, психотерапевт Александра Владимировна Савельева, село Ундоры Ульяновской области).

34. Клинико-экзистенциальный вариант (вариация) ТТСБ (психиатр, психотерапевт Павел Валерьевич Волков, Москва).

35. Вариант ТТСБ: Креативная характерология К.Е. Горелова (КХГ) (психиатр, психотерапевт Кирилл Евгеньевич Горелов, Москва).

36. Вариант ТТСБ: Домашние группы творческого самовыражения (волонтёр Александр Серафимович Соколов, инженер, Москва).

37. Вариант ТТСБ: ТТСБ в семейном консультировании (психолог Лариса Александровна Мальцева, Новокузнецк).

38. Вариант ТТСБ: Новый реалистический психотерапевтический театр И.Ю. Калмыковой (канд. медиц. наук, психиатр, психотерапевт, доцент Инга Юрьевна Калмыкова, Москва).

39. Вариант «Клуб ТТСБ» (медицинский психолог Елена Александровна Добролюбова).

40. Работа с ценностно-смысловой сферой девиантных подростков с помощью ТТСБ (медицинский психолог Елена Николаевна Иванова, Магнитогорск).

Таким образом, палитра применения ТТСБ довольно широка. На одном полюсе, для образованного, сложного, тонкого душой пациента, ТТСБ может стать, как приходилось слышать, вторым необходимым «психотерапевтическим высшим образованием», а на другом полюсе душевно больной инвалид получает от другого варианта ТТСБ, хотя и заметную, но временную, нестойкую психотерапевтическую помощь.

В отношении терапевтической эффективности ТТСБ (шизофренический спектр) следует отметить упомянутые уже выше

работы В.В. Васильева. В одной из своих работ [3] автор сообщил, что «частота суицидов среди пациенток с расстройствами шизофренического спектра, получавших ТТСБ была более чем в 6 раз ниже, чем среди пациенток с аналогичными расстройствами, не получавшими никакой психотерапии». «Данный результат, – отмечает В.В. Васильев, – подтверждает достаточно высокую эффективность ТТСБ в качестве метода профилактики суицидального поведения у женщин, страдающих расстройствами шизофренического спектра» [3, с.48].

Особое внимание следует обратить на работу В.В. Васильева, Ю.Г. Каменщикова, А.Ю. Каменщикова, А.В. Молчановой, М.А. Дерягина «Опыт социально-психологической реабилитации пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с использованием метода Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно» [4]. Это статья о применении метода на протяжении последних 25 лет с современной строгой статистикой (указана высокая эффективность) с предложением включить его в официальные клинические рекомендации. И поле лечения несравненно более широкое, нежели помощь при суицидальных переживаниях у женщин (при расстройствах шизофренического спектра).

Литература

1. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2009. – 719 с., ил.

2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). 4-е изд., испр. и доп. – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. – 487 с., ил.

3. Васильев В.В. Терапия творческим самовыражением как метод профилактики суицидального поведения у женщин, страдающих расстройствами шизофренического спектра // Психотерапия. – 2015. – № 1. – С. 48-54.

4. Васильев В.В., Каменщиков Ю.Г., Каменщиков А.Ю., Молчанова А.В., Дерягин М.А. Опыт социально-психологической реабилитации пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с использованием метода Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2024. – № 9. – С. 1097-1107.

5. Гоголевич Т. Психотерапевтическая помощь людям сложного характера. Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями. – Lambert Academic Publishing. Deutschland, 2015. – 465 с.

6. Иванова И.Н. Социально-психологические исследования в дерматологии. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. – 196 с.

7. Краткосрочная терапия творческим самовыражением (метод М.Е. Бурно) в психиатрии. Коллективная монография под ред. М.Е. Бурно и И.Ю. Калмыковой. – М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. – 240 с.

8. Макаров В.В. Основные тренды развития психотерапии в Российской Федерации // Психотерапия. – 2016. – № 2. – С. 6-8.

9. Психотерапия здоровых. Психотерапия России. Практическое руководство по характерологической креатологии / под ред. М.Е. Бурно и Г.Ю. Канарша. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2015. – 744 с.

Калмыкова Инга Юрьевна

Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно: краткосрочный стандартный вариант для больных шубообразной шизофренией вне шуба (метод И.Ю. Калмыковой)

Отметим, что в рамках ТТСБ, российского самобытного психотерапевтического метода-школы для помощи диагностически разнообразным пациентам с хроническим болезненным переживанием своей неполноценности, несостоятельности (*дефензивность* – в противовес агрессивности) и душевно здоровым людям с дефензивными переживаниями в пределах здоровья, разработаны вполне самостоятельные варианты метода для лечения этих разных заболеваний, а также для работы с душевно здоровыми людьми. Эти варианты имеют свои отчётливые особенности в зависимости от клиники, от душевных особенностей тех, кому оказывается помощь. Их перечень был представлен в предыдущей статье, автор ***Марк Евгеньевич Бурно***, основатель метода-школы ТТСБ [1-6; 13; 14].

Одним из таких вариантов ТТСБ является краткосрочный стандартный вариант терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для больных шубообразной шизофренией вне шуба, разработанный ***Ингой Юрьевной Калмыковой***, которая, на сегодняшний день, является руководителем модальности ТТСБ в ОППЛ. Рассмотрим метод более подробно.

Определение и особенности краткосрочного стандартного варианта терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для больных шубообразной шизофренией вне шуба (метод И.Ю. Калмыковой). ***Краткосрочный стандартный вариант терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно по И.Ю. Калмыковой*** (далее – КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой) – метод, направленный на улучшение и повышение (просветление) качества душевной жизни пациентов с шубообразной шизофренией, особенно в периоды между обострениями (вне шуба), помогающий качественно улучшить их внутреннее состояние с переживанием своей неполноценности, несостоятельности (дефензивные переживания), даже при сохранении диагноза.

Шубообразная шизофрения выделена и классически описана А.В. Снежневским, его последователями, учениками. По МКБ-10 – это параноидная шизофрения с эпизодическим (приступообразным) течением. В клинических беседах с этими больными вне приступа у многих из них обнаруживается способность к сложным переживаниям. Они тягостно личностно переживают вне приступа, в состоянии ремиссии свою гнетущую неполноценность среди здоровых людей и просят помочь им

обрести радость жизни и возможный смысл своего существования [5; 9; 11; 13].

Существо КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой состоит в следующем: он помогает пациентам в разнообразном творческом самовыражении посильно изучить с помощью врача, клинического психолога особенности своего душевного состояния (изучение характеров, характерологических радикалов, клиники, патографии, способов творческого освобождения от тревожно-депрессивной напряжённости и т.д.) в сравнении с душевными особенностями других людей (в том числе известных своим творчеством, воспоминаниями о них художников, писателей, учёных прошлого, более или менее выразительно обнаруживавших эти свои шизофренические особенности в творчестве). Всё это целительно в высоком смысле, даже для тяжёлых больных, помогая душевно собраться и осветиться внутренне ценностью, смыслом бытия. Речь тут идёт чаще не об абстрактном «смысле», а о переживании *смысла* в широком понимании, включая понимание смысла своего земного пути. Если природа пациента оказывается чуткой к религиозным переживаниям, то смысл может переживаться в душе как изначально Божественное и всё же обычно *свое – свое* чувство Бога, даже абстрактного, *свой* путь к Богу [5; 9; 11; 13].

Цели КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой, как и в целом в ТТСБ, не в том, чтобы научить тех, кому помогаем, создавать произведения искусства, науки или дать человеку какое-то отвлекающее от душевных трудностей «хобби». Цели КВ ТТСБ в следующем [13]:

1. Помочь дефензивным пациентам больных шубообразной шизофренией выйти из тягостных расстройств настроения, существенно смягчить патологическое переживание своей неполноценности, никчемности, различные психопатические, депрессивные и неврозоподобные проявления: навязчивые, сенестопато-ипохондрические, деперсонализационные, истероподобные и т. д. Предупредить тем самым и возможную здесь губительную «самопомощь» выпивкой и наркотизацией.

2. Одновременно, в процессе терапии, раскрепостить, привести в действие скрытые резервы общественной, нравственной деятельности, нередко незаурядные, но «спрятанные» в этих неуверенных в себе пациентах без такого специального лечения. Помочь пациентам более полезно для общества и *целебно для себя* творчески «включиться» в жизнь именно своими, даже болезненными особенностями, которые, более или менее, перестают при этом быть патологическими.

КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой для довольно тяжёлых больных, требующих в ходе психотерапии учет их особенностей [5; 9; 11; 13].

Во-первых, эти пациенты горячо, но с большим трудом постигают характеры людей, характерологические радикалы, поскольку их собственные, полифонические, характеры повседневно движутся,

поскольку здесь существенно разлажено, расплывчато мышление для необходимого обобщения в такой сложной, тонкой области познания мира. Чаще, однако, помогаем здесь пациентам постигать особую природу своего движущегося субпсихотическиневрозоподобного душевного расстройства – в основном не по мыслительной, а по эмоциональной тропе. «Шубообразная» эмоциональность достаточно сохранна, а разъяснением, разубеждением здесь мало поможешь. Еще меньше поможешь психотерапевтическими техниками. Но поможешь, подчеркиваем, если пойдешь по дороге сердца.

Во-вторых, с шубообразными пациентами, для углубления целительного творческого самопознания, необходимо осторожно изучать картины шубов (в том числе, их собственных перенесенных остропсихотических расстройств). Это особая, деликатная, тема. Известно, что многим шубообразным пациентам больно вспоминать перенесённую острую депрессивно-параноидную психотику, тем более рассказывать о ней.

Психотерапевтическая помощь пациентам в их тягостной послешубной ремиссии посредством КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой невозможна без так называемого ***«эмоционального интимного психотерапевтического контакта»*** [5; 13]. Существо контакта, очень коротко, состоит в подлинном врачебном неравнодушии к пациенту с искренней профессиональной заботой, переживаниями о нём, что возможно лишь при естественной (без эмпатического «как бы») личностной способности, в известных пределах, открыть больному и свою душу. Эта (в настоящем, не декларативном смысле) «любовь врача к больному» остро необходима больным шизофренией с их болью одиночества, обусловленной и тем, что даже любящие близкие не могут их понять и не могут держать с ними необходимую здесь для взаимной врачующей любви дистанцию. Подробнее об этом особом написано в коллективном «Практическом руководстве по Терапии творческим самовыражением» [14, с. 256-308].

Показания и противопоказания к применению КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой следующие [13].

Показанием к применению метода является параноидная шизофрения с эпизодическим (приступообразным) течением, с нарастающим дефектом и с частичной (неполной) ремиссией. Состояние вне шуба с дефензивными переживаниями и желанием психотерапевтической помощи.

Противопоказанием (абсолютным, как и в других случаях ТТСБ) является острое депрессивное (или другое остропсихотическое) расстройство, суицидальные желания, намерения. Относительное противопоказание – склонность больных применять полученные в

процессе лечения знания по психиатрии во вред людям с «навешиванием ярлыков», «опсихиатричиванием жизни».

Возможные осложнения, их профилактика и купирование. Осложнений во время работы с данным методом не наблюдалось при условии соблюдения указанных противопоказаний. Профилактикой осложнений является правильный отбор пациентов в соответствии с показаниями и противопоказаниями. Возможно спонтанное ухудшение состояния пациента, требующее назначения психофармакологических средств и временного вывода из психотерапевтической группы по согласованию с больным или его родственниками.

КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой не заменяет медикаментозное лечение, а дополняет его, работая с теми аспектами личности, которые остаются доступными в межприступный период.

Метод применяет либо психотерапевт (например, в психоневрологическом диспансере), либо психотерапевт психосоциальной бригады.

Метод описан в работах И.Ю. Калмыковой и её соавторов [5; 9; 11; 13], например, в учебном пособии «О повышении качества душевной жизни больных шубообразной шизофренией вне шуба».

Психологические механизмы позитивных личностных изменений *у* пациентов в краткосрочном стандартном варианте терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для больных шубообразной шизофренией вне шуба (метод И.Ю. Калмыковой). Психологические механизмы позитивных личностных изменений у пациентов с шубообразной шизофренией вне шуба в результате прохождения курса КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой, строятся на уникальной идее «лечения творчеством» как способа восстановления ***качества психической жизни***. Суть в том, что через творчество и осознанное обращение к своим переживаниям у пациента постепенно смягчаются негативные личностные изменения и «посветляется» (улучшается) внутренняя жизнь. Важно понимать: этот процесс не происходит мгновенно, он требует времени, регулярности занятий и тесного сотрудничества с терапевтом, который тонко направляет пациента, избегая стимуляции болезненных симптомов. Цель – не вылечить болезнь в узком смысле, а «посветлить» душевное состояние, вернуть интерес к жизни и заложить основы для более устойчивой ремиссии [13].

Из литературы по методу [5; 9; 11; 13] можно выделить несколько ключевых психологических механизмов.

1. Формирование «светлого богатства» души. Основной механизм – это создание и укрепление позитивного внутреннего состояния, которое обозначается как «светлое богатство». Вне шуба пациенты способны к творческой активности, и именно через неё они могут сознательно вызывать и удерживать в себе чувства смысла, доброты,

радости и желания жить. Это состояние становится внутренней опорой, которую можно «воскресить» после очередного приступа, смягчая его последствия.

2. Преодоление аутизации и восстановление коммуникативности. Шубообразная шизофрения часто сопровождается аутизацией – отрывом от реальности и близких. Творческое самовыражение (рисование, письмо, участие в групповом творчестве) выступает как ***мостик к реальности и к другим людям***. Выражая свои переживания через творчество, пациент учится выходить из внутреннего мира, устанавливать эмоциональный контакт, проявлять интерес и сопереживание к собеседнику. Это ведёт к снижению малоконтактности и улучшению межличностных отношений.

3. Активизация личностного поиска и поиск уникальности. Метод делает акцент не на «определении характера», а на самом ***процессе поиска себя***. Пациент, опираясь на свой характерологический радикал (например, психастенический, циклоидный), начинает исследовать, как его особенности могут проявляться творчески. Это помогает отделить «своё» (личностные черты) от «чужого» (симптомы болезни), формируя более целостное и аутентичное самовосприятие и снижая чувство собственной неполноценности.

4. Трансформация страдания в творческую энергию. Пациенты осознают, что многие великие творческие достижения в истории были рождены душевными страданиями. Это даёт им ***новый смысл их боли***. Вместо того чтобы быть пассивным носителем болезни, человек получает возможность сознательно использовать свою глубину переживаний как источник творчества. Это ведёт к снижению чувства вины, бессмысленности существования и тревожного аффекта.

5. Развитие творческих приёмов самопомощи. Терапия учит пациентов конкретным ***инструментам для саморегуляции***. Это может быть творческое фотографирование, ведение дневника, сочинение стихов, работа с природой. Эти приёмы становятся доступными ресурсами, к которым человек может обратиться в трудные моменты для снятия напряжения, облегчения тревоги и поддержания «светлого» состояния.

6. Усиление духовных убеждений и поиск смысла. Процесс творческого самовыражения способствует формированию или укреплению личных духовных убеждений, позитивных размышлений о смысле жизни. Это помогает пациенту выйти за пределы болезненных переживаний и найти своё место в мире, что является мощным антидотом против апатии и ангедонии.

Надо отметить, что в книге М.Е. Бурно «Терапия творческим самовыражением» [4] конкретные методики терапии творчеством представлены очень подробно, при этом каждая из них характеризуется, в

том числе, и через их общие терапевтические механизмы, лежащие в основе личностных изменений у пациентов.

Структурирование процесса воздействия в краткосрочном стандартном варианте терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для больных шубообразной шизофренией вне шуба (метод И.Ю. Калмыковой), краткая характеристика этапов. В КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой работа выстроена поэтапно. Дадим краткую характеристику этим этапам – так будет проще проследить логику метода.

Курс непрерывного лечения по методу И.Ю. Калмыковой продолжается 3 месяца. Он структурируется и складывается из следующих компонентов [5; 9; 13].

1. Индивидуальные беседы-занятия (о душевных переживаниях, интересах, о данном методе, помощи в посильном осмыслении происходящего в процессе данного лечения и т.п.) – один раз в неделю по часу, всего 12 встреч.

В ходе индивидуальных бесед: устанавливается контакт с пациентом, собираются анамнестические сведения о нем, сообщается ему необходимая информация о предстоящих групповых занятиях, выясняются беспокоящие его проблемы, выясняются его склонности и увлечения, создается чувство безопасности по отношению к группе. Психотерапевт проводит первичное клинико-психологическое обследование в объеме, необходимом для установления диагноза и определения степени выраженности психопатологического расстройства. Важно сформировать эмоциональный контакт — без этого дальнейшая глубокая работа невозможна.

2. Творческие домашние задания. Они предлагаются пациентам в течении курса и являются значимой его составляющей для достижения целей метода. Пособием для пациентов и психотерапевтов может служить оправдавший себя уже в течение многих лет «Учебник» [3].

Первоначально домашние задания предполагают: а) чтение литературы о характерах; б) творческие задания, позволяющие лучше выявить характерологические особенности, и, кроме того, склонности и вкусы каждого из пациентов перед началом индивидуальных занятий: рассказ об одном из эпизодов детства, рассказ в рисунках о созвучных растении и животном, устный или письменный рассказ о близком по духу художнике, писателе, поэте, рассказ о собственном творчестве или индивидуальном творческом отношении к чему-либо.

В последующем, домашние задания даются к каждому групповому занятию и соответствуют его теме: к занятиям о характерах пациентам под руководством психотерапевта предлагается более углубленное и детальное изучение специальной психиатрической и психотерапевтической литературы, чем на начальном этапе; к занятиям по конкретным творческим методикам даются задания по каждой из них (так, предлагается в форме рассказа пофантазировать на темы «Страничка из

моего дневника», «О чем и в каком стиле я бы написал книгу», «Что я стал бы собирать, если бы был коллекционером», «Куда бы я отправился путешествовать» и т.д.); к занятиям, посвященным какому-либо писателю, ученому, художнику, альпинисту, музыканту и т.д. всей группе предлагается чтение литературы о данной личности, а также творческие работы данной личности.

3. Группы творческого самовыражения (в том числе, психотерапевтический театр-сообщество как одна из форм такой группы) – 2 раза в неделю по 2,5 часа (всего 24 занятия, в группе 8-12 человек).

Группа творческого самовыражения – это «лаборатория жизни», и без неё метод И.Ю. Калмыковой (как и вся ТТСБ) невозможен.

Групповые занятия проходят в «психотерапевтической гостиной», которая *лишь внешне приближается* к домашнему чаепитию с тихой музыкой, слайдами. Всё же это серьёзная психотерапевтическая одухотворённая работа, психотерапевтический «стандарт», требующий известной дистанции между врачом и пациентами, при всей творческой, задушевной неповторимости происходящего. Пациенты всё это обычно (во всяком случае, со временем) хорошо усваивают и иного не хотят, потому что для них самое важное – получить облегчение их тягостного душевного расстройства. Они чувствуют-понимают, что самое подходящее для этого – именно «*психотерапевтическая гостиная» с психотерапевтическими отношениями, порядками*. Проходит все следующим образом. Пациент или психотерапевт рассказывает какую-то тему и все по очереди и вперемежку, направляемые психотерапевтом, обсуждают тему как кому хочется, без всякой конференционной строгости-стройности – лишь бы творчески *(по-своему)* работала душа и усваивалась в возможной своей выразительности творческая сила своей слабости.

Примерный перечень тем занятий в группе творческого самовыражения в «психотерапевтической гостиной» для шубообразных пациентов представлен в книге «Краткосрочная терапия творческим самовыражением (метод М.Е. Бурно) в психиатрии» [13, 115-117]. Материалы для подготовки к занятиям – в книгах: «Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением» (2003); «Клиническая психотерапия» (2006), «Терапия творческим самовыражением» (2012) и «Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников)» (2009) М.Е. Бурно; «Практикум по терапии творческим самовыражением (М.Е. Бурно)» (2018) [1; 2; 4; 14]

В ходе групповых занятий могут применяться, в особом преломлении для пациентов, больных шубообразной шизофренией вне шуба, учитывая обе отмеченные выше особенности, практически все методики терапии творчеством (из ТТСБ), переплетающиеся между собою в живой работе: 1) терапия созданием творческих произведений;

2) терапия творческим общением с природой; 3) терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой; 4) терапия творческим коллекционированием; 5) терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое; 6) терапия ведением дневников и записных книжек; 7) терапия перепиской с психотерапевтом; 8) терапия творческими путешествиями; 9) терапия творческим поиском одухотворённости в повседневном; 10) терапия исполнительным творчеством [4; 5; 9; 13].

4. Завершение курса непрерывного лечения по методу И.Ю. Калмыковой предполагает: повторное клинико-психологическое обследование; заключительное собеседование, направленное на интеграцию и закрепление результатов курса**.**

5. Необходима в разных формах и **поддерживающая помощь после КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой**: сравнительно редкие индивидуальные встречи, присутствие время от времени, уже гостем, в новой группе творческого самовыражения, повторные групповые курсы для «знатоков», психотерапевтическая переписка с психотерапевтом и товарищами по амбулатории [13].

Техники, используемые в процессе воздействия в краткосрочном стандартном варианте терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для больных шубообразной шизофренией вне шуба (метод И.Ю. Калмыковой), их краткая характеристика. Можно отметить следующие основные техники, применяемые в КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой [4; 5; 6; 7; 8; 9; 11; 13; 14].

Изучение собственных характерологических особенностей. Пациент вместе с терапевтом анализирует свои сильные и слабые стороны, склонности, способы реагирования в разных ситуациях. Это помогает лучше понять себя, свои ценности и то, что действительно приносит радость и чувство смысла.

Творческое самовыражение. Это центральный элемент метода. Пациенту предлагают заниматься тем, что ему близко и что он способен творчески развивать: рисовать, писать, музицировать, вести дневник, заниматься прикладным творчеством. Через творчество человек учится выражать сложные переживания, которые трудно вербализовать в обычной беседе, развивает самоконтроль и самодисциплину.

Работа с культурными и художественными произведениями. Пациента побуждают внимательно знакомиться с искусством, литературой, музыкой. Через анализ произведений (живописи, литературы) он учится лучше понимать себя, свои реакции, находит созвучные себе идеи и образы. Терапевт задаёт наводящие вопросы, помогая раскрыть личностный смысл того, что он увидел.

Создание творческих продуктов. После анализа пациент пробует сам создать что-то творческое – рисунок, короткое эссе, дневник, поделку. Это может быть домашнее задание. Важно, что цель не в конечном

художественном результате, а в самом процессе: в нём закрепляется ощущение контроля над своими переживаниями, появляется чувство достижения.

Диалог с терапевтом. Терапевт не навязывает свои интерпретации, а деликатно поддерживает пациента, помогает ему самому сделать важные выводы, увидеть связи между пережитым, характером и творческими проявлениями.

Постепенное расширение круга интересов. В процессе терапии пациент учится находить удовлетворение не только в базовых потребностях, но и в более сложных, тонких формах активности. Это помогает компенсировать некоторые негативные изменения личности, которые могут возникать при шубообразном течении.

Применяемые конкретные методики терапии творчеством, предложенные М.Е. Бурно, в процессе занятий в рамках КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой претерпевают ряд изменений, что обусловлено характерологическими особенностями пациентов. Некоторые методики терапии творчеством могут быть дополнены и развиты самими пациентами. Более того, данные методики применяются выборочно, исходя из краткосрочности курса непрерывного лечения по методу И.Ю. Калмыковой (3 месяца).

Дадим характеристику тем из них, которые описаны в литературе и применяются **в методе** КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой [2; 4; 5; 9; 10; 13].

Терапия созданием творческих произведений и работой с ними (написание рассказов, стихотворений, рисование, фотографирование). Суть методики заключается в «бесконечном творении себя» через создание творческих произведений и привнесение элементов творчества в повседневную жизнь. При этом продукты творческой деятельности не обязательно должны иметь художественную или научную ценность – главное, чтобы они отражали духовную индивидуальность автора и находили отклик у других людей.

Терапия творческим общением с природой (с анализом и поиском среди её разнообразия того, что особенно близко – «по природе души», близко «моему характеру», и того, к чему душа равнодушна). Пациенты учатся внимательно наблюдать за природными явлениями, растениями, животными, выбирать в природе то, что духовно созвучно им. Это помогает не просто созерцать природу, а творчески интерпретировать её, выражая своё отношение к ней.

Терапия психотерапевтическим творческим поиском одухотворенного в повседневном, необычного в обычном, обыденном. Предполагается, что пациент, взаимодействуя с обыденным, учится находить в нём что-то необычное, созвучное своей индивидуальности. Это помогает постепенно выбираться из душевной разлаженности, ощутить опору в самом себе, увидеть свой путь и смысл.

Терапия исполнительским творчеством. Одним из тщательно разработанных, доказательно эффективных вариантов методики является работа Клинического театра-сообщества (Реалистического психотерапевтического театра-сообщества, основателем которого является М.Е. Бурно) [2]. В настоящее время основательную практическую и профессиональную научно-исследовательскую работу с Реалистическим психотерапевтическим театром-сообществом ведёт И.Ю. Калмыкова [10; 12].

Суть методики в том, чтобы помочь пациентам стать, по возможности, более или менее, одухотворенными самими собою с посильной пользой для себя и других, в целительном исполнительском творчестве. Пациенты-актёры учатся чувствовать в игре своими чувствами, учатся ценить свои душевные страдания и расстройства, в результате чего они становятся яснее сами себе. Театр дает пациентам возможность попробовать-потренироваться-поучиться под маской игры почувствовать себя здоровыми среди здоровых. И репетиции, и выступления – это прочувствованная радость быть вместе с такими же страдающими людьми, лучше и тоньше понимающими друг друга.

Позитивные личностные изменения, происходящие в результате воздействия посредством краткосрочного стандартного варианта терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для больных шубообразной шизофренией вне шуба (метод И.Ю. Калмыковой). Выделим основные позитивные личностные изменения, происходящие в результате воздействия посредством именно КВ ТТСБ по И.Ю. Калмыковой [5; 9; 13]:

Во-первых, метод И.Ю. Калмыковой, серьезно смягчает переживания шубообразных пациентов (прежде всего инвалидов) по поводу своей «выброшенности» из «душевноздорового полноценного человечества» (проблема «клейма», «стигмы» своей «психиатрической неполноценности»). Проникаясь этим психотерапевтическим методом, пациенты всё более убеждаются в том, что слишком много в истории духовной культуры человечества открыто, создано душевнобольными гениями и талантами и – именно благодаря их больной душе, её страданиям, которые посильно-стихийно лечились их творчеством. Без этого невольного самолечения творчеством страдальцу трудно было бы выжить. Появляется желание попробовать идти уже лечебно-осознанно этой же дорогой терапии творчеством, пусть самым скромным творчеством, исходя из особенностей своей душевной природы, своего страдания, поначалу подражая созвучному творцу.

Во-вторых, к концу краткосрочного курса у многих пациентов, живущих вне шуба, возникает, устанавливается более или менее стойкое посветление, оживление души, желание делать добро, жить с каким-то смыслом, во имя чего-то важного для них. Лишь на время это смывается

очередным шубом. Возможно, довольно быстро восстановить, возродить прежнее «светлое богатство» в душе. Это «светлое богатство», в сущности, и есть повышение (посветление) качества жизни.

Добавим еще некоторые личностные изменения, которые могут происходить у пациентов в результате терапии по методу И.Ю. Калмыковой [5; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13]:

1. Усиление процесса поиска себя. Вместо того чтобы «застрять» в жёстком определении своего характера, пациент начинает активно исследовать свою уникальность. В процессе творческого самовыражения (рисование, сочинение, общение с природой, работа с искусством) пациент учится видеть свои сильные и слабые стороны, осознавать свой характерологический радикал – базовый, устойчивый стержень личности. Это ведёт к более целостному и аутентичному самовосприятию.

2. Формирование «личностных ремиссий». Это особый феномен: в ходе терапии у пациентов возникают состояния, когда они начинают жить «сквозь» остаточные проявления болезни, но уже с конкретным смыслом, целью. То есть творчество помогает найти опору и направление, «освещает» изнутри – и это было главным шагом к повышению качества психической жизни.

3. Развитие самопринятия и снижение дефензивности. Часто в основе позитивных сдвигов лежит смягчение болезненных переживаний – например, чувства собственной неполноценности, несостоятельности. Через творчество пациент начинает принимать свои особенности, а не бороться с ними, что ведет к росту самопринятия.

4. Поиск созвучного делу. Метод нацелен на то, чтобы помочь человеку найти вид творчества или сферу деятельности, которая действительно отвечает его природе. Осознанно ища «своё» (в искусстве, общении с природой, в ведении дневника), пациент начинает ощущать свою полезность, осмысленность существования. Это снимает тягостную напряжённость.

5. Складывание творческого стиля жизни. Пациенты становятся способными достаточно надёжно приводить себя в состояние творческого вдохновения и подолгу жить и работать в этом светлом состоянии.

6. Расширение социального опыта и навыков. Групповые формы работы (группа творческого самовыражения, психотерапевтический театр) дают возможность не только создавать, но и делиться, получать обратную связь, учиться взаимодействовать. В результате пациентам становится легче устанавливать эмоциональный контакт в обстановке общения, повышается готовность сотрудничать с врачом.

Литература

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. – 800 с.
2. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2009. – 719 с.
3. Бурно М.Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). – Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: Академический Проект; Фонд «Мир», 2008. – 639 с.
4. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). 4-е изд., испр. и доп. – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. – 487 с.
5. Бурно М.Е., Калмыкова И.Ю. О повышении (посветлении) качества душевной жизни больных шубообразной шизофренией: учебное пособие. – М.: РМАПО, 2009. – 36 с.
6. Бурно М. Е., Калмыкова И.Ю. Практикум по терапии творческим самовыражением (М.Е. Бурно). – М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2018. – 200 с.
7. Калмыкова И.Ю. Клиническая психотерапия постпсихотической шизофрении. Часть 1. // Психотерапия. – 2019. – № 3 (195). – С. 51-58.
8. Калмыкова И.Ю. Клиническая психотерапия постпсихотической шизофрении. Часть 2. // Психотерапия. – 2019. – № 4 (196). – С. 30-40.
9. Калмыкова И.Ю. Краткая история и современное состояние клинической психотерапии шизофрении. Собственный опыт психотерапии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 4 (15). – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 20.10.2026).
10. Калмыкова И.Ю. О сегодняшнем реалистическом психотерапевтическом театре-сообществе // Психотерапия расстройств шизофренического спектра. Под ред. Н.Л. Зуйковой. – М.: РУДН, 2014. – С. 30-31.
11. Калмыкова И.Ю. Психотерапевтическое повышение качества психической жизни больных шизофренией с переживанием своей неполноценности: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. – М., 2010. – 24 с.
12. Калмыкова И.Ю. Что для меня Театр? (субъективная оценка терапевтической эффективности Реалистического

психотерапевтического театра на качество жизни пациентов). // Психотерапия. – 2015. – № 10 (154). – С. 93-94.

13. Краткосрочная терапия творческим самовыражением (метод М.Е. Бурно) в психиатрии. Коллективная монография под ред. М.Е. Бурно, автор-составитель И.Ю. Калмыкова. – М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. – 240 с.

14. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / под ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. – М.: Академический проект, 2003. – 432 с.

Снигур Владимир Сергеевич

ТЕРАПИЯ, ФОКУСИРОВАННАЯ НА ПЕРЕНОСЕ

Определение и характеристика терапии, фокусированной на переносе. ***Терапия, фокусированная на переносе*** (далее – ТФП) как модальность представляет собой специализированный вид структурированной психоаналитической психотерапии расстройств личности, в процессе которой специалист помогает осознать, исследовать и интегрировать расщеплённые и поляризованные аспекты внутреннего мира пациента, что, в результате, способствует фундаментальным изменениям в структуре его личности: улучшению регуляции аффектов, повышению способности к ментализации и формированию более связной, целостной идентичности.

Данный метод является результатом многолетней исследовательской и клинической работы, возглавляемой Отто Ф. Кернбергом и его коллегами. ТФП зародилась в 1970-х годах и прошла путь от теоретической концепции до доказательного метода психотерапии, подтвердившего свою эффективность в серии рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) [2; 6; 9; 10].

ТФП, известная в международной практике как Transference-Focused Psychotherapy (TFP), была разработана для лечения пациентов со средней и тяжелой степенью расстройств личности, в первую очередь пограничного расстройства личности (ПРЛ), но применяется для лечения и других расстройств личности, прежде всего, нарциссического расстройства [1; 5].

С точки зрения ТФП, центральный фокус внимания в терапевтическом процессе направлен на анализ и интерпретацию переноса. Под ***переносом*** понимаются бессознательные эмоциональные реакции пациента на терапевта, которые отражают активацию интернализованных объектных отношений пациента. Эти внутренние структуры представляют собой устойчивые паттерны восприятия себя и других, сформированные в раннем детстве.

Подход ТФП сочетает в себе специфическую структуру терапевтического процесса и глубинное психоаналитическое исследование бессознательных процессов с помощью интерпретативных техник. Метод фокусируется на текущей психической реальности пациента и том, как она структурирована «здесь и сейчас» во взаимодействии с терапевтом. В процессе терапии специалист помогает пациенту осознать, исследовать и интегрировать расщеплённые и поляризованные аспекты его внутреннего мира. Это, в конечном итоге, ведёт к фундаментальным изменениям в структуре личности: улучшению регуляции аффектов, повышению способности к ментализации и формированию более связной, целостной идентичности, улучшению личностного функционирования в ключевых

сферах жизни – профессиональном развитии, в личных отношениях, в творчестве и увлечениях [2; 9].

ТФП проводится преимущественно в индивидуальном формате, обычно два раза в неделю, что обеспечивает необходимую интенсивность для активации и проработки внутренних объектных отношений.

Психологические механизмы личностных изменений в терапии, фокусированной на переносе. Механизмы, лежащие в основе личностных изменений в ТФП носят многоуровневый характер и направлены на достижение глубокой интеграции структур личности. Центральным понятием, объясняющим патологию и механизмы изменений, является ***диада объектных отношений***. Это элементарная единица личности, которая представляет собой специфическую структуру, содержащую две объектные репрезентации (репрезентацию Я и репрезентацию Другого) и связывающий их аффект. Диады объектных отношений формируются в первые годы жизни путём интернализации отношений со значимыми Другими (прежде всего, с матерью) [2; 3].

В норме, по мере взросления, человек начинает интегрировать противоположные аспекты себя и других, формируя более сложные и реалистичные представления. Однако вследствие различных влияний, связанных с нарушениями привязанности, травматическим опытом и генетической предрасположенностью, этот процесс нарушается, и диады остаются поляризованными и неинтегрированными. Это приводит к фрагментации идентичности и трудностям в регуляции эмоций.

Основа пограничной организации личности – диффузная идентичность. ***Диффузная идентичность*** – это дефицит непрерывности переживания «Я» и других, обусловленный расщеплением, поляризованным внутренним миром, в котором другие воспринимаются в качестве преследователей или идеализированных спасателей [2; 3].

Механизм изменений в ТФП заключается в последовательной интеграции этих расщепленных диад объектных отношений через работу в переносе. В терапевтической ситуации, благодаря диадической близости и интенсивности, активируются первичные внутренние рабочие модели отношений пациента. Терапевт помогает пациенту наблюдать эти активированные диады, осознавать их природу и постепенно интегрировать их в более полную, богатую и дифференцированную идентичность [2; 11].

Важнейшим психологическим механизмом является работа с ***примитивными защитными механизмами***, основанными на фундаментальном расщеплении на положительные и отрицательные аффекты и импульсы. Расщепление и проекция проявляются в виде ***проективной идентификации***, при которой пациент помещает в другого психические репрезентации, которые не выдерживает в самом себе. ТФП стремится обнаружить, какие объектные отношения лежат в основе

примитивных аффектов и импульсивного поведения, что способствует их осмыслению и развитию аффективной регуляции [11; 12].

Ключевым механизмом изменений в ТФП является развитие ***рефлексивной функции*** (RF). RF определяется как способность понимать собственные и чужие действия в терминах внутренних психологических состояний, таких как мысли, чувства, желания и цели. У пациентов с пограничным расстройством личности эта функция часто нарушена. ТФП напрямую работает над её улучшением через активную работу с переносом. Интерпретации переноса показывают пациенту, какие внутренние процессы лежат в основе его текущих чувств, поведения и реакций на терапевта. Исследования подтверждают, что ТФП приводит к значительному увеличению RF, измеренной по стандартным методикам. Более того, улучшение RF является важным фактором изменений, объясняющим снижение суицидального поведения и других деструктивных явлений [11].

Еще одним важным механизмом является трансформация стиля ***привязанности***. Пациенты с ПРЛ часто демонстрируют примитивные, нестабильные и хаотичные формы привязанности. Терапевтические отношения в ТФП строятся таким образом, чтобы стать «здоровым» объектом привязанности. Создавая постоянную, предсказуемую и безопасную среду, терапевт предоставляет пациенту возможность повторно прожить свои ранние деструктивные шаблоны отношений и выработать новые, более конструктивные реакции, что подтверждается эмпирическими исследованиями [8; 10].

Структурирование процесса воздействия в терапии, фокусированной на переносе, краткая характеристика этапов. ТФП, представляет собой комплексную долгосрочную программу лечения, которая обращается к целому ряду элементов пограничной патологии. Процесс терапии структурирован и делится на несколько ключевых этапов, каждый из которых имеет свои задачи и фокус внимания. Структура ТФП содержит особенности, отличающие её от стандартного психоанализа, включая наличие иерархии приоритетных тем и модифицированный принцип свободных ассоциаций [2].

Этап 1. Диагностика и заключение контракта. Терапия начинается с этапа диагностики и заключения контракта. На этом этапе создаётся основа для всей последующей работы. Прежде всего, специалист проводит структурную диагностику, после чего обсуждает её результаты с пациентом и совместно с ним формулирует терапевтические цели и заключает терапевтический контракт. Одним из ключевых инструментов диагностики является структурное интервью, разработанное О. Кернбергом, а также его более стандартизированная версия – STIPO-R. Эти методы позволяют терапевту получить всестороннее представление о внутреннем мире пациента, его способности к саморефлексии,

организации идентичности, интернализованных объектных отношений и характерных защитных механизмах [3].

Контракт обычно заключается в устной форме и начинается с определения природы психологических сложностей пациента в рамках расстройства личности. Он может содержать условия, выполнение которых необходимо для того, чтобы было возможно эффективное и безопасное проведение терапии. Контракт описывает условия и порядок посещения сессий, коммуникации с терапевтом и оплаты, может включать наблюдение у психиатра, воздержание от употребления психоактивных веществ, а также может включать план безопасности на случай самоповреждающего поведения. [2; 7].

Этап 2. Начало терапии и управление отыгрыванием. На следующем этапе главным фокусом внимания становятся отклонения от параметров контракта, контейнирование возникающих у пациента интенсивных аффектов и контроль отыгрывания между сессиями. Важнейшей особенностью ТФП является последовательное поддержание фокуса на внешней реальности пациента. Терапевт регулярно собирает информацию о функционировании пациента в основных сферах жизни [2; 4]. При возникновении отклонений от контракта терапевт интерпретирует их в рамках процессов переноса и, при необходимости, вводит новые параметры контракта.

В начале терапии главной задачей является выдерживание аффективного хаоса и спутанности, которые демонстрируют пациенты с ПРЛ. С помощью систематического анализа переноса терапевт исследует бессознательные мотивации пациента и активирующиеся в переносе диады объектных отношений.

Этап 3. Систематический анализ переноса и интеграция. На более продвинутом этапе терапии отыгрывание вне сессий в значительной степени сокращается, в то время как сами сессии становятся более эмоционально насыщенными, и специалист фокусируется главным образом на систематическом анализе переноса – активных диадах объектных отношений во взаимодействии с пациентом. По мере продвижения в терапии трансформируется перенос пациента, который из выражено полярных форм идеализированного и параноидного свойства начинает обретать черты депрессивного переноса – возникает более зрелое чувство вины, пациент начинает интегрировать и осмыслять собственные агрессивные влечения [2].

Этап 4. Завершение и консолидация изменений. По мере продвижения терапии пациент обычно начинает строить более стабильные и глубокие отношения вне терапии. Развиваются новые, более высокоуровневые защитные и копинговые механизмы, происходит интеграция нежных и страстных аспектов сексуальности и трансформация стиля привязанности. Терапия может завершаться, когда достигнуты

основные цели интеграции идентичности и стабилизации функционирования. Важно отметить, что описанные выше процессы не проходят в чисто линейной последовательности и могут перекрываться [9].

Техники, используемые в терапии, фокусированной на переносе, их краткая характеристика. ТФП-терапевт применяет стратегии, техники и тактики ТФП, которые образуют единый инструментарий воздействия.

Стратегии ТФП. Стратегии представляют собой долгосрочные терапевтические задачи и структурируют внимание терапевта в течение всего курса терапии. Они включают в себя [2]:

16. Выявление доминирующей диады объектных отношений. Терапевт стремится понять, какая именно пара репрезентаций (Я – Объект) и связывающий их аффект являются наиболее активными в данный момент.

17. Исследование инверсии ролей в рамках одной диады и расщепления между ними. Терапевт помогает пациенту осмыслить обе репрезентации в рамках каждой диады.

18. Исследование расщепления между разными диадами объектных отношений. Это работа с защитой, когда позитивные диады используются для защиты от негативных, или наоборот, что препятствует интеграции.

Тактики ТФП. Тактики – терапевтические манёвры, направленные на обеспечение условий для применения техник ТФП. Тактики отличают ТФП от других видов психоаналитической психотерапии и включают в себя [2]:

1. Заключение контракта и установление границ и правил безопасности.
2. Поддержание рамок и границ терапии.
3. Регуляция аффективной вовлечённости во время сессий для поддержания конструктивного взаимодействия.
4. Определение фокуса и направления интервенций, используя принцип аффективной доминанты и иерархию приоритетных тем.
5. Исследование взаимоисключающих аспектов восприятия реальности.
6. Распределение фокуса работы как на позитивные, так и на негативные аспекты переноса.

Техники ТФП. Техники включают конкретные интервенции и позиции терапевта [2]:

1. *Техническая нейтральность.* Терапевт занимает позицию объективной заинтересованности, оставаясь равноудалённым от всех сил, действующих в психике пациента, таким образом побуждая пациента к рефлексии над своим внутренним конфликтом.
2. *Утилизация контрпереноса.* Терапевт позволяет пациенту влиять на себя эмоционально, чтобы заметить и исследовать собственные реакции

и определить, какие из них отражают проецируемые пациентом части своей психики, которые он не может выдержать в себе.

3. *Систематический анализ переноса.* Это основной метод ТФП. Работа внутри переноса помогает определить, направлена ли аффективная реакция пациента на объективную реальность или на внутренний образ.

Интерпретативный процесс. Техники ТФП включают интерпретативный процесс, который состоит из трех последовательных шагов [2]:

1. *Прояснение.* Процесс интерпретации начинается с прояснения, направленного на описание текущей субъективной реальности пациента.

2. *Конфронтация.* Второй шаг процесса интерпретаци приглашает пациента к рефлексии противоречий, которые возникают по мере того, как разрозненные элементы его внутреннего мира проявляются в терапии.

3. *Интерпретация.* Третий шаг процесса интерпретации помогает пациенту установить и понять связи между чувствами, мышлением, поведением и интернализованными объектными отношениями.

На каждой сессии терапевт пользуется *принципом аффективной доминанты*, т.е. направляет фокус исследования на тот материал, который имеет наибольший эмоциональный заряд [7]. Особое внимание уделяется иерархии приоритетных тем. Терапевт последовательно отслеживает появление наиболее значимых тем, которые связаны, прежде всего, с безопасностью пациента, терапевта и третьих лиц, безопасностью терапии, отыгрыванием вне сессий и на сессиях.

Конечные цели воздействия посредством терапией, фокусированной на переносе: позитивные личностные изменения. Практические цели и результаты ТФП весьма амбициозны и направлены на глубинную трансформацию личности пациента, что ведёт к изменениям в качестве жизни.

Кратко охарактеризуем позитивные личностные изменения у пациентов, происходящие в результате воздействия ТФП.

Интеграция идентичности и структуры личности. Прежде всего, происходит интеграция расщепленных частей личности через систематическую работу с переносом. Пациенты начинают осознавать и принимать противоречивые аспекты собственной личности, что приводит к формированию более связного чувства «Я». Это отражается в развитии способности пациента осмысленно и целенаправленно реализовывать себя в учёбе и карьере. У пациентов растёт круг общения, появляется больше возможностей для социализации. Отмечается развитие более устойчивой самооценки и стабильного эмоционального фона [2].

Улучшение регуляции аффектов и снижение импульсивности. Значительный прогресс наблюдается в развитии способности к ментализации. Улучшается регуляция аффектов: развивается способность выдерживать и обрабатывать интенсивные эмоции, снижается

импульсивность и контроль над деструктивным поведением **[11].** Эмпирические исследования показывают значительное снижение частоты суицидальных и парасуицидальных действий, улучшение регуляции аффектов, снижение уровня депрессии и тревоги [6].

Развитие рефлексивного функционирования и ментализации. ТФП значительно повышает уровень рефлексивного функционирования, что является ключевым механизмом изменений при лечении пограничного расстройства личности и способствует более точному пониманию собственных чувств, мотиваций, а также пониманию намерений других людей. [8; 10].

Изменение стилей привязанности. В начале терапии пациенты с ПРЛ часто демонстрируют небезопасные, множественные, противоречивые и конфликтные модели привязанности. В процессе терапии происходит движение пациента в сторону более безопасной привязанности. Это достигается через активацию и осмысление первичных внутренних рабочих моделей привязанности в терапевтической ситуации [10; 11].

Социальное функционирование и качество жизни. Важнейший результат терапии – формирование более зрелых объектных отношений. Пациенты развивают способность поддерживать устойчивые, глубокие и реалистичные межличностные отношения, а также реализовывать себя в творчестве и увлечениях [4].

Таким образом, ТФП представляет собой мощный инструмент работы с тяжелыми расстройствами личности, опирающийся на глубокую теоретическую базу и подтвержденный эмпирическими данными. Метод позволяет не только снизить симптоматику, но и добиться структурных изменений личности, ведущих к долгосрочному улучшению качества жизни.

Литература

1. Даймонд Д. Лечение патологического нарциссизма: клиническое руководство / Д. Даймонд, Ф.Э. Йоманс, Б.Л. Штерн, О.Ф. Кернберг; пер. с англ. В.С. Снигура, С.А. Парфентьева; науч. ред. С.А. Парфентьев. – М: Издательский проект группы партнёров Psy Event, 2025. – 588 с.

2. Йоманс Ф. Психотерапия, фокусированная на переносе, при пограничном расстройстве личности: клиническое руководство / Ф. Йоманс, Дж. Кларкин, О. Ф. Кернберг ; пер. с англ. В. С. Снигура ; науч. ред. А. С. Ковалец. – М.: Издательский проект группы партнеров Psy Event, 2018. – 498 с.

3. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг ; пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).

4. APA Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2001. – 120 p.

5. Caligor E., Kernberg O.F., Yeomans F.E. Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology. – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2018. – 280 p.

6. Clarkin J.F., Levy K.N., Lenzenweger M.F., Kernberg O.F. The Borderline Personality Disorder: Evaluation of Three Treatments // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2007. – Vol. 75, № 4. – P. 567-579.

7. Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Focusing on Object Relations. – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006. – 300 p.

8. Diamond D., Yeomans F.E., Stern B. et al. Attachment and Psychotherapy: Implications From Empirical Research // Psychodynamic Psychiatry. – 2014. – Vol. 42, № 3. – P. 391-415.

9. Doering S., Hörz S., Rentrop M. et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial // The British Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 196, № 5. – P. 389-395.

10. Levy K.N., Meehan K.B., Kelly K.M. et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2006. – Vol. 74, № 6. – P. 1027-1040.

11. Normandin L., Levy K.N. Reflection on the mechanism of change in transference-focused psychotherapy // Psychoanalytic Psychology. – 2012. – Vol. 29, № 2. – P. 198-213.

12. Stern B.L., Yeomans F.E., Diamond D. et al. Suicidal Behavior in Patients With Borderline Personality Disorder Treated With Transference-Focused Psychotherapy // Journal of Personality Disorders. – 2019. – Vol. 33, № 1. – P. 1-20.

Макарова Галина Анатольевна

ТРАНЗАКТНЫЙ АНАЛИЗ

Понятие метода психотерапии, определение и значимая информация, характеризующая транзактный анализ как модальность. ***Транзактный анализ*** (далее – ТА) – современное, постоянно развивающееся интегративное направление в психотерапии, представляющее собой научно обоснованную теорию личности и системный метод психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, направленных на понимание и изменение поведения клиента через анализ эго-состояний, транзакций, психологических игр и жизненных сценариев.

Теория и практика ТА разработана канадско-американским психиатром **Эриком Берном** в 1950-1960-х годах XX века [1; 2]. В основе подхода лежит концепция эго-состояний (Родитель – Взрослый – Ребёнок), которая позволяет анализировать внутренние процессы и межличностные взаимодействия [2].

Среди десятков и сотен известных зарубежных транзактных аналитиков важно назвать: Т. Харриса [10], популяризатора транзактного анализа; М. Гулдинга и Р. Гулдинга [4], авторов концепции нового решения; Я. Стюарта и В. Джойса [7], пересмотревших классический транзактный анализ; К. Штайнера [14], подробно описавшего игры алкоголиков; и мн.др.

Отечественная, или Восточная версия ТА (далее – ТАВВ) разрабатывается с 1974 года В.В. Макаровым и Г.А. Макаровой. В теории, в отличие от классического транзактного анализа, основное значение придаётся фиксированным эмоциональным установкам, банкам поглаживаний и пинков, признаётся два класса психологических игр, доказывается, что у человека в течение жизни активны как минимум четыре фиксированные эмоциональные установки, так же четыре жизненных сценария или неосознаваемого плана жизни, особое внимание уделяется созданию Сценариев персонального будущего [5].

ТАВВ – это уникальный подход к психотерапии и консультированию, основанный на классическом ТА, полимодальной российской психотерапии и отечественной клинической практике, создан специально для русскоязычных клиентов и специалистов с учётом особенностей отечественной культуры, менталитета и образа мышления [6].

В России ТА был признан Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой (ОППЛ) как официальная модальность в двух ипостасях: «Транзактный анализ» и «Транзактный анализ: восточная версия». В настоящее время модальность объединяет весь ТА, как единое

направление. **Руководитель модальности – Макарова Галина Анатольевна.**

ТА входит в перечень признанных психотерапевтических направлений Европейской ассоциации психотерапии (EAP), сертифицируется через Международную ассоциацию транзактного анализа (ITAA) и Европейскую ассоциацию транзактного анализа (EATA) ***по четырём полям применения***: психотерапия, консультирование, образование, организации [7]. В Российской Федерации аккредитацию транзактного аналитика можно получить через СРО «Союз психотерапевтов и психологов». Она оформляется через аккредитацию специалистов в выбранной модальности, а для действительных членов ОППЛ предусмотрена аккредитация в СРО «по совокупности заслуг» **(Grandparenting).**

Ключевое событие – включение ТА в Национальные клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации (2024) по психотерапевтическому лечению зависимостей. Главный вклад в достижение этого результата – многолетняя исследовательская работа профессора Шустова Дмитрия Ильича (д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии Рязанского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, TSTA-P EATA) [8]. С 2021 года в России издаётся рецензируемый журнал «Транзактный анализ в России» (главный редактор – О.В. Кочеткова), индексируемый в CrossRef, Google Scholar, Dimensions [9].

Спиральная эволюция ТА. ТА с момента своего возникновения не оставался статичной системой, он прошёл путь от первоначальной теории Э. Берна до современной интегративной модели. **Каждое поколение авторов возвращалось к фундаментальным вопросам ТА на новом уровне**, решая те вызовы, которые не успевало решить предыдущее [13]. Это не линейное движение, а ***спиральное развитие***, где каждый виток выводит на новый уровень понимания сценария, отношений и личностных изменений.

Спиральная логика развития означает, что каждое следующее поколение не «отменяет» предыдущее, а возвращается к тем же темам (сценарий, отношения, изменение) на новом уровне понимания. Так, Сценарий персонального будущего, разработанный в отечественной практике ТА не отрицает классический сценарный анализ, а выводит его на новый виток – от анализа прошлого к конструированию будущего. Современные школы ТА, в свою очередь, интегрируют эти достижения в работу с вызовами XXI века [12].

Показания к применению ТА. ТА используется при лечении всех типов психологических расстройств (начиная от проблем повседневной жизни и кончая психозами).

Противопоказания к ТА. Трудно сказать о каких-либо противопоказаниях к применению ТА. Можно лишь отметить, что психотерапия будет затруднена с клиентами, не желающими сотрудничать с психотерапевтом, с клиентами, не имеющими ясного контакта с реальностью, и с клиентами, не способными вербализовать свои чувства и мысли.

Поскольку ТА, как процесс в значительной степени строится на обучении со стороны психотерапевта и научении со стороны клиента, необходимым условием является способность клиентов осмысливать и использовать приобретенные умения. Клиенты со значительно нарушенной способностью к научению (в частности, по причине психологического расстройства или сниженного интеллекта) не смогут извлечь из вмешательства пользу.

Кроме того, важно, чтобы клиент был готов заключить контракт на участие в терапии и выполнение связанных с этим обязанностей. Клиентов, не желающих заключать подобный контракт, вряд ли можно считать подходящими кандидатами для ТА, независимо от имеющихся у них проблем и тяжести состояния.

По формату психотерапия может быть ндивидуальной, парной, семейной, групповой или комбинированной. ***Спектр применяемых методов*** определяется как содержанием контрактов с клиентами о желаемых изменениях, так и принадлежностью психотерапевта к одной из школ ТА.

ТА применяется как в клинических условиях, так и в немедицинской форме частнопрактикующими психологами и другими специалистами. Разработаны также различные формы самотерапии.

Клиентом транзактного аналитика может быть не отдельный человек, а организация. В этом случае применение ТА направлено на понимание процессов в организациях, развитие стратегии достижения целей организаций и построение функциональных отношений сотрудников.

Частота и длительность сессий ТА должны определяться исходя из запроса клиента, его готовности к работе, а также особенностей самого терапевта и контекста взаимодействия. В литературе по ТА встречаются ориентировочные рамки, но они не являются строгими предписаниями. Работа может быть: ***краткосрочной*** **(**в среднем 6-20 сессий); ***средней продолжительности*** **(**от 21 до 50 сеансов); ***долгосрочной*** **(**от 50 сеансов и более).

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента. В основе терапевтических изменений в транзактном анализе лежат несколько ключевых механизмов [7].

1. Осознание и пересмотр эго-состояний. Личность рассматривается как состоящая из трёх эго-состояний: Родитель

(интроецированные установки, правила и нормы, перенятые от значимых взрослых), Взрослый (рациональная часть, ориентированная на реальность «здесь и теперь», обрабатывающая информацию и принимающая решения на основе фактов) и Ребёнок (архаичные чувства, мысли и поведенческие паттерны, связанные с детским опытом) [2]. Изменение наступает, когда клиент учится осознавать, из какого эго-состояния он действует. Укрепление функции Взрослого позволяет принимать решения на основе текущей реальности, а не под влиянием устаревших родительских установок (Родитель) или детских страхов и желаний (Ребёнок) [1].

Таким образом, под осознанием в ТА подразумевается ***достижение отчётливого понимания*** ранее неосознаваемых вещей: внутренних конфликтов, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, паттернов взаимодействия с окружающими, а также причин, по которым эти психологические феномены сформировались и закрепились.

2. Анализ и изменение транзакций. Единицей социального взаимодействия является транзакция (стимул и ответ) [2]. Психологический механизм изменения заключается в прекращении воспроизведения деструктивных схем общения: в ТА выявляют ***перекрёстные*** (конфликтные) ***транзакции***, приводящие к разрыву коммуникации, и ***скрытые*** (манипулятивные) ***транзакции***, которые поддерживают проблемные сценарии и лежащие в основе психологических игр. Обучение ***параллельным*** (дополняющим) ***транзакциям*** и прямому общению «Взрослый – Взрослый» помогает выстраивать более здоровые отношения и разрывать привычные «игры».

Игры – это повторяющиеся последовательности взаимодействий с предсказуемым неприятным исходом, дающие привычные эмоциональные «поглаживания» (внимание, пусть даже негативное). Осознание игры, отказ от неё и освоение новых способов получения признания и поддержки меняют динамику отношений и снижают потребность в деструктивных паттернах.

Осознание этих паттернов даёт клиенту возможность выбирать аутентичные способы коммуникации, где сообщения на психологическом и социальном уровнях совпадают.

3. Перерешение (новое решение, **redecision).** ТА постулирует, что люди принимают решения о себе и мире в раннем детстве, формируя свой жизненный сценарий [3]. Изменение происходит, когда клиент получает возможность «перерешить» – осознать свои ранние решения и принять новые, более адаптивные, соответствующие его актуальным взрослым ресурсам и возможностям [4].

Клиент в терапевтическом пространстве заново проживает ситуацию, в которой когда-то принял болезненное решение о себе («Я плохой», «Я не имею права хотеть» и т. п.), и в присутствии терапевта

принимает новое, более здоровое решение. Это не просто интеллектуальное согласие, а эмоционально заряженное переосмысление, меняющее сценарий. В подходах Гулдингов и их последователей техника перерешения – один из центральных инструментов ТА.

4. Разрыв рэкетной системы (racket system). Рэкетная система описывает, как сценарий поддерживается через четыре компонента: рэкетные убеждения, поддерживающие воспоминания, демонстрируемые чувства и рэкетные поведения. Модель разработали Р. Эрскин и М. Зальцман. Система представляет собой замкнутый механизм, где каждый элемент поддерживает и усиливает остальные. [7]. Разрыв рэкетной системы – это ключевой механизм изменений в ТА. Его суть в том, чтобы ***прервать самоподдерживающийся цикл*** привычных, но нефункциональных реакций: чувств, мыслей и действий. Этот цикл формирует жизненный сценарий человека. Ключевая идея в том, что ***достаточно изменить хотя бы один элемент системы***, чтобы запустить процесс выхода из сценария. Это ломает старый механизм и создаёт пространство для новых, более адаптивных паттернов. Изменение наступает, когда клиент осознаёт свои рэкетные чувства (обида, вина, тревога, стыд) и находит доступ к аутентичным чувствам (печаль, страх, гнев, радость), что разрывает замкнутый цикл поддержания сценария.

Таким образом, разрыв рэкетной системы – это практический путь к изменениям в ТА. Он позволяет выйти за рамки навязанного в детстве сценария, научиться более гибко реагировать на реальность и строить более здоровые отношения с собой и окружающими.

5. Сознательное конструирование будущего (СПБ). В рамках развития ТА В.В. Макаров и Г.А. Макарова предложили механизм выхода за пределы сценарного анализа через сознательное создание СПБ [6]. В отличие от классического сценарного анализа, ориентированного на прошлое, СПБ предлагает третий вектор: «там и тогда» в будущем. Изменение наступает, когда клиент в ресурсном состоянии Взрослого создаёт осознанный план своей жизни, выходя за пределы ограничений, наложенных сценарием [5].

Суть подхода в том, что человек способен не просто пассивно проживать жизненный сценарий (набор убеждений и программ, заложенных в детстве), а активно формировать своё будущее. Сознательное конструирование – это процесс, когда человек осознанно проектирует желаемый образ жизни, цели и способы взаимодействия, а затем шаг за шагом воплощает этот проект в реальность. Это практический инструмент, который помогает разорвать цепочку самореализующихся пророчеств (когда убеждения из прошлого неизбежно ведут к определённому исходу). Человек становится автором своей жизни, а не его пассивным заложником [5; 6].

6. Терапевтический контракт выступает и как «каркас» организации работы, и как живой механизм, запускающий и направляющий изменения у клиента. В ТА контракт – это чёткое соглашение между терапевтом и клиентом о целях, методах и критериях успеха. Контракт усиливает ответственность клиента, делает изменения измеримыми и поддерживает фокус на реальных изменениях, а не на бесконечном обсуждении проблем [7].

Структурирование процесса воздействия (взаимодействия) посредством транзактного анализа, краткое описание этапов. Процесс психотерапии в ТА строится на ***контрактном методе*** – заключении явных, взаимно согласованных договорённостей о целях и процессе работы между терапевтом и клиентом [7]. При этом психотерапевтический процесс происходит по стадиям, определяемым этим терапевтическим контрактом. Рассмотрим их [7].

1. Установление контакта и диагностика включает в себя:

- сбор анамнеза, определение жалоб и запроса;
- ТА-диагностику: анализ доминирующих эго-состояний, транзакционных паттернов, психологических игр и жизненного сценария;
- диагностику рэкетной системы и жизненной позиции (ОК-матрица);.
- оценку рисков (суицидальность**).**

2. Заключение терапевтического контракта предполагает совместную формулировка цели работы (что конкретно изменится в поведении, чувствах или отношениях). Заключаются:

- ***деловой контракт*** – условия, частота, длительность, стоимость;
- ***психологический контракт –*** цели изменений;
- ***контракт безопасности (антисуицидальный – zero contract)*** – при необходимости, в случае суицидальных рисков клиента. Заключается из эго-состояния Взрослого как осознанное заявление клиента самому себе о безопасности в течение оговорённого периода. Это не обещание терапевту (из Ребёнка), а контракт с самим собой, предполагающий внутренний локус контроля [3].

3. Основные терапевтические этапы, включающие:

- ***этап поддержки и деконтаминации.*** Создание безопасного пространства для исследования, «очищение» Взрослого от «загрязнений» Родителем и Ребёнком. ***Основные интервенции:*** психообразование, объяснение концепций ТА, прояснение;
- ***этап переформирования.*** Изменение мышления и восприятия, выявление игр и сценарных паттернов. ***Основные интервенции:*** конфронтация, иллюстрирование, анализ игр;
- ***этап переобучения.*** Изменение поведенческих паттернов. ***Основные интервенции:*** ролевые игры, поведенческие эксперименты, домашние задания.

- ***этап реструктурирования.*** Сценарное изменение (новое решение). ***Основные интервенции:*** работа с ранними решениями, диалог эго-состояний, техника «пустого стула», создание Сценария персонального будущего.

4. Завершение терапии включает:

- проверку достижения целей контракта;
- анализ динамики и закрепление изменений;
- планирование самостоятельной работы.

Техники, используемые в транзактном анализе, их краткая характеристика. ТА использует разнообразные техники, адаптируемые для индивидуальной, групповой, семейной и организационной работы [7]. В соответствии с признанными EATA полями применения [2; 14], техники структурированы по четырём сферам специализации.

Техники, общие для всех полей применения.

1. Анализ эго-состояний и транзакций. Техника основана на наблюдении за вербальными и невербальными проявлениями клиента. Терапевт задаёт вопросы: «Кто сейчас говорит с вами?», «Из какого состояния вы сказали эту фразу?», «Какой Ребёнок сейчас здесь?» [1]. Это развивает осознанность и способность дифференцировать эго-состояния.

2. Работа с психологическими играми. Идентификация игр («Почему бы вам не... – Да, но...», «Ага, попался!», «Пни меня») и анализ их расплаты. Используется Драматический треугольник Карпмана (Жертва – Преследователь – Спасатель) для выявления ролевых позиций [7].

3. Сценарный анализ. Выявление предписаний («Не думай», «Не чувствуй», «Не будь близким»,…) [4], драйверов («Старайся», «Торопись», «Будь сильным»,…) [7], жизненных позиций («Я – ОК, Ты – ОК», «Я – ОК, Ты – не-ОК», «Я – не-ОК, Ты – ОК», «Я – не-ОК, Ты – не-ОК») [1; 10]. Сценарная матрица (К. Стайнер) – визуальная диаграмма, помогающая клиенту увидеть истоки и структуру своего жизненного плана [14].

4. Техника «нового решения» (перерешение). Клиент возвращается к раннему сценарному эпизоду (в состоянии Ребёнка) и, при поддержке Взрослого терапевта, принимает новое, осознанное и адаптивное решение [4]. Часто используется техника «пустого стула» для диалога с внутренними фигурами [1; 14].

5. Анализ поглаживаний. Осознание потребности *в признании (голод по поглаживаниям) и других видах голода – стимула, структуры,* механизмы позитивных и негативных поглаживаний, условных и безусловных, понимание «экономии поглаживаний» [14].

6. Контрактный метод. Заключение явных, взаимно согласованных, поддающихся измерению договорённостей о целях и процессе работы [7].

7. Техники ассертивности. Ассертивность – способность отстаивать свои интересы, сохраняя уважение к партнёру. В ТА ассертивность

рассматривается как навык, формируемый через осознанную работу с эго-состояниями и транзакциями. Реализация корпоративного договора: Я – ОК, Ты – ОК; В=В; win=win (победа=победа, обоюдное удовлетворение потребностей в достижении цели) конечный результат взаимодействия.

Авторская модель Г.А. Макаровой – **«Мост ассертивности»** – описывает переход от рэкетных чувств и игровых транзакций к аутентичным чувствам и прямым, «взрослым» коммуникациям через вербализацию потребности через «Я-высказывание» и 4 базовых опоры «Моста» – честность, уважение осознанность и ответственность в коммуникации с собой и другими.

Техники, специфические для психотерапии:

- глубинная работа с ранними решениями и предписаниями [4];
- работа с переносом и контрпереносом в рамках реляционного ТА [12];
- нейробиологически-ориентированные интервенции (У. Корнелл) – работа с телесными паттернами;
- **Сценарий персонального будущего** – сознательное конструирование будущего в ресурсном состоянии [5; 6];
- работа с психосоматикой через связь эго-состояний и телесных ощущений;
- дыхательные практики и трансовые состояния.

Техники, специфические для консультирования и коучинга:

- **процесс-коммуникационная модель (PCM) Т. Кэлера** – диагностика 6 типов личности (Harmonizer, Thinker, Persister, Imaginer, Rebel, Promoter), их психологических потребностей и предпочитаемых каналов общения [11];
- контрактный метод для чёткой постановки целей;
- анализ игр и сценарных паттернов в текущей жизни клиента;
- формирование ассертивности и построение здоровых отношений.

Техники, специфические для организаций и бизнеса:

- **PCM Т. Кэлера** для лидерства, командного взаимодействия и управления конфликтами [11];
- организационный сценарный анализ – выявление сценариев команд и организаций [7];
- работа с ролевыми играми и драматическим треугольником на уровне организационной структуры;
- развитие функциональной беглости (С. Темпл) в командах.

Техники, специфические для образования:

- **цикл развития Памелы Левин** – описание 7 стадий эмоционального развития: Бытие, Деятельность, Мышление, Идентичность, Навыки, Структура, Регенерация; работа с «ресайклингом» стадий при жизненных изменениях [7];

- деконтаминация Взрослого, чтобы ученики осознавали свои эго-состояния [1];

- работа с поглаживаниями и драйверами (Т. Кэлер) в образовательном процессе для мотивации и профилактики игр [7];

- учёт культурного контекста и культурных сценариев в образовании;

- РСМ в образовании – использование правильной «контактной двери» для каждого типа ученика.

Конечные цели воздействия транзактным анализом: позитивные личностные изменения. Э. Берн видел результатом ТА – достижение автономии личности, которое выражается в раскрытии или восстановлении способностей человека к осознанию, спонтанности и близости [7]. Рассмотрим эти три способности.

1. Осознание (Awareness). Способность воспринимать реальность «здесь и теперь» без искажений прошлым опытом. Это умение жить в настоящем, чётко дифференцируя свои эго-состояния, а не проигрывать старые сценарии, которые больше не актуальны [1].

2. Спонтанность (Spontaneity). Способность выбирать из всего спектра доступных чувств, мыслей и поведенческих реакций те, которые наиболее адекватны текущей ситуации. Это свобода от жёстких сценарных ограничений, позволяющая реагировать гибко и творчески [7].

3. Близость (Intimacy). Способность быть искренним, аутентичным и уязвимым в отношениях, без игр и манипуляций. Это умение устанавливать глубокие, доверительные, эмоционально насыщенные связи с другими людьми, свободные от рэкетных чувств и сценарных расплат [1].

Дополнительные позитивные изменения [7]**:**

- **ассертивность** – уверенное поведение, уважительное к себе и другим, следование принципу «Я благополучен / Ты благополучен»;

- **социальная осознанность** – понимание контекста, других людей, социальных норм;

- **управление отношениями** – построение здоровых, равных, ассертивных отношений в семье, коллективе, обществе;

- **win-win результат** – способность находить решения, в которых учитываются интересы всех сторон, без проигравших и с сохранением;

- **авторство своей жизни** – способность сознательно конструировать своё будущее, выходя за пределы ограничений, наложенных ранними сценарными решениями;

- **ответственность за выбор** – переход от автоматических реакций к осознанному принятию решений и их последствиям;

- **сценарная гибкость** – способность пересматривать ранние решения и вырабатывать новые способы быть в контакте с собой и другими;

- **эмоциональная зрелость** – умение распознавать, выдерживать и выражать чувства без разрушения контакта;

- **уважительный контакт** – способность оставаться в диалоге даже при различии взглядов, потребностей и интересов;

- **партнёрская позиция** – умение строить взаимодействие не сверху и не снизу, а на основе равенства и взаимного признания.

Современный ТА выходит за рамки «лечения» клиента. Терапевт не просто помогает клиенту освободиться от деструктивных паттернов, игр и сценарных ограничений. Он учит его ***пользоваться этой свободой на благо себе и других***.

Современный ТА – это не просто набор техник. Это наследие Учителей и переданная ими **миссия**: освобождая клиента от старых сценарных ограничений, терапевт даёт ему инструменты для создания своей жизни – и одновременно закладывает основу для будущих здоровых поколений. Терапевт не лечит прошлое ради прошлого. Терапевт работает с прошлым ради будущего.

Таким образом, результатом работы в методе ТА становятся устойчивые и глубокие личностные изменения, выражающиеся в более осознанной, гибкой и благополучной жизни клиента, а также в формировании способности быть автором своей жизни и передавать эту способность другим.

Литература

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. – М.: Эксмо, 2023. – 576 с.
2. Берн Э. Транзактный анализ в психотерапии. – М.: Академический проект, 2021. – 311 с.
3. Берн, Э. Что вы говорите после того, как сказали «Здравствуйте»?. – М.: Эксмо, 2022. – 512 с.
4. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2020. – 288 с.
5. Макаров В.В., Макарова Г.А. Сценарии персонального будущего: учебное пособие. – М.: Академический Проект, 2020. – 383 с.
6. Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ – восточная версия. – 2-е изд., перераб. – М.: Академический Проект, 2020. – 415 с.
7. Стюарт И, Джойнс В. Современный транзактный анализ. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2023. – 544 с.
8. ТА в России признан как метод психотерапевтического лечения зависимостей [Электронный ресурс] // EATA. – 2024. – URL: https://eatanews.org/ru/ta-approved-in-russia-or-psychotherapy-treatment-of-addictions/ (дата обращения: 22.08.2026).

9. Транзактный анализ в России. – 2025 – Т. 5, № 2; 2026 – Т. 6, – № 2. [Электронный журнал]. – URL: https://ta-journal.ru/TAR/index (дата обращения: 22.08.2026).

10. Харрис Т. Я о'кей, ты о'кей. – М.: Академический проект, 2024. – 303 с.

11. Kahler T., Regier N. Seeing people through: unleash your leadership potential with the process communication model® – 2nd ed. – San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2024. – 208 p.

12. McLean B. Transactional analysis and relationship psychotherapy: a need for renewed interest and contemporary thinking // Transactional analysis journal. – 2023. – Vol. 53, № 2. – P. 113-129.

13. Oates S., Deaconu D. A Living history of transactional analysis psychotherapy: engaging reflectively with theory and methodology. – London: Routledge, 2025. – 162 p.

14. Steiner C. Scripts People Live. – New York: Grove Press, 1974. – 417 p.

Линде Николай Дмитриевич

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОБРАЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Понятие эмоционально-образной терапии. ***Эмоционально-образная терапия*** (далее – ЭОТ) – это отечественный метод (модальность), принадлежащий к психодинамическому направлению психотерапии, целью которого является обнаружение и позитивная трансформация неосознаваемых хронических патогенных эмоциональных состояний у клиентов, порождающих психологические или психосоматические нарушения у них. При этом эта цель достигается с помощью создаваемых клиентом спонтанных образов, выражающих проблемное эмоциональное состояние, последующим анализом этих образов, специальными воздействиями, направленными на преобразование состояний через работу с образами.

ЭОТ является методом управляемого диалога с бессознательным миром клиента. Клиент работает над самим собой при сотрудничестве с психологом, который помогает осознанию негативного эмоционального состояния и причин его возникновения, и предлагает эффективные техники для его позитивного изменения.

ЭОТ включает в себя теоретические представления о природе эмоций, работе сознания и бессознательного, причинах возникновения внутренних эмоциональных конфликтов. В ЭОТ разработана основная модель процесса терапии, состоящая из десяти шагов, специфические приемы анализа психологических проблем, набор трансформирующих воздействий (примерно 30 оригинальных техник), набор имагинативных упражнений (примерно 60), направленных на самопознание и выявление проблем, создан словарь образов и их интерпретаций, выработана позитивная философия жизни.

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента в эмоционально-образной терапии. Через образы, выражающие некоторое патогенное эмоциональное состояние, можно анализировать причины его возникновения, а также воздействовать на само негативное состояние с целью его нейтрализации и замены на позитивное. Во внешнем плане клиент работает с образом, но реально работает с самим собой. Он оказывает эмоционально-смысловые воздействия на образ, которые выражаются в изменениях его состояния и синхронно в изменениях образа. Например, когда клиент, страдающий от эмоциональной зависимости, забирает эмоциональные инвестиции (например, «сердце»), отданные ранее партнеру и принимает их в себя, одновременно он наблюдает, что его состояние улучшается, страдание тает, а образ зависимости (например, «меч, пронзающий ее грудь») тоже

сам собой исчезает. Работа ведется до полного исчезновения негативного состояния и коррелирующего с ним образа.

Полностью завершенные процедуры изменения негативного эмоционального состояния предполагают и полное разрешение исходного эмоционального конфликта, тогда восстановление негативного состояния становится невозможным. Негативное патогенное состояние возникает исключительно в результате столкновения некоторых внутренних психических сил самого человека. В связи с этим в ЭОТ рассматривается шесть разновидностей психодинамических конфликтов [1]:

1. Когда индивид не может получить желаемое, и не может от него отказаться. Например, фиксация на морально неприемлемом желании (почти все конфликты в теории З. Фрейда, родительские запреты по Э. Берну) [1, 11].

2. Когда он не может избавиться от нежелательного. Разновидностью этого конфликта является кольцевая модель В. Франкла [1,11], когда, например, симптом усиливает страх, а страх – симптом, индивид отталкивает и то, и другое. Сюда же относятся различные психотравмы, чувство неполноценности (А. Адлер) [1,11], родительские предписания (Э. Берн) [1,11].

3. Когда индивид испытывает амбивалентные чувства к объекту, например, любовь и ненависть одновременно (З. Фрейд) [11].

4. Когда индивид стремится одновременно к двум несовместимым целям (проблема выбора) (Ф. Перлз) [11].

5. Когда индивид испытывает давление сразу с двух сторон (двойной зажим). Например, и сделаешь – плохо, и не сделаешь – плохо [11}.

6. Кольцевая модель В. Франкла [11], когда причина вызывает симптом, а симптом усиливает причину.

Структурирование процесса воздействия, этапы ЭОТ. Весь процесс терапевтического воздействия в ЭОТ разделен на 10 этапов [1,2]:

1. Предварительная беседа. В ходе беседы выясняется основной запрос, выясняются условия возникновения проблемы, называется основное нежелательное чувство, которое испытывает клиент.

2. Проблемная ситуация (воображаемая). Клиенту предлагается представить себя в той ситуации, в которой он испытывает соответствующие затруднения и чувства. Если чувства слишком сильны, применяются техники диссоциации, позволяющие работать с чувством, которое как бы отделено от клиента.

3. Осознание и прояснение чувства. Клиенту предлагается подробно рассказать о том, как он конкретно переживает свое чувство. Обращается внимание на телесные проявления чувства. Где именно в теле испытывается чувство? Как оно влияет на тело? Какое качество этого чувства? Что оно напоминает? И т.д.

4. Создание образа проблемного чувства. Клиенту предлагается представить, что это чувство каким-то «чудом» оказалось на пустом стуле перед клиентом. Спрашивается: «Как оно выглядит, если бы оно было перед Вами?». В некоторых случаях клиент уже на предыдущем этапе называет образ. Например, «Как плита на грудь давит!», «Как сверлом сверлят шею!», «Как огонь жжет в солнечном сплетении!» Тогда ему предлагается представить, что этот образ и находится прямо перед ним на пустом стуле. Иногда применяются дополнительные приемы для стимулирования создания спонтанного образа, могут использоваться слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые ассоциации.

5. Анализ проблемы с помощью образа чувства. Образ исследуется с точки зрения его чувственных качеств, проясняется смысл образа в контексте заявленной проблемы. Если необходимо, могут создаваться дополнительные образы, проясняющие суть психодинамического конфликта. Например, если был создан образ страха, то может быть надо создать образ того, что вызывает страх. В ходе анализа могут быть выяснены дополнительные обстоятельства дела, клиент может осознать нечто, что забыл или не понимал.

На этом этапе терапевт создает и проверяет терапевтическую гипотезу. Он задает вопросы, обращенные к образу, отвечает на них, естественно, клиент. Клиента иногда просят пересесть на пустой стул, отождествиться с образом и от имени образа отвечать на вопросы. Иногда применяются мысленные эксперименты, провоцирующие образ на раскрытие неосознаваемого содержания. Этап заканчивается в тот момент, когда гипотеза терапевта превращается в уверенное знание.

6. Применение адекватных эмоционально-смысловых действий с образом. В ЭОТ существует около 30 различных приемов (техник), направленных на позитивную трансформацию негативного эмоционального состояния через мысленное воздействие на его образ. Терапевт подбирает подходящий прием для данного случая и предлагает клиенту его выполнить. В некоторых случаях клиенту подробно объясняют смысл этого действия. В некоторых просто уговаривают провести пробу, потому что клиент не в состоянии понять скрытый смысл данного метода. Но терапевт должен быть уверен, что прием подобран верно. Приемы созданы так, что практически никогда применение их не может повредить клиенту. Но в случае опасности, проведенный прием можно отменить. Описание некоторых приемов см. [2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13].

После первичного применения приема проверяется, как это сказалось на состоянии клиента и образе, с которым велась работа. Если результат положительный, прием повторяется до полной трансформации исходного состояния и позитивного изменения образа. Терапевт непрерывно осуществляет мониторинг состояния клиента и его образа,

опрашивая последнего и наблюдая за невербальными проявлениями эмоционального состояния клиента.

Если желательный результат не достигается, терапевт возвращается к анализу проблемы, уточняет и перепроверяет свою гипотезу, или подвергает анализу причины сопротивления со стороны клиента.

Если удовлетворительный результат достигнут, то он перепроверяется и закрепляется.

7. Ситуативная проверка. Клиенту предлагается представить, что он снова находится в проблемной ситуации, которая ранее вызывала у него трудности и негативные состояния. Если теперь он чувствует, что негативных реакций нет, что он может вести себя адекватно, то это означает, что терапия успешна.

8. Идентификация с позитивным образом. Обычно негативный образ не просто исчезает, а преобразуется в позитивный, либо исчезает и на замену приходит позитивный. Этот позитивный образ мы предлагаем клиенту принять в свое тело, как свою неотъемлемую часть личности. Вместе с образом клиент принимает и новое состояние, и ощущает его особенно полно, интегрирует его в свою личность и тело. Иногда мы просто предлагаем клиенту пересесть на тот стул, куда спроецирован позитивный образ и как бы стать «этим». После этого опрашиваем его о самочувствии, нравится ли ему так? Как он теперь жить будет? Эти приемы позволяют полностью «инсталировать» новые чувства и принципы жизни, вытекающие из новых осознаний и состояний.

9. Экологическая проверка. Если все предыдущие стадии прошли успешно, мы все-таки хотим убедиться, что индивид полностью принимает новшества. Поэтому мы спрашиваем, например, согласен ли он жить по-новому, нравится ли ему так? Позитивно ли изменится его жизнь, если он будет жить по-новому? Надо ли где-то еще «подравнять»?

10. Закрепление результата. Многие клиенты спрашивают: «А как бы сохранить достигнутое состояние, чтобы оно не ушло?». Мы стараемся переформулировать этот вопрос: «А готов ли он нести ответственность за реализацию нового состояния и новых решений в своей жизни?».

Но иногда мы говорим, что клиенту следует продолжать терапию, чтобы убедиться в том, что изменения «прижились», что терапевт будет помогать ему привыкать к новой реальности, новым отношениям, новому мировоззрению, если он этого хочет.

Техники, используемые в методе эмоционально-образной терапии. ЭОТ накопила множество техник эмоционально-смысловой работы с образами, которые позволяют разрешить исходные конфликты и привести к исчезновению негативного эмоционального состояния, ими порожденного [2].

Аналитические техники. В первую очередь следует рассмотреть техники анализа проблемы с помощью спонтанных образов, выражающих

эмоциональные состояния клиента, возникающие в критических для него случаях.

1. Сама *технология создания образов* является высокоэффективной и точной. То есть мы предлагаем клиенту представить образ, наиболее волнующего его чувства. Поскольку человеческое бессознательное гениально кодирует в образах его проблемы, то спонтанно возникающий образ оказывается чрезвычайно информативным.

2. Но эту информацию нужно извлечь, первый способ – *интерпретация образа* в соответствии с полученным ранее опытом, частично отраженным в словаре образов. Интерпретация делается в контексте заявленной проблемы.

3. *Изучение образа* по его воспринимаемым качествам (размер, консистенция, материал и т.д.).

4. *Действие образа*, которое он оказывает на человека. Или действие самого человека на образ.

5. *Зачем это делается?* Важнейший вопрос, выясняющий субъективный смысл образа для человека.

6. *Другие вопросы к образу*, которые задает и на которые отвечает клиент.

7. *Идентификация с образом.* Клиент пересаживается на стул, на который был спроецирован образ, «становится» этим образом, и отвечает на вопросы от его имени.

8. *Создание дополнительных образов.* Эти образы могут символизировать другие чувства клиента, его части личности. Людей, участвующих в конфликте и т.д. Им также задаются вопросы, с ними тоже проводится идентификация.

9. *Экспериментальные воздействия на образы.* Позволяющие проверить гипотезу, возникшую у терапевта. Выявление чувств клиента в результате этих воздействий, которые осуществляет сам клиент.

10. (Иногда). *Идентификация терапевта с образом*. Раскрытие терапевтом смысла образа, которое он открыл через эту идентификацию.

11. *Обсуждение с клиентом полученных данных* в контексте его проблемы и событий прошлого.

Также анализируются силы сопротивления, проявляемые в терапии, сновидения и образы, возникшие в ходе упражнений или нарисованные клиентом.

Техники воздействия. В арсенале ЭОТ имеется к настоящему времени около 30 различных техник воздействия, имеющих иногда важные модификации. Охарактеризовать все техники в данном справочнике не представляется возможным. Мы ограничимся несколькими наиболее важными и оригинальными, с прочими можно ознакомиться в книге «Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия» [2].

Воздействия применяются после того, как гипотеза терапевта подтвердится. Результаты пробных воздействий проверяются, потом они осуществляются до полного перехода клиента в новое и позитивное состояние.

1. Техника возвращения эмоциональных инвестиций. Мы предлагаем клиенту представить образ тех чувств или частей личности, которые он инвестировал в любимый объект или «проект» и, затем вернуть этот образ себе, приняв его в свое тело как часть своей личности, и принимая при этом все чувства, всю энергию, которая выражена в этом образе. Мы уверены, что бессознательное клиента знает, что именно он инвестировал в кого-то другого, или во что-то важное для него. Поэтому мы просим представить первое, что приходит в голову, но потом проверяем, насколько возникший образ соответствует истине. То есть насколько он действительно выражает чувства клиента, признает ли клиент этот образ своей частью, какой смысл содержится в этом образе и соответствует ли он сути проблемной ситуации.

После того, как клиент забрал к себе свои вложенные чувства и ощутил, что они гармонично вошли в его тело, мы наблюдаем невербальные признаки радости и оживления на лице клиента, клиент подтверждает (или нет), что чувствует себя лучше и более цельным существом, чем раньше. Критерием успеха является то, что образ бывшего любимого начинает тять и удаляться. Мы просим клиента наблюдать за этим образом, пока он не исчезнет, сопровождая это словами: «Прощай, желаю счастья в личной жизни!» После исчезновения образа «бывшего» наступает ощущение легкости и освобождения, новых открытых возможностей.

Применяется также при прощании с любой потерей, для прекращения некоторых форм гнева, некоторых форм депрессии, для преодоления инцестных чувств и явления переноса [1, 3, 6].

2. Техники простого и парадоксального разрешения.

2.1. Если мы обнаруживаем, что клиент запрещает самому себе совершенно естественные вещи и это вредит ему самому, то мы просим представить образ той части личности, которой что-то запрещено, и разрешить ей запрещенное.

2.2. Парадоксальное разрешение же направлено к тому образу, который запрещает нам что-то. Он похож на метод парадоксального намерения В. Франкла [11], но парадокс состоит не в том, что индивид стремится к тому, чего боится, а в том, чтобы *разрешить образу то, что он запрещает клиенту*. Тем самым разрешение получает сам клиент, поскольку образ обозначает часть его же самого, запрещающая нечто самому субъекту.

3. Техника контрпредписания. Применяется в тех случаях, когда проблема клиента связана с негативным родительским предписанием. В

контексте ЭОТ «контрпредписание» – это утверждение клиента о самом себе в настоящем времени, противоположное по смыслу предписанию, которое было дано когда-то родителем.

4. Техника «возвращения подарка». К разряду весьма продвинутых приемов относится и метод возвращения «подарка» или «возвращения зла». Главное его предназначение – помочь избавиться от последствий тяжелой травмы, произошедшей в результате агрессии другого человека. Имеется в виду изнасилование, избиение и другое чрезвычайно травматическое воздействие. Этот метод предназначен для избавления клиента от «застрявших» в его психике травматических переживаний.

Психологические последствия травмы исчезают вместе с возвращением этого образа [2].

5. Техника конверсии негативной энергии в позитивную. Суть этой техники состоит в том, что энергия гнева, или другого разрушительного чувства, преобразуется клиентом в энергию созидания и направляется на развитие и процветание своей слабой части личности. Она эффективна в случаях сильного, неконтролируемого гнева на других людей или на себя.

6. Техники созерцания зрительных, слуховых, тактильных и обонятельных образов тех или иных психосоматических симптомов или чувств. Особенно хочется отметить ольфакторный метод, или метод обоняния воображаемого запаха чувства или симптома. Это абсолютно новаторский метод, позволяющий, не прибегая к длительному анализу, помочь клиенту в экстренных случаях.

7. Техника принятия Внутреннего Ребенка. Чрезвычайно важный метод, позволяющий решить проблемы, связанные с отвержением ребенка со стороны родителей. Результатом такого отвержения является отказ самого клиента от своего естественного состояния Ребенка. Принятие образа Внутреннего Ребенка, проходит через 5 фаз [4], которые заканчиваются тем, что образ ребенка как бы входит в тело клиента и объединяется с ним в единое существо, клиент ощущает счастье и внутреннюю интеграцию. Эта методика решает множество проблем, в частности очень эффективна при панических атаках.

Также в системе метода ЭОТ содержится еще ряд техник, которые необходимо отметить отдельно от выше представленных [2**]:**

Система имагинативных упражнений. Упражнения (около 60-ти) имеют самостоятельное значение, как для обнаружения проблем и обретения ресурсов, так и для личностного роста участников терапевтических групп. Например, «Круг счастья», «Цветы в теле», «Женственность-Мужественность», «Успешный Я-Неуспешный Я», «Смысл жизни» и т.д.

Словарь интерпретаций образов **[2].** Словарь основан на идеях З.Фрейда, но значительно дополнен и проверен на практике ЭОТ.

Жизненная философия ЭОТ [8, 10]. В ЭОТ развивается жизнеутверждающая философия на основании реальной психотерапевтической практики. Она имеет огромное значение для выбора правильного воздействия в ходе терапии. Используется для объяснения клиенту его заблуждений, приведших его к жизненному тупику.

Конечные цели воздействия посредством эмоционально-образной терапии. Главная цель воздействия – исчезновение негативного эмоционального состояния, порождающего психосоматические или психологические проблемы личности, замена его на нейтральное или позитивное состояние. В результате чего исчезают все негативные психосоматические, эмоциональные и поведенческие проявления, на которые жаловался клиент.

ЭОТ доказала свою эффективность при лечении разнообразных психосоматических проблем. Например, разнообразных психогенных болей, аллергий, астмы, нарушений работы щитовидной железы, нейродермита, заложенности носа, спазмов дыхания, заикания и других [3, 7, 9, 12]. Также методом ЭОТ эффективно лечатся любые фобии, тревоги, панические атаки, депрессии, гнев, чувство вины или стыда. Особенно эффективна ЭОТ в случае работы с эмоциональной зависимостью и проблемой потери. ЭОТ хорошо показала себя в случаях эмоциональной травмы. А также в случаях негативных сценариев жизни, потери смысла жизни, нарушений женственности [14], проблем взаимоотношений, поиска своего предназначения. Применяется в перинатальной психотерапии. Пределы возможностей ЭОТ неизвестны, постоянно открываются все новые и новые задачи, которые удается решать с ее помощью.

Литература

1. Линде Н.Д. Психологическое консультирование. Теория и практика. – М.: Аспект-Пресс. – 2021. – 272 с.
2. Линде Н.Д. Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия. – М.: «Генезис», 2021. – 375 с.
3. Линде Н.Д. Коррекция фобий методом эмоционально-образной терапии // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 68-79.
4. Линде Н.Д. Работа с Внутренним Ребенком в эмоционально-образной терапии // Вопросы психологии. – 2007. – № 1. – С. 159-169.
5. Линде Н.Д. Коррекция эмоциональной зависимости с помощью метода эмоционально-образной терапии // Вопросы Психологии. – 2007. – №5. – С. 170-179.
6. Линде Н.Д. Гнев, подавленный гнев и его коррекция в эмоционально-образной терапии // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 160-173.

7. Линде Н.Д., Журавлева О.Д., Мкртчян К. А. Коррекция боли с помощью эмоционально-образной терапии // Вопросы психологии. – 2008. – № 5. – С. 163-169.

8. Линде Н.Д. Сутра о духовности в психотерапии // Психотерапия. – 2009. – № 12. – С. 10-19.

9. Линде Н.Д., Корнеева Е.В. Эмоционально-образная терапия зависимости и утраты // Вопросы психологии. – 2010. – № 1. – С. 128-137.

10. Линде Н.Д. Психологические Сутры. Психология для реальной жизни. – М.: «Беловодье», 2014. – 255 с.

11. Линде Н.Д. Основы современной психотерапии. – М.: «Академия» – 2002. – 201 с.

12. Линде Н.Д. Новые методы саморегуляции // Журнал практического психолога. – 2005. – № 1. – С. 81-99.

13. Линде Н.Д. Метод эмоционально-образной терапии // Психотерапия. – 2005 – №10. – С. 32-33.

14. Линде Н.Д., Смирнова Т.П. Эмоционально-образная терапия в работе с психосоматическими проблемами. – М. «Генезис», 2020. – 325 с.

Сурина Лидия Алексеевна

ЮНГИАНСКИЙ АНАЛИЗ

Понятие юнгианского анализа. ***Юнгианский анализ*** (далее – ЮА) – метод глубинной психотерапии, в рамках которого терапевтическая работа направлена на исследование и интеграцию бессознательных содержаний, проявляющихся через сновидения, символы, мифы и активное воображение, с целью достижения психологической целостности и самореализации личности.

Метод основан на теоретических концепциях Карла Густава Юнга, включая коллективное бессознательное, архетипы и процесс индивидуации. Метод применяется для разрешения внутренних конфликтов, психотравм и способствования личностному развитию. В российской психотерапевтической практике ЮА признан эффективным средством глубинной работы с психикой, ориентированным на раскрытие и трансформацию бессознательных процессов.

Фундаментальной основой ЮА является концепция коллективного бессознательного – слоя психики, содержащего универсальные, врождённые архетипические образы и символы, общие для всего человечества [1]. Эта теория дополняет личное бессознательное, выделенное в классической психоаналитической традиции, и служит базой для понимания глубинных структур психики, влияющих на поведение, сновидения и творческое выражение личности. Кроме того, центральным элементом юнгианского анализа является процесс индивидуации – развитие и интеграция сознательных и бессознательных аспектов личности, направленный на достижение целостности и самореализации индивида [2].

Миссия ЮА или, как его ещё называют, аналитической психологии К.Г. Юнга, заключается в содействии целостному развитию личности через глубокое исследование и интеграцию сознательных и бессознательных аспектов психики. Этот процесс, называемый индивидуацией, направлен на достижение внутренней гармонии, самопознания и самореализации, что способствует психологическому здоровью и личностному росту. ЮА стремится раскрыть скрытые смыслы психических процессов, используя работу с архетипами, символами, сновидениями и мифами, тем самым поддерживая человека в преодолении внутренних конфликтов и жизненных кризисов [3, 4].

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента в юнгианском анализе. В ЮА личностные изменения клиента происходят под действием комплекса психологических механизмов, связанных с развитием и интеграцией его бессознательных содержаний. Рассмотрим основные психологические механизмы.

1. ***Осознание и интеграция бессознательного***. К.Г. Юнг считал, что значительная часть психики находится в бессознательном, включающем личное бессознательное (забытая или подавленная информация) и коллективное бессознательное (архетипические образы и мотивы, общие для всего человечества). Через анализ сновидений, символов, ассоциаций и проекций анализанд постепенно осознает бессознательное содержание, что расширяет его сознание и ведёт к внутренним изменениям. Юнг подчёркивал важность процесса «прозрения» (инсайта), когда клиент осознает ранее подавленные или неосознаваемые аспекты своей психики – архетипы, тень, анима/анимус. Это способствует целостности личности, так как происходит объединение противоположных сторон [6].

2. ***Работа с архетипами и внутренним мифом***. Архетипы – универсальные образцы, заложенные в коллективном бессознательном (например, Тень, Анима/Анимус, Самость), проявляются во снах, фантазиях, символах. В процессе анализа происходит встреча и интеграция этих архетипических компонентов. Их анализ помогает клиенту понять свои глубинные мотивы, конфликты и потенциалы, стимулируя личностный рост [3].

3. ***Индивидуация***. Центральный процесс в ЮА – путь к «индивидуации», или становлению самим собой. Он предполагает последовательное приближение к внутренней целостности через осознание и балансировку всех аспектов личности (сознательное и бессознательное, мужское и женское, рациональное и иррациональное). Этот процесс ведёт к более глубокому самопознанию и внутренней гармонии [7; 15].

4. ***Архетипические образы в снах и фантазиях***. Анализ сновидений и фантазий позволяет выявить бессознательные содержания, стимулируя их интеграцию. Этот диалог с бессознательным способствует изменению восприятия себя и мира. Архетипы – универсальные образы и мотивы (например, Тень, Анима/Анимус, Самость), которые проявляются в психике. В процессе анализа происходит встреча и интеграция этих архетипических компонентов. Например, интеграция Тени (потенциально отвергаемых или неосознанных сторон личности) способствует большей целостности и аутентичности [7; 8].

5. ***Работа с «теневой» стороной психики***. Освобождение от подавленных аспектов (теневой стороны) способствует устранению внутренних конфликтов, снижению психологических защит и развитию искренности [7].

6. ***Использование символов и мифологических образов***. Символы и мифы служат инструментами личностной трансформации, помогая интерпретировать внутренние процессы и находить новые смысловые горизонты [3; 10].

7. ***Эволюция Самости («self»).*** В процессе терапии происходит активизация внутреннего Аутентичного «я», что способствует более гармоничному и целостному развитию личности [6].

8. ***Перенос и контрперенос.*** Взаимоотношения между анализандом и аналитиком создают пространство для воспроизведения внутренних конфликтов и отношений, что позволяет их осознать и трансформировать. Перенос — это проекция чувств и ожиданий анализанда на аналитика, а контрперенос — ответ аналитика. Работа с этими феноменами способствует эмоциональному пониманию и изменению [9].

9. ***Символическая трансформация.*** К.Г. Юнг придавал большое значение символам, которые выступают как посредники между сознанием и бессознательным. Понимание и интеграция символов способствует внутренним сдвигам и расширению психического пространства [10].

В целом, психологические механизмы ЮА основаны на внутренней работе с бессознательным, формировании осознанности и балансировании противоположных элементов личности, что ведёт к личностным изменениям, развитию и внутренней целостности. Личностные изменения в ЮА происходят через осознание и интеграцию бессознательных содержаний, работу с архетипами, диалог между сознательным и бессознательным, а также через процесс индивидуации, который ведёт к большей целостности и самореализации личности.

Структурирование процесса воздействия в юнгианском анализе, краткое описание этапов. Хотя процесс воздействия в ЮА всегда индивидуален и гибок, его структурирование можно представить как последовательность взаимосвязанных стадий или этапов, которые направлены на содействие индивидуации и личностным изменениям анализанда.

Так К.Г. Юнг выделял четыре стадии терапевтического процесса [5]:

1. **Исповедь (катарсис)**. Клиент рассказывает свою историю, делится тем, что никогда не говорил вслух. Сам акт высказывания уже приносит облегчение.

2. **Прояснение (элюцидация)**. Аналитик помогает клиенту увидеть связи между событиями, паттернами, симптомами. Постепенно проявляются повторяющиеся сценарии и комплексы.

3. **Обучение (эдукация)**. Клиент учится новым способам взаимодействия с собой и миром. Это может включать развитие недостаточно развитых функций, освоение техник работы со сновидениями.

4. **Трансформация (индивидуация)**. Глубочайший этап. Здесь происходит не просто устранение симптомов, а качественная перестройка личности. Эго перестает быть центром – на его место приходит Самость.

В современной практике юнгианской психотерапии условно выделяют следующие основные этапы [11]:

1. Н***ачальный этап – установление контакта и знакомство.*** На этом этапе устанавливаются доверительные отношения между аналитиком и анализандом. Анализанд знакомится с основами ЮА, формулируются цели и ожидания. Важно создать безопасное пространство для свободного выражения мыслей и чувств.

2. ***Исследование сознательного и бессознательного.*** Анализ начинается с изучения сознательных проблем, симптомов, жизненных ситуаций. Параллельно через работу с сновидениями, свободными ассоциациями, символами и образами выявляются бессознательные содержания. Аналитик помогает анализанду осознать и интерпретировать эти материалы.

3. ***Работа с архетипами и Тенью.*** На этом этапе происходит столкновение и интеграция бессознательных архетипических образов, особенно Тени – тех аспектов личности, которые ранее отвергались или подавлялись. Это способствует расширению сознания и развитию аутентичности [7].

4. ***Активное воображение и символическая трансформация.*** Анализанд вовлекается в творческую работу с внутренними образами через активное воображение, что помогает установить диалог с бессознательным и способствует преобразованию психического содержания. Символы становятся ключом к новым инсайтам и внутренним сдвигам.

5. ***Перенос и контрперенос.*** Взаимоотношения с аналитиком служат зеркалом для внутренних конфликтов и паттернов. Работа с переносом и контрпереносом помогает распознать и переработать эмоциональные переживания, связанные с прошлым опытом.

6. ***Индивидуация и интеграция.*** Постепенно происходит интеграция различных аспектов личности — сознательных и бессознательных, мужских и женских начал, рациональных и иррациональных элементов. Формируется более целостное и гармоничное «Я».

7. ***Завершающий этап – закрепление изменений и подготовка к самостоятельности.*** Анализанд укрепляет новые внутренние структуры, приобретает навыки самостоятельной работы с бессознательным. Происходит постепенный выход из аналитического процесса с сохранением достигнутых изменений.

Важно отметить, что эти этапы не всегда следуют строго последовательно, процесс может возвращаться к предыдущим этапам, углубляться или расширяться в зависимости от индивидуальных потребностей анализанда.

Техники, используемые в юнгианском анализе. В ЮА используется ряд специфических техник, направленных на работу с бессознательным и содействие процессу индивидуации.

1. ***Анализ сновидений***. Сновидения рассматриваются как послания бессознательного, содержащие символы и образы, которые помогают понять внутренние процессы. Аналитик и анализанд вместе разбирают сюжет сновидения, обращая внимание на эмоциональный фон, ключевые символы и их возможные архетипические значения. Важно рассмотреть сновидение не только с точки зрения личного опыта, но и в контексте коллективного бессознательного. Анализ сновидений способствует осознанию скрытых конфликтов, внутренних ресурсов и направлений развития [2; 8].

2. ***Свободные ассоциации***. Анализанд свободно выражает любые мысли, образы, воспоминания, которые приходят в голову без цензуры и фильтрации. Эта техника помогает выявить бессознательные связи, подавленные чувства и комплексы. Аналитик внимательно слушает, выявляя повторяющиеся темы и символы, которые могут указывать на важные бессознательные содержания.

3. ***Активное воображение***. Это сознательная работа с внутренними образами. Анализанд погружается в состояние, в котором он «встречается» с образами из бессознательного — например, визуализирует их, ведет диалог с ними письменно или устно, рисует или создает другие творческие выражения. Цель – установить диалог с бессознательным, понять его послания и способствовать внутренней трансформации. Активное воображение помогает интегрировать разрозненные части психики и осознать архетипические силы [6; 7].

4. ***Работа с символами и мифами***. Символы и мифологические сюжеты рассматриваются как универсальные архетипические мотивы, проявляющиеся в индивидуальной психике. Анализ символов помогает понять, как бессознательное выражается через образы, и как эти образы связаны с жизненным опытом анализанда. Мифы служат контекстом для осмысления личных переживаний и способствуют расширению сознания [3; 11; 13].

5. ***Перенос и контрперенос***. Перенос – это процесс, когда анализанд проецирует на аналитика чувства и ожидания, связанные с важными фигурами из своего прошлого. Контрперенос – это эмоциональная реакция аналитика на перенос анализанда. Работа с этими явлениями помогает выявить бессознательные паттерны взаимоотношений и эмоциональные конфликты, давая возможность их осознать и переработать в безопасных условиях терапевтической связи [9].

6. ***Рисование и другие творческие методы.*** Творческая деятельность, такая как рисование, лепка, письмо, музыка, используется для выражения бессознательных образов, которые трудно передать словами. Это помогает визуализировать внутренние конфликты, чувства и архетипы, облегчая их осознание и интеграцию. Творчество служит мостом между сознанием и бессознательным.

7. ***Работа с Тенью***. Тень – это часть личности, содержащая отвергнутые, подавленные или неосознанные качества. Работа с Тенью включает выявление этих аспектов через анализ сновидений, ассоциаций, переносных реакций и творческих выражений. Цель – не уничтожить Тень, а интегрировать её в сознательную личность, что ведет к большей целостности и аутентичности [7].

8. ***Диалог с архетипами***. Через активное воображение и символическую работу анализанд вступает в «разговор» с архетипическими образами — например, с Анимой/Анимусом, Персоной, Старцем, Герой и др. Этот диалог помогает осознать фундаментальные структуры психики, их влияние на поведение и опыт, а также способствует их интеграции и трансформации [1; 12].

Вершиной системной организации психотерапевтической помощи в ЮА является процесс индивидуации – целостное развитие личности через интеграцию сознательных и бессознательных аспектов психики. Данный процесс можно рассматривать по нескольким ключевым аспектам [14; 15]:

- *индивидуация* представляет собой глубинный путь самопознания и внутренней трансформации, в ходе которого человек постепенно осознаёт и принимает свои тёмные и светлые стороны (включая Тень), устанавливает гармоничный диалог с архетипическими структурами и достигает большей психологической целостности и аутентичности. ЮА системно организует психотерапевтическую работу именно вокруг этой цели, используя разнообразные техники (анализ сновидений, активное воображение, работу с переносом и др.) для поддержки процесса индивидуации. Таким образом, индивидуация – это не просто цель терапии, а интегрирующий принцип, объединяющий все её аспекты в единую систему помощи;

- *смысл индивидуации.* Индивидуация – это процесс становления уникальной, целостной личности, в которой сознательное «Я» интегрировано с бессознательными аспектами психики. Это не просто адаптация к внешнему миру, а глубокое внутреннее развитие, при котором человек осознаёт и принимает как позитивные, так и теневые стороны себя, включая подавленные желания, страхи и комплексы;

- *интеграция сознательного и бессознательного*. В ходе индивидуации происходит постепенное раскрытие бессознательного – как личного, так и коллективного. Анализ сновидений, активное воображение и другие методы помогают выявить символы, архетипы и скрытые конфликты, которые затем осознаются и интегрируются в сознательную жизнь. Это ведёт к расширению самопонимания и внутренней гармонии;

- *работа с Тенью и архетипами*. Тень – это те части личности, которые человек отвергает или не осознаёт. Индивидуация включает в себя признание и принятие Тени, что освобождает энергию и снижает внутренние конфликты. Одновременно происходит знакомство и диалог с

архетипическими образами (например, Анима/Анимус, Персона, Старец), которые структурируют психику на глубинном уровне и влияют на поведение и переживания;

- *трансформация личности*. Индивидуация – это не просто накопление знаний о себе, а трансформация личности, которая проявляется в изменении мировоззрения, ценностей, отношений и жизненных целей. Появляется ощущение глубинного смысла жизни, внутренней свободы и ответственности за себя;

- *роль терапевтической связи*. В ЮА важна глубинная, доверительная связь между аналитиком и анализандом, в которой проявляются перенос и контрперенос. Работа с этими явлениями помогает осознать бессознательные паттерны взаимоотношений и способствует развитию личности.

- *системность и целостность*. Индивидуация объединяет все методы и техники ЮА в единую систему: анализ сновидений, активное воображение, творческая работа, диалог с архетипами и др. Все эти элементы направлены на поддержку и сопровождение человека на пути к целостности.

Таким образом, **индивидуация** – это не просто этап или техника, а фундаментальный процесс, вокруг которого строится вся психотерапевтическая помощь в ЮА. Она задаёт направление и смысл терапии, обеспечивает системный подход к развитию личности и раскрытию её потенциала.

Конечные цели юнгианского анализа. Конечные цели ЮА связаны с глубинным развитием и трансформацией личности через процесс индивидуации. Основные из них можно сформулировать следующим образом:

1. ***Психологическая целостность и аутентичность.*** ЮА помогает человеку выйти за рамки поверхностных социальных ролей и масок (Персона), которые он носит в повседневной жизни, и встретиться с теми частями себя, которые обычно скрыты или отвергаются (Тень). Принятие и интеграция этих теневых аспектов ⁻ важных, но иногда болезненных ⁻ частей личности ведёт к формированию более цельного и подлинного «Я». Это значит жить в согласии с собственными глубинными убеждениями и чувствами, а не просто соответствовать внешним ожиданиям.

2. ***Расширение самосознания и самопознания***. В процессе анализа человек учится замечать бессознательные мотивы и паттерны своего поведения, которые раньше оставались вне его осознания. Например, через работу со сновидениями, символами и архетипами он может понять, почему повторяет одни и те же ошибки или испытывает определённые эмоциональные реакции. Это осознание даёт свободу

выбора ‾ перестать быть заложником бессознательных драйверов и начать сознательно формировать свою жизнь.

3. ***Развитие внутреннего баланса и гармонии***. Личность состоит из множества частей, которые могут конфликтовать: сознательное «Я» и бессознательное, мужское и женское начала (Анимус и Анима), социальная маска и истинные чувства. ЮА помогает наладить диалог между этими частями, снизить внутренние противоречия и обрести эмоциональное равновесие. Такой баланс способствует устойчивости личности и улучшает качество жизни.

4. ***Обретение смысла и цельности жизни***. Для К.Г. Юнга смысл жизни – не просто достижение внешних целей, а процесс раскрытия глубинного смысла, который часто проявляется через символы, мифы, творчество и духовные переживания. Анализ помогает человеку найти свою уникальную жизненную миссию и почувствовать себя частью чего-то большего, чем он сам, что придаёт жизни глубину и наполненность.

5. ***Улучшение качества межличностных отношений***. Взаимоотношения с другими людьми часто отражают внутренние конфликты и бессознательные паттерны. Работа с переносом и контрпереносом в анализе позволяет осознать, как прошлые опыты и внутренние архетипы влияют на текущие отношения. Это осознание помогает строить более зрелые, открытые и искренние связи, основанные на взаимном уважении и понимании.

6. ***Поддержка творческого потенциала и жизненной энергии***. Индивидуация способствует раскрытию творческих способностей личности, которые могут быть подавлены из-за внутренних конфликтов или социальных ограничений. Через интеграцию бессознательного активизируется жизненная энергия (Юнг называл её либидо в широком смысле), что позволяет человеку реализовывать свои идеи, пробовать новое и жить более полноценно.

В сумме эти цели создают целостную картину того, что значит быть психически здоровым и развивающимся человеком по К.Г. Юнгу. ЮА – это не просто терапия симптомов, а путь к глубокому внутреннему преобразованию, раскрытию уникальности и гармонии личности.

Литература

Труды К.Г. Юнга:

1. Юнг К.Г. Архетип и символ. – М.: Ренессанс, 1991. – 304 с.
2. Юнг К.Г. Воспоминания, сновидения, размышления. – Минск: ООО Харвест, 2003. – 496 с.
3. Юнг К.Г. Душа и миф. Шесть архетипов – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2005. – 400 с.
4. Юнг К.Г. О природе психе. – М.: Рефл-бук. Ваклер. 2002. – 534 с.

5. Юнг К.Г. Практика психотерапии / послесл.: В.В. Зеленский. – СПб, М.: Университетская книга, АСТ, 1998. – 416 с. ил.: 22

6. Юнг К.Г. Психика: структура и динамика. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2005. – 415 с.

7. Юнг К.Г. Психология бессознательного. – М.: Канон, 1994. – 170 с.

8. Юнг К.Г. Психология и алхимия. – М.: Рефл-бук, 2003. – 592 с.

9. Юнг К.Г. Психология переноса. – М.: Ваклер. Рефл-бук, 1997. – 298 с.

10. Юнг К.Г. Символы трансформации. / Предисловие, перевод В. Зеленского. – М.: АСТ, 2009. – 731 с.

Труды по развитию аналитической психологии и юнгианского анализа:

11. Власова Ю.В., Сурина Л.А. Аналитическая психология: Душа в поиске Духа // Психотерапия. – 2016. – № 5. – С. 53-65.

12. Сурина Л.А., Баум Е.А. (под ред.) Алхимический миф: вариации контекстов. Коллективная монография. – М.: One book, 2023 – 370 с.

13. Сурина Л.А. Душа и Символ: исследования коллективного бессознательного и древних символических систем // Психотерапия. – 2020. – № 1. – С. 62-84.

14. Сурина Л.А. Культурологические аспекты духовного наследия К.Г. Юнга // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. – 2017. – № 3 (32). – С. 70-73

15. Сурина Л.А. Юнгианский символизм пути индивидуации // Психотерапия. – 2017. – № 11. – С. 64-84.

Раздел II. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Ковалев Сергей Викторович

ИНТЕГРАЛЬНОЕ НЕЙРОПРОГРАММИРОВАНИЕ

Понятие интегрального нейропрограммирования. ***Интегральное нейропрограммирование*** (далее – ИНП) – это современная отечественная модальность консультирования и психотерапии, представляющая собой целостную систему целенаправленного содействия позитивным изменениям в жизни человека.

Фундаментальной основой ИНП является концепция того, что субъективная реальность человека формируется его «картами» (индивидуальными моделями мира) и «программами» (устойчивыми паттернами мышления, эмоционального реагирования и поведения) [1].

Данный подход исходит из идеи о многоуровневой организации человеческой жизнедеятельности и адресует запросы на четырех фундаментальных уровнях: инструментальном (адаптация и решение первичных проблем); интенциональном (социализация и оптимизация существования); смысловом (экзистенциализация и преобразование жизни); трансцендентном (духовное развитие и работа с запросами надсоциального уровня) [2].

Миссия ИНП заключается в том, чтобы, используя арсенал разработанных концепций, моделей, методов и психотехнологий, способствовать не только решению конкретных проблем человека – будь то социально-психологические, психологические, психотерапевтические или психосоматические – но и качественному повышению его витальности (жизненной силы), эффективности, счастливости и осмысленности бытия, стимулируя его личностный рост и развитие. [3]

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента в Интегральном НЕЙРОПРОГРАММИРОВАНИИ. Личностные изменения в процессе психотерапии в ИНП запускаются благодаря совокупности целенаправленных воздействий, основанных на глубоком понимании структуры субъективного опыта и механизмов работы человеческой психики. Ключевым является принцип системной трансформации «карт» и «программ», который реализуется через следующие психологические механизмы.

Во-первых, как уже было сказано ранее, это ***работа в четырех кодах бессознательного***. ИНП исходит из того, что для эффективного изменения необходимо взаимодействовать с бессознательным на его собственных «языках». Поэтому психотерапевтический процесс включает

целенаправленное воздействие на следующие кода бессознательного: на неврологический код, изменяя сенсорные репрезентации опыта (например, яркость, размер, модальность внутренних образов); на психосемантический код, способствуя переосмыслению и изменению значений проблемных ситуаций; на пространственный код, трансформируя субъективное расположение элементов опыта в личном психологическом пространстве; и на символический код, работая с глубинными образами и символами, выражающими суть проблемы или ресурса [4].

Такое многокодовое воздействие обеспечивает глубину и экологичность происходящих изменений, позволяя не просто устранить симптом, но и преобразовать его первопричину.

Во-вторых, ***многоуровневое психотерапевтическое вмешательство***. ИНП признает, что проблемы и задачи человека отличаются на разных уровнях его жизнедеятельности: инструментальном, интенциональном, смысловом или трансцендентном. Психотерапевтическая работа строится адресно, с учетом того уровня, который наиболее релевантен актуальному запросу клиента. Такой подход обеспечивает точность воздействия и позволяет выстраивать логичную последовательность изменений: например, успешное решение проблем адаптации на инструментальном уровне создает прочную основу для постановки и достижения целей благополучия на интенциональном, что, в свою очередь, может актуализировать поиск высших смыслов на экзистенциальном уровне.

В-третьих, ***интеграция и синтез эффективных психотерапевтических подходов***. ИНП не ограничивается рамками одной школы, а творчески синтезирует концепции и методические наработки различных направлений психотерапии, включая интегральную психологию К. Уилбера, аналитическую психологию К. Юнга, транзактный анализ, гуманистическую психологию и другие [5]. Это позволяет обогатить терапевтический арсенал и гибко подбирать инструменты, наиболее соответствующие уникальным особенностям клиента и специфике его жизненной ситуации. Примером такого синтеза является работа с Самостоятельными Единицами Сознания (СЕС), основанная на идее о множественности внутренних частей личности и необходимости их гармонизации.

В-четвертых, ***акцент на формировании новых адаптивных паттернов***. ИНП рассматривает многие проблемы человека не как «поломки», а как результат не вполне экологичного или устаревшего способа адаптации к требованиям внутреннего и внешнего мира. Поэтому ключевой задачей становится не просто устранение симптома, а помощь человеку в адаптации иными, более конструктивными и ресурсосберегающими способами. Это процесс созидания, в ходе которого происходит своего рода «переобучение» бессознательного: старые,

неэффективные паттерны заменяются новыми, более полезными и экологичными моделями мышления, эмоционального реагирования и поведения. Клиент не только избавляется от старых проблем, но и обретает навыки для самостоятельного построения благополучной и осмысленной жизни, раскрывая свой внутренний потенциал [6].

Ну и наконец, в пятых, ***фундаментальным и сквозным механизмом изменений является принцип ресурсирования***. Ресурсирование – это процесс получения от собственного бессознательного (внутреннего Истока) необходимых энерго-информационных «пакетов» (ресурсов), таких как уверенность, спокойствие, любовь, смелость и т.д. Эти ресурсы, часто представляемые в виде образов, цветов, света, символов или ощущений, «встраиваются» в проблемную ситуацию или неэффективную структуру психики, трансформируя их. Таким образом, негативный опыт не просто устраняется, а преобразуется за счет насыщения его недостающими позитивными качествами, что открывает новые способы реагирования и восприятия. Этот процесс получения и интеграции ресурсов является сквозным и сопровождает практически любую психотехнологию ИНП, обеспечивая позитивную динамику изменений [7] .

В результате действия этих механизмов происходит не поверхностное или временное улучшение, а глубокая, устойчивая личностная трансформация, которая проявляется в повышении общей витальности, психологической гибкости, способности к саморегуляции и, в конечном счете, в качественном изменении всей жизнедеятельности человека.

Структурирование процесса воздействия, этапы интегрального нейропрограммирования. Процесс психотерапевтической помощи в ИНП выстроен системно и, как правило, следует определенной логике, обеспечивающей эффективность и экологичность изменений. Несмотря на гибкость и адаптивность подхода к уникальности каждого клиента, можно выделить общую рекомендованную последовательность этапов взаимодействия.

Начальный этап посвящен ***установлению оптимального контакта и первичной диагностике***. Здесь закладывается основа для доверительных и продуктивных терапевтических отношений. Специалист помогает клиенту сформулировать запрос, часто используя для этого стандартизированную форму заявки ИНП, включающую четыре ключевых вопроса, которые помогают прояснить области «ценностей», «проблем», «решений» и «страхов». По результатам изучения заявки проводится предварительная беседа, в ходе которой уточняются нюансы запроса и определяется его адресность, то есть соответствие одному из четырех уровней ИНП – инструментальному, интенциональному, смысловому или трансцендентному.

Следующий важный этап – ***прояснение причин и механизмов формирования симптомов или проблемы клиента***. Это глубокое исследование текущей ситуации, направленное на выявление тех «карт» и «программ» психики, которые лежат в основе неблагополучия. Специалист помогает клиенту осознать структуру его проблемы и поддерживающие ее факторы.

Далее происходит ***определение и согласование психотерапевтических «мишеней»***. Совместно с клиентом четко формулируются конкретные, достижимые и экологичные цели психотерапии – те желаемые изменения, к которым будет направлена совместная работа. Это обеспечивает ясность и целенаправленность всего последующего процесса.

На основе проведенной диагностики и согласованных «мишеней» специалист осуществляет ***выбор тактики психологического воздействия***. Из обширного арсенала ИНП подбираются те модели, алгоритмы и психотехнологии, которые наиболее адекватны уровню проблемы клиента и его индивидуальным особенностям.

Затем наступает этап ***непосредственного применения конкретных моделей, алгоритмов и психотехнологий***. Это активная фаза психотерапевтической работы, направленная на трансформацию деструктивных паттернов и формирование новых, ресурсных состояний, убеждений и моделей поведения. В зависимости от уровня и специфики запроса, это может включать работу с образами «Я», ограничивающими убеждениями, негативными эмоциональными состояниями, неэффективными поведенческими стратегиями, последствиями травматического опыта или жизненными сценариями, всегда с использованием многокодового подхода.

Завершающим этапом является ***закрепление достигнутых результатов***. Новые состояния, навыки и убеждения интегрируются в повседневную жизнь клиента. Обсуждаются способы поддержания позитивных изменений и их дальнейшего развития в долгосрочной перспективе. При необходимости может быть спланирована дальнейшая поддерживающая работа или переход к задачам следующего уровня развития.

Важно подчеркнуть, что данная последовательность этапов гибко адаптируется в зависимости от того, идет ли речь о краткосрочном воздействии, сфокусированном на решении локальных проблем и устранении симптомов, или о долговременной психотерапии, направленной на работу с более сложными синдромами, глубинными личностными структурами и экзистенциальными задачами, часто с использованием такой интегральной модели, как Модель Общего Замысла Генерации [6]. При этом в рамках ИНП-консультирования акцент смещается на предоставление клиенту инструментов для самостоятельного

анализа и изменения своих Карт Реальности, что позволяет ему находить собственные адекватные и удовлетворяющие решения.

Техники, используемые в методе интегрального нейропрограммирования. Инструментарий ИНП представляет собой многоуровневую систему, где методы и подходы организованы по степени их сложности и широте охвата решаемых задач. Эта иерархия позволяет гибко подбирать наиболее адекватные средства для работы с конкретным запросом клиента. Фундаментальным принципом, пронизывающим все уровни инструментария, остается работа на четырех кодах бессознательного: неврологическом, психосемантическом, пространственном и символическом.

На ***первом, базовом уровне*** инструментария находятся относительно простые ***техники***, часто линейно алгоритмизированные последовательности действий, направленные на работу с конкретными симптомами и локальными проблемами. Они позволяют достаточно быстро достичь точечных изменений. Примерами таких техник могут служить [8]:

- ***«Репетиция поведения»*** – используется для коррекции нежелательных поведенческих паттернов и формирования новых, более адаптивных способов реагирования в конкретных ситуациях;

- ***«Круги отдачи/обретения»*** (адаптированные техники работы с ресурсными состояниями) – применяются для обретения и интеграции адекватных психоэмоциональных состояний, необходимых для решения определенных задач или преодоления трудностей;

- ***«Замена Образов Я»*** – техника, направленная на трансформацию негативных или неэффективных представлений о себе и формирование новых, более экологичных и ресурсных Я-концепций.

Второй уровень инструментария представлен ***психотехнологиями***. Это более сложные, часто двумерные (включающие сочетание нескольких техник или принципов) и многовариантные в исполнении системы действий. Психотехнологии ориентированы на работу с более широким кругом проблем, часто затрагивая не только симптомы, но и некоторые их причины. Примеры психотехнологий ИНП:

- ***«Создание Самостоятельной Единицы Сознания (СЕС)»*** – психотехнология, позволяющая создавать внутренние части личности, ответственные за определенные функции, навыки и способности.

- ***Психотехнология «ПАРКУР» (Проблема – Альтернатива – Результат – Критический Инцидент – Убеждение – Решение)*** – комплексная психотехнология, предназначенная для системной проработки прошлого опыта, оптимизации настоящего состояния и конструирования желаемого будущего.

Третий, еще более комплексный уровень – это ***модули ИНП***. Модули представляют собой алгоритмизированные и целенаправленные

системы психотехнологий, предназначенные для решения целых классов проблем или достижения значимых изменений в определенных сферах жизнедеятельности. Они позволяют осуществлять глубокую и системную проработку. Среди модулей ИНП можно выделить:

- ***Общий (Базовый) Модуль ИНП*** – фундаментальная система психотехнологий, направленная на общую депроблематизацию клиента на инструментальном уровне, устранение широкого спектра симптомов, повышение адаптационных возможностей и создание основы для дальнейшего роста и развития.

Специализированные модули, такие как: ***«Модуль работы с психосоматическими расстройствами»***, фокусирующийся на выявлении и устранении психологических причин соматических недомоганий; ***«Модуль оптимизации человеческих взаимоотношений»***, направленный на гармонизацию межличностных связей; ***«Модуль повышения материального благосостояния»***, ориентированный на проработку ограничивающих убеждений и формирование эффективных стратегий в финансовой сфере; а также ***модули по работе с зависимостями, достижению оптимального веса, изменению образа жизни*** и другие.

Наконец, ***вершиной системной организации психотерапевтической помощи*** в ИНП является ***Генеральный Модуль осуществления изменений***. Это наиболее общая и всеобъемлющая система, предназначенная для долговременной (18-20 часов) психотерапии, работы со сложными синдромами, глубокими личностными изменениями и экзистенциальными задачами. Она интегрирует в себе принципы и подходы всех предыдущих уровней, позволяя выстраивать индивидуальную стратегию психотерапии, направленную на кардинальное преобразование жизнедеятельности клиента и реализацию его высшего потенциала. Данная модель предполагает последовательное осуществление работы по одной из двух развернутых схем, направленных либо на глубинное устранение проблем, либо на создание и реализацию нового, более благополучного жизненного замысла.

Этот многоуровневый инструментарий, включающий техники, психотехнологии, модули и Генеральный Модуль, позволяет специалистам ИНП оказывать эффективную и дифференцированную помощь клиентам с самыми разнообразными запросами, от решения локальных симптомов до содействия в достижении глубоких экзистенциальных преобразований.

Конечные цели воздействия посредством интегрального нейропрограммирования. ИНП как метод, ориентированный на целостное развитие личности, ставит перед собой амбициозные, но достижимые цели. Конечным результатом психотерапевтического воздействия является не просто устранение отдельных симптомов, а качественное преобразование жизнедеятельности человека, ведущее к его большей счастливости, эффективности, осмысленности бытия и общей

витальности. Эти позитивные личностные изменения многогранны и проявляются на различных уровнях.

Прежде всего, ИНП нацелено на ***эффективное решение актуальных проблем и устранение негативных состояний***. Клиенты успешно избавляются от широкого спектра психологических трудностей, таких как невротические и тревожные расстройства, страхи, фобии, последствия психологических травм, депрессивные состояния [10-13]. Происходит значительное ослабление или полное исчезновение психосоматических симптомов, что свидетельствует о восстановлении гармонии между психикой и телом.

Важнейшей целью является ***повышение адаптационных возможностей и успешная социализация личности***. Человек обретает способность более гибко и конструктивно реагировать на вызовы внешнего мира, эффективно взаимодействовать с окружающими, строить и поддерживать здоровые межличностные отношения. Это включает в себя развитие коммуникативных навыков, уверенности в себе, способности отстаивать свои интересы экологичным способом.

ИНП способствует ***достижению личностного благополучия в ключевых сферах жизни***. Работа на интенциональном уровне помогает клиентам оптимизировать свое состояние и достичь желаемых результатов в таких областях, как здоровье, профессиональная самореализация, финансовое благополучие, любовь и секс, семейные и межличностные отношение. Человек не просто решает проблемы, но и учится создавать благополучную жизнь: эффективную и счастливую.

На более глубоком уровне ИНП инициирует ***значимые личностные трансформации***. Происходит позитивное изменение Я-концепции, пересмотр и коррекция ограничивающих убеждений, формирование новых, поддерживающих ценностей. Развивается адекватная самооценка, укрепляется внутренний стержень, повышается способность к саморегуляции, рефлексии и принятию осознанной ответственности за свою жизнь и свой выбор.

Особое место в ИНП занимает ***содействие экзистенциальному росту и осмыслению жизни*** [9]. Для клиентов, находящихся на постсоциальном этапе развития или переживающих экзистенциальный кризис, метод предлагает инструменты для поиска и обретения глубинных жизненных смыслов, определения своего предназначения и путей реализации уникального личностного потенциала. Это часто сопровождается ощущением наполненности, целостности и подлинности бытия, переходом от режима «выживания» к полноте «жизни».

Для тех, кто обращается с запросами трансцендентного уровня, ИНП открывает возможности для ***работы с духовными аспектами существования***, включая психотерапию терминальных состояний, содействие в духовных поисках и расширении границ сознания.

Таким образом, конечные цели ИНП выходят далеко за рамки простого излечения. Это путь к обретению внутренней свободы, раскрытию своего потенциала и становлению подлинным автором своей жизни – жизни, наполненной смыслом, радостью, эффективностью и гармонией с собой и миром. Именно этот вдохновляющий потенциал делает ИНП привлекательным как для людей, ищущих помощи в решении своих проблем, так и для специалистов, стремящихся овладеть действенным и глубоким методом психотерапии [10-13].

Литература

1. Ковалев С.В. Нейропрограммирование 2.0. Очерки благополучия, эффективности и счастливости.: монография. / С.В. Ковалев. – М.: «Твои книги», 2017. – 256 с.
2. Ковалев С.В. Краткий курс благополучия. Самоучитель интегрального нейропрограммирования.: учеб. пособие. / С.В. Ковалев. – М.: «Перо», 2016. – 160 с.
3. Ковалев С.В. Энциклопедия выживания в кризисном мире, или От крушения к новым возможностям.: учеб. пособие. / С.В. Ковалев. – М.: Пирогов С.А., 2023. – 256 с.
4. Ковалев С.В. Психология великого пробуждения, или как обрести счастливое будущее, не заблудившись в настоящем.: монография. / С.В. Ковалев. – М.: Пирогов С.А., 2024. – 304 с.
5. Ковалев С.В. Дао благополучия. История вашего будущего: монография. / С.В. Ковалев. – СПб.: Питер, 2017. – 208 с.
6. Ковалев С.В. Психотерапия человеческой жизни. Основы интегрального нейропрограммирования: монография. / С.В. Ковалев. – М.: «Твои книги», 2014. – 256 с.
7. Ковалев С.В. Мы родом из Страшного Детства, или как стать хозяином своего прошлого, настоящего и будущего: монография. / С.В. Ковалев. – М.: Animedia Company, 2014. – 320 с.
8. Ковалев С.В. Основы нейротрансформинга, или психотехнологии управления реальностью: монография. / С.В. Ковалев. – М.: Профит Стайл, 2009. – 272 с.
9. Ковалев С.В. Как жить, чтобы жить, или Основы экзистенциального нейропрограммирования: монография. / С.В. Ковалев. – М.: Твои книги, 2018. – 234 с.
10. Психотерапия человеческой жизнедеятельности: О концепции и методах интегрального нейропрограммирования. Теория. Практика. Жизнь: Сборник статей: Выпуск 1. / Институт инновационных психотехнологий. – М.: Издательство «Перо», 2014. – 196 с.
11. Психотерапия человеческой жизнедеятельности: Интегральное Нейропрограммирование 2.0. Теория и практика вопроса: Сборник статей:

Выпуск 2. / Институт инновационных психотехнологий. – М.: Издательство «Перо», 2015. – 164 с.

12. Психотерапия человеческой жизнедеятельности: Интегральное Нейропрограммирование. Теория. Практика. Жизнь: Сборник статей: Выпуск 3. / Институт инновационных психотехнологий. – М.: Издательство «Перо», 2017. – 208 с.

13. Психотерапия человеческой жизнедеятельности: Интегральное Нейропрограммирование 4.0. Теория. Практика. Жизнь: Сборник статей: Выпуск 4. / Институт инновационных психотехнологий. – М.: Издательство «ЗНАНИЕ-М», 2023. – 283 с.

Докучаева Лариса Николаевна

РОДОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ®

Определение и значимая информация, характеризующая родологический метод консультирования как модальность. ***Родологический метод консультирования*** (далее – РМК) – это авторский отечественный метод (модальность), представляющий собой алгоритм диагностики и коррекции родовых программ клиента на основе ресурсов родовой системы и законов её развития, позволяющий выявлять и трансформировать глубинные родовые программы, влияющие на модели поведения, психологическое состояние, выбор жизненного сценария клиента.

В 1990-х годах российские ученые В.В. Докучаев и Л.Н. Докучаева разработали новую междисциплинарную область знаний – ***родологию,*** объектом исследования которой является род как открытая саморазвивающаяся биосоциальная система (родовая система), которая может влиять на человека, как члена рода, через наследственные, психологические, психогенетические и социокультурные механизмы [4; 5; 7].

На базе теории родологии, изучающей наследственные и средовые детерминанты в вариативности родовых программ, Л.Н. Докучаева и В.В. Докучаев разработали и внедрили в практику РМК, который многие годы успешно используется психологами, психотерапевтами и специалистами помогающих профессий в России и других странах [3; 4; 5; 7; 12].

РМК разработан на основе интеграции теорий семейных и родовых систем с трансгенерационными подходами в психологическом консультировании.

***Цели-мишени РМК*:**

– род как система, взаимосвязи внутри системы;
– влияние социальной среды на систему рода;
– влияние этнокультурных факторов на систему рода;
– человек и его семья как взаимосвязанные элементы рода;
– родовые установки;
– родовые программы;
– ресурсы рода.

В РМК род клиента рассматривается как единая система на основе системного подхода, т. к. клиент наследует и интегрирует в себе и род отца, и род матери. Оба родительских рода являются ресурсными друг для друга, консолидируя свои ресурсы в потомках для дальнейшего развития Рода [1; 2; 5; 8; 12].

В основе РМК лежит межпоколенческий подход, предполагающий анализ на двух уровнях: интергенерационном, охватывающем осознаваемые и наблюдаемые формы передачи (поведенческие, ролевые и коммуникативные модели, связанные с реальными взаимодействиями между поколениями), и трансгенерационном – связанном с бессознательной передачей психического содержания, проявляющейся в аффектах, симптомах, символических репрезентациях, а также через вытесненные семейные события, тайны и механизмы трансгенерационного замалчивания [4; 7; 11].

РМК опирается на теории коллективного бессознательного (К.Г. Юнг), психоанализа (З. Фрейд, Н. Абрахам и М. Торок, В. Волькан), судьбоанализа (Л. Сонди); семейных систем (М. Боуэн, И. Бозормени-Надь), психогенетики (Ф. Гальтон, Ч. Тойч, И.В. Равич-Щерба), психогенеалогии (А.А. Шутценбергер), транзактного анализа (Э. Берн, С. Карпман, К. Штайнер), теории установки (Д.Н. Узнадзе), гуманистической психологии (К. Роджерс, А. Маслоу), когнитивно-поведенческой терапии (А. Бек, А. Эллис, А. Лазарус), теории трансгенерационнной и культурной памяти (М. Хальбвакс, Ян и Алейда Ассман, М. Хирш), теории функциональных систем (П.К. Анохин), культурно-исторической психологии (Л.С. Выготский) и др.

Родология и Родологический метод Докучаевых подробно описан в учебно-методическом пособии В.В. Докучаева и Л.Н. Докучаевой «Основы родологии» [4]; представлен в работах авторов (см. Список публикаций авторов РМК); в диссертации на соискание ученой степени доктора философии и интегративной психологии Л.Н. Докучаевой «Влияние родовых программ на паттерны поведения потомков рода», защищенной в Европейском Институте естественнонаучных исследований (Дрезден, 2024) [7].

Родология и РМК Докучаевых имеют авторские свидетельства «Наука родология» и «Методика коррекции неэффективных родовых программ» (реестр РАО №№ 8222, 8223 от 16.02.2005) и Комитета по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции Республики Казахстан (2012).

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента в родологическом методе консультирования. Ключевыми психологическими механизмами РМК являются осознание, переосмысление (когнитивная реструктуризация), рефлексия, изменение когнитивных схем, эмоциональная регуляция, идентификация, разидентификация, формирование новых поведенческих паттернов и жизненных сценариев. РМК направлен на активизацию этих психологических механизмов с целью достижения личностных изменений клиента.

Основным механизмом, активируемым в процессе РМК, является осознание влияния родовой системы на жизнь клиента. Клиент в процессе консультации исследует не только наследственные паттерны поведения и эмоциональные реакции, но и бессознательные лояльности, травмы и скрытые предписания рода [3; 4; 5; 10].

Трансформация негативных родовых установок и программ клиента происходит через:

– ***осознание*** своих мыслей, чувств, поведения и их последствий, связанных с повторяющимися родовыми программами и сценариями;

– ***рефлексию*** – способность клиента анализировать свои мысли, чувства и опыт, что способствует лучшему пониманию себя и своих реакций, выявлению повторяющихся моделей поведения и нахождению новых способов решения проблем;

– ***переосмысление (когнитивная реструктуризация)*** – осознанное изменение негативных или неадаптивных мыслей, установок и убеждений на более позитивные и реалистичные;

– ***идентификацию*** – процесс, в котором клиент отождествляет себя с другими значимыми людьми, представителями его родовой системы, принимая их ценности и модели поведения. В РМК это интеграция ресурсных аспектов рода, идентификация с родовыми ролями, обладающими ресурсными для клиента качествами;

– ***разидентификацию*** – процесс осознанного разотождествления с ранее усвоенными родовыми идентификациями, связанными с травматическим опытом, деструктивными ролями, межпоколенческими установками и паттернами. Этот процесс способствует психологической дифференциации, восстановлению границ Я и ослаблению влияния межпоколенческого травматического опыта на личность;

– ***эмоциональную регуляцию*** – распознавание клиентом своих эмоций, понимание их причины и нахождение здоровых способов их выражения; в РМК, в том числе, происходит перепроживание и завершение клиентом незавершенных для него родовых историй, в процессе которых он развивает способности управлять своими эмоциями;

– ***когнитивную репрезентацию внешней реальности клиента, когнитивных схем, ментальных моделей***, которые формируют восприятие мира клиента. Их изменение в рамках РМК может привести к существенным позитивным изменениям мировосприятия клиента;

– ***корригирующий эмоциональный опыт:*** в процессе консультирования клиент получает новый эмоциональный опыт, который помогает ему преодолеть травмы и изменить свои привычные негативные эмоциональные паттерны на позитивные;

– ***формирование новых поведенческих паттернов***, опирающихся на позитивную родовую преемственность, замена клиентом дезадаптивных поведенческих паттернов на новые адаптивные.

Таким образом, РМК способствует пересмотру жизненных сценариев, активирует способность к психологической адаптации и стимулирует процессы личностного роста и самоактуализации клиента.

Структурирование процесса воздействия (взаимодействия) посредством родологического метода консультирования, краткое описание этапов. Процесс воздействия (взаимодействия) в РМК включает несколько этапов. Рассмотрим эти этапы и те действия, которые осуществляются в их рамках [4; 5; 7].

Подготовительный этап:

- выстраивание взаимодействия с клиентом;
- формулирование клиентского запроса.

Диагностический этап:

- сбор информации в соответствии с запросом клиента по истории рода и родовой системе;
- составление сфокусированной геносоциограммы: объективный уровень – факты, субъективный – отношения;
- фиксация повторяющихся событий, травм, сценариев, установок и убеждений.

Аналитический этап:

- выявление повторяющихся закономерностей в истории рода;
- выявление родовых установок, родовых программ;
- анализ речевых паттернов (установок, предписаний, посланий);
- анализ социального контекста, в которых развивался род клиента;
- анализ этнокультурных факторов, влияющих на род клиента;
- выявление ресурсов родовой системы для решения задач клиента.

Коррекционный этап:

- осознание клиентом причинно-следственной связи между историей рода и событиями в его жизни;
- принятие рода, интеграция семейно-родовой истории в структуру Я;
- идентификация с членами родовой системы клиента, носителями ресурсных родовых программ;
- активация ресурсного состояния клиента;
- разидентификация с представителем рода, носителями неэффективных для клиента родовых программ;
- коррекция неэффективных для клиента родовых программ;
- моделирование новых жизненных сценариев на основе духовно-нравственных ценностей с опорой на личные ресурсы и ресурсы рода;
- формирование новых установок в контексте индивидуального проявления родовой программы.

Интеграционный этап:

- составление пошаговой программы конкретных действий (с учетом практик этапа коррекции) с целью изменения неэффективных родовых программ и формирования эффективных для клиента моделей поведения;

- закрепление изменений через символизацию и осознанное присвоение нового опыта, включение его в актуальную структуру Я клиента;

- интеграция изменений в повседневную жизнь клиента;

- последующее сопровождение, завершение консультирования клиента.

Этапы РМК четко структурированы и позволяют клиенту проходить процесс трансформации в безопасном и поддерживающем формате. В процессе консультирования расширяются возможности клиента, стабилизируется его психологическое состояние, снижается тревожность и психосоматическая напряженность, формируются новые установки, модели поведения и жизненные сценарии.

Техники, используемые в родологическом методе консультирования, и их краткая характеристика. В арсенал РМК входят как оригинальные, так и интегративные техники [4; 5; 7; 8]:

- *геносоциограмма* – схематическое изображение истории рода в нескольких поколениях, структурный инструмент анализа семейно-родовой истории и диагностики родовой системы клиента, включающий в себя не только генеалогическую информацию, но и социокультурный контекст (влияние эпохи и событий на жизнь семьи);

- *психобиографический анализ* – глубокое изучение жизнеописаний предков, рассматривающее не только факты биографии, но и внутренние переживания, чувства и отношения личности к временным параметрам своей жизни;

- *анализ повторяющихся сценариев* – выявление повторяющихся родовых установок, программ, моделей поведения, жизненных выборов и проблем, передающихся в роду из поколения в поколение;

- *семейно-родовая реконструкция* – восстановление и переосмысление семейно-родовой истории, изменение негативных паттернов и построение более здоровых семейных отношений;

- *реверсирование* – представление ситуации с точки зрения других членов семьи, в т.ч. предков, чтобы лучше понять их мотивы и чувства;

- *практики благодарения, прощения, благословения* – эмоционально-символические техники, направленные на завершение неадаптивных межпоколенческих сценариев и интеграцию поддерживающих аспектов родовых ресурсов в индивидуальную психологическую структуру личности;

- *работа с речевыми паттернами* – выявление и замена деструктивных слов и фраз, использовавшихся в семейно-родовой истории клиента;

- *аффирмации* – составление позитивных утверждений, переустанавливающих родовые установки, послания и создающих адекватный психологический настрой у клиента;

- *моделирование будущего* – формирование новых жизненных сценариев с опорой на личные ресурсы и ресурсы родовой системы;

- *телесно-ориентированные практики* – работа с телесными зажимами и блоками, с целью снятия напряжения, высвобождения эмоций и восстановления психологического состояния клиента;

- *метафорические ассоциативные карты* – дополнительный диагностический инструмент для анализа бессознательных паттернов.

На этапе реализации пошаговой программы коррекции применяется *полимодальный подход* в соответствии с задачами каждого шага программы. Кроме родологического метода, выявляющего причинно-следственные связи в системе рода, родовые ресурсы, родовые установки и родовые программы, используются также элементы: когнитивно-поведенческой терапии, системной семейной психотерапии, клиент-центрированной терапии, позитивной психотерапии, транзактного анализа, системно-феноменологической терапии, экзистенциальной терапии, гештальт-терапии, психолингвистики, психокатализа, эмоционально-образной терапии, арттерапии и других модальностей.

Конечные цели воздействия: позитивные личностные изменения, происходящие в результате воздействия (взаимодействия) посредством родологического метода консультирования. Цель РМК – выявление и коррекция родовых установок и родовых программ клиента на базе ресурсов родовой системы. РМК позволяет выявлять, осознавать и менять родовые установки и программы, влияющие на модели поведения, психологическое состояние, выбор жизненного сценария клиента. Формируется осознанная позитивная родовая идентичность, способствующая интеграции как ресурсов, так и травм прошлого без разрушительного влияния [4; 5; 7; 8; 10].

Применение РМК направлено на достижение следующих позитивных изменений у клиентов [1; 3; 4; 5; 6; 7; 9; 12]:

- осознание и изменение неэффективных родовых установок и программ;

- активизация личных психологических ресурсов на основе родовых;

- улучшение психологического и психосоматического состояния;

- повышение психологической устойчивости;

- обновление стратегий совладания со стрессом, профилактика дистресса;

- формирование новых позитивных жизненных сценариев;

- стабилизация и гармонизация семейных (супружеских и детско-родительских) отношений;

- повышение личной эффективности;

- эффективное (адаптивное) решение сложных жизненных вопросов.

В результате консультации с использованием РМК происходит также:

- принятие клиентом своего рода;
- развитие идентичности на основе осознания межпоколенческих связей и интеграции семейного опыта;
- активизация у клиента уважения к своему роду, к родным, предкам;
- мотивация к исследованию и передаче потомкам семейных и родовых историй и традиций;
- принятие личной ответственности клиентом за изменение неэффективных родовых программ и дальнейшее развитие своего рода;
- осознание возможности эффективного (адаптивного) решения сложных жизненных вопросов на основе ресурсов родовой системы,
- укрепление ценностей семьи и продолжения рода.

Также важно отметить, что РМК способствует не только эффективному разрешению актуальных запросов клиента и достижению его устойчивого ресурсного состояния, но и оказывает позитивное влияние на дальнейшее развитие его потомков и родовой системы, частью которой он является.

РМК представляет собой целостную, системно организованную модель, применяемую в психологической практике. Метод строится не как набор техник или направлений работы, а как целостная, иерархически организованная концептуальная и практическая модель психологического консультирования, направленная на исследование родовой системы и трансформацию межпоколенческих влияний, родовых установок, программ и сценариев. Системность метода проявляется на нескольких уровнях: в его концептуальных основаниях, организационной структуре, многоуровневых механизмах воздействия, инструментарии и образовательной модели подготовки специалистов [4; 5; 7].

РМК демонстрирует высокую практическую ценность при работе с индивидуальными и семейными запросами, эффективно интегрируется с современными психологическими и психотерапевтическими подходами и обладает значительным потенциалом для дальнейшего развития.

Литература

1. Докучаев В.В., Докучаева Л.Н. Власть Рода. Родовые программы и жизненные сценарии. – М: Центрполиграф, 2015. – 189 с.

2. Докучаев В.В., Докучаева Л.Н. Закон Рода. – Екатеринбург: Изд-во Дома учителя, 2001. – 115 с

3. Докучаев В.В., Докучаева Л.Н. Индивидуальное проявление родовых программ в открытой биосоциальной системе Рода. // Психотерапия – спец. выпуск – Материалы I Всемирного конгресса

русскоязычных психотерапевтов «Языки психотерапии» (Москва, 8-10 октября 2010 года). – 2010. – С. 122-125.

4. Докучаев В.В., Докучаева Л.Н. Основы родологии: учеб.-метод. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2014. – 212 с.

5. Докучаев В.В., Докучаева Л.Н. Резюме модальности Родология. – 2018 [Электронный ресурс]. –URL: https://oppl.ru/2017-vyipusk-9/rezyume-modalnosti-rodologiya.html (дата обращения – 15.02.2026).

6. Докучаева Л.Н. Влияние межпоколенных связей и ресурсов родовой системы на самочувствие потомков в условиях пандемии COVID 19 // Антология российской психотерапии и психологии. – Материалы IX Всемирного Конгресса по психотерапии «Дети. Общество. Будущее – планета психотерапии» (Москва, 24-29 июня 2020 года). – М: ОППЛ, 2020. – С. 228-229.

7. Докучаева Л.Н. Влияние родовых программ на паттерны поведения потомков рода. – Автореферат диссертации в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора философии и интегративной психологии. – Дрезден, 2024. – 84 с.

8. Докучаева Л.Н. Индивидуальное проявление родовых программ в открытой биосоциальной системе Рода. // Молодой учёный. – 2024. – № 16(515). – С. 93-96.

9. Докучаева Л.Н. Семья – наследница Рода: духовная общность поколений // Материалы Всемирного Русского Народного Собора «Семья в России: вчера, сегодня, завтра» (Екатеринбург, 15-17 июля 2009 года). – Екатеринбург. – 2009. – С. 98-104.

10. Докучаева Л.Н., Докучаев В.В. Отдаленные социально-психологические последствия репрессий и войн. // Психотерапия – спец. выпуск – Материалы четвертого паназиатского конгресса «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен» (Екатеринбург, 18-20 мая 2007 года). – 2007. – С. 24-34.

11. Докучаева Л.Н., Докучаев В.В. Родология как арбитр на арене конфликта прошлое – будущее. // Психотерапия. – 2016. – № 12. – С. 46-50.

12. Докучаева Л.Н., Докучаев В.В. Родология в диагностике и актуализации ресурсного состояния человека. // Материалы объединенного Евроазиатского конгресса по психотерапии «Психотерапия без границ: прошлое, настоящее и будущее» (Москва, 5-7 июля 2013 года) // Психотерапия. – 2013. – №7. – С. 83-88.

Бурняшев Михаил Геннадиевич

СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННЫЕ РАССТАНОВКИ®

Системно-феноменологическая психотерапия и клиент-центрированные расстановки® (далее – СФП и КЦР) представляют собой метод краткосрочной психотерапии и психологической помощи, синтезирующий принципы системной семейной терапии, феноменологии, клиент-центрированности и ряда других подходов, направленный на выявление и разрешение глубинных личных и системных динамик (сценариев), оказывающих влияние на текущее психоэмоциональное и физическое состояние клиента.

Клиент-центрированные расстановки, как инструмент психотерапии и консультирования опираются на опыт развития таких сценических психотерапевтических техник, как семейная скульптура и семейная реконструкция (В. Сатир), классические семейные расстановки (Б. Хеллингер и Г. Вебер), расстановки внутренних образов (М. Бурняшев), краткосрочная аналитическая психодрама (Э. Эйдемиллер), системные семейные расстановки (Г. Вебер, Х. Бомон, Я. Шнайдер, А. Мар и др.), системные структурные расстановки (М. Варга фон Кибет, И. Шпаррер, З. Эссен, Г. Бакса), организационные расстановки (Г. Вебер) [1].

В отличие от классических семейных расстановок, клиент-центрированные расстановки имеют свою научную описательную модель, а также теоретическую, методологическую и практическую основу, делая акцент на внутренней работе клиента с образами, эмоциональными и телесными состояниями, а также жизненными сценариями.

Системно-феноменологическая психотерапия, опираясь на ключевые положения теории семейных систем, рассматривает человека как часть сложной динамической системы, где нарушение базовых законов (уравновешивания или баланса «давать-брать», принадлежности, иерархии и порядков) приводит к личностным и межличностным конфликтам. Метод использует феномен замещающего восприятия (безоценочного отражения) для выявления скрытых системных динамик (сценариев), позволяя через телесные ощущения и эмоциональные реакции участников диагностировать нарушения в семейной или организационной системах [7].

Учет трансгенерационной передачи опыта помогает работать с повторяющимися родовыми сценариями, травмами и неосознанными идентификациями. Интегральный подход к человеку через призму пяти-аспектного единства (тело, душа, ум, осознание, дух) обеспечивает

целостность терапевтического воздействия, гармонизируя все уровни человеческого бытия [2].

Руководствуясь рядом принципов, таких как ориентация на клиента, ориентация на решение, ориентация на феномены восприятия, экологичности изменений и ряда других, системно-феноменологическая психотерапия создает уникальное терапевтическое пространство при работе с человеком, помогая сопроводить его на пути от проблемных состояний к желаемому для него состоянию или решению.

Важнейшим терапевтическим механизмом выступает ориентация на клиента и системно-феноменологическое исследование проявляющихся образов, позволяющее выйти на уровень глубинных, часто неосознаваемых ролей, сценариев и моделей поведения.

Психологические механизмы личностных изменений в системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановках. В основе терапевтического воздействия СФП и КЦР лежит комплекс взаимосвязанных психологических механизмов, обеспечивающих глубинные личностные изменения, которые могут приводить к изменениям в системах взаимоотношений клиентов.

Центральным механизмом выступает ***феноменологическое переживание системных взаимосвязей и сценариев***, позволяющее клиенту выйти за рамки интеллектуального понимания проблемы. Этот процесс активирует ***глубинное системное восприятие и осознание*** – особого уровня психики, хранящего информацию о личных, семейных и родовых ролях, взаимосвязях, сценариях и неосознаваемых лояльностях.

Важнейшим преобразующим механизмом является ***возможность восприятия самого себя и своего окружения с позиции наблюдателя (мета-позиция)***, когда клиент в ходе клиент-центрированной расстановки получает возможность, как в зеркале или как на сцене увидеть и осознать собственную проблемную ситуацию внутри семьи и/или организации. Это дает возможность более трезво, четко и непредвзято переосмыслить проблемную ситуацию увидев для себя новые пути решения.

Механизмы ***проекции, парентификации, триангуляциии идентификации и разотождествления*** позволяют клиенту не только увидеть и переосмыслить, но и освободиться от неосознаваемых переплетений, с системными чувствами, ролями и сценариями, что проявляется в уменьшении их бессознательного навязчивого повторения в жизни клиента.

Особую роль играет ***телесное перепроживание и осознавание*** как инструмент доступа и отражения бессознательных аспектов системной и родовой памяти. Телесные ощущения при этом подходе становятся «индикатором», сигнализируя о правильности или ошибочности выбранного решения через изменения мышечного тонуса, дыхания, появление комфортных или дискомфортных ощущений [9].

Механизм ***символического замещения*** позволяет безопасно работать с бессознательным материалом, представляя значимые фигуры в системах клиента не прямым, а косвенным образом проецируя их на заместителей (если работа проводится в группе), на якоря, предметы или работая в воображении клиента (если работа проводится индивидуально очно или онлайн). Эффект изменений усиливается за счет ***интеграции исключенных элементов системы*** (люди, а также их эмоциональные переживания), что приводит к восстановлению целостности внутреннего образа и уменьшению проблемных состояний у клиента.

При этом активируется механизм ***трансгенерационной передачи ресурсов***, когда человек получает доступ к силе и опыту предыдущих поколений. Важное значение имеет ***ритуальный аспект*** расстановочной работы, способствующий более глубокому усвоению изменений. В клиент-центрированных расстановках он включает в себя ряд действий (поклоны, разрешающие фразы, ритуал возврата, разделение с ролью, ряд предков и др.), благодаря которым происходит глубокая внутренняя трансформация.

Механизм ***инсайтного озарения*** возникает при внезапном осознании клиентом системных взаимосвязей и сценариев, что часто сопровождается эмоциональным катарсисом. Одновременно включается ***когнитивное изменение***, позволяющее по-новому интерпретировать проблемную ситуацию или текущее состояние. ***Ресурсирующий механизм*** проявляется в активации внутренних сил клиента при добавлении ресурсной фигуры и нахождении образа «хорошего решения» в расстановке. Важнейшим аспектом изменений является ***переформатирование эмоциональных переживаний***, когда старые, дисфункциональные способы реагирования заменяются новыми, более адаптивными.

Завершающим этапом становится ***механизм интеграции нового опыта***, когда произошедшие в терапевтическом пространстве изменения постепенно воплощаются в повседневной жизни. Это сопровождается ***перестройкой системы отношений в семье и/или организации***, возникновением новых и адаптацией существующих социальных ролей. Для ***закрепления полученного опыта*** клиенту даются домашнее задания, которые необходимо выполнять.

Долговременный эффект обеспечивается механизмом ***системной саморегуляции***, когда восстановленные порядки продолжают позитивно влиять на клиента и его окружение даже после окончания терапии.

Сочетание этих механизмов создает уникальную возможность для глубинных личностных изменений, затрагивающих не только сознательные установки, но и базовые, бессознательные уровни психической организации. Это отличает системно-феноменологическую психотерапию от многих других методов психотерапии, обеспечивая её

высокую эффективность при работе с широким спектром психологических проблем.

Основные этапы работы в системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановках. Технологически процесс работы включает несколько ключевых этапов: формулирование актуального запроса клиента, диагностику системных переплетений через анализ истории, выявление нарушенных системных законов (баланса, принадлежности, иерархии, порядков) и движение в сторону решения посредством изменения позиции (образа) клиента и работы с разрешающими фразами в семейной или организационной системе.

Весь процесс СФП и КЦР разделен на 4 этапа, где каждый их них имеет свои подэтапы (шаги). Обозначим их.

Этап 1. Расстановочное интервью.

1.1. Установление контакта между системным терапевтом и клиентом.

1.2. Прояснение темы клиента.

1.3. Прояснение желаемого результата или решения.

1.4. Сбор системной информации и уточнение фактов.

1.5. Получение поручение на конкретную работу.

1.6. Оценка готовности клиента к работе и изменениям.

1.7. Оценка того, на что в процессе психотерапии ориентирован клиент: на проблему, на решение, или на что-то иное.

1.8. Поиск недостающих для решения ресурсов в системах клиента.

1.9. Принятие решения о проведении клиент-центрированной расстановки или обоснованном отказе клиенту в дальнейшей работе.

1.10. Выбор типа клиент-центрированной расстановки (открытая или скрытая).

1.11. Выбор формата клиент-центрированной расстановки – семейная, структурная, симптомная, профессионально-специальная, бизнес или смешанная.

1.12. Выбор расставляемой системы (семьи) – нынешняя, родительская, парная, родовая, внутренняя, тетралеммная, прикладная или смешанная.

1.13. Выбор элементов системы (необходимых фигур) для клиент-центрированной расстановки.

Первый этап позволяет получить обзор проблематики клиента и выяснить его ожидания относительно желаемого результата работы и при сборе информации о его системах сфокусироваться на самом необходимо важном. Оценить готовность клиента к работе и определить вместе с ним важные элементы его системы.

Этап 2. Клиент-центрированная расстановка первичного образа и сбор информации о системах клиента.

2.1. Выбор заместителей клиентом из группы наблюдателей.

2.2. Сам клиент расставляет свой проблемный образ или же желаемый образ решения при помощи заместителей в пространстве.

2.3. Раскрытие первичного образа и проявление через него скрытой, феноменологической информации через пространственно-образную, диалогическую (циркулярный опрос) и аутопоэтическую форму работы.

2.4. Формирование гипотез.

Правильно проведенный второй этап клиент-центрированной расстановки создает фундамент для всей дальнейшей работы, предоставляя ценный диагностический материал и намечая возможные направления движения в более глубокие бессознательные слои психики клиента.

Все наблюдения и гипотезы по возможности запоминаются системным терапевтом и используются им для последующего анализа и проверки в процессе дальнейшей работы с клиент-центрированной расстановкой.

Этап 3. Исследование систем клиента и поиск решения.

3.1. Обсуждение собранной информации с клиентом и проверка рабочих гипотез.

3.2. Тестовые перемещения и изменения позиций.

3.3. Снятие проекций, вывод из переплетений и идентификаций [2].

3.4. Использование системных ритуалов, которые нередко становятся ключевым элементом в завершении расстановочной работы и закреплении изменений [5].

3.5. Введение клиента в образ-решение.

Этот этап требует от терапевта глубокого уважения к клиенту и его системе, чуткости, терпения, нейтральности и глубокого понимания системных законов, так как истинное решение всегда рождается из самой системы клиента, а не конструируется искусственно извне. Полученные инсайты и новый образ отношений становятся основой для интеграции изменений в реальную жизнь клиента [6].

Этап 4. Завершение клиент-центрированной расстановки.

4.1. Процедура снятия ролей, способствует быстрому возвращению заместителей в их обычное состояние сознания [2].

4.2. Интеграция полученного опыта и домашнее задание.

Завершающая фаза создает ощущение целостности процесса изменений у клиента, активизирует морфогенез в его системе и позволяет ему выйти из терапевтического пространства с чувством завершенности и новыми ресурсами [4].

Базовые техники, используемые в системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановках. Арсенал используемых в СФПиКЦР психотерапевтических приемов и техник очень разнообразен – это экстернализация и интериоризация образов клиента;

пространственно-образная, диалогическая и аутопоэтическая работа с расстановкой, констатирующие, нормализующие и разрешающие фразы; работа с первичными, вторичными и системными чувствами; изменение восприятия клиента через смену позиций активного участника происходящих процессов (актера) и наблюдателя за происходящими процессами (режиссера), а также осознания иррациональных паттернов, ролей, сценариев и моделей поведения и их возможная замена на желаемые. Перечислим основные из них:

1. Циркулярный опрос заместителей [8].
2. Снятие смещений (проекций)
3. Разделение с системными переплетениями и чужими позициями
4. Пространственная сортировка [8].
5. Добавление новых элементов и вывод излишних
6. Диалогическая работа с клиентом и заместителями
7. Работа с системными ресурсами [3].
8. Метафоры и притчи
9. Системные ритуалы [4].
10. Работа с феноменами
11. Фокусировка на решении
12. Выстраивание границ
13. Экстернализация
14. Интериолизация
15. Восстановление изначального порядка
16. Свободные движения заместителей или аутопоэтический формат работы в клиент-центрированной расстановке.

Ввиду ограниченности статьи по объему подробное описание этапов и всех техник, используемых в СФПиКЦР, не представляется возможным, поэтому всем интересующихся методом рекомендовано обратиться к литературным источникам, представленным в конце текста [1-3].

Конечные цели воздействия в системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановках. В СФП и КЦР конечной целью воздействия является достижение позитивных личностных и системных изменений, которые проявляются через осознание глубинных взаимосвязей во внутриличностной, семейной и/или организационной системе, осознание и принятие ранее отвергаемых аспектов реальности, и восстановление гармоничного взаимодействия с окружающим миром.

В результате терапевтического процесса клиент обретает способность видеть скрытые чувства, роли, динамики и сценарии, влияющие на его жизнь, интегрировать вытесненные эмоции, знать и осознанно использовать системные роли и сценарии из родового архива, что приводит к снижению внутреннего напряжения, большей целостности,

достижению поставленных клиентом целей, свободе выбора и видению реальных ограничений собственной жизни.

Табл. 1. Уровни и особенности изменений в процессе терапевтической работы

Уровень изменений	Вид изменений
Телесные состояния	- Снятие мышечных зажимов и психосоматических симптомов - Нормализация телесных ощущений - Появление чувства телесной опоры и устойчивости
Мышление	- Трансформация когнитивных искажений (например, черно-белое мышление, катастрофизация) - Замена ограничивающих убеждений на поддерживающие - Формирование системного восприятия ситуаций - Развитие гибкости мышления
Образы	- Замена деструктивных образов на адекватные и ресурсные - Формирование четких визуализаций желаемых состояний - Символическое разрешение внутренних конфликтов
Чувства и эмоции	- Высвобождение подавленных эмоций и принятие собственных первичных чувств - Разделение, отказ от негативных перенятых чувств - Восстановление доступа к изначальным, базовым состояниям жизни (любовь, покой, радость)
Сценарии	- Прерывание негативных родовых программ - Осознание повторяющихся жизненных сценариев - Формирование новых адаптивных сценариев
Поведение	- Изменение автоматических реакций - Развитие осознанного поведения - Формирование здоровых границ - Улучшение коммуникативных навыков
Роли	- Выход из навязанных ролей (жертва, спасатель и др.) - Расширение ролевого репертуара - Гармонизация социальных функций - Принятие новых продуктивных ролей
Личность	- Интеграция разрозненных аспектов личности - Обретение целостности - Формирование устойчивой идентичности - Развитие самоактуализации

СФП и КЦР успешно применяются для разрешения следующих проблем, включая: внутриличностные, межличностные, системные, организационные, и ряд других.

Внутриличностные

Внутриличностные конфликты – работа с интеграцией разнополярных частей личности, внутренними иррациональными убеждениями, установками, запретами.

Психосоматические расстройства и последствия травм – работа посредством обнаружения связи между симптомами и неразрешёнными личными семейными и родовыми динамиками.

Кризисы самоидентификации и экзистенциальные вопросы – разрешение внутренних конфликтов, связанных с профессиональным выбором, предназначением или духовными поисками.

Страхи и фобии – избавления от глубинных страхов, фобий, тревог, депрессивных состояний, обсессивно-компульсивных мыслей и моделей поведения, связанных с личной и семейной историей.

Межличностные

Детско-родительские отношения – работа с отвержением, эмоциональной отстраненностью, гиперопекой, триангуляцией, парентификацией, идентификацией, восстановление иерархии и прерванного движения любви.

Сиблинговые отношения – разрешение конфликтов, непониманий, противоречий между братьями и сёстрами, восстановление иерархии и гармоничного функционирования.

Партнёрские и супружеские конфликты – выявление скрытых лояльностей предыдущим отношениям, неосознанного повторения деструктивных родительских сценариев, отказ от них и замена их конструктивными. Выявление и последующее устранение дисбаланса в партнерской системе «брать-давать».

Межсистемные

Межпоколенческие конфликты и трансгенерационные травмы – выявление и трансформация деструктивные бессознательных паттернов, проявляющихся в семьях и передающиеся по роду, такие как повторяющиеся сценарии разводы, финансовые неудачи, преждевременные смерти и др.

Организационные

Разрешение конфликтов в коллективах – выявление скрытых структурных дисбалансов, работа с организационными кризисами – например, при слияниях компаний или смене руководства.

Преодоление организационных кризисов – адаптация к смене руководства (передача власти, принятие нового лидера), интеграция команд при слияниях и поглощениях компаний, разрешение кризисов, связанных с реструктуризацией или сокращениями

Поддержка принятия управленческих решений **–** моделирование различных сценариев развития ситуации, оценка скрытых рисков и потенциальных «слепых пятен», проверка устойчивости организационной структуры к изменениям.

Оптимизация бизнес-процессов **–** выявление системных причин сбоев в рабочих процессах, диагностика узких мест в цепочках взаимодействия, повышение эффективности командной работы.

В заключении следует отметить, что СФП и КЦР обеспечивают безопасное пространство для самоисследования и трансформации, где системный терапевт, исследуя феномены из систем клиента и сравнивая их с фактами, помогает клиенту выявить и изменить образы, состояния и ограничивающие убеждения, мешающие жить в согласии с собой и окружающим миром.

В процессе работы происходит переосмысление опыта, восстановление утраченных связей с ресурсными состояниями и принятие жизни во всей её полноте, что ведет к усилению самоценности и способности к здоровой самореализации.

В итоге человек не только разрешает актуальные конфликты, но и развивает навык осознанного присутствия, учится доверять потоку жизни и находить опору внутри себя, что становится основой для устойчивых позитивных изменений в долгосрочной перспективе.

Литература

1. Бурняшев М.Г. Без маски. Книга-погружение в системные расстановки и мир подсознания. – М.: Эксмо, 2020. – 320 с.
2. Бурняшев М.Г. Семейная терапия и клиент-центрированные расстановки: Учебно-методическое пособие. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2023. – 221 с.
3. Бурняшев М.Г., Писаревский К.Л. Системно-феноменологическая психотерапия и клиент-центрированные расстановки при работе с травмой клиента // Вестник МГУТУ. Серия прикладных научных дисциплин. – 2025. – № 3. – С. 110-130.
4. Вебер Г. Два рода счастья. – пер. с нем., под ред. М.Г. Бурняшева. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2020. – 352 с.
5. Де Филипп В. Системные расстановки в индивидуальном консультировании. Дать место новому. – пер. с нем., под ред. М.Г. Бурняшева. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2017. – 256 с.
6. Франке-Грикш М. Ты с нами! Системные взгляды для учителей, учеников и родителей. – пер. с нем., под ред. М.Г. Бурняшева – М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. – 324 с.
7. Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко: Книга для тех, кто хочет найти гармонию в отношениях, любви и стать счастливым — пер. с нем., под ред. М.Г. Бурняшева – М.: Институт консультирования и системных решений, 2005. – 204 с.
8. Шлиппе А., Швайтцер Й. Учебник по системной терапии и консультированию. – пер. с нем., под ред. М.Г. Бурняшева – М.: Институт консультирования и системных решений, 2007. – 363 с.
9. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. – Ленинград: Медицина, 1990. – 192 с.

Гадецкий Олег Георгиевич

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Определение и основные характеристики ценностно-ориентированной психологии и психотерапии как модальности. ***Ценностно-ориентированная психология и психотерапия*** (далее – ЦОП) – модальность психотерапии и помогающей психологии, в результате применения которой клиенту предоставляется возможность осознать смысловое послание жизни и воспринять трудности как возможности собственного личностного развития, и на этой основе обрести подлинную внутреннюю целостность, а также сформировать наиболее благоприятные условия для своей реализации во внешнем мире.

Автор метода ЦОП – Гадецкий Олег Георгиевич. В 2019 году метод был признан как модальность в ОППЛ.

ЦОП продолжает традиции экзистенциальной и гуманистической психологии, у истоков которых стояли В. Франкл [7] и А. Маслоу [5]. В отличие от редукционистского взгляда, присущего материалистической науке, экзистенциально-гуманистическая парадигма вводит *новое понимание природы человека*, в котором выделяется как сущностное духовное начало личности, представляющее все лучшие качества человека, а деструктивные проявления рассматриваются как вторичные факторы, являющиеся проявлением обусловленной природы человека (физической и психической).

Второе основополагающее положение состоит в том, что *человек рассматривается в своей зависимости от жизни*. Жизнь при этом выступает как целостная система реальности, в которой действует разумная сила. Отсюда следует новый взгляд на причины возникновения психологических проблем: психологическая трудность выступает как обратная связь жизни человеку в ответ на его неверные, нарушающие общую гармонию бытия действия [2].

Методология ЦОП конкретизирует и уточняет принципы, предложенные В. Франклом и А. Маслоу, объясняя их в форме целостной научной концепции. В рамках данной методологии по-новому определяются цель психотерапевтического процесса, роль психолога и психотерапевта, описываются универсальные принципы психологической практики, а также формулируется универсальная технология разрешения психологических проблем [1].

Метод ЦОП реализуется в особом ценностно-ориентированном терапевтическом пространстве, которое создаётся терапевтом. В самом общем случае условия такого пространства сформулировал К. Роджерс в рамках клиент-центрированного подхода: безусловное принятие клиента,

эмпатическое понимание и конгруэнтность терапевта [6]. В то же время методология ЦОП уточняет эти условия, формулируя их более систематическим образом, а также описывает техники, посредством которых они реализуются.

Главный элемент методологии ЦОП – позиция ученика, благодаря которой человек формирует позитивное отношение к своим жизненным обстоятельствам и таким образом получает возможность для осмысления пришедшим к нему урокам.

ЦОП опирается на следующие *исходные положения, образующие её теоретико-клиническое ядро* [4]:

- ценности являются онтологическими коррелятами, которые согласуют мышление и поведение человека с реальностью;
- в случае, если субъективные ценности расходятся с бытийными ценностными коррелятами (А. Маслоу их называет «бытийные ценности» [5]), гармония внутреннего мира человека нарушается, и он оказывается подверженным тем или иным психологическим расстройствам, а также разнообразным жизненным трудностям;
- жизненные и внутренние психологические трудности, являются полезными сигналами от бытия, которые показывают человеку, что он своими мыслями и поступками нарушает гармонию в своих взаимоотношениях с реальностью;
- когда человек корректирует свои ценностные предпочтения и приводит их в соответствии с онтологически заданными параметрами, жизненные и психологические трудности начинают отступать, открывая перед человеком пространство свободы и творческой реализации.

Метод ЦОП применяется как к широкому кругу внутренних психологических трудностей, так и к разрешению внешних проблемных обстоятельств, присутствующим в жизни человека (финансовые неурядицы, трудности в отношениях, невозможность найти работу и прочее). Работа возможна как в индивидуальном, так и в групповом формате.

Точное понимание причин появления трудностей в жизни человека (как внутренних, так и внешних) позволяет их эффективно прорабатывать в течение нескольких терапевтических сеансов. В большинстве случаев в зависимости от сложности заявленной проблемы достаточно от 2 до 5 сеансов.

Ограничения применения метода ЦОП имеют разную природу:

- мотивационные: устойчивое обвинительное отношение человека к жизни и его неготовность принять позицию ученика;
- клинические: формы психопатологии, лишающие человека способности к осознанному выбору.
- травматические: последствия глубоких эмоциональных травм (физическое и сексуальное насилие, последствия военных действий и

стихийных бедствий, теракты, смерть близких); в этом случае необходима предварительная работа в рамках травматерапии.

В двух последних случаях ЦОП не применяется как самостоятельный метод, но может использоваться как дополнение к основному лечению после стабилизации состояния клиента.

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений клиента в методе ценностно-ориентированной психологии и психотерапии. В основе терапевтического процесса в методе ЦОП лежат три главных механизма: *позитивный взгляд, осознание, новые поступки*. Позитивный взгляд снимает внутреннее сопротивление изменениям и высвобождает ресурс для работы. Осознание позволяет клиенту различить ограничивающие его ценностные установки и сформулировать новые ценностные предпочтения. Новые поступки переводят найденное решение из области понимания в реальный жизненный опыт [1]. Ниже дается более подробное описание того, как работают данные механизмы.

Желание просто избавиться от трудности продолжает ту же ограниченную дефицитарную установку, которая привела к неверному выбору. Поэтому пока человек не примет *позитивный взгляд*, он остаётся в защитной позиции, где энергия расходуется на отрицание и борьбу с обстоятельствами, а не на решение поставленной задачи.

Механизм действия позитивного взгляда состоит в том, что происходящее перестаёт восприниматься как угроза и начинает восприниматься как возможность развития. Речь при этом идёт не об установке на оптимизм и не об укреплении уверенности в собственной правоте: трудность рассматривается не как несправедливость или дефект обстоятельств, а как обращённая к человеку ценностная задача, требующая изменения самого себя. Такая переоценка снимает защитную реакцию отрицания и обвинения, снижает эмоциональное напряжение и высвобождает энергию, ранее уходившую на борьбу с ситуацией, открывая клиенту доступ к собственным ресурсам. Тем самым он переходит из позиции жертвы обстоятельств в позицию субъекта, ответственно отвечающего на запрос жизни. По функции это родственно когнитивной переоценке [10], но осуществляется не на уровне отдельной автоматической мысли, а на уровне позитивного отношения к жизни в целом.

Снятие защиты способствует работе второго механизма – *осознанию*. Благодаря осознанию клиент начинает различать в себе качества и мотивы, породившие затруднение, а также качества, которые ему предстоит развивать. При этом именно концентрация на развиваемых качествах даёт позитивную энергию. Работа с ограничивающими установками обращена к прошлому и к тому, что человек в себе не принимает, поэтому нередко идёт с выраженным сопротивлением и сопровождается тягостными

переживаниями. Перенос внимания на развиваемое качество меняет знак процесса: вместо борьбы с собственным недостатком появляется образ желаемого – того, каким человек хочет и может быть.

Этот сдвиг соответствует описанному в психологии мотивации различению двух регуляторных ориентаций: превентивной, сосредоточенной на избегании потерь и соответствии должному, и промоционной, направленной на достижение желаемого и приближение к идеалу. Согласно Э. Хиггинсу, в ситуации изменения вторая ориентация продуктивнее: при столкновении с трудной задачей или после неудачи человек в промоционном фокусе наращивает усилия, тогда как в превентивном – скорее отступает [11]. Изменение при этом воспринимается как собственная возможность, а не как внешнее предписание. Именно эта автономность и делает его устойчивым: поддержка автономии запускает естественные процессы роста, тогда как внешнее принуждение их подавляет [8].

Осознанные направления собственного внутреннего роста останутся лишь общим пониманием, пока не воплощены в *поступках*. Новые поступки переводят предпочтение из намерения в реальный опыт, где человек убеждается, что способен действовать иначе. Зачастую в результате новых осознанных действий начинает меняться и сама ситуация, что подтверждает для клиента верность найденного решения. Устойчивость изменений обеспечивается именно повторяемостью: регулярно воспроизводимый новый способ действия закрепляется как навык. Это согласуется с современными данными о нейропластичности – направленная и повторяющаяся активность изменяет не только функциональную организацию, но и структуру мозга [9].

Так замыкается цикл: жизнь ставит задачу, человек отвечает делом и по результату видит правильность ответа. Без новых действий, в которых человек учится проявлять свои новые ценностные предпочтения, осознание может постепенно терять силу, и возникает риск возвращения к прежним автоматизмам.

Структурирование процесса терапевтического взаимодействия, краткое описание этапов ценностно-ориентированной психологии и психотерапии. В ЦОП работа с ценностями – это не отдельная техника, а сквозной принцип и ядро всего процесса. Суть в том, чтобы увидеть в жизненных трудностях не проблему, а ценностный урок. Задача терапии – помочь клиенту этот урок осознать и реализовать в поступках.

Процесс ЦОП включает девять этапов [1; 2].

1. Заключение психотерапевтического контракта. Прояснение ожидания клиента, формирование атмосферы доверия, общее представление метода ценностно-ориентированной психологии и получение согласия клиента на терапевтическую работу.

Цель: создать безопасное рабочее пространство и получить согласие клиента на совместную терапевтическую работу.

2. Формирование ученической позиции. Происходит через внутренний настрой доверия к разумной любящей силе жизни. Терапевт помогает клиенту сместить фокус с борьбы с жизнью на позицию открытости, доверия и готовности учиться у происходящего. Данный настрой необходимо пронести через все этапы внутренней работы.

Цель: помочь клиенту сформировать позитивную внутреннюю установку как к жизни, так и к своему внутреннему опыту.

3. Принятие проблемных обстоятельств. Необходимо выработать спокойное созерцание проблемных обстоятельств как неких условий задачи, которые ставит перед клиентом жизнь. Клиент с поддержкой терапевта признаёт реальные жизненные обстоятельства такими, какие они есть, без попыток немедленно их изменить. На этом этапе важно, чтобы клиент внутренне отказался от обиды, гнева или каких-то иных негативных эмоциональных реакций на происходящие события.

Цель: раскрыть опыт созерцательного наблюдения своих проблемных обстоятельств.

4. Принятие проблемных чувств. Для того чтобы принятие проблемных чувств произошло, необходимо заметить, где они находятся в теле и какими именно ощущениями и образами представлены. Терапевт помогает клиенту осознанно встретиться с чувствами, которые сопровождают ситуацию, не подавляя и не избегая их; часто эти чувства сопровождаются также определёнными образами. После осознания чувств их необходимо принять такими, какие они есть, позволяя им свободно раскрываться. Сохраняемый на протяжении всей работы настрой ученической позиции и доверие к разумной любящей силе жизни служат тем позитивным ресурсом, который позволяет принять даже очень сильные негативные чувства; существенную роль здесь играет поддерживающее отношение терапевта.

Цель: высвобождение вытесненной эмоциональной энергии и ее интеграция в целостной структуре личности.

5. Осознание урока. В диалоге терапевта и клиента проясняется, чему именно жизненная ситуация и переживания обучают клиента. Сохраняя внутри ученическую позицию и принимая как проблемные обстоятельства, так и проблемные чувства, необходимо задать себе вопрос: «В чём мой урок в этой ситуации?». Урок состоит из двух частей. Первая его часть указывает на то, что у человека присутствуют определённые ограничивающие его качества и убеждения, которые являются проявлением дефицитарной мотивации. Клиент в диалоге с терапевтом обнаруживает их в себе. Вторая часть урока обращает внимание на некие позитивные качества характера и убеждения, которые не развиты. Клиент в диалоге с терапевтом формулирует их.

Цель: перейти от переживания проблемы к пониманию её смысла и ценностного содержания.

6. Проживание урока. В ходе проживания необходимо внутренне отказаться от ограничивающих качеств и убеждений и открыться к принятию в себе новых качеств и убеждений. Клиент при поддержке терапевта внутренне отказывается от неадаптивных установок и открывается переживанию новых, зрелых качеств. На данном этапе очень важно глубокое проживание новых качеств, чтобы они создавали основу для закрепления ресурсных устойчивых реакций.

Цель: закрепить внутреннюю трансформацию на уровне ценностей и состояний.

7. Составление плана поступков. Необходимо наметить несколько поступков, совершая которые, человек будет учиться проявлять свои новые качества и убеждения. Поступки должны быть намечены как внутри начального проблемного эпизода, так и в разных других сферах жизни. Соответственно, терапевт помогает клиенту сформулировать конкретные действия, через которые новые качества и убеждения будут реализовываться в повседневной жизни.

Цель: перевести внутренние изменения в устойчивое поведенческое проявление.

8. Присоединение к будущему. Клиенту нужно представить, как он живёт, постоянно совершая все намеченные поступки, и мысленно предположить, что изменится в его жизни через достаточно длительный период – например, через год-два. Изменения стоит представить в разных сферах жизни и сделать это очень конкретно, вплоть до деталей. Таким образом клиент формирует образ своего будущего с учётом произошедших изменений и нового внутреннего состояния, опирающийся на обновлённые ценностные ориентиры.

Цель: усилить мотивацию и связать терапевтические результаты с дальнейшим жизненным путём.

9. Проверка. Терапевт предлагает клиенту вернуться к исходным ситуациям и чувствам, чтобы оценить глубину произошедших изменений. Необходимо вспомнить изначальные проблемные эпизоды и чувства, их сопровождавшие. Реакция на данное воспоминание показывает, насколько глубоко прошла работа. Если прежняя эмоциональная реакция сохраняется, то обычно это указывает на то, что не были полностью проработаны проблемные чувства, либо осознание и проживание урока было поверхностным. В этом случае работа возвращается к началу терапевтического цикла.

Цель: убедиться в трансформации автоматических реакций, поведенческих и ценностных паттернов, и завершить терапевтический цикл.

Базовые техники, используемые в методе ценностно-ориентированной психологии и психотерапии. В ЦОП нет набора разрозненных техник в привычном смысле – это скорее целостный подход, где базовые инструменты работают в связке с описанной выше структурой работы. Для каждого из 9 этапов метода ЦОП разработаны различные психологические техники [1]. Приведем некоторые из них.

Определение границ проблемы. Достаточно часто эмоциональная проблематика занимает полностью ум человека, и ему кажется, что вся его жизнь проблематична. На самом деле это всегда не так! У любого человека есть какие-то сферы, в которых он успешен и продуктивен, и есть сферы, в которых он испытывает определенные трудности. Когда человек начинает видеть границы своей проблемы, у него уходит представление, что он неуспешный.

Нацеливание на результат. В тот момент, когда человек начинает размышлять, что является для него позитивной целью, он мысленно уже выходит за рамки своей проблемной ситуации. В результате в подсознании начинает формироваться процесс позитивной трансформации.

Созерцательное наблюдение проблемных обстоятельств. Клиент мысленно со стороны смотрит на свои проблемные жизненные ситуации, находясь в позиции ученика, который доверяет высшему руководству жизни. В этот момент он начинает разотождествлять себя со своей трудностью. Последняя начинает восприниматься как условия задачи, которую ставит перед ним жизнь.

Нахождение проблемных чувств в теле. Нужно заметить, где именно в теле располагаются проблемные чувства. Таким образом, начинает возникать контакт с проблемными чувствами.

Определение визуального образа проблемных чувств. Когда клиент осознает визуальный образ, в котором проблемные чувства выражают себе, его контакт с ними еще больше усиливается.

Проживание проблемных чувств. В результате принятия проблемных чувств они начинают раскрываться. Необходимо позволять им свободно проявлять себя. По мере их раскрытия будут появляться позитивные чувства, которые всегда «спрятаны» внутри негативных.

Интеграция новых качеств в структуру личности. После того как в результате терапии у клиента раскрылись новые ресурсные качества, нужно попросить его представить их у себя все одновременно. И спросить клиента насколько процентов они раскрылись. В случае если называется процент меньше 100, попросить клиента, чтобы новые качества постепенно раскрылись на 100 процентов.

Присоединение к будущему. Чтобы новое ресурсное состояние более полно интегрировалось в опыт клиента нужно попросить его представить, как он живет со своим новым опытом и совершает исходя из него разнообразные поступки. После этого клиент мысленно представляет, что

он прожил с новым опытом два года и задумывается над тем, что изменится у него в разных сферах жизни.

В самом методе ЦОП собран комплекс базовых техник, достаточный для прохождения всех девяти шагов. Однако каждый шаг может быть выполнен и средствами других психологических направлений. Механизм встраивания техник из других направлений в методологию ЦОП показан на примере техники работы с субличностями [3].

Позитивные личностные изменения в результате применения метода ценностно-ориентированной психологии и психотерапии. Практика метода ЦОП показывает, что в результате её применения у клиента не только разрешается та или иная трудность, но и раскрываются благоприятные возможности во многих сферах его жизни. Эти наблюдения позволяют говорить о том, что методология ЦОП способствует всесторонней гармонизации отношений клиента с реальностью.

Ниже перечислены изменения, наиболее часто отмечаемые в практике [1; 2; 3].

Принятие и снижение сопротивления. Ключевой шаг – принять не только обстоятельства, но и сопровождающие их сложные чувства. Вместо борьбы клиент учится относиться к проблемам как к задаче, которую нужно решить, а не как к катастрофе. Это снижает уровень тревоги и внутреннего напряжения.

Переход от позиции жертвы к позиции ученика. Клиент перестаёт искать виновных – обстоятельства, других людей или самого себя – и начинает задаваться вопросом, чему данная ситуация призвана его научить. Этот сдвиг является базовым: он меняет саму рамку восприятия происходящего и делает возможными все последующие изменения.

Осознание личностного урока. Клиент начинает понимать, какие именно ценностные несоответствия и качества, вырастающие из дефицитарной мотивации, лежат в основе трудности, и какие качества, отвечающие бытийным ценностям, ему нужно в себе раскрыть. Это открывает путь к ценностной перестройке.

Трансформация негативных установок. В ходе работы негативные убеждения и паттерны поведения не просто «отменяются», а переосмысливаются и трансформируются в более конструктивные.

Развитие эмоциональной саморегуляции. Клиент учится не подавлять чувства и не отождествляться с ними, а распознавать их как сигнал о ценностном рассогласовании. Эмоция перестаёт быть помехой и становится источником информации о том, какая внутренняя работа требуется. В отличие от разового снижения тревоги, речь идёт о приобретённом и воспроизводимом навыке.

Усиление самопринятия и психологического благополучия. По мере работы растёт ощущение собственной ценности, появляется более

устойчивое и целостное чувство самопринятия. Это напрямую подпитывает психологическое благополучие.

Появление внутренней опоры. Клиент учится действовать из собственного ценностного выбора, а не из страха, чужого ожидания или стремления получить одобрение.

Снижение зависимости от внешней оценки. Клиент меньше нуждается в одобрении окружающих, легче переносит критику и отказ, свободнее принимает решения, которые могут быть непопулярными. Это практическое следствие обретённой внутренней опоры, проявляющееся в конкретных поведенческих ситуациях.

Рост толерантности к напряжению и неопределённости. Поскольку напряжение между наличным и должным рассматривается как норма психического здоровья, а не как патология, клиент перестаёт стремиться немедленно устранить любой внутренний дискомфорт и оказывается способен выдерживать его как условие развития.

Восстановление способности к благодарности и позитивному видению. Позитивный взгляд в логике метода – не оптимистическая установка, а способность увидеть в трудности благо. У клиентов это проявляется как возвращение вкуса к жизни и признательности за то, что прежде воспринималось как должное.

Смещение фокуса на смысл и цель. ЦОП помогает клиенту выйти за рамки сиюминутных задач, увидеть более широкую картину и осознать свой жизненный смысл или личную миссию. Это придаёт жизни большую насыщенность. По сути, речь идёт о снижении самореферентности психики: внимание смещается с замкнутости на собственных состояниях к ориентации на реальность, большую чем «я».

Закрепление новых паттернов в поведении. Осознание сопровождается конкретными шагами: клиент составляет план поступков, которые позволяют регулярно проявлять новые, более зрелые качества, и мысленно «присоединяется к будущему», представляя, как изменится жизнь. Это критически важно для того, чтобы сдвиг из области осознания стал устойчивым в реальной жизни.

Улучшение отношений с другими людьми. Внутренняя перестройка проявляется и во внешне наблюдаемых результатах: изменение самого клиента меняет конфликтную ситуацию, в которой он находился. Ослабевает напряжение в семье, меняется реакция окружающих. Существенно, что растёт не только бесконфликтность, но и принятие других — способность видеть за поведением другого человека его собственную трудность.

Освоение техники самопомощи. В методе ЦОП клиент получает не решение одной проблемы, а работающий способ отношения к любой следующей: он знает, как искать ценностный урок в новой ситуации, и

потому меньше зависит от дальнейшей помощи специалиста. Именно это отличает ЦОП от подходов, ориентированных на снятие симптома.

Гармонизация отношений с реальностью и самореализация. Клиент обретает большую внутреннюю целостность в отношениях с собой, своими ценностями и внешними обстоятельствами. Эта целостность создаёт более благоприятные условия для самореализации во внешнем мире: энергия, ранее расходовавшаяся на внутреннюю борьбу, высвобождается для продуктивной деятельности.

Литература:

1. Гадецкий О.Г. ЦОП–терапия: практикум консультанта. – М.: Философская Книга, 2022. – 368 с.
2. Гадецкий О.Г. Ценностно-ориентированная психология: универсальный подход к решению психологических проблем. – М.: Философская книга, 2022. – 436 с.
3. Гадецкий О.Г. Субличности. Применение техники работы с субличностями в ЦОП-терапии. – М.: Философская книга, 2024. – 320 с.
4. Гадецкий О.Г. Ценностно-ориентированная психология: к обоснованию термина и направления // Научное обозрение. Серия 2: Гуманитарные науки. – 2025. – № 3. – С. 3-12.
5. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. – М.: Альпина нон-фикшн, 2011. – 256 с.
6. Роджерс К. Становление личности. Взгляд на психотерапию. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.
7. Франкл В. Доктор и душа. Логотерапия и экзистенциальный анализ. – М.: Издательство «Альпина нон-фикшн», 2017. – 390 с.
8. Deci E.L., Ryan R.M. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // Psychological Inquiry. – 2000. – Vol. 11, № 4. – P. 227-268.
9. Draganski B., Gaser C., Busch V., Schuierer G., Bogdahn U., May A. Neuroplasticity: Changes in grey matter induced by training // Nature. – 2004. – Vol. 427, № 6972. – P. 311-312.
10. Gross J.J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences // Psychophysiology. – 2002. – Vol. 39, № 3. – P. 281-291.
11. Higgins E.T. Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational principle // In M.P. Zanna (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology. – Vol. 30. – New York: Academic Press, 1998. – P. 1-46.

Бондаренко Александр Федорович

ЭТИКО-ЦЕНТРИРОВАННОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Понятие этико-центрированного психологического консультирования. ***Этико-центрированное психологическое консультирование*** (далее – ЭЦПК) – концепция и метод психологического консультирования, предназначенные, прежде всего, для работы с пациентами/клиентами, переживающими психоэмоциональную травму в межличностных отношениях. Главная цель консультативной и психотерапевтической работы при этом, вытекающая из русской философской антропологии, – восстановление и укрепление личностного достоинства человека.

Принципиальные концепты ЭЦПК отражают онтологию межличностных отношений и профессиональные действия психолога: постановка психологического диагноза сложившейся ситуации, учет баланса взаимных вкладов в отношения («жертвоприношения» и «самопожертвования»), преодоление виктимной позиции путем переосмысления собственного жертвоприношения как дара и др.

Метод ЭЦПК является эксплицитно культуросообразным, тем самым отвечая индигенному тренду развития мировой психологии [1; 2; 3; 5; 7; 8; 9; 10; 13; 15; 16; 17]. Дело в том, что принадлежность к определенной цивилизации и культуре формирует у того или иного этноса ряд специфических черт, проявляющихся в особенностях ментальности, которые, собственно, и определяют целесообразность и эффективность использования того или иного подхода в работе с данной категорией пациентов/клиентов.

Психотерапевтическая традиция, обязанная своим возникновением русской философской антропологии, заточена на проблематике нравственности, поскольку высокой русской культуре свойственно именно стремление к нравственному совершенствованию. В то время как, скажем, иудейской – стремление к совершенствованию интеллектуальному. По крайней мере, именно так писал еще в XII веке Моисей Маймонид (Рамбам), почитаемый евреями как второй Моисей [14, с. 499]. Исламу – покорность, что вытекает из самого наименования данной религии. Буддизму – преодоление желаний ради прекращения страданий. Вместе с тем, ценностные постулаты, к которым апеллирует данная концепция, и которые восходят к мировым религиям, определяют и степень универсальности в применимости данной концепции.

Вскрытие ценностно-смыслового конфликта, в основе которого, как правило, находятся переживания, связанные либо с добровольным

самопожертвованием, либо с осмыслением жертвоприношения со стороны других в отношении тебя самого, что, собственно, вызывает этический диссонанс, и есть сердцевина ЭЦПК. Само определение, «этико-центрированный», вполне отражает специфику русской ментальности, проявляющуюся в таких особенностях высокой русской культуры как потребность постигать, переживать и утверждать нравственные формы жизни как абсолютные ценности бытия, которым атрибутируется достоинство высших смыслов [2, с.42].

Как показывают исследования в области психосемантики сознания, архетипичной чертой русской ментальности является деятельная созерцательность, а не практицизм, поскольку категории деятельности, власти и независимости объединены в конструкт, включающий в себя ценность познания [1; 2; 15]. Кроме того, русская культура сострадательна. Для носителя русской культуры именно любовь представляет абсолютную и высшую нравственную ценность, в то время как свобода, говоря словами А.А. Ухтомского, дается только там, где есть дары Духа Святого [10]. В популяризируемом же сегодня ноахизме с его попытками введения «универсальной этики», по глубокому замечанию О.Н. Четвериковой, «есть вера в единого для всех Бога (при этом у каждого свое собственное его понимание), есть запреты, есть суд, но нет христианской заповеди любви, раскрывающей в человеке личность» [13, с. 216].

Именно эти, нередуцируемые, социокультурные свойства носителя русской культуры и являются подлинным содержанием и предметом отечественных традиций и перспектив в психологическом консультировании, относящемся к травматическим межличностным отношениям. Другое дело, что высокая русская культура в XX веке была разрушена. В связи с инфицированием хамством, этой мнимой духовной панацеей плебса, возвращение человеку исконного чувства собственного достоинства, пробуждение которого и лечит человеческую душу, – самое целебное снадобье. К сожалению, только крайняя, пограничная ситуация выступает необходимым условием для этого пробуждения. Именно в условиях крайней, пограничной ситуации, на антропологической границе человеческого и нечеловеческого, русская психология противостоит западной трансгрессии, в которой, по выражению С.С. Хоружего, «преступание как таковое возводится в фундаментальную антропологическую установку» [12].

Психологические механизмы, лежащие в основе личностных изменений пациента/клиента в этико-центрированном психологическом консультировании. Как свидетельствуют наши исследования, люди обращаются к практикующему психологу по прямому назначению, т.е., не путая его с психиатром, неврологом или наркологом, во вполне определенном типе ситуаций: в ситуации виктимизации личностного «Я» в травматических межличностных отношениях (см. [1; 2

и др.]). В ситуации травматических межличностных отношений у человека возникает этический диссонанс, т.е. конфликт собственных представлений о добре и зле в отношениях и поведении с происходящим в реальности. Если ситуация есть действительное событие, данное в обстоятельствах, то переживание этического диссонанса есть ментальное событие, влекущее за собой изменение личностной позиции, чаще всего проявляющееся в утрате субъектности (позиция «жертвы»). Собственно, из этих двух возможных пресуппозиций и возникает насущная необходимость в психологической помощи: начиная с восстановления душевного равновесия, продолжая укреплением личностного достоинства (преодоление личностной позиции «жертвы») и вплоть до развития и совершенствования этического ядра личностного «Я». Ведущими психологическими механизмами при этом, помимо обеспечения эмоционального отреагирования, являются:

- рефлексия собственного поведения в травматических отношениях;
- индуцирование трансового состояния путем обеспечения трансцендирования «Я» клиента/пациента посредством активного воображения и мысленного обращения к референтной фигуре, воплощающей абсолютное Добро для него;
- формирование уверенности пациента/ клиента в результативности усилий по преодолению виктимной позиции;
- повышение этического статуса за счет переосмысления самопожертвования в отношениях как акта дарения.

Краткое описание этапов этико-центрированного психологического консультирования. Принципиальная схема консультативной работы включает три основных этапа.

Первый этап – подготовительный, предназначен для первичной ориентировки в жалобах и общей психосоциальной ситуации страждущего, для установления надлежащего уровня доверия, для подготовки пациента к ситуации диагностики.

Второй этап работы – диагностический. Общее назначение диагностики личности и отношений – объективировать состояния, личностные особенности и стратегии межличностных отношений в конкретной травматической ситуации. Особая значимость, на этом этапе принадлежит разработанной нами методике оценки и прогнозирования межличностного взаимодействия, которая предназначена для оценивания баланса взаимных вкладов в отношения («жертвоприношения» и «самопожертвования») [1, с. 344-356].

Сущность данной диагностической методики заключается в том, что она позволяет распознать этические основания межличностного конфликта. Глубочайший анализ таких оснований осуществил Л. Зонди. Он писал: «Психоанализ поставил Эдипов комплекс центральной проблемой своих научных изысканий, судьбоанализ же в центр человеческого бытия ставит Каина. Уже много лет мы постоянно слышим

о влиянии, которое может оказывать на человека «Эдип», а Каин все это время уже давно им правит» [7, с. 18].

Собственно, консультативная и психотерапевтическая работа в модальности ЭЦПК с лицами, пострадавшими от травматических межличностных отношений, и заключается в том, чтобы пациента/клиента в позиции «Авеля» вывести из виктимной позиции и возвысить на пути восстановления собственного личностного достоинства. Что касается другой стороны, если, допустим, возникнет потребность в консультативной и/или психотерапевтической работе и предложение о ней будет принято, то осуществлять психокоррекционные мероприятия придется в тесном союзе с врачами соответственно патопсихологическому, неврологическому или иному диагнозу.

Типичные исходы второго этапа работы, следующие:

1. Жалобы и причина обращения за психологической помощью адекватны данной травматической ситуации, психоэмоциональное состояние страждущего (общий стресс, тревожность, сниженное настроение, фрустрация, ангедония и т.п.) и личностная акцентуация не превышают пределов, требующих срочного либо непременного врачебного вмешательства. Основное травматическое переживание относится к психогении, индуцированной травмой межличностных отношений.

2. Жалобы и причина обращения за психологической помощью не когерентны. Например, предъявляемая жалоба звучит как обвинение супруга в измене, но результаты диагностики, включая клинически ориентированную беседу, заставляют предположить, что речь идет о бреде отношений.

3. Жалобы и причина обращения за психологической помощью адекватны ситуации. Однако диагностика свидетельствует, что в данном случае речь должна идти, в первую очередь, о психологической работе именно с тем, другим, из-за трудностей в отношениях, с которым и обратились к психологу.

Как явствует из вышеизложенного, непосредственная ситуация приложения усилий именно психолога-консультанта – это первый из возможных исходов. Во втором случае возникает необходимость направления страждущего к психиатру (или к врачам иных специальностей), что так же требует от психолога необходимой в таких случаях квалификации и компетенций, иначе можно травмировать человека или, еще хуже, способствовать его инвалидизации. В третьем из типичных исходов необходимы усилия для выстраивания ситуации психологической помощи, поскольку она лишь обозначена, но не проявлена. Так что в качестве готовых для консультативной работы уже с первой встречи могут рассматриваться лишь ситуации первого типа. Именно для такого, по прямому назначению, типа консультативных

ситуаций и разработан нами *Протокол консультативной работы в модальности*, процедуры которого составляют третий этап ЭЦПК.

Третий этап – собственно консультативный, является сердцевиной ЭЦПК, а итоги этапа определяют содержание последующей психотерапевтической работы. Основные процедуры Протокола описываются следующим алгоритмом.

1. Перевести жалобы клиента/пациента в закрытый вопрос-пожелание от первого лица, требующий ответа «да-нет».

2. Уточнение Референтной фигуры, воплощающей абсолютное Добро для клиента/пациента, которая опредмечивает мотив нравственных усилий в работе с психологом.

3. Найти ключевую ошибку в прежнем поведении, приведшую в психологический капкан «Авель - Каин», и обсудить последующие конкретные действия, результатом которых стала данная неблагоприятная ситуация.

4. Этическая категоризация сложившейся ситуации (в полюсах Добро - Зло с опорой на референтную фигуру).

5. Трансцендирование методом управляемого воображения (испрашивание благословения на ответственный поступок по перемене личностной позиции и стратегии поведения у образа референтной фигуры).

6. Обсуждение наиболее приемлемой стратегии и тактики психотерапии, в том числе и целесообразность сочетанной психофармакотерапии с привлечением врача (невролога, психиатра или клинициста другой специальности).

Способы психотерапевтической работы отдаются на усмотрение специалиста и самого страждущего.

Базовые техники, используемые в этико-центрированном психологическом консультировании. Травматические отношения разрушают личностное «Я» путем снижения его этического статуса. Типичные переживания при этом: униженность, обида, чувство оскорбленного достоинства. Личностное «Я» – не абстрактная идеализация. Это ментальная конструкция, представляющая собой квинтэссенцию человеческого существа, обращённую к миру и на себя.

Первоначальное проявление личностного «Я», с которым встречается психолог на консультации – психоэмоциональное состояние человека, представленное трихотомией: *образ себя – состояние – организм.* Если ядро травматизации приходится на образ себя и эмоциональное состояние, психолог осуществляет ориентировку в следующей трихотомии: *идеологема – конструкт – акцентуация.* Это личностные установки, нормы, аксиология, поведенческие стереотипы клиента. На этом уровне базовые техники включают:

1) диалогическую работу с клиентом в семантике «Авель-Каин», «Добро-Зло», «Благословенное действие - Неблагословенное действие»;

2) развитие безустановочной рефлексии в отношении случившегося со страждущим; и ориентировка в степени собственной ответственности за сложившееся состояние отношений.

3) проработка стратегий преодоления виктимной позиции и помощь в определении приемлемой и принимаемой клиентом – реальные усилия, когда субъект деятельности становится борцом и побеждает, либо гибнет в борьбе (Герой); компенсаторно-символические усилия, когда субъект деятельности становится на путь мученика, праведника и возвышается до святости (Святой); эстетические усилия, когда субъект деятельности трансформирует свою стратегию преодоления в текст (художественный, документальный, визуальный, музыкальный, возвышаясь до рефлексивно-экспрессивной позиции (Художник); игровые (ролевые) усилия, когда субъект деятельности относится к реальности как к «предложенным обстоятельствам» и, чтобы выжить, принимает на себя определенную роль и надевает маску (Актер).

Наконец на экзистенциальном уровне, когда психолог в атмосфере уважительного доверия получает возможность прикоснуться к высшей трихотомии страждущего *отношения – смысл – замысел жизни*, наступает время особых техник, направленных на преодоление этического диссонанса, вызванного крушением замысла жизни в травматических отношениях. Личностный, вершинный, уровень открывает возможность для:

1) техники активного воображения, использование которой с опорой на язык символов позволяет ввести клиента в безопасный духовный опыт с элементами трансцендирования;

2) «заземления» вершинных переживаний посредством возвращения к телесным ощущениям (их локализации и характеристики, внимание к дыханию, абреакции);

3) осмысления и интеграции этих переживаний с восстановлением телесных границ и укреплением уважительного доверия;

4) повышения этического статуса клиента посредством перехода от непосредственных переживаний (обида, боль унижения, горечь, и т.п.) к рефлексивной позиции (феноменологический подъём);

5) помощи в переосмыслении фрейма происшедшего не как самопожертвования, а как акта дарения - высшего и бескорыстного движения собственной души.

Ожидаемые результаты применения этико-центрированного психологического консультирования. Рассмотрим ожидаемые результаты применения ЭЦПК с позиции трех уровней.

На уровне работы с состоянием и образом «Я»: обеспечение эмоционального отреагирования и редукция тревоги, коррекция самооценки и Я-концепции.

На уровне аксиологии: преодоление иррациональных установок, жестких, когнитивных искажений, а также страхов перед необходимостью вынести элементарную нравственную оценку делам и поступкам своим и партнера; рефлексия собственных личностных черт, принятие себя во всей своей сложности; осознание и принятие собственной стратегии преодоления виктимной позиции.

На экзистенциальном уровне: восстановление связи с образом Референтной фигуры; восстановление чувства целостности, принятие самоуважения и позиции субъектности; переоценка травматических отношений и событий благодаря преодолению этического диссонанса; обретение уверенности в себе, осознание личностных границ и чувства собственного достоинства.

В заключении отметим следующее. ЭЦПК позволяет, во-первых, понять причины несчастных отношений; во-вторых, четко провести границы между эмоциональном расстройством своим или партнёра и собственно патологией отношений, тогда как сплошь и рядом причины и следствия смешиваются. В-третьих, именно опора на высшие нравственные чувства – любовь, преданность, долг, самоуважение, все, что составляет этический статус человека, обеспечивает его достоинство и самостоянье, повышает и его витальность.

Хотя этико-центрированное психологическое консультирование является эксплицитно культуросообразным подходом, он, безусловно, тяготеет к той степени универсальности, к которой стремится христианство в том его изводе, в основе которого лежит признание запрета на жертвоприношение в отношениях как сакральное основание истинной человечности. Осознание важности культуросообразности в психологическом консультировании как истинного основания научной психотерапия, освобожденной от доктринерских шор той или иной идеологии, представляется нам магистральным путем развития отечественных традиций психологической помощи.

Литература

1. Бондаренко А.Ф. Язык. Культура. Психотерапия: сб. научных статей. – Киев: Кафедра, 2012. – 416 с.

2. Бондаренко А.Ф. Этический персонализм. Методическое пособие по психологическому консультированию, сообразному русской культуре. – Киев: Альфа Реклама, 2014. – 100 с.

3. Бондаренко А.Ф., Федько С.Л. Тенденции индигенизации и их осмысление в современной консультативной психологии // Медицинская

психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 5 (28) [Электронный ресурс]. – URL: http://www.mprj.ru

4. Венгер А.Б. Психотерапия: западная теория и российская практика // Московский психотерапевтический журнал. – 2004.– № 1. – С. 5-17.

5. Жирар Р. Насилие и священное. – М.: Новое литературное обозрение, 2010. – 448 с.

6. Зонди Л. Каин: Образы зла / Пер. с нем. – М.: Когито-Цент, 2013. – 215 с.

7. Латыпов И.В. Культурно-историческая психотерапия: В поиске своей ниши // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». – 2012. – № 3. – С. 20-28.

8. Сухарев А.В. Культурно-психологические основания этнофункциональной психотерапии // Гуманитарные исследования в психотерапии: труды по психотерапии и психологическому консультированию / под общ. ред. Ф.Е. Василюка. – М.: ПИ РАО; МГППУ, 2007. – Вып. 1. – С. 204-228.

9. Ухтомский А.А. Интуиция совести: Письма. Записные книжки. Заметки на полях. – СПб.: Петерб. писатель, 1996. – 528 с.

10. Фанталова Е.Б. «Русский катарсис» как феномен культуры и психотерапевтический прием // Журнал практикующего психолога. – 2003. – Вып. 9. – С. 11-16.

11. Хоружий С.С. Современная антропологическая ситуация в свете синергийной антропологии. Выступление на научном семинаре философского факультета Новгородского государственного университета в апреле 2006 г. [Электронный ресурс]. – URL: http://www.rulit.me/books/sovremennaya-antropologicheskaya-situaciya-v-svetesinergijnoj-antropologii-read-204277-2.html

12. Четверикова О.Н. Измена в Ватикане, или заговор пап против христианства. – М.: Эксмо, 2011. – 240 с.

13. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Римис, 2008. – 576 с.

14. Aleksandr F. Bondarenko. “Socio-Cultural Foundations of Psychological Counseling and Psychotherapy: Russian Approach”. EC Psychology and Psychiatry 9.10 (2020): 81-95.

15. Aleksandr F. Bondarenko., et al. “Emotional Trauma in Relationship: Consequences and Counseling Options Based on Approach, Indigenous to Russian Culture Traditions”. EC Psychology and Psychiatry 9.2 (2020): 01-12.

16. Dr. Aleksandr F Bondarenko. “Indigenous and/or Universal in Counselling: Present-Day Presuppositions”. EC Psychology and Psychiatry SI.02 (2020): 01-02.

Заключение

Таким образом, в Справочнике проведен обзор отечественных и зарубежных подходов к психотерапевтической, консультативной практике и практике помогающей психологии, принятых в Российской федерации, представлен материал теоретико-методологического и научно-практического характера, основанный на идеях лидеров психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии прошлого и настоящего. Авторами статей, которые являются руководителями, лидерами модальностей Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), в структурированном виде по единой логической схеме были представлены их модальности (методы) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии.

Основными в этой системе конечно же являются модальности или методы психотерапии. Чтобы называться модальностью нужно опираться на свою теорию, располагать своей системой технологий работы, иметь значительное число последователей и систему образования в своей модальности. Численность последователей мы оцениваем по числу участников от модальностей в наших конгрессах и регулярности организации секций и конференций на наших объединённых конгрессах. А теперь ещё и Псифестах и фестивалях модальностей. Образование в модальностях осуществляется в четырёхчасовой парадигме. Где есть теория, практика, учебная супервизия и учебная личная терапия. Образование зачастую проводится в модальностях с привлечением партнеров. И, в первую очередь, Первого Университета, основного образовательного партнера ОППЛ. Дальнейшая работа осуществляется с постоянным повышением квалификации. Последняя осуществляется также в четырёхчасовой парадигме. Где выделяется: личная терапия, супервизия, участие в балинтовских группах, пребывание в профессиональной среде.

У методов (модальностей), конечно, есть свой путь, свой жизненный цикл. В начале есть только автор или несколько авторов, затем десятки последователей, затем сотни, а у некоторых модальностей тысячи и тысячи.

Наша дальнейшая работа в области методов (модальностей) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии предполагает их дальнейшее развитие, когда каждая модальность будет характеризоваться: своей теорией, достаточным набором технологий, иметь своих последователей, образовательные программы, участвовать в проведении аккредитации специалистов. Модальности будут разрабатывать специальный профессиональный стандарт, принятый на уровне ОППЛ. И обязательно иметь презентационную статью в Справочнике.

Наши профессионалы очень творческие люди и нас, несомненно, ждут следующие выпуски данного Справочника с описанием модальностей (методов) психотерапии, психологического консультирования и помогающей психологии, а также кластеров.

Изданием Справочника Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига завершает Европейский период развития. Наше дальнейшее развитие будет больше питаться от наших самобытных корней, нашей неповторимой историей. И мы вместе с Европейской ассоциацией психотерапии, Азиатской Федерацией психотерапии и консультирования, Всемирным советом по психотерапии будем развивать мировую психотерапию, осознавая себя одним из ее центров развития.