

Следующей особенностью является слияние профессиональной клиент-центрированной терапии с *РСА*-движением. Объединение профессиональных *РСА*-терапевтов и тех, кому близки ценности *РСА*, приводит к формированию особой *РСА*-культуры со своим сленгом, традициями, нормами коммуникации. По этому поводу сложен не один анекдот, а общение членов сообщества с обязательными прикосновениями и поцелуями поначалу просто поражает. Рут Санфорд подчеркнула, что Роджерс всегда стремился к тому, чтобы люди были ближе, теплее друг к другу. Это своеобразное преломление мечты быть вместе в рамках отношений взаимоотноужденности и изолированности. Данная черта *РСА* близка нашей ментальности, взращенной на общинности и оборотности, одним из генетических механизмов которой является влияние в «мы» как механизм психологической защиты. На данном этапе социокультурного развития у многих наших соотечественников существует проблема разрушения «мы»-связей и становления самостоятельного «Я» (культурная модель человека-локатора трансформируется в модель человека-Робинзона).

Наконец, в концепции Роджерса практически отсутствует вертикальное (духовное) измерение: «Бог умер, религия больше не говорит с человеком в современном мире» (Тиллих, Роджерс). Духовность редуцируется к системе качественных межличностных отношений, «копя» Бога в межличностном пространстве. «Я» стремится обрести свою истинность в межличностных отношениях, в «Я-Ты» связях. Сердечность и уважение, безусловно, важны, но могут стать искусственной средой суррогатного общения, не знающей и не желающей знать реальность. На таком конвенциональном уровне *РСА* может быть даже опасна для культуры. Теплота, сердечность и безусловное уважение, свойственные подобным коммунам, вряд ли могут рассматриваться как близкие характеристики любого эффективного контакта. Во всяком случае, распространение этих ценностей на школы бизнеса не даст ожидаемых результатов.

Вышесказанная ситуация в *РСА*-движении позволяет ряду *РСА*-терапевтов говорить о кризисе *РСА*. В связи с этим важно цивилизованно интернализировать *РСА*, сделать его элементом культуры, развивающим своих граждан.

ТЕМА XIV-XV. НЕЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ (3 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Краткосрочный подход в психотерапии (1 час).

Цель – изучить основы краткосрочного подхода в психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Гипноз и аутотренинг
2. Психологические и физиологические результаты, достигаемые посредством гипноза
3. Подходы, базирующиеся на форме и функции (Дж. Хейли)

Основные понятия: краткосрочная терапия, гипноз, аутотренинг.

Литература:

1. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. – М., 1990. – 368 с.
2. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональной травмы с помощью движений глаз / Ф.Шапиро. – М., 1998. – 496 с.
3. Хайгл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии / А.Хайгл-Эверс [и др.]. – СПб.: Речь, 1998. – 784 с.

1 вопрос. Понятие "краткосрочная психотерапия" нельзя рассматривать вне связи с конкретными концептуальными рамками: начиная от краткосрочной психодинамической психотерапии в течение нескольких месяцев до психотерапии одной встречи в рамках поведенческой психотерапии или краткосрочной позитивной психотерапии. В любом случае подразумеваются существенные (в среднем 10-кратные) ограничения во времени по сравнению с аналогичными "классическими" формами психотерапии. В групповой психотерапии аналогом краткосрочной формы является марафон.

В современных направлениях (например, эриксоновский гипноз, краткосрочная позитивная психотерапия) краткосрочность является важным принципом избавления пациента от развития "психотерапевтического дефекта или пристрастия", "бегства от психотерапии" и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

В психотерапевтическом лечении аутотренинг и - вновь во все большей степени - гипноз имеют большое значение и находят широкое применение. Аутотренинг, впервые разработанный в 1920 году Й. Х. Шульцем на основе гетерогипноза и описанный им в вышедшей в 1932 году специальной монографии (J. H. Schultz, 1979), тесно связан с гипнозом; по выражению Лангена (Langen, 1983), «аутотренинг - это путь, ведущий к аутогипнозу». Поскольку эти методы состоят друг с другом в близком родстве, в дальнейшем они будут рассматриваться совместно.

Историческое развитие

Проследить историю гипноза непросто, поскольку с течением времени термины для обозначения транса и гипнотических состояний менялись. Однако внушение и вводящие в транс техники использовались уже на ранних стадиях развития человечества, и в качестве гипнотических состояний можно рассматривать, например, сон в храме Асклепия или характерные для многих культур формы экстаза, в который впадали целители и больные. Методы гипноза находили свое применение почти во всех культурах, достигших высокого уровня, к примеру, у египтян, индийцев, греков (U. Stockmeier, 1984). Поэтому гипноз можно назвать прародителем всех позднейших направлений психотерапии. В новое время история гипноза, зафиксированная в документах, начинается с венского врача Антона Месмера, выдвинувшего в 1779 году свою теорию животного магнетизма. Месмер дотрагивался до тела пациента стальными стержнями, которые он

предварительно обмакивал в ванну с химикалиями. Это прикосновение в большинстве случаев вызывало так называемый кризис - состояние транса, сопровождавшееся телесными судорогами. Месмер полагал, что по этим стержням, а позднее даже, что непосредственно через него самого и через его собственное прикосновение передается некий флюид, органическая сила тяжести или *magnetismus animalis*. В середине XIX века английский окулист Брэд ввел в обращение слово «гипноз». Брэд предлагал нескольким людям безотрывно смотреть на один какой-нибудь предмет (метод фиксации), а затем вводил их в состояние, которое он называл гипнозом. Сначала Брэд рассматривал гипноз как физиологический процесс (обусловленный деятельностью церебральных центров); позднее он разработал психологическую теорию, выдвинув на передний план сужение ментальной концентрации и внимания. В своих работах он подчеркивал значение внушения для продуцирования гипнотического состояния; иными словами, он был первым, кто описал как ауто-, так и гетерогипноз. Исследования Брэда дали толчок развитию различными авторами разного рода методов активного ауто-гипноза: прогрессивной релаксации по Джекобсоном (1929) (Jacobson, 1965), аутотренинга Шульца (Schultz, 1932) и метода расслабления при родах Дика Рида (G. D. Read, 1968).

С того самого момента, как понятие внушения было введено в медицинский понятийный аппарат, оно понималось по-разному и постоянно приобретало новые смыслы. По-прежнему наиболее четким определением внушения остается дефиниция, данная Штоквисом и Пфланцем (Stokvis und Pflanz, 1961, с. 6): «Внушение - это аффективное воздействие на телесно-душевную целостность, осуществляемое на основе реализации фундаментальной возможности межчеловеческого взаимодействия - аффективного резонанса, эмотимии». Если Бернгейм понимал расположенность к гипнозу как психологический феномен и признак душевного здоровья, то Эллис Шарко интерпретировал ее как истерическое, а, следовательно, патологическое состояние (Ellenberger, 1973). Зигмунд Фрейд в 1885/86 годах был учеником Шарко, а затем работал в Вене вместе с Брейером. И тот и другой использовали гипноз преимущественно для лечения пациентов, страдающих истерией (Breuer und Freud, 1895). Постепенно становилось все более ясным, что гипноз и использование прямого внушения оказываются ненадежными, Фрейд отошел от гипноза и начал постепенно разрабатывать психоаналитическую технику - при сохранении кушетки и метода свободных ассоциаций.

В Соединенных Штатах гипнотерапия вновь обрела признание прежде всего благодаря Милтону Эриксону (Erickson, 1967). Эриксон разработал множество терапевтических гипнотических стратегий, которые можно рассматривать как «непрямое внушение», и тем самым стал основателем целого направления, где гипнозу придается важное значение.

2 вопрос. Результаты энцефалографии пациента в состоянии гипноза нельзя свести к общему знаменателю. Это, разумеется, связано также и с формой гипнотических состояний. Как правило, в состоянии транса

преобладают альфа-волны. Это соответствует состоянию бодрствования, при котором отсутствует концентрация внимания. В нейрофизиологической теории гипноз рассматривается как процесс, в котором участвуют средний мозг и соответственно субкортикально-таламические структуры мозга. Гипнотическое состояние отличается как от состояния сна, так и от состояния бодрствования. Электродермальная активность и другие реакции вегетативной нервной системы также изменяются в направлении ваготонического, чрезвычайно сходного со спокойным состоянием регуляции (Stockmeier, 1984). В дальнейшем происходят гормональные изменения плазмокортизола и катехоламинов, а также сдвиги в формуле крови, вызванные приростом лимфоцитов. Эта физиологически-трофотропная схема реагирования имеет место также и при аутотренинге и подобным ему методам расслабления (Edmonton, 1981). При этом, однако, следует подчеркнуть, что если у гипнотизируемого возникает состояние беспокойства или страха, то у него может произойти учащение дыхания, пульса или сердцебиения. Это еще раз подчеркивает пластичность состояния транса. Таким образом, гипнотические состояния и расслабление зачастую характеризуются определенным сходством, однако они не тождественны друг другу; так, гипнотические индукции были эффективны, например, при занятиях на велоэргометре (Kossach, 1989).

Люди, подвергшиеся гипнозу, рассказывают, что их состояние и переживания меняются. «Диссоциация обычного ощущения "Я" происходит вместе с появлением неопределенного состояния полубытья» (Zindel, 1988, с. 186). При чистом гипнозе (т.е. следовательно, в состоянии, при котором отсутствуют специфические внушения) господствующими являются ощущения спокойствия и уравновешенности. Однако именно эмоциональное состояние легко поддается изменению посредством специальных внушений. Несмотря на постоянно появляющиеся утверждения противоположного, в настоящее время не существует указаний на то, что в состоянии гипноза происходит усиление функций памяти (Applebaum, 1984). Полностью можно исключить ослабление способности морального суждения (Orne, 1983). Однако вновь и вновь поднимается вопрос, можно ли заставить гипнотизируемых людей совершать действия, которые противоречат их целям и идеалам. Кажется, в принципе, как показывают отдельные примеры, такая возможность существует, и все же в подобных случаях следует принимать во внимание внутреннюю готовность к этому конкретному рассматриваемому лицу.

Процессы воображения в состоянии гипноза улучшаются, а память имеет в большей степени образно-асемантический характер. Терпимость к логическим противоречиям возрастает, а аналитическое мышление в большей степени уступает место первично-процессивному (Orne, 1959). Внимание концентрируется, а телесные ощущения изменяются. Широкий обзор психофизиологических воздействий внушения и аутотренинга дает Хоффманн (Hoffmann, 1977).

3 вопрос.

Стратегическая семейная терапия (Дж.Хейли, К.Маданес, П.Вацлавик, Л.Хоффман и др.) является наиболее распространенным в настоящее время вариантом системного подхода, который характеризуется активными попытками терапевта сделать членов семьи ответственными друг за друга, встречами с членами семьи отдельно, формированием терапевтических альянсов и применением техник парадоксальной интервенции.

Парадоксальные техники состоят в принятии психотерапевтом тех образцов поведения, которых придерживаются клиенты, и в их преднамеренном преувеличении. Например, психотерапевт может посоветовать матери, ребенок которой отказывается что-то делать, стать гораздо больше беспомощной и неадекватной, чем она есть, стимулируя последнего к деятельной позиции. Таким образом парадоксальному поведению и коммуникациям в семье противопоставляются парадоксальное (контрпарадоксальное) поведение психотерапевта. Клиенты помещаются в условия терапевтической «двойной связи» (см. выше), где, они, подчиняясь предписаниям семейного терапевта, кооперируются с ним, а не, наоборот, контролируют его поведение или манипулируют им.

Подход, ориентирующийся на форму и функцию симптома.

Симптом понимается как:

- метафорическое послание про меня или про семью;
- дисфункциональное решение проблемы;
- контракт между людьми;
- элемент тактики в борьбе за власть.

Функции симптома – защита семьи от изменений или поддержка изменений путем реорганизации семьи.

Основной вопрос: «зачем» нужен симптом?

Миланская школа системной семейной психотерапии иногда выделяется в составе стратегической семейной терапии, а иногда как самостоятельное направление системного подхода. Патологические семьи с точки зрения этого подхода характеризуются т.н. «семейными играми», т.е. стремлениями каждого члена семьи определить отношения с другими в своих собственных терминах. Подобные игры основаны на ошибочном убеждении, что существует возможность осуществлять односторонний контроль над межличностными отношениями. В действительности главное правило игры состоит в том, что выиграть не может никто и никогда, так как систему циркулярных взаимоотношений нельзя контролировать.

ЛЕКЦИЯ 2. Специфика психотерапевтического процесса в поведенчески-ориентированных подходах (2 часа).

Цель – изучить специфику терапевтического процесса в бихевиоральном подходе и когнитивной психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Бихевиоральный подход в психотерапии (Джозеф Вольпе, Ганс Юрген Айзенк). Методы поведенческой терапии. Методические компоненты группы тренинга умений. Терапевтическая модель группы тренинга умений

2. Когнитивная психотерапия. Основные черты когнитивной терапии. Основные теоретические положения рационально-эмотивного подхода. АУП-теория личности (АВС)

Основные понятия: бихевиоральный подход, когнитивная психотерапия.

Литература:

1. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. – М., 1990. – 368 с.

2. Польштер, И. Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики / И. Польштер, М. Польштер. – М., 1997. – 394 с.

3. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональной травмы с помощью движений глаз / Ф. Шапиро. – М., 1998. – 496 с.

4. Хайгл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии / А. Хайгл-Эверс [и др.]. – СПб.: Речь, 1998. – 784 с.

1 вопрос. Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла в конце 50-х гг. прошлого века. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относились тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания. Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Джозеф Вольпе определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения». Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются. Ганс Юрген Айзенк утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать. Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли. В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур.

Новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишень «чистого» поведенческого терапевта – изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к перелому.

Методы.

Французскому философу Паскалю (1623-1658) принадлежит изречение: «Привычка — вторая натура, которая разрушает добрую». Однако есть не только добрые, но и плохие привычки. Поведенческая терапия направлена и на те, и на другие, и пользуется при этом методами усвоения и устранения.

Поведенческую терапию в узком понимании основали в 20-х годах XX ст. ученики Джона Уотсона (1878-1958), основателя бихевиоризма (теории поведения). Они помогали детям побороть боязнь животных путем *обусловливания и научения*.

С того времени поведенческая терапия стала одним из наиболее распространенных психотерапевтических направлений. Она повторила тот же процесс развития, который наблюдался и в других школах терапии — следующие после основателей поколения изменяли первоначальную теорию часто до неузнаваемости, поэтому сегодня уже есть «необихевиористская терапия», которая не имеет единого названия. Этим часто номинальным изменениям противопоставляют несколько стандартных методов, которые, как и раньше, активно используются и развиваются (хотя часто и в новых формах).

Сегодня поведенческая терапия — это группа психотерапевтических методов, которые базируются на теориях научения (по И.П. Павлову и Д. Уотсону). Ее основой служат классическое обусловливание, оперантное обусловливание, имитационное научение и когнитивная теория научения. Основным приемом данной терапии — постепенная тренировка целевого поведения. Отдельными шагами является конкретный анализ поведения, распределение учебных этапов, проведение научения малыми шагами, тренировка нового поведения, этапы самоконтроля, удобные закрепляющие занятия (для повторения после завершения терапии с целью актуализации изученного). Многочисленные методы поведенческой терапии можно поделить на несколько основных групп.

Методы усвоения и научения. Постулат воспитания, согласно которому можно учить и учиться правильному поведению, систематически

используют в поведенческой терапии. **Методы отучивания.** В «Одиссее» Гомера Одиссей по совету волшебницы Цирцеи приказывает привязать себя к мачте корабля, чтобы не подвергнуться обольстительному пению сирен. К отрицательному поведению, например, злоупотреблению алкоголем, подключают аверсивный раздражитель, например запах, который вызывает рвоту.

Методы устранения должны отстранять неадекватное поведение. Один из основных методов — *систематическая десенсибилизация* (по Д. Вольпе)[1] для разложения невротической реакции страха с помощью трех шагов: тренировки глубокого мышечного расслабления, составления списка страхов, чередование расслабления и раздражения из списка страхов в нарастающей последовательности.

Методы конфронтации используют форсированные контакты с пусковыми стимулами страха относительно центральных или периферических фобий при психических расстройствах. Основной метод — флудинг (штурм раздражителями с использованием твердых приемов; Й. Маркс). При этом клиента подвергают интенсивному или непосредственному (англ. flooding-in-vivo) мысленному (англ. flooding-in-imagination) влиянию стимулов страха.

Методы когнитивной терапии используют в тренировке когнитивного научения. Основной метод — *рационально-эмоциональная поведенческая терапия* (А. Эллис)[2]. На начальном этапе устанавливают иррациональные мысли (напр., чрезмерные ожидания относительно других людей), потом выясняют причины всей этой иррациональной «системы убеждений» (англ. belief system), и после определения цели происходит приближение к ней.

Общие методы тренинга, как правило, — *стратегии решения проблем* [3]. Основной метод — *тренировка обратной биологической связи* (англ. biofeedback).

Методы формирования компонентов группы тренинга умений В последние годы широкое распространение получили группы тренинга уверенности в себе. Именно с этой целью чаще всего и формируются группы тренинга умений.

Причинами, заставившими представителей бихевиористской школы обратиться к групповой форме психотерапии, послужили не только финансовые соображения или соображения экономии времени, но главным образом понимание того, что поведение и чувства индивидуума находятся в тесной зависимости от окружения, дающего его поведению и чувствам либо положительную, либо отрицательную оценку. Поэтому процессы учения, переучивания и отучивания значительно интенсифицируются в условиях психокоррекционной группы. Это становится особенно ясным, когда человек пытается овладеть умением вести разговор, назначать свидание, вступать в интимные отношения, разрешать конфликтную ситуацию.

Группы тренинга умений включают такие компоненты, как учебная модель, постановка цели, измерение и оценка.

Учебная модель. Группа тренинга умений занимает промежуточное положение между учебной и психокорректирующей группами. Члены группы рассматриваются скорее не как клиенты, а как лица, пожелавшие приобрести определенные умения, навыки, которые помогут им улучшить свою жизнь, исправить имеющиеся личностные недостатки.

Весь жизненный период человека можно условно разделить на отдельные этапы (детство, подростковый возраст, юность, зрелость, старость). На каждом из этих этапов он приобретает определенные навыки, необходимые ему для адаптации и дальнейшего развития.

Одним из критических этапов развития личности является подростковый возраст. Приобретение умений в области межличностных отношений, формирование определенных стереотипов поведения в этом возрасте особенно актуальны.

В этих случаях групповой подход как один из методов коррекции характера и поведения приобретает особо важное значение.

Постановка цели. Целью группы тренинга умений является выработка такого поведения, которое является приемлемым не только для индивидуума, но и для общества в целом. Такая группа является своего рода лабораторией для формирования и освоения нормальных личностных умений.

К основным видам жизненных умений, которым обучают в группе, относятся управление эмоциями, планирование своего ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родительские функции, коммуникативные умения, уверенность в себе.

В отличие от других психокоррекционных групп, группы тренинга умений довольно жестко структурированы, а их руководители активно руководят группой, ставя перед участниками конкретную цель и планируя каждое задание.

Измерение и оценка. Задачи группы тренинга умений обычно сводятся к решению двух основных проблем:

1) избыток чего-то (много курит, пьет много спиртного, несдержан, испытывает навязчивый страх);

2) недостаток чего-то (недостаток сна, контактов, уверенности в себе).

Эти проблемы и связанные с ними поведение и эмоциональные реакции могут оцениваться и измеряться в количественном отношении — в баллах, баллах, физиологических показателях (частота пульса, дыхания, уровень насыщения крови кислородом и т.д.)

Техника тренинга умений многообразна и сложна, так же как многообразны и сложны методы воспитания и обучения. Выбор конкретных методик определяется поставленной целью (коррекция поведения, тренинг уверенности в себе, купирование фобий и т.д.) и теми методами, посредством которых эта цель достигается.

Терапевтическая модель группы тренинга умений.

Поведенческая терапия широко использует в работе групп тренинга умений методики, основанные на стимуле и реакции, поощрении и наказании. Все эти компоненты поведенческой терапии имеют свое

количественное и качественное выражение. Поэтому бихевиористы ориентированы на объективизацию психических процессов, а результаты обучения жизненным умениям склонны оценивать конкретными показателями.

Бихевиористу мало сказать о боязни страха публичных выступлений — важно также определить качество, глубину и степень выраженности этого страха (тахикардия, аритмичность дыхания, снижение степени насыщения артериальной крови кислородом и т. д.). Мало констатировать, что страх публичного выступления в результате лечения уменьшился или исчез, — важно оценить эту динамику посредством объективных показателей.

В связи с этим К. Рудестам считает, что “в группе тренинга умений руководитель будет тратить столько же времени на структурирование группы и оценку ее результатов, сколько на фактическое проведение занятий”.

Техника тренинга умений многообразна, сложна, так же как многообразны и сложны методы воспитания и обучения. Выбор конкретных методик определяется поставленной целью (коррекция поведения, тренинг уверенности в себе, купирование фобий и т. д.) и теми методами, посредством которых эта цель достигается.

Среди различных видов групп тренинга умений в настоящее время наиболее распространены группы тренинга уверенности в себе. Поэтому ниже рассмотрим основные элементы техники тренинга умений на модели этой группы. К ним относятся: оценка уверенности в себе; репетиция поведения; релаксационный тренинг; перестройка убеждений; “домашняя работа”.

Оценка уверенности в себе. Оценка сильных и слабых сторон навыков уверенности в себе осуществляется с помощью различных опросников. Наиболее распространенным среди них является опросник Рейзаса, состоящий из 30 вопросов.

Быть уверенным в себе — значит уметь определить и выразить свое желание и потребности. Уверенное поведение, например, выражается в умении обратиться с просьбой к другому так, чтобы не обидеть его и не унижить себя или тактично ответить отказом на его просьбу. Такой просьбой, к примеру, может быть просьба о свидании или, наоборот, отказ на предложение встретиться. Компонентами уверенной просьбы или отказа могут быть не только слова, но и жесты, мимика, поза.

Уверенность в себе не означает нахальство, агрессивность. Агрессивность является попыткой удовлетворить свои потребности за счет другого и несовместима с чувством самоуважения. Уверенность в себе поощряется обществом, агрессивность порицается. Уверенность в себе ведет к росту самоуважения; неуверенность сопровождается чувством тревоги и собственной вины.

Репетиция поведения. Методика представляет собой ролевое проигрывание жизненных ситуаций. Обычно оно начинается с несложных ситуаций, актуальных для большинства участников группы. Например, разговор с грубым продавцом, с механиком станции автосервиса, с

официантом, выпивающей компанией “друзей”, с бюрократом-чиновником. Постепенно группа переходит к проигрыванию более сложных ситуаций. Ролевые игры чем-то напоминают психодраму, однако отличаются от нее конечной целью. Конечной целью психодрамы, по Морено, являются инсайт и катарсис. Цель ролевой игры в группе тренинга умений — это выработка оптимального, основанного на уверенности в себе поведения в той или иной сложной ситуации.

Ключевыми компонентами методики репетиции поведения являются моделирование, инструктаж и подкрепление.

Моделирование — это формирование лучшего способа поведения каждого участника группы в конкретной разыгрываемой ситуации.

Инструктаж — это вмешательство руководителя, который помогает участникам группы посредством советов, обратной связи, поддержки найти оптимальный выход из трудной ситуации.

Подкрепление — это поощрение или наказание, стимулирующее правильное поведение участников группы в разыгрываемой ситуации. Лучшей формой поощрения и наказания является одобрение или неодобрение той или иной формы поведения активного участника всей группой или ее руководителем.

Методика репетиции поведения может быть условно разделена на следующие этапы:

- * постановка задачи, т.е. определение поведения, которое нуждается в коррекции и тренаже;

- * инструктаж и обучение участников исполнению сцены запланированной ситуации;

- * разыгрывание ситуации;

- * моделирование желательного поведения;

- * отработка оптимального поведения в течение всего занятия;

- * получение обратной связи: поведение активных участников разыгрываемой сцены после занятий обсуждают остальные участники группы.

Релаксационный тренинг. Участников группы сначала обучают методу прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону. Метод может применяться самостоятельно для снятия эмоционального напряжения и тревоги, возникающих в сложной ситуации, но в группе тренинга уверенности в себе чаще применяется в сочетании с методом систематической десенсибилизации по Вольпе.

Участникам предлагают закрыть глаза и мысленно представить себе ситуацию, вызывающую у них страх и тревогу. Как только эмоциональное напряжение, вызванное представлением, достигает высокого предела, участникам предлагают прекратить мысленное представление и расслабиться. Расслабление обычно приносит успокоение.

Тренировку начинают с представления сцен, вызывающих легкое волнение, и заканчивают сценами, которые сопровождаются выраженным психическим дискомфортом, тревогой и страхом. Упражнение считается

отработанным только в том случае, если участник при мысленном представлении всей иерархии психотравмирующих сцен не испытывает тревоги и волнений.

Важным этапом релаксационного тренинга является перенос его из “лабораторных” условий группы в повседневную жизнь. Чувство тревоги, волнения, страха и их уменьшение при тренировке объективизируются такими физиологическими показателями, как частота пульса, дыхания, изменение температуры тела и т.п. Во многих группах применяется “шкала субъективной оценки дискомфорта” (СОД), которая используется с целью количественной оценки глубины эмоциональных переживаний. Цифра 100 этой шкалы соответствует наиболее выраженное состояние тревоги и страха, нулю — полное их отсутствие.

Перестройка убеждений. Начинается с “атак” на ортодоксальные установки и убеждения, которыми клиент руководствуется в своей жизни, но которые являются для него иррациональными и ведут к психическому дискомфорту или неврозу.

“Домашняя работа”. Одной из проблем поведенческой терапии является проблема переноса полученных в группе новых поведенческих навыков в повседневную жизнь.

Участнику предлагают вести дневник, где бы он записывал ситуации, при решении которых испытывает затруднения. В дальнейшем эти ситуации могут проигрываться в группе. Кроме того, участник получает “домашнее задание”, выполнить которое он может, только участвуя в какой-то конкретной ситуации, вызывающей у него страх или неуверенность в себе. К примеру, необходимо активно воспрепятствовать кому-то, кто пытается купить в магазине продукты вне очереди, и оставаться самому в этой ситуации спокойным, адекватным, но настойчивым. На следующем занятии этот участник должен рассказать в группе о своем поведении при выполнении “домашнего задания”. Если задание, по мнению руководителя, выполнено не полностью, его нужно еще раз “проиграть” в группе, смоделировав перед этим оптимальный вариант ситуации.

2. вопрос. Когнитивная модель психологической помощи связана с развитием когнитивной психологии как реакции на бихевиоризм и гештальт-психологию с их акцентом на поведение и на эмоциях. Эта модель основное внимание уделяет познавательным структурам психики и делает упор на личность, личностные конструкты и, в целом, на логические способности. В самые последние годы когнитивное направление объединило в себе три подхода: рационально-эмотивную терапию (РЭТ) **А. Эллиса**, когнитивную терапию **А. Бека** и реальностную терапию **У. Глассера**.

Основные теоретические положения концепции А. Эллиса. Концепция А. Эллиса предполагает, что источник психологических нарушений при всем своем многообразии — это система индивидуальных иррациональных представлений о мире, усваиваемая, как правило, в детстве от значимых взрослых. Сердцевиной же эмоциональных нарушений

оказывается, как правило, самообвинение. А. Эллис предложил поликомпонентную структуру поведенческих актов личности, названную им первыми буквами латинского алфавита (ABCDE — теория). Данная теория нашла широкое применение в практической психологии, поскольку позволяет самому клиенту в форме дневниковых записей вести эффективное самонаблюдение и самоанализ. В этой концептуальной схеме А — активирующее событие, В (*belief*) — мнение о событии, С (*consequence*) — последствие (эмоциональное или поведенческое) события; D (*disputing*) — последующая реакция на событие (в результате мыслительной переработки); Е (*effect*) — завершающее ценностное умозаключение (конструктивное или деструктивное).

РЭТ базируется на двух главных принципах:

1. Мысли — это главный фактор, определяющий эмоциональное состояние человека (как мы думаем, так и чувствуем).
2. В основе патологии эмоций и многих психопатологических состояний лежат нарушения мыслительных процессов, к которым относятся: преувеличение, упрощение, чрезмерное обобщение, алогичные предположения, ошибочные выводы, абсолютизация.

Близкой к РЭТ является когнитивная психотерапия **А. Бека**, основное внимание в которой уделяется эмоциональным нарушениям, в частности, депрессии. Хотя А. Бек развивал свою концепцию независимо от А. Эллиса, оба течения совпадают в целях, приемах работы и исходных предпосылках, среди которых в центре — помочь клиенту в отказе от саморазрушительных когнитивных структур. Поскольку взгляды А. Бека не противоречат позициям А. Эллиса.

Эмоциональные расстройства трактуются А. Беком прежде всего как расстройства когнитивные. В частности, такое когнитивное нарушение, как депрессия, имеет три компонента: 1) восприятие себя; 2) восприятие переживаний; 3) восприятие будущего.

Созданная в 1960-е годы **У. Глассером** реальностная терапия исходит из обусловливания поведения человека собственными решениями, а также из некоторых позиций психодинамического подхода, поскольку автор концепции начинал как психоаналитик. У. Глассер полагает, что человек — самостоятельное существо, обладающее основными психологическими потребностями: принадлежности, достоинства, свободы. Человек — субъект собственной жизни, субъект мира, который он создает для самого себя.

Отсюда *первое положение* У. Глассера: личность сама выбирает свою позицию — жертвы или деятеля. *Второе положение* — личность сама выбирает желаемый мир и желаемое поведение, осуществляя постоянный контроль над ними. *Третье положение*: успешность персонализации и позитивная личностная направленность — условие личностного здоровья.