

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Рецензия д.п.н, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,
проф. Логиновой Ирины Олеговны на реферат ординатора второго года обучения по
специальности «Психотерапия», Штуко Екатерины Николаевны по теме:
«Психодинамическая терапия»

Основные оценочные критерии:

| Оценочный критерий | Положительный/отрицательный |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Структурированность | + |
| 2. Наличие орфографических ошибок | - |
| 3. Соответствие текста реферата его теме | + |
| 4. Владение терминологией | + |
| 5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы | + |
| 6. Логичность доказательной базы | + |
| 7. Умение аргументировать основные положения и выводы | + |
| 8. Круг использования известных научных источников | + |
| 9. Умение сделать общий вывод | + |

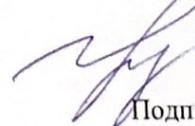
Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

10.03.212

Подпись рецензента:



Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему: Психодинамическая терапия

Выполнила: Ординатор 2 года

Штуко Екатерина Николаевна

Красноярск

2021

Содержание

Введение

1. История развития психодинамической терапии
2. Фокус психодинамической психотерапии
3. Организация психодинамической терапии
4. Основные принципы психодинамической психотерапии
5. Техника психодинамической психотерапии
6. Краткосрочная психодинамическая психотерапия

Заключение

Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Психодинамическая терапия - ряд направлений психоаналитически ориентированной терапии, изучающей воздействие прошлого опыта на формирование определенной повторяющейся манеры поведения. Психодинамическая терапия является эксплоративной, или исследовательской, формой психотерапии, популярной преимущественно в США. Как правило, она долгосрочна, вербальна ("разговорное лечение") и основана на психоаналитическом понимании работы психики (защитные механизмы, трансфер, инсайт, психическая реальность и т. д.) Основной задачей психодинамической терапии является выявление того, что находится вне сознания. Психодинамическая терапия имеет более узкий фокус, чем психоанализ, и более ориентирована на настоящий момент ("здесь и сейчас"), однако оба эти метода преследуют одни цели: познание природы конфликтов пациента, его дезадаптивного стиля поведения, исходя из особенностей детского периода ("инфантильный невроз") и его последствий для жизни взрослого человека.

Психодинамическая краткосрочная терапия - вариант психодинамической терапии, имеющий фокальный характер воздействия и определенные временные ограничения (обычно 12-20 сеансов).

Терапевтические изменения и лечебный процесс в психодинамической психотерапии своей конечной целью имеют осознание бессознательного (если сформулировать эту задачу в возможно более краткой форме), причем применение этого подхода может быть возможным и полезным для любого человека, не обязательно с какими-либо болезнями.

1 История развития психодинамической терапии

Изложение теоретических и практических основ психодинамического направления в психотерапии невозможно представить без постоянных апелляций к более широкому контексту психоаналитического знания.

Это неудивительно, так как именно благодаря психоанализу в начале XX в. в европейской культуре впервые возникло и оформилось (причем не только в области медицинской практики «заботы о душе») понимание о наличии индивидуальной и коллективной бессознательной психической реальности, действующих в ней сил и энергий, динамике их формирования и влияния на нормальное и патологическое развитие личности, возможности научного исследования и воздействия на них.

Неслучайно в отечественной и зарубежной научной литературе в качестве синонимов психодинамической терапии зачастую выступают такие термины, как «психоаналитическая психотерапия», «исследовательская психотерапия», «психотерапия, ориентированная на инсайт» и т. п., в той или иной степени подчеркивающие принадлежность данного вида психотерапии к психоаналитическим принципам понимания человеческой психики.

С другой стороны, творческое развитие теории и практики психоанализа привело к возникновению разнообразных форм психотерапевтической практики, оперирующих понятиями и концепциями энергий, сил и конфликтов между ними, но в ряде случаев, достаточно серьезно отходящих от ортодоксальной традиции.

Такая ситуация привела к тому, что до сих пор как у психоаналитиков, так и у представителей других направлений существует тенденция отождествлять психоанализ и психодинамическую терапию. Действительно, и психоанализ, и психодинамическая терапия используют психоаналитическое понимание функционирования психики человека; оба вида лечения пытаются изменить поведение терапевтическим путем с помощью таких психологических методов, как конфронтация, прояснение и интерпретация; оба требуют

интроспекции со стороны пациента и эмпатического понимания со стороны терапевта; оба обращают пристальное внимание на контрперенос.

Психодинамические формы психотерапии, зачастую подчеркивают особенности реальной жизни пациента и минимизируют рассмотрение аспектов взаимоотношений «терапевт-пациент» (при условии, что они не препятствуют проведению терапии). Кроме того, психодинамические формы психотерапии, помимо традиционных, используют такие методы, как поддержка, совет, изменения в непосредственном окружении пациента и т. д.

В связи с этим психодинамическое направление в психотерапии сегодня можно представить в форме континуума (от лат *continuus* - сплошной, непрерывный), на одном из полюсов которого располагается психоанализ как герменевтический метод (В. Дильтея приемы толкования текста), концентрирующийся исключительно вокруг фантазий и их латентного (скрытого) содержания, а другой занимает однократная поддерживающая сессия.

При этом необходимо отметить, что разница в местоположении на континууме не является качественным или количественным показателем отличия той или иной формы психодинамической терапии. Так, краткосрочная психотерапия (пока наиболее приемлемая и распространенная форма терапии в постсоветском пространстве) в силу своих временных ограничений требует от психотерапевта не меньших, а порой и больших знаний и умений в области работы с личностью.

Таким образом, под психодинамической терапией понимаются различные формы терапии, базирующиеся на основных положениях психоаналитического учения и соответственно акцентирующие внимание на влиянии прошлого опыта (психотравм, аффектов, фантазий, поступков и т.п.), формировании определенной манеры поведения (психологических защит, искажений восприятия партнеров по общению, межличностному взаимодействию), которая приобрела повторяемость и, таким образом, воздействует на актуальное физическое, социальное и психическое благополучие человека.

2 Фокус психодинамической психотерапии

Различные виды психотерапии избирают различные цели для изменения психологического функционирования. Психодинамическая (ориентированная на психоанализ) психотерапия, главным образом, акцентирует свое внимание на воздействии прошлого опыта на формирование такой определенной манеры поведения - через особые когнитивные способности (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (трансфер), - которая приобрела постоянную повторяемость и таким образом влияет на здоровье пациента:

Прошное индивидуума существует в его настоящем, благодаря памяти и биологии. Ожидаемое предсказание настоящего и будущего формируется на основе опыта, прошлого и биологии. Точно так же метафорический язык пациента может отражать какую-то особую организацию (совокупность чувств, мыслей и манер поведения), сформированную в прошлом и оказывающую воздействие на его нынешние способности, восприятие и поведение. Исследуя настоящее значение событий в контексте прошлого, психотерапевт-психоаналитик стремится изменить эти "организующие системы" его поведения, способствуя тому, чтобы информация и опыт организовались в будущем по-другому. Психодинамическая психотерапия (также известная под названием психоаналитическая психотерапия исследовательская психотерапия или же психотерапия, сориентированная на инсайт) — это метод лечения психических расстройств, который применяет беседу для изменения поведения пациента. Психодинамическая терапия разделяет с другими видами психотерапии одно общее для всех определение: взаимодействие, главным образом, вербальное, двух лиц, в котором одно призвано стать "оказателем" помощи, а другое - его "получателем". Цель - выявление характерных проблем, возникших у пациента в жизни; намерение - достижение изменений поведения. Психоаналитическая психотерапия использует специфические технические средства и особое понимание психического функционирования для выбора и

проведения соответствующего вмешательства со стороны терапевта. Как и в других видах лечения, здесь существуют свои показания и противопоказания.

Хотя цель психоаналитического лечения - избавление от симптомов и изменение поведения пациента для облегчения его страданий, снижения заболеваемости и смертности, ежеминутная реальность терапии весьма далека от этой перспективы. Точно так происходит в хирургии. Там стратегическая цель - удаление причины заболевания, остановка кровотечения и устранение болевых ощущений. Но отнюдь не эта стратегическая цель направляет саму операцию. Хирург иногда намеренно вызывает кровотечение и болезненные ощущения, прибегает к различным техническим процедурам ради достижения общей главной цели. В психодинамической психотерапии понимание терапевтом причин болезненного процесса и того, какое именно вмешательство сможет привести к выздоровлению пациента в долгосрочной перспективе, диктует ему его тактику ежедневной работы лечения.

Психоаналитическая психотерапия основана на принципах функционирования психики и психотерапевтических приемах, первоначально разработанных Зигмундом Фрейдом. Фрейд начал свою деятельность с гипноза, но позже пришел к свободному ассоциированию как методу понимания непознанных ("бессознательных") конфликтов, которые возникли в ходе развития человека, начиная с детства, и продолжились в жизни взрослого. Такие конфликты — это те манеры поведения, которые были заложены как кластеры чувств, мыслей и поступков. Они возникли в результате взаимодействия различных событий в индивидуальной истории развития человека с биологической predisпозицией.

Обычно такие бессознательные конфликты возникают либо между либидинозными или агрессивными желаниями (влечениями) и страхом утраты, страхом возмездия и ограничениями, определяемыми реальностью, либо в столкновении противоположных желаний. Либидинозные влечения удачнее всего можно определить как стремление к сексуальному и эмоциональному удовлетворению. Агрессивные желания, с другой стороны, — это

деструктивные желания, которые могут носить либо врожденный характер, либо стать следствием пережитой фрустрации или депривации. Начинающий терапевт часто путается, считая, что термин "либидинозные желания", как и раньше, описывает некие специфические генитальные чувства. Понимание сути сексуального удовлетворения в психоанализе есть более широкое понимание телесного удовольствия — это состояние возбуждения и чувство удовольствия, испытываемые человеком с младенчества. Пациент, который говорит о своем счастье, возбуждении, удовольствии, ожидании любви, томлении, тем самым описывает свои либидинозные желания. Желание что-то разрушить, получение удовольствия от гнева, ненависти или боли обычно является выражением агрессивных влечений.

"Невротический" конфликт может привести к тревоге, депрессии и соматическим симптомам, остановке профессионального и социального роста, сексуальным затруднениям, межличностным отношениям, затрудняющим адаптацию. Такие бессознательные невротические конфликты, вполне очевидно, проявляются как манеры поведения, чувствования, мышления, фангазирования и действий пациента. Воспринятые в детстве, они могут соответствовать детскому взгляду пациента на окружающий мир, быть адаптивными и даже необходимыми для выживания в определенный период. Даже если эти конфликты первоначально и не осознаются пациентом, то в ходе психотерапевтической работы они выходят на поверхность, и многие их последствия становятся более очевидными. Психодинамическая психотерапия обычно имеет более узкий фокус, чем психоанализ, и более сориентирована на то, что происходит "здесь" и "теперь". Однако оба эти метода преследуют одну цель: понимание природы конфликтов пациента, дезадаптивного стиля поведения, исходящего из детства (известного также под названием "инфантильный невроз") и их последствий в жизни взрослого человека.

3 Организация психодинамической психотерапии

Психодинамическая психотерапия может быть краткосрочной и длительной. Лечение может длиться в течение нескольких месяцев или даже лет. Длительное лечение, по сути, дата, не имеет фиксированного конца, и дату окончания трудно установить в начале лечебного процесса. Продолжительность лечения зависит от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе такого лечения. Психотерапевтические сеансы обычно проводятся два-три раза в неделю, хотя при краткосрочном лечении один сеанс в неделю является обычной нормой. Более частые встречи с врачом позволяют ему глубже проникнуть во внутреннюю жизнь своего пациента и ведут к более полному развитию трансфера. Частые встречи также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. Лекарства применяются в качестве дополнения к лечению для облегчения неперсистирующих и ухудшающих состояние симптомов для того, чтобы расширить спектр испытываемых пациентом чувств. В некоторых случаях лекарства могут облегчить состояние в начальной стадии заболевания и подготовить тем самым почву для того, чтобы психотерапия смогла адресоваться к факторам, способствовавшим возникновению заболевания, ускорить его выздоровление, реинтеграцию в семью и социум, снизить риск заболеваемости и смертности. Какое персональное значение придает пациент лекарствам и их действиям на него - важная часть исследований в ходе психотерапии, особенно когда наступает время прекратить прием лекарств.

4 Основные принципы психодинамической психотерапии

Психоаналитическая психотерапия использует специфические технические средства и особое понимание психического функционирования для выбора и проведения соответствующего вмешательства со стороны терапевта.

Прошлое индивида существует в его настоящем благодаря памяти и биологии. Ожидаемое предсказание настоящего и будущего формируется на основе опыта прошлого и биологии. Исследуя настоящее значение событий в контексте прошлого, психотерапевт-психоаналитик стремится изменить эти “организующие” системы его поведения, способствуя тому, чтобы информация и опыт организовались в будущем по-другому.

Психодинамический подход включает шесть основных принципов: динамический, экономический, структурный, генетический, адаптивный, топографический. На этих принципах основывается психодинамическое наследие, для которого наиболее существенными являются следующие положения:

1. Главное значение имеют человеческие инстинктивные импульсы, их выражение и трансформация, их подавление, посредством которого удается избежать болезненных чувств, переживаний неприятных мыслей, желаний, воздействия сознания.
2. Вера, что такое подавление является сексуальным или агрессивным, что причиной расстройства является неправильное психосексуальное развитие.
3. Идея, что корни неправильного психосексуального развития находятся в далеком прошлом, в детских конфликтах или травмах (особенно это касается родительского эдипова комплекса, выраженного в

классическом желании противоположного по полу родителя).

4. Уверенность в сопротивлении эдипова комплекса, его быстром восстановлении.
5. Мысль о том, что, по существу, мы имеем дело с борьбой между биологическими внутренними импульсами (или инстинктами - Ид) и выступающим в роли защиты по отношению к внешней реальности Эго - в общем контексте моральных правил или стандартов (Супер-Эго).
6. Приверженность концепции психического детерминизма, согласно которой, психические феномены не изменяются случайно, а связаны с событиями, которые предшествуют им, и, если не делаются осознанными, невольно являются основанием для повторения.

Психодинамическая психотерапия основана на принципах функционирования психики и психотерапевтических приемах, первоначально разработанных Зигмундом Фрейдом, а затем продолженных и расширенных Карлом Юнгом, Альфредом Адлером, Вильгельмом Райхом и другими психологами.

Психодинамический способ мышления означает учет влияния бессознательных психических сил, взаимодействующих динамически с процессами защиты, аффекта и мышления для достижения приспособляемости, большей или меньшей адаптации. Понимание природы и значения этих процессов помогает выбрать лечение, соответствующее потребностям и возможностям пациента, осмыслить уникальные, подверженные изменениям решения и компромиссы, к которым приходит каждый человек.

Х. Куртис, на основании психоаналитических принципов и концепций психического функционирования, дал некоторые основополагающие

технические рекомендации для психоаналитической психотерапии:

- 1) определил решающие динамические вопросы с целью локализации и ограничений предпринимаемых терапевтических действий;
- 2) не касайся аспектов личности, не имеющих близкого отношения к центральной проблеме;
- 3) фокусируй внимание на текущих взаимоотношениях пациента и защитных механизмах личности;
- 4) поддерживай адаптивные навыки и ресурсы пациента;
- 5) создай устойчивую, восприимчивую атмосферу поддержки и уважения;
- 6) поощряй более адаптивные способы устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

5 Техника психодинамической психотерапии

Поведенческие перемены происходят в психодинамической психотерапии благодаря двум процессам: понимание когнитивных и аффективных процессов, исходящих из детства (защитные механизмы), а также понимание конфликтных отношений, сформировавшихся у пациента с важнейшими объектами в детстве, и их воскрешение во взаимоотношениях с терапевтом (трансфер). Диагностика понимания таких чувств и восприятий и есть фокус лечения. Обстановка лечения должна быть организована таким образом, чтобы максимально облегчить выход на поверхность этих явлений, причем так, чтобы дать возможность их проанализировать, не смешивая с реальностью взаимоотношений пациента с врачом и не отмахиваясь от них, как от чего-то

тривиального. Необходимым первоначальным условием достижения успеха в психоаналитически ориентированной психотерапии является потребность самого пациента принимать участие в такой работе и его доверие во взаимоотношениях со своим терапевтом. Такой терапевтический альянс строится на реальностях лечения - совместная работа ради достижения общей цели, а также постоянство и надежность терапевта. Только по контрасту с установившимся терапевтическим альянсом пациент может рассматривать свои трансферные чувства и осознавать искажения отношений, которые эти чувства приносят. Очень важно эмпатически выслушать все то, что старается рассказать пациент и попытаться понять, что он имеет в виду. Что пациент приносит для рассмотрения в психотерапии, на то и направляется основное внимание при лечении. Глубина интерпретации и исследования всегда должна находиться на уровне сиюминутной потребности пациента, не отставать и не опережать его мысли и чувства. Начинающие терапевты часто считают, что как только им удалось что-то нащупать, они должны немедленно сообщить об этом больному. Это не так. Умение рассчитать по времени тот момент, когда можно сказать об этом пациенту, составляет естество искусства терапевта: тщательные размышления и планирование определяют, когда он должен это сделать. Хотя, по сути дела, сама интерпретация - объяснение какого-то аспекта поведения в контексте прошлого и настоящего, а также элементов трансфера - является спонтанной, спонтанность дается тщательной предварительной подготовкой. Время донесения до сознания пациента новой информации определяется предположением врача о том, когда именно такую информацию пациент сможет "услышать" и понять, что ему хотят сообщить. Свободные ассоциации пациента следует поощрять. Это достигается весьма простым путем. Пациенту сообщается, что он может свободно говорить о чем угодно. Главная задача терапевта при этом - вслушиваться в глубинные течения ассоциаций пациента. Это подразумевает понимание связи одного сюжета с другим, выявление отношения пациента к человеку, о котором он говорит, внимание к тем впечатлениям, которые сложились у пациента о своем враче. Часто, услышав

некую двусмысленность в ассоциациях пациента, врач может открыть путь к бессознательному конфликту и значимой личности из прошлого пациента, с которой этот конфликт связан. Например, пациент пришел на прием к психотерапевту сразу же после ссоры со своей девушкой и говорит: "Я хочу, чтобы она вернулась". Если вы улавливаете здесь двойной смысл в предложении - снова быть вместе с ней или же заполучить ее обратно для того, чтобы ей отомстить, - то вряд ли вы удивитесь, услышав, что, хотя пациент говорил вначале о том, что он хочет оказаться вновь со своей девушкой, к концу сеанса он уже описывает свое фантастическое возмездие. (Его фантазия была заимствована из одного старого кинофильма. Он фантазировал о том, с каким удовольствием размажет по лицу девушки грейпфрут.) Конфликтующие чувства - тоска по ней и чувство ненависти - обозначены уже в начале сеанса. Этот обычный для него образец реакции на отвержение сложился в его детских отношениях с матерью, которая, вероятно, испытывала к нему такие же конфликтные чувства и однажды прогнала из дома, угрожая ножом. Он, конечно, еще не был готов услышать о такой связи, но она уже становилась вполне очевидной. За этим "образцом" теперь можно было установить наблюдение и направить пациента по пути постепенного, медленного осознания. Терапевт ощущает на себе присутствие трансфера как оказываемое на него давление с тем, чтобы он действовал каким-то определенным образом по отношению к своему пациенту. Трансфер — это специфический пример тенденции нашего мозга видеть прошлое в настоящем, прибегать к использованию старых способов восприятия и реагирования, исключая всякую новую информацию. Если трансфер существует, то он совершенно реален для пациента, и всякая противоречащая информация им отвергается. Терапевту новичку довольно часто сложно осознавать иррациональные элементы в чувствах и восприятиях пациента по отношению к нему. Часто трансфер строится на основе реалистического восприятия терапевта. Развивая в дальнейшем эту основу, можно сделать бессознательное доступным восприятию. Терапевт может почувствовать всю точность перцепций пациента

в отношении себя, но пропустить мимо ушей те элементы прошлого, которые при этом могут заявить о себе. Исследование трансфера — это особый случай работы, связанной с исследованием взаимоотношений пациента. Все — это часть усилий с целью понимания "внутреннего мира" пациента, того, как больной видит и пропускает через свой опыт людей и события жизни, мира его психической реальности. Трансфер — это не единственное, что требуется для работы психотерапии. Он сопутствует человеку на протяжении всей жизни и может проявляться при различных видах медицинского лечения. По сути дела, когда мы приглашаем кого-то лечь в больницу (незнакомая обстановка), предлагаем снять привычную одежду, остаться среди незнакомых людей, заставляем его принимать пищу в установленные нами часы, контролируем его перемещения - все это могучие средства индукции трансфера. Единственное, что уникально для психотерапии — это попытка понять трансфер и проанализировать его вместо того, чтобы попросту постараться его преодолеть. Сам терапевт тоже может испытывать какие-то чувства по отношению к пациенту, исходящие из его прошлого. Это явление называется "контртрансфер". Контртрансфер усиливается во времена переживаемых стрессовых событий и неразрешенных конфликтов в жизни самого терапевта. Контртрансфер может быть другом", который помогает рассмотреть самые незначительные оттенки во взаимоотношениях между врачом и пациентом, которые могли пройти и незамеченными, но отразились в чувстве. Но он может стать и препятствием на пути к успешному лечению, заставляя врача неверно воспринимать своего пациента, слышать не то, что пациент старается до него донести.

6 Краткосрочная психодинамическая психотерапия

Термин «краткосрочная» предложен в 1950-60-х гг. представителями психоаналитического, психодинамического направления психотерапии. До сих пор продолжают острые дискуссии о возможности и допустимости

краткосрочных форм психотерапевтической помощи, вступающих в противоречие с базисным психотерапевтическим постулатом «глубинности--долгосрочности».

Несмотря на то, что курс психоанализа, проводимого самим Фрейдом, был относительно коротким (от 3 до 6 месяцев), а некоторые из его ближайших учеников (Ференци, Ранк) целенаправленно ограничивали психотерапию 10-12 занятиями, только историческая необходимость периода после окончания Второй мировой войны, количественное и качественное (за счет малоимущих и защищаемых обществом слоев) расширение спроса на психотерапевтическую помощь заставили ортодоксальных психоаналитиков отказаться от своих позиций. Предметом обсуждения и исследования становится радикальная терапия в течение лишь нескольких лет и возможность краткосрочных ее форм. Сторонниками и основоположниками К. п. п. являются Александер (Alexander F. G.), Сифнеос (Sifneos P. E.), Малан (Malan D. H.), Манн (Mann J.), Девенлу (Devanloo H.), Балинт (Balint M.), Мармор (Marmor J.).

Несмотря на различия в их психотерапевтических позициях, можно выделить и общие принципы К. п. п., касающиеся целей, отбора пациентов, фаз и приемов.

1. Краткосрочной считается психодинамическая психотерапия, целенаправленно ограниченная 1-40 занятиями (наиболее распространенный вариант 10-12) при частоте встреч с пациентом приблизительно 1 раз в неделю.

2. Цель К. п. п. - поведенческие изменения в фокусированной области конфликта, в отличие от установки ортодоксальной психодинамической психотерапии на личностное развитие посредством тотального преодоления комплекса базальных конфликтов.

3. Соответственно цели ведущий стратегический принцип К. п. п. - выделение и переработка фокального конфликта, в большинстве случаев эдиповой природы (соперничество, проблемы выигрыша--проигрыша и т. п.). Маркерами такого фокального конфликта являются указания пациента на

связанные с ним травмы раннего возраста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь данного конфликта с одной фигурой переноса (отцовской или материнской) и с проявлениями блокирования (ингибции) каких-либо сфер жизнедеятельности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта является аффективная реакция пациента на пробную его интерпретацию.

4. Требования к ролевой позиции психотерапевта: способность установить аффективный контакт с пациентом, сочетающаяся с «добросердечным отсутствием заботы», активность в контакте и интерпретациях (в отличие от позиции «нейтрального зеркала» ортодоксального психодинамического психотерапевта).

5. Определенные требования к пациенту. Показания: наличие фокального конфликта эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотивация, наличие опыта, как минимум, одних значимых взаимоотношений, способность рефлексировать чувства и конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Противопоказания: выраженная депрессия, психотические нарушения (параноидного и/или нарциссического характера), тенденции к патологическому отреагированию переживаний (суицидальное или наркоманическое поведение). Косвенным противопоказанием является преимущественное использование пациентом механизмов проекции и отрицания. К. п. п. в значительно большей мере, чем долгосрочная психотерапия, ориентируется на способность самого пациента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии.

6. Фазы К. п. п. Первая, отборочная фаза направлена на диагностику мотивации и силы «Я» пациента и выделение фокального конфликта (1-2 первых занятия), заключение психотерапевтического контракта. Вторая фаза посвящена переработке фокального конфликта. Заключительная, третья, фаза сепарации направлена на разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии. Дискутируется вопрос об изначальном сообщении пациенту точной даты завершения психотерапии, но считается, что такой

технический подход предпочтителен для начинающего психотерапевта, так как избавляет его от переживаний вины и чувства, что он «покидает пациента». Естественно, у больного остается возможность вновь обратиться к врачу при возникновении проблем. Но даже в случае планирования повторного курса перерыв полезен для проверки практикой полученных инсайтов.

7. Помимо обычных для психодинамической психотерапии реконструктивных приемов когнитивного и идентификационного научения, используются специфические их модификации. Ведущий технический принцип «кресло вместо кушетки» означает для психодинамического психотерапевта ориентацию на чувство стыда пациента вместо чувства вины, эксплуатируемого в ортодоксальной психодинамической психотерапии. Анализ защиты и сопротивления в процессе К. п. п. центрируется на выбранном психотерапевтом фокальном конфликте, а интерпретации переноса ограничиваются одним значимым лицом из прошлого, связанным с этим конфликтом.

8. Ведущий психотерапевтический принцип К. п. п. - переработка фокального конфликта, являющегося причиной блокирования в значимых жизненных сферах пациента, -- позволяет ему пережить возврат энергии и активности, которые могут быть им использованы для разрешения жизненных проблем. В настоящее время формируются и более новаторские подходы в К. п. п. Так, например, Зиндел (Zindel Ph., Швейцария), нарушив «аналитическое табу», использует эриксоновский гипноз для ускорения фазы свободных ассоциаций и переработки психодинамических конфликтов. Многие психодинамические психотерапевты начинают уделять все большее внимание позитивным ресурсам пациента.

Таким образом, К. п. п. служит своеобразным мостиком для перехода от аналитической психодинамической психотерапии к современной интегративной психотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психодинамическое лечение направлено на то, чтобы вновь задействовать нормальные механизмы адаптации, обращаясь к бессознательному и делая его сознательным по мере возможности. Это осуществляется путем исследования психологического значения травматического события. Оно может включать изучение и сортировку желаний, фантазий, страхов и защит, порожденных этим событием. Психодинамическое лечение требует способности к озарению и смелости, его лучше всего проводить в контексте терапевтических отношений, характеризующихся безопасностью и честностью. Перенос и контрперенос являются универсальными феноменами, терапевт, распознавая их, может по мере надобности открыто обращаться к ним в терапии в зависимости от техники лечения и своей терапевтической позиции. Отношения "терапевт-пациент" являются решающим фактором ответной реакции пациента на терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурлачук Л. Ф., Жидко М. Е., Кочарян А. С./ Психологическая психотерапия. Учебник для вузов, 2 издание, 2008 г., 480с.
2. Кадлер Х.С., Блэнк А.С., Крапник Дж.Л. Психодинамическая терапия посттравматического стрессового расстройства // Журнал практической психологии и психоанализа. - №2. -2005.
3. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. / Психодинамическая психотерапия. - изд. Лань, 1997г., 158с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия. -- С.-Пб.: Питер. Б. Д. Карвасарский. 3-е издание, 2006г., 944с