

И. В. Черепанова
О. А. Черепанов

ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Издательство
Издательство «Психология»
2014

Электронный аналог печатного издания:

И. В. Черепанова, О. А. Черепанов

Основы психологической помощи

Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2014. – 304 с.

ISBN 978-985-568-003-2

Дисциплина «Основы психологической помощи» базируется на принятом 1 июля 2010 г. Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи». Знание основ психологической помощи, умение оказывать различные виды психологической помощи с учетом причин, вызвавших состояние душевного дискомфорта клиента, является необходимым условием успешной профессиональной деятельности психологов.

Настоящее издание может быть использовано в качестве источника теоретических знаний и практических заданий для преподавателей высшей школы и институтов повышения квалификации и переподготовки кадров, которые осуществляют подготовку психологов, а также студентов-психологов, как дневного, так и заочного отделения вуза, и слушателей ИПК и ПК, обучающихся по специальности 1-23 01 71 «Психология».

УДК 159.98(075.8)

ББК 88.4я73

Черепанова, И. В. Основы психологической помощи [Электронный ресурс] : курс лекций / И. В. Черепанова, О. А. Черепанов. – Электрон. данные. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2014. – 1 электрон. опт. диск (CD-R); 12 см. – Сист. требования: Pentium II 300, 64 Mb RAM, свободное место на диске 16 Mb, Windows 98 и выше, Adobe Acrobat Reader, CD-Rom, мышь. – Загл. с экрана. – 2 экз.

212022, г. Могилев
ул. Космонавтов, 1
тел.: 8-0222-28-31-51
e-mail: alexpzn@mail.ru
<http://www.msu.mogilev.by>

ISBN 978-985-568-030-8
(электронное издание)

© Черепанова И. В., Черепанов О. А., 2014
© МГУ имени А. А. Кулешова, 2014
© МГУ имени А. А. Кулешова,
электронный аналог, 2014

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1 июля 2010 г. принят Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи», направленный на определение правовых и организационных основ оказания психологической помощи гражданам в целях обеспечения их прав и законных интересов при ее получении.

В указанном законе психологическая помощь понимается как комплекс мероприятий, направленных на содействие гражданам в предупреждении и разрешении психологических проблем, преодолении последствий кризисных ситуаций, в том числе, путем активизации собственных возможностей респондентов для самостоятельного предупреждения и разрешения возникающих психологических проблем, а также преодоления последствий кризисных ситуаций. К психологической помощи относится и информирование граждан о причинах психологических проблем, способах и средствах их предупреждения и разрешения, а также все мероприятия, направленные на развитие личности, ее самосовершенствование и самореализацию.

Знание основ психологической помощи, умение оказывать различные виды психологической помощи с учетом причин, вызвавших состояние душевного дискомфорта клиента, является необходимым условием успешной профессиональной деятельности психологов.

Основная цель курса: повысить психологическую грамотность слушателей, сформировать представление о теоретических и методологических основах оказания психологической помощи, подготовить слушателей к самостоятельной практической работе с клиентами, обратившимися за психологической помощью.

Задачи:

1. Сформировать представление о теоретических и методологических основах оказания психологической помощи.
2. Способствовать приобретению слушателями навыков самостоятельного планирования и проведения диагностико-коррекционной работы с клиентами в зависимости от содержания запроса.
3. Содействовать овладению слушателями практическими методами получения достоверных данных о психологических характеристиках клиента.

Изучение курса предполагает не только формирование у слушателей спектра базовых понятий в ходе аудиторных занятий, но и организацию активного их включения в разнообразные виды самостоятельной учебно-познавательной деятельности.

В процессе изучения дисциплины используется многообразие **форм, методов, технологий организации педагогического процесса**: лекции; практические и лабораторные занятия, основанные на самостоятельной работе слушателей с научной литературой и периодическими психологи-

ческими изданиями, и включающие решение разнообразных практических задач; дискуссии, круглые столы, технологии активного обучения: «мозговой штурм», деловые игры, технология проектов.

Организация самостоятельной работы слушателей предполагает сочетание различных видов работы с литературой и способов самоопределения в научно-исследовательской и практической деятельности: аннотирование, рецензирование, реферирование психологических источников, написание сочинений, эссе, составление программ психологической помощи и поддержки.

На практических и лабораторных занятиях слушателей целесообразно включать в следующие виды учебно-познавательной деятельности:

- заслушивание сообщений, докладов, их обсуждение;
- коллективные беседы, предполагающие обоснование участниками семинара теоретических положений, подтверждение их примерами из своей научно-исследовательской и практической деятельности или деятельности других ученых-психологов;
- участие в мини-дискуссиях по наиболее актуальным проблемам в практической деятельности психолога;
- участие в разборе и отработке сложных ситуаций, возникающих в процессе практической деятельности, решение практических задач по изучаемым темам;
- проектирование, организация, осуществление, анализ и оценка собственной деятельности в роли психолога-консультанта.

Требования к знаниям и умениям слушателей:

После прохождения курса слушатель *должен знать*:

- теоретические и методологические основы оказания психологической помощи;
- внутреннюю логику консультативного процесса, его структурные стадии и взаимосвязи между ними при оказании различных видов психологической помощи;
- основные требования к личности психолога, к его знаниям, умениям и навыкам, а также собственные ограничения при оказании психологической помощи клиентам.

В результате изучения данной дисциплины слушатель *должен уметь*:

- выбирать наиболее эффективный для решения проблем клиента вид психологической помощи;
- проводить психологические тренинги;
- оказывать помощь в виде индивидуальной и групповой психотерапии, психологического консультирования, кризисной интервенции;
- проводить психологическую реабилитацию больных;
- оценивать эффективность психологической помощи.

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Название темы	Количество аудиторных часов			Самост. работа
		Лекции	Практ. занятия	Лаб. занятия	
	Раздел 1. Теоретико-методологические аспекты развития психологической помощи.				
1.1	Методологические основы учебного курса «Основы психологической помощи». Закон РБ «Об оказании психологической помощи».	1	2		2
1.2	Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: основные понятия, требования к квалификации специалиста, виды и цели психологической помощи.	1	2		4
1.3	Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: принципы оказания психологической помощи.	1	2		2
1.4	Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: формы, способы, порядок оказания психологической помощи; права и обязанности психологов и клиентов.	1	2		2
1.5	Теоретические основания психологической помощи.	1	2		2
	Раздел 2. Практические аспекты организации психологической помощи.				
2.1	Психологический тренинг.	1	2	2	4
2.2	Методологические основы психотерапии.	1	2		2
2.3	Групповая психотерапия.	1	4		4
2.4	Индивидуальная психотерапия.	1	2		4
2.5	Семейная психотерапия.	1	4	2	4
2.6	Кризисное вмешательство. Психологическая реабилитация.	1	2	2	4
2.7	Психологическое консультирование.	1	4	2	4
	Всего: 88 ч.	12	30	8	38

СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

РАЗДЕЛ 1. Теоретико-методологические аспекты развития психологической помощи

Тема 1.1. Методологические основы учебного курса «Основы психологической помощи». Закон РБ «Об оказании психологической помощи». Становление психологической помощи как социального института и профессии. История становления профессиональной психологической помощи. Основные предпосылки и источники становления психологической помощи. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире. Становление психологической помощи в Республике Беларусь. Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи».

Тема 1.2. Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: основные понятия, требования к квалификации специалиста, виды и цели психологической помощи. Основные термины, используемые в Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи», и их определения. Понятия «психологическая помощь», «психологическая проблема», «кризисная ситуация». Квалификация специалиста. Требования, предъявляемые к психологу. Специфика подготовки специалистов за рубежом. Специфика подготовки психологов в РБ. Виды и цели психологической помощи. Психодиагностическое направление деятельности практического психолога. Психологическое консультирование. Психотерапевтическое воздействие. Коррекционно-развивающая деятельность практического психолога. Психопрофилактическая работа.

Тема 1.3. Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: принципы оказания психологической помощи. Проблема множественности этико-профессиональных кодексов психолога. Сложность выработки единых принципов деятельности психолога. Различные классификации принципов деятельности психолога в работах российских психологов (Ю.Е. Алешина, В.В. Столин, И.В. Дубровина и др.). Анализ содержания основных принципов деятельности психолога, представленных в Законе РБ «Об оказании психологической помощи». Проблема обеспечения конфиденциальности при оказании психологической помощи.

Тема 1.4. Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: формы, способы, порядок оказа-

ния психологической помощи; права и обязанности психологов и клиентов. Очная и заочная формы оказания психологической помощи. Индивидуальная психологическая помощь и помощь в составе группы. Порядок оказания психологической помощи на безвозмездной и возмездной основах. Условия оказания психологической помощи несовершеннолетним. Права и обязанности клиентов. Права и обязанности психологов. Профессионально-этические нормы как регулятор деятельности психолога.

Тема 1.5. Теоретические основания психологической помощи.

Психоанализ. Основные теоретические положения психоанализа. Техники психоанализа. Краткая характеристика концепции.

Поведенческий подход. Основные теоретические положения поведенческого подхода. Техники поведенческого подхода. Краткая характеристика концепции. Достоинства и критические моменты концепции.

Рационально-эмотивный метод. Основные теоретические положения данного подхода. Техники рационально-эмотивного метода. Краткая характеристика концепции. Достоинства и критические моменты концепции.

Гештальт-подход. Основные теоретические положения гештальт-подхода. Техники гештальт-подхода. Краткая характеристика концепции. Достоинства и критические моменты концепции.

Теория и практика консультативной и психотерапевтической работы К. Роджерса. Описание консультативного и психотерапевтического процесса. Общая оценка концепции.

РАЗДЕЛ 2. Практические аспекты организации психологической помощи

Тема 2.1. Психологический тренинг. Определение понятия «психологический тренинг». Цели тренинговой работы. Области применения психологического тренинга. Преимущества групповой формы психологической помощи. Основные парадигмы тренинга. Виды тренинговых групп. Принципы работы тренинговой группы. Эффект и специфика психологического тренинга.

Тема 2.2. Методологические основы психотерапии. Определение психотерапии и содержание основных понятий. Психотерапевтическое вмешательство. Классификация методов психотерапии. Направления психотерапии. Формы психотерапии. Основные правила психотерапии. История психотерапии. Личность психотерапевта. Проблема присутствия психотерапевта в контакте.

Тема 2.3. Групповая психотерапия. Основные положения и понятия групповой психотерапии. Преимущества и ограничения групповой психотерапии. История развития групповой психотерапии: донаучные формы психотерапии, зарождение научных форм психотерапии, современное состояние отечественной психотерапии. Принципы, роли и нормы в групповой психотерапии. Стиль руководства группового психотерапевта. Виды психотерапевтических групп. Этапы группового процесса. Факторы, обеспечивающие эффективность терапевтического воздействия в групповой психотерапии.

Тема 2.4. Индивидуальная психотерапия. Индивидуальная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия. Цели и факторы лечебного воздействия индивидуальной психотерапии. Фазы индивидуального психотерапевтического процесса. Долгосрочная и кратковременная формы индивидуальной психотерапии. Эффективность методов индивидуальной психотерапии. Психотерапевтический контакт.

Тема 2.5. Семейная психотерапия. Семейная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия. Методологические принципы и общие подходы к работе с семьей. Объект и цели семейной психотерапии. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии. Техники структурной семейной психотерапии: вызов семейной структуре, психотерапевтический контракт, эксперимент и др.

Тема 2.6. Кризисное вмешательство. Психологическая реабилитация. Принципы и задачи кризисной психотерапии. Этапы кризисной психотерапии. Формы кризисной психотерапии. Методы индивидуальной психотерапии кризисных психических состояний. Особенности консультирования при суицидальных намерениях. Консультирование в случае смерти близкого человека. Переживание утраты при разводе. Особенности беседы с умирающим человеком. Психологическая реабилитация.

Тема 2.7. Психологическое консультирование. Определение понятия «психологическое консультирование». Цели психологического консультирования. Этические нормы в консультировании. Модели процесса психологического консультирования. Основные микротехники внимания (выслушивания) и воздействия. Процессуальные аспекты консультирования. Консультативный контакт. Первая встреча с клиентом. Трудный клиент в психологическом консультировании. Условия успешного консультирования. Критерии оценки эффективности психологической помощи.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИЙ

РАЗДЕЛ 1. Теоретико-методологические аспекты развития психологической помощи

Тема 1.1

Методологические основы учебного курса «Основы психологической помощи».

Закон РБ «Об оказании психологической помощи»

План

1. Определение понятия «психологическая помощь».
2. Становление психологической помощи как социального института и профессии.
3. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире.
4. Становление психологической помощи в Республике Беларусь. Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи».

1. Определение понятия.

В человеческом обществе феномен помощи существовал всегда, хотя в качестве социального института возник и оформился только в середине XX в., что способствовало появлению ряда новых профессий: психотерапевт, психолог-консультант, социальный работник, специалист по психо-социальной работе, педагог-консультант.

По мнению А.Ф. Бондаренко, понятие “психологическая помощь” отражает некоторую реальность, некую психосоциальную практику, полем деятельности которой является совокупность вопросов, затруднений и проблем, относящихся к психической жизни человека.

В последние десятилетия как в отечественной, так и в зарубежной психологии принято представление о человеке как о трехуровневом единстве: физическом (body), психоэмоциональном (mind) и духовном (spirit). Даже такое схематическое деление понимания человека довольно явственно указывает на сферу приложения усилий, отражаемых словосочетанием “психологическая помощь”.

Очевидно, что областью деятельности соответствующего специалиста является широкий круг проблем, относящихся именно к срединному звену данной трехуровневой структуры – проблемы, в которых отражаются особенности психической жизни человека как социального существа, равно как

и особенности сообщества, в которых отражается психологическая специфика его функционирования. Это межличностные отношения, эмоциональные внутриличностные (как глубинные, так и ситуативные) конфликты и переживания; проблемы социализации (выбор профессии, создание семьи, разные формы общественных отпавлений), проблемы персонализации (возрастные и экзистенциальные), т.е. весь спектр эмоционально-смысловой жизни человека как общественного существа, наделенного психикой.

Содержание психологической помощи заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки (возвращение доверия к миру, установление открытых и искренних отношений) человеку или сообществу в трудных ситуациях, возникающих в ходе их личностного или социального бытия. Психологическая помощь оказывается в том случае, когда человек не может справиться с трудностями, потерями, одиночеством, не может быть в ладу с самим собой, обрести внутреннюю гармонию, когда у него, по выражению А.А. Бадхена, «болит душа».

Вместе с тем, существует ряд таких жизненных ситуаций (экстремальные, критические, стрессовые), которые связаны с форс-мажорными (непредвиденными) обстоятельствами, в результате которых нарушается привычный уклад жизни человека, ухудшается его самочувствие, нарушается психическое равновесие. Если трудная жизненная ситуация продолжительна или ее последствия для человека слишком трудны и невыносимы, возникает необходимость в особом рода помощи – кризисной. Кризисная помощь может быть оказана разными специалистами системы социальной защиты. Это может быть первичная психологическая помощь, в результате которой человек обретает когнитивный контроль над своими чувствами и действиями (способность разумно воспринимать и адекватно реагировать на происходящее), срочная социальная (содействие в поиске временного жилья, укрытия и т.п.) или юридическая помощь (в ситуации насилия, утраты документов либо имущества) и т.д.

Главный признак психологической помощи – то, что это деятельность двух субъектов жизни: помогающего психолога и клиента, принимающего ее. Но принимающий помощь выступает как активный субъект своей жизни. Иначе вне активности клиента помощь положительного эффекта не принесет.

2. Становление психологической помощи как социального института и профессии.

Обычаи оказания психологической помощи людьми друг другу уходят в глубь веков. Еще в медицинском папирусе Эберса (XVI в. до н.э.), содержащем около тысячи прописей целебных снадобий и зелий, приводятся сло-

ва заклинаний, необходимых при применении лекарств. Античные короли принимали услуги «консультантов», античные книги «консультировали».

Христианская религия никогда не оставалась безучастной к страждущим. В текстах Священного Писания, по преданию принадлежащих библейскому пророку Моисею, сказано: «Если же будет у тебя кто-либо нищий из братьев твоих, в одном из жилищ твоих, на земле твоей, которую Господь Бог твой дает тебе, то не ожесточи сердца своего и не сожми руки твоей пред нищим братом твоим, но открой ему руку свою, и дай ему взаймы, смотря по его нужде». Там же далее: «Дай ему, *(и взаймы дай ему, сколько он просит, и сколько ему нужно)*, и когда будешь давать, не должно скорбеть сердце твое; ибо за то благословит тебя Господь Бог твой во всех делах твоих, и во всем, что будет делаться руками твоими».

В книгах Нового Завета прослеживается великая идея милосердия, изгоняющая «нечистый дух» болезни, пороки и заблуждения, несущая животворный свет веры, надежды и любви, просвещающей силу духа истины, Святого Духа человеческой жизни. По этому поводу К. Юнг писал, что «религии суть системы исцеления психического нездоровья».

П. Флоренский в своем капитальном произведении «Столп и утверждение истины» употребил понятие «духовная ортопедия», когда писал о необходимости и предназначении духовной и душевной поддержки.

В появлении же профессий, непосредственно относящихся именно к психологической помощи, на основании данных, имеющихся в современной литературе, можно выделить восемь основных предпосылок и источников:

1. Формирование нового, гуманного подхода к людям, страдающим психическими заболеваниями (Ф. Пинель – в 1793 г. снял цепи с пациентов психиатрической лечебницы).

2. Развитие экспериментальной психологии (в 1879 г. В. Вундтом в Лейпциге создана первая экспериментальная психологическая лаборатория).

3. Возникновение и распространение психоанализа З. Фрейда.

4. Возникновение профессионального консультирования (в США в Бостоне в первом десятилетии XX в., благодаря усилиям Ф. Парсона были организованы консультации, связанные с выбором профессии и предназначавшиеся для помощи человеку в выборе подходящей работы во имя «полезной и счастливой жизни». Это реформаторское движение явилось следствием промышленной революции).

5. Развитие психологического тестирования и движения за умственную гигиену (это направление связано с деятельностью Ф. Гальтона и Ф. Бине, создавшего первые тесты IQ, Л. Термена, Э. Торндайка и К. Бирса, организовавшего в начале столетия в США Общество умственной гигиены).

Важным моментом явилось слияние профориентации с тестированием, которое укрепило ее как фундамент консультирования. До развития тестирования профориентация зависела от профессионально-технического обучения, причем основное значение придавалось профпросвещению и рекомендациям по выбору профессии. С развитием тестирования в сферах способностей, интересов, профессий и личности профориентация получила научные средства для реализации своей, основанной на здравом смысле, идеи повышения соответствия между работником и профессией. Профподбор основывался на способности консультантов собирать точную информацию о конкретном человеке, его способностях и интересах, а также и о работе. Тестирование и последующие достижения в области психологии черт и факторов предоставили в распоряжение профконсультантов методики, позволившие им проводить соответствующие оценки как индивидуума, так и работы.

6. Возникновение и утверждение в 1940-х гг. в США «недирективной психотерапии» К. Роджерса, где прослеживается нечто человеческое, фокус смещается на индивидуальные проблемы. Эти проблемы являются преимущественно эмоциональными по своей природе, и оказывающий помощь специалист занимается установлением терапевтических отношений, всячески избегая директивных воздействий. Далее, К. Роджерс отказался от термина «пациент» в пользу термина «клиент», что, по существу, закрепило в общественном сознании представление о психологической помощи.

7. Существование института религиозного попечительства и социальных работников (в традициях американского протестантизма). Выпускники факультетов философии и теологии призывались оказывать непосредственно наставническую и практическую помощь лицам, попавшим в трудную эмоциональную или житейскую ситуацию.

8. В послевоенные годы (прежде всего в США) в университетах появились специальные факультеты: семейной психотерапии, философии и теологии, психологии и социологии (с отделениями психологического консультирования и социальной работы), выпускники которых получали диплом и соответствующее право на оказание психологической и практической помощи человеку.

К 50-м гг. XX в. на фоне специфического социально-экономического контекста эпохи (окончание Второй мировой войны, экономический подъем, новые формы отношений), люди столкнулись с быстрыми социальными переменами, которые в значительной степени затрагивали их жизнь. В связи с этим, появилась настоятельная необходимость обеспечения населения адекватной гуманитарно-психологической помощью. И в это время многообразие течений в психологической, психиатрической, психоте-

рапевтической, социальной и религиозной практике как нельзя вовремя привело к оформлению специфической области человеческой деятельности, получившей название «counseling» (консультирование, наставничество, психологическое вспомоществование).

Очевидным является также определенный социально-экономический контекст эпохи, на протяжении которой возникли основные источники, составившие в своей совокупности новую общественную практику и новый социальный институт.

Начиная с конца XIX и вплоть до 20-х гг. XX в., почти все из указанных выше течений возникли в результате промышленной революции: индустриализации, появления новых транспортных средств и новых профессий, повышения уровня напряженности в социальных отношениях и массовой безработицы, связанной с переселением больших масс людей в города.

Кроме этого, огромную роль сыграли и такие обстоятельства, как завершение эпохи классической рациональности в научном познании, возникновение на руинах европейского нигилизма экзистенциализма как постхристианского мировоззрения, связанного с осмыслением глобальной по своим последствиям идеи исчезновения Бога (слова Ницше: “Бог умер”). Это привело к осознанию необходимости существования в мире на основе нового принципа – личной ответственности и личного выбора. Наконец, своеобразная реакция на последнее обстоятельство в американском протестантизме в виде секуляризации религиозного попечительства и превращения его фактически в психологическое вспомоществование, хотя и на основании христианской этики, в сочетании с конкретной практикой социальной помощи.

Все это составило тот фундамент, ту социально-культурную матрицу, в рамках которой психологическая помощь личности и сообществу получила развитие как особый социальный и профессиональный институт.

Следует особо подчеркнуть бросающуюся в глаза параллель между развитием социума и развитием соответствующих духовно-практических способов деятельности. Так, эллинистический период античности (эпоха войн, переворотов, бедствий – одновременно и эпоха высочайшего взлета человеческой мысли) привел к возникновению целого ряда направлений в философии, выполняющих психотерапевтическую миссию, обучающих людей искусству жизни: эпикурейство, стоицизм, скептицизм, софизм.

Эпоха крушения Римской империи породила христианство, психотерапевтическая направленность ранних форм и текстов которого совершенно очевидна.

Распад империй в XX в., освобождение человеческого “Я” от любых форм закрепощения, признание человека свободным и обладающим не-

отъемлемыми правами от рождения (“Декларация прав человека”, принятая ООН в 1949 г.) создала, в конечном итоге, новые общественные средства и способы личностного самопостижения, открыла целый спектр дисциплин, объединенных термином “психологическая помощь”.

В послевоенные годы в университетах и других учебных заведениях (семинариях, колледжах) появились факультеты семейной психотерапии, философии и теологии, психологии и социологии (с отделениями психологического консультирования и социальной работы). Выпускники данных специальностей получали диплом и соответствующее право на оказание психологической и практической помощи человеку – как в общине, так и в различных культурных и образовательных центрах. Их деятельность была связана именно с социально-психологическими и личностными проблемами граждан как членов общества и с превентивными мерами, направленными на предотвращение социальных отклонений. Наряду с указанными специалистами, к 60-м гг. XX в. стандартизировались и основные разновидности профессионалов, работающих в области медицинской психотерапии.

Это, во-первых, традиционная фигура психиатра. Во-вторых – психоаналитик, который, как правило, должен быть психиатром с ученой степенью доктора медицины (M. D.) и человеком, умеющим к тому же получить дополнительное образование в области психоанализа. В-третьих – клинический (медицинский) психолог с ученой степенью доктора философии (Ph. D.) или психологии (Psy. D.). В четвертых – социальный работник (с ученой степенью магистра), отвечающий за амбулаторное и непосредственно по месту жительства курирование пациентов.

Таким образом, становится понятным, что институционализация психологической помощи вызвала к жизни, наряду с параллельным развитием традиционного медицинского и религиозного (церковного) вспомоществования, два принципиально новых вида услуг и профессий (социальная помощь – содействие и психологическая помощь – консультирование) и трансформировала традиционное пасторское попечительство в новую форму религиозного наставничества – духовное вспомоществование на основе Нового Завета, но вне Церкви.

Общей тенденцией в развитии данного института является его прямая нацеленность на социально-психологические и личностные формы проживания жизни индивида в социуме. Методы же и формы работы соответствующих специалистов были позаимствованы из смежных областей: социологии (массовые опросы, глубинное интервью), психиатрии (практически весь, в том числе и с элементами гипноза, богатейший арсенал психотерапевтических техник) и религии (пасторское наставничество).

3. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире.

Анализ многочисленной литературы по проблематике “counseling” показывает, что нет буквально ни одной области человеческой (личной и общественной) жизни, в которой человек оставался бы без психологической помощи. Можно выделить следующие главные области применения науки и искусства психологической помощи.

1. Психическое (и духовное) развитие ребенка. Специальными проблемами здесь становятся: психологическая помощь ребенку в преодолении «эдипова комплекса»; удовлетворение эмоциональных запросов в обретении личностной идентичности в процессах культурного, этнического и этического самоопределения; психологическая помощь в избегании эмоциональных травм при осознании неизбежности смерти либо в случае действительной потери родителей и близких родственников; содействие в выработке устойчивых ценностных и моральных норм, особенно в критический период развития.

2. Экзистенциальные и личностные проблемы подростка. Главное направление работы в данной области – помощь в преодолении кризиса психологического отделения от родителей и идентификация подростка с другими значимыми лицами. По существу, психолог-консультант и психотерапевт сталкиваются здесь со всем возможным спектром проблем подросткового возраста – чувством неполноценности, осознанием ограниченных возможностей родителей, сексуальными проблемами, борьбой за личный и социальный статус, процессами трансформации инфантильного религиозного сознания и т.п.

3. Брак и семья. Институт супружества остается одной из наиболее насыщенных сфер деятельности психологов-консультантов и семейных психотерапевтов. Супружеские и родительские конфликты, семейные кризисы, отношения в семье – привычные проблемы в этой области. Уже ставшие привычными 50% разводов с небольшими вариациями в первых браках в дополнение к традиционным проблемам добрачного консультирования, обычной семейной и супружеской психотерапии в последние десятилетия выдвигают на одно из важных мест проблематику психологической помощи разведенным, незамужним и неженатым, равно как и консультирование, и психологическую поддержку при заключении повторных браков. Причем в США, например, к этому прибавляются проблемы при заключении брака между лицами разных конфессий.

4. Проблематика психического и личностного здоровья. Традиционная превентивная и текущая помощь при психических и соматических

заболеваниях, при душевных и духовных страданиях, связанных с расстройствами настроения, алкоголизмом, наркоманией, житейскими стрессами, конфликтами, пограничными состояниями и т.п.

5. Отдельной и глубоко разработанной областью психологического вспомоществования является такая важная и почти совершенно отсутствующая у нас сфера деятельности, как психологическая помощь умирающему и психотерапия горя. В американской психотерапии только последних лет можно насчитать более 700 работ, освещающих эту, одну из сложнейших, проблем психологической помощи.

6. Проблемы пожилого возраста. Выработка адекватного ему мирозерцания, удовлетворение эмоциональных запросов пожилых людей, отклик на возникающие религиозные проблемы, регулярный патронаж и помощь в организации соответствующего стиля и способа жизни – все это обычный круг забот психологического попечения на Западе.

7. Места заключения, больницы, казармы, студенческие городки – давно уже освоенные области работы, где проблемы личности, общения, психического состояния, а также духовности представляют собой настолько же привычные, насколько и требующие постоянного усилия проблемы.

8. Психологическая помощь и поддержка в кризисных ситуациях: внезапная смерть, попытка суицида, изнасилование, измена, потеря любви, работы и т.п.

9. Школьное консультирование, охватывающее проблемы отношений учителя и учащихся, учащихся между собой, вопросы отношений с родителями, проблемы школьной успеваемости, развитие способностей, отклонения в поведении и т.п.

10. Профессиональное консультирование, включающее в себя как общую ориентировку в выборе той или иной профессии, так и частные вопросы: как составить “резюме”, как и где получить вторую профессию, где найти работу по своим возможностям и т.п.

11. Психологическая помощь, относящаяся к кросскультурной проблематике, барьеры в адаптации, преодоление этнических предрассудков и стереотипов у эмигрантов, самостоятельная проблема подготовки консультантов для работы с этническими меньшинствами, исключая опасность отношения профессионала к клиенту не как к личности, а как к представителю этноса или расы.

12. Управленческое консультирование (консультирование в организациях). Возникший в 1970-е гг., к настоящему времени данный вид социально-психологической помощи обладает широким спектром возможностей, включающих помощь в принятии управленческих решений, тренинг

коммуникативных навыков, отслеживание и разрешение конфликтов, работа с персоналом и т.п.

При этом нельзя не отметить любопытное обстоятельство, касающееся развития психологической помощи в тех или иных странах в зависимости от уровня экономического развития и качества жизни. Так, в развитых странах Европы и Америки, где после Второй мировой войны материальные проблемы существования, в целом, были разрешены, широкое распространение получила, так называемая, гуманистическая парадигма, в пределах которой отстаивались и служили рабочим материалом в практике психологической помощи экзистенциальные ценности и понятия: встреча, выбор, подлинность, самореализация, бытие. А основной акцент приходился и приходится на уникальность, ценность и безусловную значимость личности, личностного бытия, что, собственно говоря, и находится в центре проблематики психологической помощи.

В странах же третьего мира и бывшего “социалистического лагеря” упор делался не столько на личность, сколько на социальные и социально-психологические аспекты бытия, так как ученые ясно осознавали пагубное воздействие патологического общества на человека, в котором обычная позиция личности – это позиция жертвы.

Показательным в этом смысле является направление, созданное в 1960-е гг. в Бразилии психоаналитиком Н. Кеппе, работавшим вначале в Вене вместе с В. Франклом, названное им «интегральным психоанализом». Отличительная черта этого направления – упор на исследование патологии общества развивающихся стран, порождающей специфические личностные проблемы. Отсюда такие названия работ, как «Социопатология», «Патология власти», «Освобождение через осознание» и их просветительский пафос.

В этих работах – как “у них”, так и “у нас” – понятие “психологическая помощь” усиливается до смысловой нагрузки понятия “психотерапия”, и речь идет уже не об отдельной личности или семье, а о целых социальных группах, предприятиях, общинах, без психотерапии которых – в перспективе и в сущности – невозможно вести речь о психологической помощи личности, которая иначе будет ничем иным, как паллиативом.

4. Становление психологической помощи в Республике Беларусь. Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи».

В Беларуси практическая психология развивалась гораздо быстрее теоретической. С 1974 г. при 7-й клинической больнице г. Минска работает городская консультация, в которой проводятся консультации для семей. В 1980 г. открыт Республиканский Центр консультаций «Брак и семья», где вместе работают медики и психологи.

Начиная с конца 80-х гг. XX в. в РБ ведется целенаправленная подготовка психологов. Это сложный и многоступенчатый процесс, предполагающий овладение такими дисциплинами, как общая психология, социальная психология, клиническая психология, психологией личности. Также необходимо знание дисциплин, связанных с конкретными направлениями деятельности.

Достаточно активно развивается такая сфера психологической помощи, как психологическое консультирование. Большой вклад в развитие консультативной психологии в Беларуси внесла Г.С. Абрамова, явившаяся автором первого в нашей республике «Практикума по психологическому консультированию» и учебного пособия «Введение в практическую психологию».

В последние годы преимущественное развитие получили четыре области психологического консультирования: в рамках школьной психологической службы и службы вуза (психолог в учреждениях народного образования), в рамках профконсультации (психолог центра профконсультации), в рамках психологической службы предприятий (социальный психолог) и психолог семейной консультации. Традиционным местом работы отечественного психолога-консультанта являются: психологическая служба школы, вуза и предприятия, семейная консультация и должность медицинского психолога в учреждениях Минздрава. К настоящему времени открыты новые специальности в вузах, предусматривающие специализацию в области социальной и семейной психологии, открыты специальности «Психология» и «Практическая психология» на базе Институтов повышения квалификации.

Немаловажную роль в развитии института психологической помощи, несомненно, играет экономическое состояние общества. Ясно, что общество, в котором подавляющее большинство населения не в состоянии удовлетворить свои первичные нужды, лишает людей возможности осознать свои психологические потребности и проблемы. Причем в равной степени это относится к личности самого психолога. Человек, который сам озабочен проблемами пропитания и просто не может думать о благе клиента, не способен оказать психологическую помощь, не обеспечив мало-мальски приемлемого благополучия для себя и своей семьи.

В условиях роста материального благосостояния, повышения психологической грамотности населения, фиксируется рост потребности в профессиональных психологических услугах. В целях обеспечения правовых рамок данного вида услуг 1 июля 2010 г. был принят Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи». Данный Закон направлен на определение правовых и организационных основ оказания психологической помощи в целях обеспечения прав и законных интересов граждан при ее получении.

Тема 1.2

Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: основные понятия, требования к квалификации специалиста, виды и цели психологической помощи

План

1. Основные термины, используемые в Законе РБ «Об оказании психологической помощи», и их определения.
2. Квалификация специалиста. Требования, предъявляемые к психологу.
3. Виды психологической помощи.
4. Цели психологической помощи.

1. Основные термины, используемые в Законе РБ «Об оказании психологической помощи», и их определения.

Основные термины, используемые для целей Закона РБ «Об оказании психологической помощи» и их определения, представлены в **Статье 1** данного Закона (см. Приложение).

Психологическая помощь – комплекс мероприятий, направленных на содействие гражданам в предупреждении, разрешении психологических проблем, преодолении последствий кризисных ситуаций, в том числе путем активизации собственных возможностей граждан для самостоятельного предупреждения, разрешения возникающих психологических проблем, преодоления последствий кризисных ситуаций и создания необходимых для этого условий, на информирование граждан о причинах психологических проблем и способах, средствах их предупреждения и разрешения, на развитие личности, ее самосовершенствование и самореализацию.

Психологическая помощь – это емкое понятие, содержание которого включает в себя многообразие теорий и практик, варьирующихся от специфического применения такого метода, как глубинное интервью, до многообразных техник социально-психологического тренинга, понятий и методов медицинской психотерапии, без которых отношения психолога-консультанта и его клиента могут легко разрушиться, а сама психологическая помощь – превратиться в простое выражение сочувствия или морализаторство. Понятие «психологическая помощь» отражает некоторую реальность, некую психосоциальную практику, поле деятельности в которой является совокупность вопросов, затруднений и проблем, относящихся к психической жизни человека. Областью деятельности соответствующего специалиста является широкий круг проблем, в которых отражаются как

особенности психической жизни человека – социального существа, так и особенности сообщества, в котором отражается психологическая специфика его функционирования. Психологическая помощь есть область и способ деятельности, предназначенные для содействия человеку и обществу в решении широкого круга проблем, порождаемых душевной жизнью человека в социуме. Понимание проблематики психологической помощи связано с пониманием психики как такого пространства человеческого бытия, многообразие и многогранность которого и определяют совокупность проблем в деятельности соответствующего специалиста, а именно: межличностные отношения, эмоциональные внутриличностные (как глубинные, так и ситуативные) конфликты и переживания, проблемы социализации (выбор профессии, создание семьи), проблемы персонализации (возрастные и экзистенциальные), то есть весь спектр эмоционально-смысловой жизни человека как общественного существа, наделенного психикой.

По мнению М.К. Тутушкиной, психологическая помощь включает в себя психодиагностику, коррекцию развития, психотерапию, разнообразные тренинги, профилактику отклоняющегося поведения, профориентацию и т.д.

Психологическая проблема – состояние душевного дискомфорта гражданина, вызванное неудовлетворенностью собой, своей профессиональной деятельностью, межличностными отношениями, обстановкой в семье и (или) другими проблемами личной жизни.

Психологическая проблема – это проблема психики, т.е. внутреннего мира человека, непосредственно не связанная с его внешним миром. Человек может ее видеть, а может и не видеть, но она всегда приносит страдания самому носителю проблемы. Человек может присваивать ее себе, как источнику, а может присваивать ее происхождение другим объектам, человеку, обществу, судьбе, природе и т.д. Главное, что ее определяет как проблему, это ее происхождение в психике самого человека. В первую очередь, проблема возникает из-за наличия противоречий в работе психики, и, как следствие, неудовлетворенности собой, своей жизнью, другими, обществом, судьбой или всем миром. Существует множество классификаций психологических проблем. Важно понять суть своей проблемы, увидеть ее настоящую причину, истинный источник ее возникновения в своей психике. Только при соблюдении данных условий возможно ее решение.

Кризисная ситуация – условия и (или) факторы, приводящие к жизненным изменениям и возникновению психологических проблем, с которыми гражданин не может справиться привычными для него способами.

Кризисной называют ситуацию, когда человек сталкивается с препятствием в реализации важных жизненных целей и не может справиться с этой ситуацией с помощью привычных средств. Выделяются два типа кризисных ситуаций: обусловленные изменениями в естественном жизненном цикле или травмирующими событиями жизни. Ситуации, относящиеся к разряду критических, в своей основе могут иметь объективный и субъективный компоненты. Объективный компонент представлен воздействиями внешнего, предметного и социального мира, в то время как субъективный заключается в восприятии и оценке человеком ситуации как критической.

Исходя из этого, как утверждает А.Г. Амбрумова, критическую ситуацию можно охарактеризовать как социальную ситуацию, динамика которой развивается по двум направлениям:

а) личностному, когда формирующийся внутренний конфликт обоснован характерологическими особенностями личности и появляется первым, независимо от благополучной еще в это время внешней ситуации; только затем внутренняя конфликтная напряженность психики начинает видоизменять формы поведения и общения человека, создавая поводы и причины для ухудшения внешней ситуации и перестройки ее в конфликтную, вплоть до стрессовой;

б) ситуационному, когда целый ряд неблагоприятных внешних воздействий, психотравмирующих стимулов падает на почву не отчетливо работающих защитных механизмов психики, низкую толерантность по отношению к эмоциональным нагрузкам.

Следовательно, можно выделить две группы критических ситуаций:

- детерминированные внешними условиями;
- детерминированные характером восприятия, а также индивидуально-типологическими особенностями человека.

Необходимым условием возникновения кризиса являются значительные эмоциональные нагрузки, блокирование важнейших потребностей индивида и его специфическая личностная реакция на это. Психическая травма способствует возникновению посттравматического синдрома (ПТС). Травма может быть физической, нервной, эмоциональной. Независимо от ее характера она сопровождается угрозой права на жизнь, личное благополучие, ощущением того, что мир враждебен. Причинами посттравматического стресса являются негативный жизненный опыт, отсутствие оптимизма.

Кризисные ситуации и кризисы разнообразны, как сама жизнь человека. В психологической литературе определены основные виды кризисов, которые может испытывать человек:

- кризисы развития (возрастные кризисы);
- кризисы утраты и разлуки;

- травматические кризисы;
- кризисы отношений и состояния души;
- кризисы смысла жизни;
- морально-этические кризисы.

Кризисное вмешательство – безотлагательное оказание психологической помощи.

Кризисное вмешательство представляет собой относительно новую дисциплину, основной задачей которой является оказание временной неотложной эмоциональной помощи пострадавшим в результате психологической или физической травмы. Изнасилование, жесткое обращение с детьми или супругом/супругой, попытка самоубийства, семейные конфликты, разбойное нападение, грабеж и ночная кража со взломом – все это может стать источником мощного и необычного стресса в жизни человека. Подобные стрессы предъявляют повышенные требования к адаптивным возможностям индивидуума, при истощении которых и нарушении эффективного функционирования возникает кризис, вызывая потребность в эффективном вмешательстве.

Эффективное кризисное вмешательство помогает предотвратить тяжелую эмоциональную дезорганизацию, которая ставит под угрозу физическое и психологическое благополучие индивидуума. Незамедлительное и целенаправленное вмешательство снижает вероятность прогрессирования расстройств, дает хорошие шансы на полное восстановление докризисного уровня функционирования, при этом потребность в последующей психотерапии, консультировании или госпитализации заметно снижается. Время в данном случае является решающим фактором. Неэффективное или дезадаптивное поведение жертвы кризиса следует как можно раньше прервать, редуцировать, придать ему другое направление. В связи с этим, кризисное вмешательство, в отличие от других форм индивидуального вмешательства, должно проводиться чрезвычайно быстро.

В **Статье 2** Закона РБ «Об оказании психологической помощи» указывается, что законодательство в сфере оказания психологической помощи основывается на Конституции Республики Беларусь и состоит из настоящего Закона, актов Президента Республики Беларусь и иных актов законодательства. Если международным договором Республики Беларусь установлены иные правила, чем те, которые предусмотрены настоящим Законом, то применяются правила международного договора.

Статья 3 Закона РБ «Об оказании психологической помощи» поясняет, что субъектами, осуществляющими деятельность по оказанию психологической помощи, являются организации и индивидуальные предприниматели.

2. Квалификация специалиста. Требования, предъявляемые к психологу.

Подготовка психологов-практиков представляет собой многоступенчатый и длительный процесс. Такую систему подготовки обеспечивают многочисленные образовательные структуры.

Чтобы получить профессиональную подготовку в области психотерапии и психологического консультирования за рубежом, необходимо иметь базовое образование в области психологии, медицины или социальной работы. Как указывает В.Н. Цапкин, для получения лицензии психолога-консультанта требуется пройти специальную (обычно двухгодичную) докторскую программу по клинической или консультативной психологии и получить степень «доктор философии» по одной из этих дисциплин.

Спецификой подготовки психотерапевтов и психологов-консультантов в зарубежных институтах является необходимость выполнения трех программ:

- выполнение собственно обучающей программы в области теории и методов консультирования (психотерапии);
- прохождение личной психотерапии у квалифицированного психолога (психотерапевта);
- работа с клиентами под супервизорством психотерапевта-преподавателя.

В нашей стране профессиональная подготовка психолога-практика включает в себя, прежде всего, получение высшего психологического образования. Практический психолог должен владеть общей психологией, социальной психологией, психологией развития, клинической психологией, педагогической психологией, психофизиологией, психологией личности, психологической диагностикой, историей психологии. Также необходимо знание дисциплин, связанных с конкретными направлениями профессиональной деятельности психолога-консультанта: психологии семьи, детской психологии, психологии рекламы, психологии управления и других необходимых предметов. Практическая подготовка включает в себя специальные занятия, направленные на овладение практическими умениями и навыками.

В представленном Законе положение о необходимой квалификации практикующего психолога представлено в **Статье 4** (см. Приложение).

Психолог – лицо, непосредственно оказывающее психологическую помощь и отвечающее требованиям, предъявляемым настоящей статьей. При осуществлении деятельности по оказанию психологической помощи, требующей получения соответствующего специального разрешения (ли-

цензии), психолог должен соответствовать также иным требованиям, предусмотренным законодательством о лицензировании.

Психолог оказывает психологическую помощь в качестве индивидуального предпринимателя либо работника субъекта, осуществляющего деятельность по оказанию психологической помощи.

Психологом может быть лицо:

- имеющее высшее психологическое образование;
- имеющее высшее медицинское образование с квалификацией врача-психолог, медицинский психолог, клинический психолог;
- имеющее высшее педагогическое образование с квалификацией психолог, педагог-психолог, практический психолог в системе образования;
- имеющее ученую степень доктора или кандидата психологических наук;
- прошедшее переподготовку на уровне высшего образования по специальности практическая психология, медицинская психология, психология.

Лицо, получившее соответствующее образование за рубежом, имеет право на оказание психологической помощи при наличии выданного Министерством образования Республики Беларусь свидетельства о признании документа об образовании, выданного в иностранном государстве, и установлении его эквивалентности (соответствия) документу об образовании Республики Беларусь.

Не допускаются к непосредственному оказанию психологической помощи лица, указанные в частях третьей и четвертой настоящей статьи, которые:

- имеют судимость за совершение умышленного преступления против человека;
- ранее выполняли воспитательные функции и были уволены за совершение аморального проступка, несовместимого с продолжением такой работы;
- состоят на учете в психоневрологическом и (или) наркологическом диспансерах.

3. Виды психологической помощи.

Основные виды психологической помощи, наиболее часто встречающиеся в деятельности практического психолога, представлены в **Статье 5 Закона РБ «Об оказании психологической помощи»**.

К видам психологической помощи относятся (см. Приложение):

1. Психологическое консультирование – комплекс мероприятий, направленных на содействие гражданину (группе граждан) в разрешении психологических проблем, в том числе в принятии решений относительно профессиональной деятельности, межличностных отношений, на развитие

личности, ее самосовершенствование и самореализацию, а также на преодоление последствий кризисных ситуаций.

Психологическое консультирование можно определить как непосредственную работу с людьми, направленную на решение различного рода психологических проблем, связанных с преодолением трудностей в межличностных отношениях, где основным средством воздействия является определенным образом построенная беседа.

Психологический смысл консультации заключается в том, чтобы помочь человеку понять причины трудностей, проблемы социальных взаимодействий в личных, семейных и профессиональных контактах. Основная задача психолога-консультанта – помочь клиенту посмотреть на свои проблемы и житейские сложности со стороны, изменить психологические установки как на свои трудности, так и на отношения с другими людьми.

Психологи-консультанты работают с отдельными людьми, парами, семьями и группами. Консультации могут быть индивидуальными и групповыми.

Групповое консультирование может проводиться с семьей, производственной группой или группой людей, не связанных друг с другом в повседневной жизни, но имеющих общие проблемы. Наиболее частыми вариантами работы при групповом консультировании могут быть семейное консультирование, работа по разрешению межличностных конфликтов и проблемных ситуаций в коллективах. С целью разрешения межличностных конфликтов в трудовых или иных коллективах может применяться так называемая посредническая консультация, когда психолог выступает в роли посредника в переговорах.

В последние десятилетия достаточно распространенным стал телефон доверия как форма анонимной психологической помощи и консультирования. Консультация по телефону доверия обеспечивает оперативность общения, анонимность и связанную с этим особую доверительность. Телефонное консультирование дает клиенту возможность обращаться из любого места, в удобное для него время.

Психолог при консультировании по телефону порой представляется абоненту более компетентным, чутким, способным помочь, чем это могло бы оказаться при личном контакте. Это повышает эффективность психологического взаимодействия.

2. Психологическая коррекция – комплекс мероприятий, направленных на исправление (корректировку) особенностей личности гражданина и его поведения, которые приводят к психологическим проблемам.

Психологическая коррекция проводится в том случае, если в результате психодиагностики или консультирования выявлены отклонения от

нормы в поведении или психическом развитии человека. Коррекционная работа – это воздействие психолога на определенные психические функции, качества или формы поведения личности, направленное на преодоление этого отклонения. Это воздействие всегда осуществляется на основе представления о возрастной норме психического развития (например, норме в развитии познавательных, эмоциональных, волевых процессов, норме поведения и личностных качеств). Исходя из этого, психолог строит программу коррекционной работы.

Коррекционные занятия проводятся индивидуально или в группе в течение длительного времени. Целью таких занятий может быть, например, преодоление дефицита внимания, помощь в преодолении трудностей умственного развития, коррекция неадекватных эмоциональных реакций на те или иные события, укрепление самообладания, развитие эмоционального самоконтроля, коррекция личностных качеств, форм поведения, норм социального взаимодействия человека.

Поскольку отклонения от психологической нормы могут сочетаться с серьезными отклонениями в психическом здоровье и в сфере социального поведения, то практический психолог свою коррекционную работу должен строить в тесном взаимодействии с нейропсихологом, психиатром, социальным педагогом. Непосредственным поводом для организации коррекционной работы становятся обычно трудности в учебной деятельности, нарушения поведения и дезадаптация школьника, проблемы в профессиональной или повседневной деятельности, в эмоционально-волевых переживаниях взрослого человека.

Групповая психокоррекция часто бывает направлена на развитие коммуникативных способностей, на формирование умения анализировать поведение и состояния других людей, умения адекватно воспринимать себя и окружающих. При этом корректируются нормы межличностного взаимодействия, развивается способность гибко реагировать на ситуацию, быстро перестраиваться в различных условиях и разных группах.

В качестве методов психокоррекции используются различные виды интеллектуального тренинга, методы обучения саморегуляции, социально-психологические тренинги, ролевые игры, групповые дискуссии.

3. Психологическая профилактика – комплекс мероприятий, направленных на своевременное предупреждение возможных нарушений в становлении и развитии личности гражданина и межличностных отношений, содействие гражданину в сохранении и укреплении состояния его душевного равновесия.

Психопрофилактическая работа связана с сообщением необходимых психологических знаний тем, кто в первую очередь в них нуждается – родителям, учителям, учащимся, работникам социальных служб и т.д. с целью предупреждения возможных нарушений условий развития и повышения уровня психологической компетенции. Это может быть также работа по созданию условий, максимально благоприятных для развития межличностных взаимоотношений в педагогических коллективах или в организационных структурах на предприятии. Психопрофилактика касается также превентивных мер по предупреждению неблагополучия в психическом и личностном развитии, совершения противоправных действий, пагубных последствий наркотических и алкогольных пристрастий. Психопрофилактика включает работу с неблагополучными семьями, родителями и детьми из этих семей, предупреждая случаи возможных социальных осложнений.

4. Психологическое просвещение – комплекс мероприятий, направленных на распространение психологических знаний, повышение степени информированности граждан о психологии и возможностях психологической помощи в целях повышения уровня их психологической культуры и качества личной жизни.

Важнейшая задача психологического просвещения – расширение психологических знаний и повышение психологической культуры людей. Такие знания особенно необходимы специалистам, которые в своей повседневной профессиональной деятельности постоянно вступают в контакты с людьми: руководителям, педагогам, врачам, работникам культуры, сферы обслуживания и торговли, работникам рекламы, бизнесменам. Для многих людей психологические знания полезны только как основа для саморазвития и саморегуляции своей личности, для улучшения межличностных отношений, например, для школьников, родителей, пенсионеров.

В процессе психологического просвещения психолог в научно-популярной форме знакомит клиентов с основами психологии, результатами новейших психологических исследований, формирует у них потребность в психологических знаниях и желание использовать их в жизни и практической деятельности. При этом важнейшими требованиями к психологическому просвещению должны быть: ясность, доступность изложения информации, ее практическая ориентированность. Необходимо стремиться избегать профессионального жаргона и чрезмерного употребления специальных терминов.

Для психологического просвещения могут использоваться лекции, беседы, семинары, выставки психологической литературы, информа-

ционные стенды, просмотр и обсуждение художественных и видеофильмов, психологический анализ поведения героев. При этом важно учитывать, что для формирования умений полезнее оказываются семинары и практические занятия. Психолог может также помочь отдельным специалистам в подборе психологической литературы для их самообразования.

Формирование стремления к приобретению психологических знаний и желания использовать их в жизни и практической деятельности – важнейшая основа для психологического просвещения.

5. Составной частью любого вида психологической помощи может являться **психологическая диагностика**, выражающаяся в оценке индивидуально-психологических свойств личности гражданина и направленная на выявление психологических проблем гражданина, уточнение их особенностей.

Установление психологического диагноза – одна из задач, стоящих перед практикующим психологом. В психодиагностическом обследовании можно выделить три основных этапа: сбор данных; переработку и интерпретацию данных; вынесение решения (диагноз и прогноз). Диагноз как основная цель психодиагностики может устанавливаться на разных уровнях: *первый уровень* – симптоматический, или эмпирический. На этом уровне диагноз ограничивается констатацией особенностей или симптомов (признаков); *второй уровень* – этиологический, учитывающий не только наличие характеристик, но причины их возникновения; *третий уровень* – уровень типологического диагноза, заключающийся в определении места и значения выявленных характеристик в общей картине психической жизни человека.

В своей практической деятельности психолог часто ограничивается диагнозом первого уровня, в основе которого лежит применение того или иного психодиагностического инструмента. Для оценивания психодиагност использует профессиональные психологические наблюдения, беседы, психологические тесты. В ходе наблюдения или беседы психолог констатирует наличие или отсутствие определенных психологических качеств, эмоциональных реакций, поведенческих проявлений и их соответствии накопленным в профессиональной психологии нормам.

В психологическом тестировании могут использоваться тест-опросники, проективные тесты и тесты, требующие выполнения каких-либо практических заданий. В тест-опросниках человека просят ответить на ряд прямых или косвенных вопросов. Достоверность получаемой при этом информации зависит от искренности опрашиваемого и

его способности к самоанализу и самоотчету в предлагаемой ситуации. Поэтому профессиональные психологи не слишком доверяют результатам таких опросов и используют их как средство для получения первичной информации. Большую достоверность получаемой информации обеспечивают проективные тесты. При проведении проективного теста человек как бы проецирует свои психологические качества на какую-либо неопределенную ситуацию, предлагаемую в тесте. Одним из наиболее известных проективных тестов можно считать, например, тест чернильных пятен, в котором человек должен сказать, что он видит в предъявляемых ему симметричных чернильных пятнах. Неопределенность цели обследования не позволяет испытуемому намеренно искажать результат. Наконец, существуют тесты-задания практического характера, в которых по тому, как выполнил человек задание, судят о его психологических качествах.

В жизни каждому человеку довольно часто приходится встречаться с проблемами и вопросами, относящимися к области психологии. Человек устроен таким образом, что ему свойственно стремиться к внутреннему равновесию, гармонии, физическому и психическому здоровью. Однако, реализуя на практике это стремление, человек оказывается часто в сложных ситуациях, один на один с проблемами, самостоятельно справиться с которыми он не может.

4. Цели психологической помощи.

Целью оказания психологической помощи является преодоление различного рода психологических затруднений. В настоящем Законе цели психологической помощи представлены в **Статье 13.**

Целями оказания психологической помощи являются (см. Приложение):

- *предупреждение психологических проблем;*
- *разрешение психологических проблем;*
- *преодоление последствий кризисных ситуаций;*
- *информирование граждан о причинах психологических проблем и способах, средствах их предупреждения и разрешения;*
- *развитие личности, ее самосовершенствование и самореализация.*

Данные цели могут быть реализованы практикующим психологом только при условии достаточно высокого уровня профессиональной квалификации.

Сравнительные характеристики двух типов психологов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ психологов с разным уровнем квалификации

	Квалифицированный психолог	Неквалифицированный психолог
Цели психологической помощи	1. Ориентируется на цели клиента. 2. Формирует цели психологической помощи на основе личности клиента.	1. Ориентируется на свои цели. 2. Формирует цели психологической помощи на основе своей собственной личности.
Общение	1. Имеет множество откликов и реакций на многие ситуации и проблемы. 2. Избегает оценочных суждений о действиях клиента. 3. Осознает влияние как себя на клиента, так и клиента на себя.	1. Обладает типичным стилем поведения, фиксируется на одном или нескольких откликах. 2. Шаблонно оценивает действия клиента. 3. Нет понимания о том, что такое межличностное влияние.
Мировоззрение	1. Понимает сложность своей работы, стремится понять и использовать в ней множество способов помощи клиенту.	1. Не размышляет на тему работы, ограничивается одним способом помощи клиенту.
Понимание чужой культуры	1. Способен воспринять и понять чужую культуру.	1. Способен работать лишь в рамках одной культуры, которую он понимает.
Конфиденциальность	1. Заботится о сохранение и неразглашении информации.	1. Не заботится о конфиденциальности, склонен к распространению психологической информации.
Ограничения в деятельности	1. Реально оценивает свои возможности, не берется за работу, находящуюся вне его компетенции. 2. Работает с профессионалами смежных специальностей.	1. Берется за любую работу. 2. Не хочет работать с другими профессионалами.
Человеческое достоинство	1. Уважает достоинство своего клиента.	1. Склонен смотреть на других людей сверху вниз.
Обобщенная теория	1. Развивает собственную концепцию психологической помощи на основе существующих.	1. Привязан к одному подходу, не размышляет об альтернативах.
Отношение к обобщенной теории	1. Понимает, что у каждого исследователя есть свой взгляд на мир.	1. Игнорирует теории других авторов.

Тема 1.3

Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: принципы оказания психологической помощи

План

1. Проблема множественности этико-профессиональных кодексов психолога.
2. Различные классификации принципов деятельности психолога в работах российских психологов (Ю.Е. Алешина, В.В. Столин, И.В. Дубровина и др.).
3. Анализ содержания основных принципов деятельности психолога, представленных в Законе РБ «Об оказании психологической помощи».
4. Проблема обеспечения конфиденциальности при оказании психологической помощи.

1. Проблема множественности этико-профессиональных кодексов психолога.

Как и во многих профессиях, в деятельности психолога, при оказании им психологической помощи, существуют некоторые принципы и требования, реализация которых является обязательной. Эти принципы необходимы для того, чтобы оказание психологической помощи было не просто более эффективным и осмысленным занятием, но также – социально приемлемым. Существование различных этических кодексов деятельности психолога-профессионала в различных странах и психологических сообществах связано с тем, что нет однозначных и простых ответов на этические и моральные проблемы, возникающие в психологической практике.

Во множестве работ на эту тематику обсуждаются различные сложные ситуации, в частности – как следует вести себя консультанту, если в ходе приема он узнает, что его клиент замышляет или совершил асоциальный поступок, если он видит следы побоев или другого насилия на теле у ребенка, если родители хотят узнать что-либо о своем скрытном ребенке-подростке, а также многие другие. В некоторых странах, например, в США, несоблюдение профессиональных принципов и требований, может вести к лишению психолога диплома, прав на практику и предложение своих профессиональных услуг и т.д.

2. Различные классификации принципов деятельности психолога в работах российских психологов (Ю.Е. Алешина, В.В. Столин, И.В. Дубровина и др.).

Попытки сформулировать основные профессиональные принципы работы практического психолога неоднократно осуществлялись в российской психологии. В частности, это работы В.В. Столина, Ю.Е. Алешин, И.В. Дубровиной и др.

Так, в работах В.В. Столина были сформулированы наиболее общие принципы деятельности психолога, работающего в сфере семейного консультирования:

1. Принцип анализа подтекста.
2. Принцип стереоскопического диагноза.
3. Принцип отказа от конкретных рекомендаций.
4. Принцип системности.
5. Принцип уважения личности клиента.
6. Принцип профессиональной мотивированности консультанта.

Ю.Е. Алешина в работе «Индивидуальное и семейное психологическое консультирование» предлагает следующие принципы индивидуального и семейного консультирования:

1. *Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту.*

Данный принцип подразумевает целый комплекс профессионального поведения, направленного на то, чтобы клиент чувствовал себя спокойно и комфортно. Консультанту необходимо уметь внимательно слушать клиента (например, используя технику активного слушания), стараясь понять его, не осуждая при этом, а также оказывать психологическую поддержку и помощь.

К. Роджерс формулирует этот принцип как «безусловное принятие» клиента, его чувств, переживаний, опыта. «Безусловное принятие» отнюдь не предполагает одобрения всего поведения клиента. Имеется ввиду признание права человека на какую угодно гамму собственных чувств без риска потерять уважение психолога. Недопустимо произнесение вслух отрицательных оценок и навешивание ярлыков.

2. *Ориентация психолога на нормы и ценности клиента, а не на социально принятые нормы и правила.*

Отношения принятия ценностей клиента и их уважение являются не только возможностью выразить поддержку клиенту, но также позволяют повлиять в будущем на эти ценности, если они станут рассматриваться в процессе консультирования как препятствие для нормальной жизнедеятельности человека.

3. Запрет давать советы.

Психолог, даже несмотря на свой профессиональный и жизненный опыт и знания, не может дать гарантированный совет клиенту, в частности и потому, что жизнь клиента и контекст ее протекания уникальны и непредсказуемы, и клиент является основным экспертом в своей собственной жизни, в то время как психолог обычно выступает как эксперт в других областях, в частности, в способах выстраивания отношений с клиентом, а также в теории психологической помощи. Кроме того, дать совет – значит принять ответственность за жизнь клиента в случае, если он им воспользуется, что не способствует развитию его личности. Кроме того, давая совет, профессиональная позиция психолога может изменяться, а принимая совет, у клиента может измениться его позиция, в сторону большей пассивности и поверхностного отношения к происходящему. Нередко при этом любые неудачи в реализации совета клиентом, могут приписываться психологу, как давшему совет авторитету, что мешает пониманию клиентом своей активной и ответственной роли в происходящих с ним событиях.

4. Анонимность (конфиденциальность).

Данный принцип означает, что никакая информация, сообщенная клиентом психологу, не может быть передана без его согласия ни в какие организации и другим лицам, в том числе родственникам или друзьям. Вместе с тем, существуют исключения (о которых психолог должен заранее предупреждать клиента), специально отмеченные в законодательстве страны, в соответствие с законами которой осуществляется профессиональная деятельность психолога.

5. Разграничение личных и профессиональных отношений. Осуществляя свою профессиональную деятельность, психолог обязан охранять чистоту профессиональных отношений от любых других отношений (личных, родственных, сексуальных). Этот принцип-требование к консультанту, связан с рядом психологических феноменов (перенос и контрперенос), возникающих в процессе взаимодействия психолога и клиента и влияющих на процесс психологической помощи. В связи с этим нецелесообразно проводить консультирование родственников, друзей, сотрудников, так как внепрофессиональные стереотипы, неизбежные в такого рода взаимоотношениях, вторгаются в работу и существенно влияют на ее эффективность.

Недопустимы сексуальные контакты психолога с клиентами, так как представляют собой прямое злоупотребление социальной ролью психолога. Обращаясь за психологической помощью, клиент раскрывает свои чувства, фантазии, тайны и желания, в том числе и сексуального характера. Иногда клиенты идеализируют психолога, им кажется, что это един-

ственный человек, способный их понять и принять. Вследствие таких установок у клиентов могут возникнуть желания близости, интимных отношений. Однако в случае превращения профессионального контакта в сексуальную связь дальнейшее оказание психологической помощи становится невозможным, так как психолог теряет способность объективного анализа ситуации, а клиент попадает в крайнюю зависимость от данного рода взаимоотношений.

3. Анализ содержания основных принципов деятельности психолога, представленных в Законе РБ «Об оказании психологической помощи».

В Законе РБ «Об оказании психологической помощи» принципы оказания психологической помощи представлены в **Статье 14**.

Психологическая помощь оказывается на основе принципов (см. Приложение):

✓ *Законности.*

Принцип законности означает, что в процессе оказания психологической помощи необходимо соблюдать нормы, установленные государством и закрепленные в Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи».

✓ *Уважения и соблюдения прав, законных интересов и свобод граждан.*

Психолог исходит из уважения личного достоинства, прав, свобод, провозглашенных и гарантированных Конституцией РБ.

Психолог уважает право каждого на частную жизнь, конфиденциальность, самоопределение и автономию, заботится о решении тех ситуаций, в которых юридические, профессиональные или иные обязательства входят в противоречие с осуществлением этих прав. Признавая существование культурных, индивидуальных, ролевых различий, таких как возраст, пол, расовая, этническая и национальная принадлежность, религиозные убеждения и т.д. психолог должен уметь контролировать влияние предубеждений, основанных на этих факторах, на свою профессиональную деятельность.

✓ *Добровольности получения психологической помощи.*

Получатель психологической помощи самостоятельно выбирает лицо, оказывающее психологическую помощь, специалиста-психолога, вид психологической помощи и форму ее оказания, и не может быть принудительно направлен на ее получение по решению каких-либо организаций или третьих лиц.

Получатель психологической помощи вправе отказаться от получения психологической помощи на любом этапе ее оказания.

✓ *Доступности получения психологической помощи.*

Доступность и качество психологической помощи обеспечиваются:

- 1) приближенностью оказания психологической помощи к месту жительства, месту работы, обучения и др.;
- 2) наличием необходимого количества специалистов-психологов и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора лиц, оказывающих психологическую помощь и/или специалистов-психологов;
- 4) применением стандартов психологической помощи и порядков оказания психологической помощи.

✓ *Конфиденциальности.*

Информация, полученная психологом в процессе проведения работы, не подлежит сознательному или случайному разглашению, а в ситуации необходимости передачи ее третьим лицам должна быть представлена в форме, исключающей ее использование против интересов клиентов.

Лица, участвующие в психологических исследованиях, тренингах и других мероприятиях, должны быть осведомлены об объеме и характере информации, которая может быть сообщена другим заинтересованным лицам и (или) учреждениям.

С целью обеспечения принципа конфиденциальности, психологу целесообразно соблюдать следующие правила:

– Правило кодирования сведений психологического характера. Психолог обязан на всех материалах психологического характера, начиная от протоколов и кончая итоговым отчетом, указывать не фамилии, имена, отчества испытуемых, а присвоенный им код, состоящий из некоторого числа цифр и букв. Документ, в котором указываются фамилия, имя, отчество испытуемого, и соответствующий ему код, известный только психологу, оформляется в единственном экземпляре, хранится отдельно от экспериментальных материалов в недоступном для посторонних месте и передается заказчику по акту, если это необходимо по условиям работы.

– Правило контролируемого хранения сведений психологического характера. Психолог должен предварительно согласовать с заказчиком список лиц, получающих доступ к материалам, характеризующим испытуемого, место и условия их хранения, цели их использования и сроки уничтожения.

– Правило корректного использования сведений психологического характера. Психолог должен достичь соглашения с заказчиком об исключении случайного или преднамеренного сообщения испытуемому результатов его исследования, которые могут его травмировать, и создать

условия для выполнения этого соглашения. Сведения психологического характера об испытуемом ни в коем случае не должны подлежать открытому обсуждению, передаче или сообщению кому-либо вне форм и целей, рекомендованных психологом.

Существуют определенные границы использования принципа конфиденциальности. В большинстве стран он считается нарушенным в следующих случаях:

- существует угроза для жизни клиента или других людей;
- психолог получил информацию о противозаконных действиях;
- совершается насилие (жестокое обращение, развращение и др.) над несовершеннолетними детьми;
- клиент болен и нуждается в госпитализации.

В Законе РБ «Об оказании психологической помощи» принцип конфиденциальности, а также исключения из данного принципа раскрываются в **Статье 15** «Обеспечение конфиденциальности при оказании психологической помощи» (см. Приложение).

✓ *Научной обоснованности.*

Любая форма психологической помощи, чтобы быть научно обоснованной и эффективной, должна опираться на определенные теоретические представления о личности, особенностях ее формирования и развития, специфике ее адаптации и дезадаптации, ценностях и целях.

В настоящее время в психологии существуют три основных, официально принятых теоретических направления. Каждое направление по своему интерпретирует личность, имеет свою концепцию психического здоровья и болезни, концепцию психологической помощи в достижении значимых целей. Это такие направления, как: *психодинамическое направление; поведенческое направление (бихевиоризм); гуманистическое, или экзистенциально-гуманистическое направление.*

Помимо этих трех ведущих направлений психологической помощи, в последнее время активно развивается *когнитивная психология*, послужившая основой создания когнитивной психотерапии. Приемы и техники когнитивной терапии активно используются в современном психологическом консультировании. Каждое из этих теоретических направлений в психологии послужило основой для создания соответствующих технологий психотерапии, психологического консультирования и психологической коррекции.

✓ *Профессионализма.*

Уровень профессиональной подготовки психолога-консультанта должен соответствовать профессиональным стандартам. Психологу необходимо адекватно оценивать уровень и пределы своей профессиональной

компетентности, четко осознавать границы собственных профессиональных возможностей и не пытаться решать проблемы в тех сферах, где он может оказаться некомпетентным.

Выполнение принципа обеспечивается следующими правилами, регламентирующими отношения психолога с клиентом:

– Правило сотрудничества психолога и клиента. Психолог обязан уведомить клиента о реальных возможностях современной психологической науки в области поставленных клиентом вопросов, о пределе своей компетентности и границах своих возможностей. Психолог должен сообщить клиенту о принципах и правилах психологической деятельности и получить согласие клиента руководствоваться ими при использовании методов и материалов психологического характера.

– Правило профессионального общения психолога и клиента. Психолог должен владеть методами психодиагностической беседы, наблюдения, психолого-педагогического воздействия на таком уровне, который позволял бы, с одной стороны, максимально эффективно решать поставленную задачу, а с другой – поддерживать у клиента чувство симпатии и доверия, удовлетворения от общения с психологом. Если клиент болен, то применение любых методов исследования и профилактики допустимо только с разрешения врача или с согласия других лиц, представляющих интересы клиента. Выполнять психотерапевтическую помощь больным психолог может только согласованно с лечащим врачом и при наличии специализации по медицинской психологии.

4. Проблема обеспечения конфиденциальности при оказании психологической помощи.

Существуют определенные границы использования принципа конфиденциальности. В большинстве стран он считается нарушенным в следующих случаях:

- существует угроза для жизни клиента или других людей;
- психолог получил информацию о противозаконных действиях;
- совершается насилие (жестокое обращение, развращение и др.) над несовершеннолетними детьми;
- клиент болен и нуждается в госпитализации.

В Законе РБ «Об оказании психологической помощи» принцип конфиденциальности, границы данного принципа дополнительно конкретизируются в **Статье 15** (см. Приложение).

Информация, полученная при оказании психологической помощи, а также факт обращения за оказанием психологической помощи являются

профессиональной тайной, охраняемой настоящим Законом. Документация психолога об оказании гражданину психологической помощи применяется только для служебного пользования. Выписка из документации психолога об оказании гражданину психологической помощи предоставляется по запросу этого гражданина или его законного представителя, за исключением случаев оказания психологической помощи анонимно. Выписка из документации психолога об оказании гражданину психологической помощи предоставляется в форме, доступной для понимания лицом, не обладающим специальными познаниями в области психологии.

Сведения, составляющие профессиональную тайну, могут быть сообщены психологом третьим лицам только с согласия гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи, или его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

Предоставление сведений, указанных в части первой настоящей статьи, без согласия гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи, или его законного представителя допускается по письменным запросам:

- органов, ведущих уголовный процесс, в связи с проведением предварительного расследования или судебным разбирательством;
- руководителей органов или учреждений, исполняющих наказание и иные меры уголовной ответственности, для обеспечения личной безопасности и ресоциализации граждан;
- руководителей государственных организаций здравоохранения, оказывающих психотерапевтическую, психиатрическую, наркологическую, сексологическую помощь, для оказания такой помощи;
- руководителей учреждений образования в целях улучшения условий организации обучения и воспитания обучающихся (воспитанников) этих учреждений;
- научных работников в связи с проведением ими научных исследований или специалистов, занимающихся педагогической деятельностью в области психологии, психотерапии, психиатрии, сексологии, в связи с осуществлением ими педагогической деятельности – в форме, исключающей наличие сведений личного характера, позволяющих идентифицировать конкретного гражданина.

Психологи обязаны сообщать в правоохранительные органы информацию, составляющую профессиональную тайну, если она содержит сведения о совершенном особо тяжком преступлении, либо о готовящемся тяжком, особо тяжком преступлении.

Психологи обязаны информировать законных представителей несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, о психологических проблемах несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, при которых существует вероятность совершения ими суицидальных действий. Предоставление такой информации не является разглашением профессиональной тайны.

Обязанность сохранять профессиональную тайну наравне с психологами распространяется также на лиц, которым она стала известна в соответствии с настоящим Законом.

Тема 1.4

Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: формы, способы, порядок оказания психологической помощи; права и обязанности психологов и клиентов

План

1. Формы, способы и порядок оказания психологической помощи.
2. Условия оказания психологической помощи.
3. Права и обязанности клиентов.
4. Права и обязанности психологов.

1. Формы, способы и порядок оказания психологической помощи.

В Законе РБ «Об оказании психологической помощи» формы и способы оказания психологической помощи представлены в **Статье 16** (см. Приложение).

Оказание психологической помощи может осуществляться в очной и заочной формах.

Очная форма оказания психологической помощи – оказание психологической помощи без использования средств электросвязи.

Заочная форма оказания психологической помощи – оказание психологической помощи с использованием средств электросвязи.

Очная психологическая помощь оказывается при непосредственном взаимодействии специалиста-психолога и получателя психологической помощи в специально предназначенном помещении, расположенном в нижних этажах здания, доступном для инвалидов и иных маломобильных граждан, обеспеченном всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащенном телефонной связью.

Заочная психологическая помощь оказывается при непосредственном взаимодействии специалиста-психолога и получателя психологической помощи или без непосредственного взаимодействия с использованием технических средств, обеспечивающих технические условия качественно оказываемой психологической помощи.

Оказание психологической помощи гражданину осуществляется индивидуально или в составе группы.

Индивидуальная форма работы проводится в тех случаях, когда по личностным, социальным или общественным причинам (специфика проблемы, например измена, горе; статус клиента; чрезмерная застенчивость и др.) групповая форма психологической помощи не представляется возможной. Можно сказать, что индивидуальная форма работы предпочтительна во всех тех случаях, когда характер проблематики требует не столько развивающей и обучающей направленности, сколько утешения и изживания, сближая психологическую помощь с психотерапевтическим воздействием. В отечественной традиции подобную практику все чаще именуют «внемедицинская психотерапия».

Когда же акцент делается на развивающий, обучающий или же момент групповой, социальной поддержки, как, например, в течении «анонимные алкоголики», несомненное преимущество на стороне **групповой формы работы**.

Возможность разноплановой обратной связи, групповая динамика, сам факт совместного проживания эмоционально насыщенных событий в группе – важнейший источник и фактор психологической поддержки и личностного развития.

В каждом конкретном случае форму, вид и объем психологической помощи определяет и рекомендует специалист-психолог в соответствии с состоянием получателя психологической помощи и спецификой его психологической проблемы. Окончательный выбор формы, вида и объема психологической помощи осуществляет получатель психологической помощи.

Оказание психологической помощи гражданину (группе граждан) для преодоления последствий кризисных ситуаций может осуществляться путем кризисного вмешательства.

Экстренная психологическая помощь обеспечивает безотлагательное психологическое консультирование получателей психологической помощи, содействует мобилизации их физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов для выхода из кризисного состояния, способствует предотвращению развития психических состояний, представляющих опасность для личности и общества.

Таким образом, формы психологической помощи разделяются в зависимости от характера взаимодействия между получателем психологической помощи и специалистом-психологом (очная, заочная), от количества участников (индивидуальная, групповая), от временных параметров (краткосрочная, долгосрочная, экстренная).

Порядок оказания психологической помощи на безвозмездной и возмездной основе определен в **Статье 17** настоящего Закона (см. Приложение).

Оказание психологической помощи на безвозмездной основе обязаны обеспечивать:

- государственные учреждения здравоохранения гражданам по месту их жительства (месту пребывания) либо пациентам – при оказании бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения;

- учреждения образования участникам образовательного процесса;

- государственные организации, осуществляющие предупреждение и ликвидацию чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, гражданам, оказавшимся в чрезвычайной ситуации природного и техногенного характера;

- следственные изоляторы уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь несовершеннолетним, содержащимся под стражей;

- лечебно-трудовые профилактории гражданам, находящимся в лечебно-трудовых профилакториях;

- учреждения уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь осужденным, отбывающим наказание в таких учреждениях;

- комитет по образованию Минского городского исполнительного комитета, управления (отделы) образования областных, городских, районных исполнительных комитетов либо органы, организации, уполномоченные органом опеки и попечительства, несовершеннолетним, находящимся на воспитании в приемных, опекунских семьях, детских домах семейного типа, а также усыновленным несовершеннолетним по обращениям усыновителей;

- государственные учреждения социального обслуживания малообеспеченным и находящимся в трудной жизненной ситуации гражданам – на основании государственных минимальных социальных стандартов в области социального обслуживания;

- местные исполнительные и распорядительные органы лицам, пострадавшим в результате акта терроризма, иного тяжкого или особо тяжкого преступления;

– государственные органы, иные государственные организации при осуществлении ими деятельности по оказанию психологической помощи для выполнения целей и задач, возложенных на них законодательством.

Психологическая помощь исключительно на безвозмездной основе оказывается:

- организациями своим работникам;
- с использованием средств электросвязи;
- несовершеннолетним в случаях, предусмотренных частью второй статьи 18 настоящего Закона.

Психологическая помощь на возмездной основе может оказываться организациями и индивидуальными предпринимателями, за исключением случаев, предусмотренных частями второй и третьей настоящей статьи.

Оказание психологической помощи на возмездной основе осуществляется на основании письменных договоров об оказании психологической помощи, за исключением психологической помощи, оказываемой анонимно.

К договору об оказании психологической помощи применяются правила, установленные законодательством для договора возмездного оказания услуг.

Психологическая помощь может оказываться анонимно на возмездной или безвозмездной основе. Анонимно психологическая помощь оказывается по желанию гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи.

На гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи анонимно, оформляется специальная карта, в которой указываются названные гражданином фамилия, возраст и место жительства (место пребывания), без предъявления документа, удостоверяющего личность.

Документами, подтверждающими факт оплаты услуг при оказании психологической помощи анонимно на возмездной основе, являются кассовый чек или иной документ, предусмотренный законодательством.

2. Условия оказания психологической помощи.

Условия оказания психологической помощи как взрослым, так и несовершеннолетним, определены в **Статье 18** Закона РБ «Об оказании психологической помощи» (см. Приложение).

Психологическая помощь гражданину оказывается с его согласия, а несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет – также с согласия одного из законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

При оказании психологической помощи несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет согласия законных представителей не требуется:

- при установлении фактов жестокого обращения, физического, психического, сексуального насилия в отношении несовершеннолетнего;*
- в случае признания несовершеннолетнего находящимся в социально опасном положении, в том числе нуждающимся в государственной защите;*
- при оказании психологической помощи в виде психологического просвещения и психологической профилактики в учреждениях образования и организациях здравоохранения;*
- в случае принудительного оказания медицинской помощи несовершеннолетним, страдающим психическими и поведенческими расстройствами, в государственных учреждениях здравоохранения;*
- несовершеннолетним, оказавшимся в чрезвычайной ситуации природного и техногенного характера;*
- несовершеннолетним, находящимся в специальных лечебно-воспитательных учреждениях, специальных учебно-воспитательных учреждениях;*
- при обращении несовершеннолетнего за оказанием психологической помощи анонимно.*

3. Права и обязанности клиентов.

При оказании любого вида психологической помощи декларируется следующий принцип: все, что делает психолог-консультант в своей профессиональной деятельности, должно быть продиктовано интересами клиента и направлено на благо последнего.

«Клиент всегда прав»! Но достаточно ли клиенту только придти на сеанс, чтобы успех работы был гарантирован, или есть некие обязанности, правила, соблюдение которых необходимо для эффективной работы.

Специфика психологической помощи заключается в том, что она может быть эффективной только при условии построения конструктивного взаимодействия между психологом и клиентом. Основная роль в этом процессе отводится психологу. Поэтому клиент имеет много прав, но мало обязанностей.

Так А.Ф. Бондаренко выделяет следующие права клиента:

- право на выбор психолога;
- право на обсуждение и принятие решения о приемлемости для него того или иного метода психологической помощи;
- право на оценку результатов психологической помощи по ходу ее оказания;

- право на отказ от услуг консультирующего психолога;
- право на ориентировку в концепциях и сроках психологической помощи;
- право на информацию об образовании и квалификации психолога;
- право на решение о необходимости для него психологической помощи.

Здесь о каких-либо специальных обязанностях клиента речи не идет.

В Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи» права и обязанности клиентов при оказании им психологической помощи представлены в **Статье 19** (см. Приложение).

Граждане при оказании им психологической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение;
- получение психологической помощи независимо от пола, расы, национальности, имущественного положения, религиозных убеждений и других обстоятельств;
- выбор психолога, формы и способа оказания психологической помощи;
- сохранение профессиональной тайны с учетом требований настоящего Закона;
- отказ на любой стадии от оказания психологической помощи, а также от фото-, видео-, аудиозаписей при оказании психологической помощи;
- получение выписок из документации психолога об оказании им психологической помощи, за исключением случаев оказания психологической помощи анонимно;
- возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью вследствие оказания психологической помощи, в том числе компенсацию морального вреда, в порядке, установленном законодательством;
- иные права, предусмотренные законодательством.

Граждане при оказании им психологической помощи обязаны:

- выполнять рекомендации психолога;
- сотрудничать с психологом.

4. Права и обязанности психологов.

Психология как профессия подчиняется этическим нормам, общим для любой профессии, относящейся непосредственно к человеку: уважение личности, человеческих прав и свобод, достоинства, надлежащая профессиональная компетенция, совесть, добросовестность и безусловная установка на благо клиента.

Помимо общих этических требований в ряде стран выработаны этические стандарты и нормативы, специфичные для практикующих и консультирующих психологов. Одно из первых мест в них принадлежит **принципу конфиденциальности**, т.е. сохранения личной тайны клиента. Этот принцип заключается не только в неразглашении сведений из личной жизни клиентов, но и в разъяснении клиенту исходных позиций психолога во избежание утаивания информации, затрагивающей, к примеру, уголовное право. Специфическим этическим нормативом является требование **избегать физического контакта с клиентом** (кроме предусмотренных технических или процедурных манипуляций), ограничиваясь принятыми в обществе выражениями приветствия (рукопожатие, поклон и т.п.). Экспрессивное проявление со стороны клиента, выходящее за рамки принятого этикета, требует специального анализа. Особыми требованиями к психологу являются также: **избегание (по возможности) социальных контактов со своим клиентом**, если последние не предусмотрены процедурой совместной работы; **отказ от совместного ведения дел**, недопущение манипулирования клиентом или собой со стороны последнего (например, вручение дорогого подарка).

При оказании психологической помощи необходима особая осторожность в том, чтобы не вызвать необоснованных ожиданий или превысить пределы своей компетенции. Психолог имеет право отказаться от услуг, если наряду с психологическим вмешательством одновременно осуществляется независимое и не согласованное с психологом иное воздействие на психику.

В случае платной психологической помощи размер гонорара заранее оговаривается с учетом возможностей и взаимной приемлемости вознаграждения. Консультирующий психолог должен быть готов к тому, что клиент не сможет оплатить предоставляемые услуги, и принять решение, не ущемляющее достоинства человека и не лишаящее его необходимой психологической помощи.

Несмотря на многочисленные попытки создать единый Этический кодекс психолога, вопрос определения прав и обязанностей психолога по отношению к клиенту остается достаточно дискуссионным, что находит свое отражение в различных вариантах таких прав и обязанностей. Чаще всего, эти варианты правил вырабатываются практикующими психологами эмпирическим путем на основе собственного практического опыта. Достаточно «зайти» на многочисленные персональные сайты практикующих психологов, чтобы ознакомиться с подобными наборами «прав и обязанностей» психолога.

В наиболее систематизированном виде права и обязанности психологов представлены в учебном пособии В.Н. Карандашева «Введение в психологию». Здесь выделяются следующие права и обязанности практикующих психологов.

Психолог должен иметь право:

- принимать участие во всех сферах жизнедеятельности организации, учреждения, конкретного клиента, а также знакомиться с содержанием документации, необходимой для успешного выполнения профессиональных обязанностей;
- участвовать в работе квалификационных комиссий, а также совещаний по согласованию проектов, уставов, законов;
- самостоятельно вырабатывать концепцию и определять пути выполнения своих профессиональных обязанностей;
- получать конфиденциальную информацию о психологических свойствах, особенностях и состояниях людей, выступающих в качестве испытуемых или клиентов;
- проводить с клиентами социально-психологические мероприятия;
- поддерживать профессиональные связи с различными вневедомственными организациями и частными лицами для решения психологических проблем;
- вырабатывать и давать рекомендации психологического характера администрации, общественным органам и клиентам, обратившимся за помощью;
- разрабатывать новые методы работы психолога и получать на них авторские права.

Одновременно психолог обязан:

- изучать психологические проблемы жизни и деятельности клиентов;
- оказывать помощь в преодолении критических ситуаций, трудностей, активно способствовать развитию личности и совершенствованию профессиональной деятельности клиентов;
- участвовать в отборе кадров, их последующей адаптации и профессионализации;
- организовывать и проводить консультирование, занятия по психологическому просвещению клиентов;
- изучать социально-психологические процессы в организации;
- организовывать и лично проводить социально-психологическую работу;
- постоянно совершенствовать свою профессиональную компетентность;
- руководствоваться в своей деятельности основными этическими принципами профессиональной психологической работы.

В Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи» права и обязанности психологов представлены в **Статье 20** (см. Приложение).

Психологи имеют право на:

- защиту своих профессиональных прав;
- объединение в профессиональные союзы, иные общественные объединения;
- отказ от оказания психологической помощи в случае, если обращение гражданина за оказанием психологической помощи не обусловлено наличием у него психологических проблем и (или) необходимостью преодоления последствий кризисных ситуаций;
- иные права, предусмотренные законодательством.

Психологи обязаны:

- квалифицированно выполнять свои должностные обязанности;
- не допускать негуманных и дискриминационных действий при оказании психологической помощи;
- уважать и соблюдать права, свободы и законные интересы граждан при оказании им психологической помощи;
- сохранять профессиональную тайну с учетом требований настоящего Закона;
- соблюдать нормы профессиональной этики;
- выполнять иные обязанности, возложенные на них актами законодательства.

Тема 1.5

Теоретические основания психологической помощи

План

1. Психоанализ. Основные теоретические положения психоанализа. Техники психоанализа.
2. Поведенческий подход. Основные теоретические положения поведенческого подхода. Техники поведенческого подхода.
3. Рационально-эмотивный метод. Основные теоретические положения данного подхода. Техники рационально-эмотивного метода.
4. Гештальт-подход. Основные теоретические положения гештальт-подхода. Техники гештальт-подхода.
5. Теория и практика консультативной и психотерапевтической работы К. Роджерса.

1. Психоанализ. Основные теоретические положения психоанализа. Техники психоанализа.

Способ, при помощи которого психолог вычленяет и интерпретирует проблемы человека, обратившегося за психологической помощью, обычно отражает его теоретический фундамент и его взгляды на природу человека.

Разные определения одной и той же проблемы показывают различные теоретические подходы и ведут к различным терапевтическим действиям, так как из теории вытекает не только набор концепций, объясняющих поведение человека, но так же довольно четкий арсенал методик и техник психологической помощи.

XX век был свидетелем появления множества направлений и теорий психологической помощи. Одни из этих направлений оказались достаточно успешными и «жизнеспособными», со временем став частью культуры, другие (например, оргонная теория В. Райха) через некоторое время ушли со сцены.

В настоящее время, в качестве основных теоретических направлений организации психологической помощи, с полной уверенностью можно выделить следующие: психодинамическое направление, когнитивное направление, поведенческое направление, гуманистическая психотерапия. Каждое из этих направлений представлено множеством модификаций. Здесь мы рассмотрим только основополагающие теории.

Психодинамический подход более других уделяет внимание детству и его влиянию на поведение клиента в настоящем. Считается наиболее сложным в сравнении с другими ориентациями. Психодинамический подход не является классическим фрейдизмом. Психодинамическая теория, разработанная З. Фрейдом, существует во множестве модификаций, от ортодоксально-классических до самых смелых. В сегодняшней практике более типична ситуация, когда психолог берет какой-нибудь один аспект теории Фрейда и приспосабливает его для своих практических целей.

Основные теоретические положения.

Главная цель психоанализа – выявить и изучить подсознательную сферу, которая управляет человеком. Как только клиент осознал подсознательные процессы и научился воздействовать на них, считается, что он способен изменяться и решать проблемы.

Один из продуктивных путей проникновения в мировоззрение клиента – это распознавание его повторяющихся эмоциональных и поведенческих стереотипов. Задача психолога – научиться распознавать повторяющиеся стереотипы поведения, которые могут проявиться в наборе защитных ме-

ханизмов. Эти механизмы действуют на подсознательном уровне. Наиболее важные защитные механизмы:

- *вытеснение* (помещение в подсознание материалов жизненного опыта, проявляющееся в упорном забывании чего-то, нежелании осознавать какие-то неприятные факты);
- *отрицание* (отказ признать травмирующую реальность);
- *проекция* (отказ замечать негативные черты, которые приписываются другим, в себе самом);
- *реактивное формирование* (поведение человека противоположно его бессознательным желаниям);
- *замещение* (перенос действия, направленного на недоступный объект, на действие с доступным объектом);
- *сублимация* (десексуализация, то есть перенос сексуальной энергии в более приемлемые области деятельности – в художественную, спортивную, интеллектуальную);
- *фиксация* (задержка на одной стадии развития, чаще всего в детстве);
- *рационализация* (псевдоразумное объяснение человеком своих поступков, желаний, признание которых грозило бы потерей самоуважения);
- *регрессия* (возврат при угрозе стресса на более раннюю стадию развития);
- *перенос* бессознательных переживаний в физическую сферу (например, трансформация в головную боль);
- *идентификация* (бессознательный перенос на себя качеств, присущих другому человеку) и др.

Тем не менее, психоаналитическая консультация направлена, прежде всего, на осознание, *инсайт*, сущностью которого является понимание функционирования «Оно», «Я» и «Сверх-Я». «Оно» – инстинктивный полюс личности, его содержание является подсознательным, частично наследственным и врожденным, а частично приобретенным и подавленным. «Сверх-Я» – это все то, что личность приобрела в процессе социализации: социальные нормы, правила поведения, уровень должного. «Оно» неподконтрольно, «Сверх-Я» само олицетворяет контроль. «Я» служит буфером и проводником между «Сверх-Я» и «Оно», то есть между сознательным уровнем с точки зрения морали и бессознательным полем страстей и желаний. «Я» оперирует на сознательном, предсознательном и подсознательном уровнях человеческого опыта. При консультировании его влияние заметно на сознательном уровне.

Принятие творческих решений связано с техникой свободного ассоциирования, лежащей в основе многих техник психоанализа.

Техники психоанализа.

Классический психоанализ включает пять базисных техник: а) метод свободных ассоциаций; б) толкование сновидений; в) интерпретация; г) анализ сопротивления; д) анализ переноса.

а) **Метод свободных ассоциаций** предполагает порождение произвольных, в случайном порядке приходящих на ум высказываний, содержание которых может отражать любые переживания клиента. Для консультанта-аналитика важны: содержание, последовательность и блокировка в высказываниях. Последние два момента являются ключами к неосознаваемой проблематике, определить которую обязан психоаналитик.

б) **Толкование сновидений.** Данной технике посвящена знаменитая работа основателя психоанализа с идентичным названием. Поэтому мы отметим лишь самые существенные моменты, относящиеся к работе со сновидениями. Во-первых, в сновидении различается манифестируемое и латентное содержание (последнее “включает в себя подавленные, представленные в иносказательной форме переживания”). Во-вторых, немало важным является то обстоятельство, что во время сна ослабевают эго-защитные механизмы и проявляются скрытые от сознания переживания. В-третьих, сновидение – не только иллюстрация подавленных переживаний, но и процесс трансформации их в более приемлемую для принятия и совладания форму. Именно эту функцию сновидений З. Фрейд обозначил как “работа сновидения”.

Задача консультанта-аналитика (психотерапевта) состоит в обеспечении интерпретации, раскрытии латентного содержания и, путем побуждения клиента к высказыванию свободных ассоциаций, связанных со сновидением, – оказании ему помощи в осознании реальных событий прошлого и настоящего, вызвавших те или иные картины снов.

в) **Интерпретация**, т.е. толкование, объяснение, включает в себя три процедуры: идентификацию (обозначение), разъяснение (собственно толкование) и перевод на язык повседневной жизни клиента. Основные правила интерпретации таковы:

- идти от поверхности вглубь;
- интерпретировать то, что клиент уже способен принять;
- прежде чем интерпретировать то или иное переживание, указать клиенту на защитный механизм, лежащий в его основе.

г) **Анализ сопротивления.** Основная функция этой техники – обеспечить осознание клиентом своих эго-защитных механизмов и принять необходимую конфронтацию по отношению к ним, учитывая то обстоятельство, что именно сопротивления Эго являются главной помехой на пути

осознания различных проблем. Главное правило консультанта – использовать для интерпретации наиболее очевидные эго-защитные механизмы.

Существенным моментом в анализе сопротивления является не преодоление его, ибо психологическая защита необходима, а именно осознание как психологического механизма, вслепую действующего там, где, как оказывается, эго-защитная функция уже не нужна.

д) **Анализ переноса (“трансфера”)**. В классическом психоанализе перенос постулируется в качестве неперемного атрибута психотерапии и специально поощряется специфической позицией аналитика (невмешательство, отстраненность, закрытость и т.п.). Анализ “невроза переноса” – ключевой момент психотерапии, т.к. способствует осознанию фиксаций, определяющих поведение и переживания клиента таким образом, что фигура психотерапевта становится как бы фантомом, на который налагаются отношения и переживания, связанные с эмоциональными травмами первых пяти лет жизни. Смысл анализа переноса состоит в обнаружении подлинных психоэмоциональных основ зафиксированных форм поведения, интерпретации их и, тем самым, помощи в их переработке и изживании.

Краткая характеристика концепции.

Классический психоанализ З. Фрейда с начала своего возникновения был оценен с той самой выраженной амбивалентностью, которую он детально описал как чередование любви и ненависти. Как бы то ни было, в истории мировой науки имя З. Фрейда стоит в одном ряду с именами Н. Коперника и Ч. Дарвина – столь огромны последствия его открытий и их влияние на самопонимание человечества. Общеизвестна громадная эвристическая ценность концепции З. Фрейда, оказавшей влияние практически на весь ряд гуманитарных наук, не говоря уже о такой сфере общественного сознания, как искусство. Сложность и неоднозначность восприятия концепции З. Фрейда, которую иногда именуют не иначе как своего рода “мифологией XX века”, свидетельствует о трудности изменения привычек научного исследования, уходящих корнями в то понятие наблюдения (или рациональности), какое сформулировано и лежит в основе классической науки. Не случайно представители позитивистской научной ориентации критикуют З. Фрейда именно за метафоричность его языка, которая, по их мнению, является антиподом научности.

Что касается влияния концепции З. Фрейда на теорию и практику психотерапии и консультирования, следует отметить исключительную продуктивность классического психоанализа в этом отношении. Основанные на противостоянии или на продолжении традиций ортодоксального психоанализа последующие течения оказались исключительно плодотворными,

а некоторые из них сами превратились в самостоятельные научные традиции. Вместе с тем следует отметить, что открытия и новшества З. Фрейда вошли, в том или ином виде, практически в любое направление, связанное с оказанием психологической помощи. Поэтому вполне справедливо считать З. Фрейда основателем практической психологии.

2. Поведенческий подход. Основные теоретические положения поведенческого подхода. Техники поведенческого подхода.

Основоположниками радикального бихевиоризма были Дж. Уотсон и В.Ф. Скиннер, который развил идеи Торндайка. Главная задача психолога-бихевиориста – помочь изменению неэффективного, неадаптивного поведения клиента. Психолог вместе с клиентом пытается вмешаться в жизненные условия последнего с целью их изменения. Бихевиоральный анализ основан на следующих конструкциях:

1) Установление отношений между психологом и клиентом. Психологи-бихевиористы демонстрируют высокий уровень эмпатии, внутренней гармоничности и способности к контакту, а также теплоту и уважение к клиенту. Психологи этого направления отличаются внутренней силой, а также умением устанавливать раппорт, устанавливать взаимопонимание, тщательно выстраивать структуру интервью. Они объясняют клиенту основные технические приемы и их смысл, вследствие чего клиент принимает активное участие в процессе консультирования.

2) Определение проблемы через операционализацию поведения. Психолог-бихевиорист в наиболее организованной (по сравнению с другими направлениями) форме занимается сбором информации о клиенте. Общее представление о проблеме клиента в терминах бихевиоризма – это знание того, как клиент себя ведет. Жизнь клиента рассматривается как цепь отдельных поступков. Психолог работает с «тем, что есть», что можно увидеть в реальном поведении клиента, и что можно изменить благодаря научному планированию.

Пример. Клиент жалуется на то, что он боится, испытывает чувство страха. В психодинамическом подходе необходимо найти в прошлом корни страха, в гуманистическом направлении – изменить представления клиента о мире. В бихевиоральном консультировании психолог ставит задачу: определить, что конкретно делает клиент, когда чувствует страх.

Психолог: Вы сказали, что чувствуете страх. Расскажите более конкретно, что вы при этом делаете?

Клиент: Бывает, что я не хочу выходить из дома. Иногда ощущаю безысходность.

Психолог: А что происходит с вашим телом?

Клиент: Иногда меня бьет дрожь. Бывает, мне так страшно, что я не могу уснуть, не сплю целую ночь. Прислушиваюсь к каждому скрипу, все время страшно напряжен.

Эти два вопроса пояснили для психолога поведение, связанное со страхом. Нежелание выходить из дома, дрожь, бессонница, напряжение — эти «операции» можно увидеть, измерить, сосчитать. Неясным остается «ощущение безысходности», то есть требуется операционализация предложения «Иногда ощущаю безысходность».

Психолог: Вы говорили, что иногда ощущаете безысходность. Могли бы вы подробнее рассказать об этом?

Клиент: Я не могу пошевелить рукой, не могу заниматься делами, у меня совсем нет энергии. Иногда я плачу от собственного бессилия.

Психолог: Значит, безысходность для вас — это скованность, бездействие, слезы... Вы, кажется, так говорили?

Таким образом, психолог связывает расплывчатое чувство страха клиента с более конкретными действиями — операциями.

Целью операционализации поведения является перевод неясных слов в объективные действия, которые можно наблюдать — операции. Ключом к операционализации служит следующий вопрос: «Могу ли я видеть, чувствовать, осознать понятия, которые употребляет мой клиент?».

3) Понимание всего контекста проблемы через функциональный анализ. Второй задачей психолога-бихевиориста является установление понимания того, как клиент ведет себя в «естественном окружении». В рамках бихевиоризма анализ проводится по трехступенчатой модели:

- 1) предыстория;
- 2) результирующий поступок;
- 3) последствия такого поведения.

Устанавливая причинно-следственные связи, психолог приходит к пониманию последовательности событий, лежащих в основе поведения клиента, то есть к пониманию функциональной картины. Исходя из функциональной картины, психолог разрабатывает программу изменения картины событий. Цель любого функционального анализа — разобраться в системе поощрений клиента, таких как внимание, одобрение, деньги, еда, материальные ценности, привязанность, признание. Нельзя забывать о наказаниях, одним из которых является игнорирование человека.

4) Установление социально важных целей для клиента. На этой стадии психолог вместе с клиентом вырабатывают конкретные и достижимые цели. Нужно строить конкретные планы на будущее, ставить определенные

цели: научиться плавать, изучить иностранный язык, найти работу. Психолог-бихевиорист не будет использовать в своей работе такое широкое понятие, как «страх», а разобьет его на наблюдаемые, конкретные единицы поведения, и будет учить клиента поступать так, чтобы их жизнь стала более успешной и счастливой.

Психолог акцентирует внимание на конкретных действиях и поступках. Клиент должен делать что-то конкретное: видимое, слышимое, ощущаемое.

Техники бихевиоральной терапии и консультирования.

Для проведения бихевиоральной терапии и консультирования необходимы следующие умения: 1) разбивать поведение на фрагменты, то есть операционализировать его; 2) проводить функциональный анализ, чтобы уточнить предысторию проблемы, результирующее поведение и последствия; 3) определять совместно с клиентом цели, являющиеся общественно приемлемыми; 4) использовать специальные процедуры изменения поведения. Наиболее часто используются следующие техники:

1. Релаксация. Психологи бихевиорального направления считают более эффективным не поиск причин физической зажатости, которая может проявляться в форме бессонницы, скованности, высокого давления, а обучение клиента механизму релаксации. Программы релаксации обычно основаны на техниках: а) контраста напряжения – расслабления. На первой стадии клиент с закрытыми глазами делает несколько глубоких вдохов и выдохов. На второй клиенту предлагается попеременно напрягать или расслаблять разные группы мышц, пока он не ощутит различий в этих состояниях. На третьей клиенту предлагается запомнить разницу между напряженным и расслабленным состоянием с целью понимания того, что такое мышечное напряжение. Четвертый этап посвящен процедуре контрастного сжатия – расслабления групп мышц в определенном порядке для достижения релаксации. Пятый этап связан с завершением упражнения; б) прямой релаксации. При этом клиент просто расслабляет группы мышц одну за другой. При данной технике особенно важны отношения между психологом и клиентом.

2. Систематическая десенсилизация (или уменьшение тревожности). Данная техника, разработанная Дж. Волпе, направлена на решение проблем, связанных с тревожностью и напряжением. Она включает в себя несколько этапов: а) обучение клиента технике глубокой мышечной релаксации по Дж. Джекобсону; б) составление иерархии ситуаций, вызывающих страх. Для установления начальной и конечной точки самой страшной ситуации присваивается 100 баллов, состоянию абсолютного покоя – 0 баллов; в) прохождение шкалы страхов от нижней точки до верхней

в состоянии глубокой мышечной релаксации. При этом клиент учится визуализировать все свои страхи в состоянии расслабления.

3. Импульзия (наводнение). Техника сходна с систематической десенситизацией, однако проводится без мышечной релаксации. После составления иерархии страхов переходят к импульзии – представлению ситуаций страха. По поведению клиента (двигательной активности, напряжению мышц, мимике) психолог оценивает интенсивность испытываемого страха и степень включенности клиента. Задача психолога – поддерживать высокий уровень страха в течение примерно 40–45 минут.

4. Парадоксальная интенция (стремление). Согласно этой методике, предложенной В. Франклом, клиенту предлагается прекратить борьбу с симптомом и, наоборот, попытаться умышленно вызвать его и усилить. Метод заключается не только в перевертывании своего страха, но и в юмористическом к нему отношении.

5. Моделирование. Использование данной техники предполагает демонстрацию желаемого поведения. Психолог может сам показать клиенту, как спокойно вести себя в пугающих ситуациях (например, как убивать пауков), либо использовать видеозапись.

6. Позитивное подкрепление (поощрение). Позитивным подкреплением со стороны психолога могут служить улыбки, внимательное выслушивание, кивки головой. Широко распространена жетонная (талонная) система поощрения за желательное поведение.

7. Техника вызывания отвращения (авersiveное обусловливание). В основе метода лежит выработка условного рефлекса. Нежелательное поведение клиента сочетается с неприятным стимулом: резкими, громкими звуками, ударами электрическим током (при невротическом заикании, энурезе, дрожании рук), веществами, вызывающими рвоту (при алкоголизме) и др.

8. Наказание. В этой технике наказание следует после нежелательного поведения.

9. Самоконтроль. Данная техника предполагает активную роль клиента в определении целей консультирования и выполнении программы позитивных изменений. Самоконтроль – основа успешной саморегуляции поведения. Психолог помогает клиенту определять краткие, ясные, четкие цели, успешное достижение которых ведет к самоподкреплению.

10. Предотвращение рецидивов. Данные стратегии помогают клиенту поддерживать нужное поведение после завершения консультирования. Задача психолога – помочь клиенту построить программу, которая помогла бы ему справиться с рецидивами, чтобы не растерялись новоприобретенные навыки (пятая стадия интервью).

Стратегии предотвращения рецидивов могут разделить на следующие категории: а) предвидение трудных ситуаций; б) регуляция мыслей и чувств; в) определение необходимых дополнительных навыков (тренировка настойчивости, четкое временное расписание и т.д.); г) выстраивание системы значимых поощрений за желательные поступки и правильное поведение. Техники предотвращения рецидивов позволяют клиенту самостоятельно использовать стратегию достижения желательного поведения в условиях, когда окружение противостоит этим намерениям (например, клиент хочет бросить курить, в то время как мир вокруг – друзья, телевидение – формируют образ «крутого» курильщика). Эти техники важны для психологии в целом, так как в любом терапевтическом подходе возникают проблемы рецидивов.

Поведенческое консультирование является краткосрочным. Типичный случай – заключение контракта с клиентом на 8-12 встреч. При завершении консультирования психолог избегает резкого его прекращения, а постепенно сокращает занятия, уменьшая их длительность и снижая собственную активность.

Краткая характеристика концепции.

Отношение к бихевиоризму в целом на протяжении многих лет отличалось двойственностью. Причем сама двойственность, особенно в советской психологии, носила специфический характер. Специфичность состояла в том, что, по общему признанию, с одной стороны, бихевиоризм как течение психологической мысли был основан в России, хотя получил свое оформление и название в США. Кроме того, сам подход, исключавший сознание из предмета исследования, был столько раз подвергнут критике, что, казалось бы, в отечественной психологической науке не может найтись такой ниши, кроме обучения животных, в которой мог бы существовать бихевиоризм.

Парадоксальность положения, однако, заключается в том, что он не просто существовал, хотя и под другими названиями, но и, более того, самым широким и непосредственным образом впитался в ткань не только психологической и педагогической (в частности, школьной) практики, но и социальной жизни в целом.

Что касается собственно консультативной психологии, то определяющий признак бихевиоральной парадигмы состоит, прежде всего, в ее стремлении к выработке четкой программы целей и средств изменения поведения в желаемом направлении. Можно сказать, что в бихевиоральной парадигме успешность изменения (формирования) выступает самодовлеющим критерием применяемой психотехники.

В последние годы наметилось значительное влияние когнитивной психологии на бихевиоральную парадигму в консультировании и психотерапии, а также большая открытость другим концепциям. В частности, “мультимодальная терапия” использует понятие “базисное Ид” и предполагает учет всех “модальностей” “базисного Ид” (поведение, эффективные реакции, ощущения, образы, представления, межличностные отношения и биологические функции). Однако во мнении многих исследователей и практических психологов бихевиоральное направление связывается, прежде всего, с медицинской моделью психотерапии, а также с социально репрессивными формами воздействия на человека.

3. Рационально-эмотивный метод. Основные теоретические положения данного подхода. Техники рационально-эмотивного метода.

РЭТ, или рационально-эмотивная терапия – метод, разработанный в 50-х гг. клиническим психологом А. Эллисом. В качестве отправной точки РЭТ А. Эллис выбрал следующую цитату Эпиктета: «На людей влияют не сами события, а то, как люди их воспринимают».

Основные теоретические положения.

Личность в РЭТ рассматривается на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. Сущность концепции РЭТ выражается моделью $A - B - C$, где A – возбуждающее событие (activating event), B – система убеждений (belief system), C – эмоциональное последствие (emotional consequence). Обычно сильное эмоциональное последствие (C), следующее за возбуждающим событием (A), расценивается человеком с позиций причинно-следственной связи (A вызвало C). На самом деле эмоциональное последствие C возникает не под влиянием события A , а под влиянием B – системы убеждений человека. Корни возникающих эмоций (страха, гнева, тревоги) находятся в системе иррациональных убеждений человека. В качестве средства избавления от сильных эмоциональных последствий используются активное опровержение, приведение рациональных доводов, демонстрация несостоятельности иррациональных убеждений на поведенческом уровне.

РЭТ базируется на следующих основных принципах:

Мысли – это главный фактор, определяющий эмоциональное состояние человека (как мы думаем, так и чувствуем).

В основе патологии эмоций и многих психопатологических состояний лежат нарушения мыслительных процессов, к которым относятся:

- преувеличение;
- упрощение;

- чрезмерное обобщение;
- алогичные предположения;
- ошибочные выводы;
- абсолютизация.

Эти когнитивные ошибки А. Эллис называет «иррациональными суждениями». Большинство иррациональных суждений можно отнести к одной из следующих основных категорий:

1. Катастрофические установки, направленные на преувеличение масштабов негативных последствий событий. Катастрофические установки проявляются в высказываниях клиентов в виде крайних оценок типа «ужасно», «невыносимо» и т.п.

2. Установки долженствования, отражающие неадекватные требования к людям и ситуациям. Проявляются в высказываниях типа «должен», «обязан», «следует», «необходимо» и т.п.

3. Оценочные установки, направленные на определение ценности себя и других, исходя из отдельных личностных черт, поступков, качеств, аспектов. Оценочные установки предполагают, что одни люди имеют меньшую ценность, чем другие.

4. Установки на обязательную реализацию своих потребностей, которые рассматриваются как необходимые условия для счастья и выживания. Эти желания разрастаются до неадекватных требований, которые становятся источником эмоциональных нарушений. Например: «Я должен стать очень хорошим психологом, иначе я ничего не стою».

Согласно точке зрения А. Эллиса, иррациональные установки – это жесткие эмоционально-когнитивные связи. Они носят абсолютистский характер: приказывают, предписывают, требуют поступить тем или иным образом. Данные установки не соответствуют реальности и невозможность реализации иррациональных установок приводит к длительным неадекватным ситуациям эмоций.

У нормального человека имеется рациональная система установок, то есть система гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система выражает скорее предпочтительный, вероятностный характер событий. Рациональной системе установок соответствуют либо эмоции умеренной силы, либо интенсивные эмоции, не захватывающие человека надолго и не блокирующие его деятельность.

Техники рационально-эмотивной терапии.

Основную цель РЭТ можно сформулировать как «отказ от требований». Рациональный терапевт побуждает своих клиентов к ограничению до *минимума* своих требований. По большому счету, РЭТ стремится к

снижению, редуцированию долженствования, перфекционизма (стремления к совершенству), грандиозности и нетерпимости у клиентов.

На начальных этапах работы над системой убеждений клиента психолог стремится, прежде всего, к выявлению иррациональных установок. Выявлению таких установок помогает употребление клиентом таких слов, как «надо», «должен», «необходимо». Психолог часто «провоцирует» клиента к использованию в беседе этих слов, высказывая гипотетические предположения, содержащие эти слова, чтобы клиент признал их власть над собой.

Клиент: Я хочу написать хорошую дипломную работу, поэтому я все время нервничаю.

Психолог: Мне кажется, что Вы говорите: «Я должна написать хорошую дипломную работу», не так ли?

Для выявления иррациональных установок используется также известная техника А. Бека: **декатастрофизация, или техника «а что, если»**. Эта техника предназначена для исследования действительных, фактических событий и тех последствий, которые существуют только в воображении клиента и наносят ему психологический ущерб, вызывая чувство тревоги. Техника помогает клиентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом, а также полезна для уменьшения избегания.

После выявления иррациональных установок психолог приступает к реконструкции системы убеждений. Воздействие осуществляется на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом.

1. Воздействие на когнитивном уровне. РЭТ применяет *сократовский тип диалога* между клиентом и психологом, а также *когнитивный диспут*.

Задачи психолога заключаются в проявлении смысла, в демонстрации логической несостоятельности. В процессе такого спора может выявиться вторичная выгода, которую дает сохранение иррациональной установки. РЭТ учит клиентов семантической точности: если клиента не любят, это не значит, что его *всегда* не будут любить; если клиент потерпел неудачу, это не значит, что он никогда не сможет добиться успеха и т.п.

2. Воздействие на эмоциональном уровне. Психолог использует различные способы драматизации предпочтений и долженствований, чтобы клиенты могли четко различать эти два феномена (отличие «было бы лучше» от «должно»). Терапевт может использовать:

- **ролевую игру**, чтобы клиент увидел свои ложные идеи и их влияние на отношения с другими людьми;
- **моделирование**, чтобы показать клиенту, как принимать различные идеи;
- **юмор**, чтобы довести до абсурда иррациональные мысли;

– **безусловное принятие**, показывая клиенту, что он принимает его, несмотря на наличие негативных черт, тем самым давая импульс для самопринятия;

– **эмоционально насыщенное разубеждение**, приводящее клиентов к отказу от некоторых абсурдных идей и замене их на более разумные понятия;

– **поощрение поведения, связанного с риском**: побуждает клиентов к самораскрытию, предлагает им поделиться своими социально неодобряемыми чувствами (злостью, враждебностью).

3. Воздействие на поведенческом уровне. Поведенческие методы в РЭТ применяются и для изменения когний клиентов. Склонность к перфекционизму может быть снижена путем выполнения следующих заданий психолога: пойти на риск; нарочно провалиться при решении какой-либо задачи (например, нарочно плохо выступить перед публикой); воображать себя в ситуациях неудачи; браться за ту деятельность, которую клиент считает особо опасной. В РЭТ часто используется оперантное обусловливание для отвыкания от вредных привычек (курение, переедание) или изменения иррационального мышления (осуждения себя за курение или переедание).

Общая характеристика концепции.

Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса разительно отличается от направлений экзистенциальной психотерапии и больше напоминает бихевиористские подходы и концепцию А. Адлера. Необходимо отметить ярко выраженный прагматизм, рационалистичность данной концепции, ее манипулятивный характер. В силу этого, подход А. Эллиса нашел широкое применение в школе, среди социальных работников, в семейном консультировании и на промышленных предприятиях. Дело в том, что именно в указанных сферах практической психологии речь, как правило, идет не о глубоком анализе и решении глубинных личностных проблем, а о текущих задачах, связанных с коррекцией отношений, состояний или социально-психологическим обучением.

Явно выраженная директивность и авторитарность в стиле поведения психолога, работающего в данном направлении – все это приемлемо в социальных структурах, где клиент уже находится в зависимом положении (учащийся, служащий, безработный и т.п.).

4. Гештальт-подход. Основные теоретические положения гештальт-подхода. Техники гештальт-подхода.

Гештальт-терапия – одна из разновидностей экзистенциальной психотерапии, течение, входящее в русло гуманистического направления.

Несмотря на то, что термин “гештальт” вызывает ассоциацию с именами М. Вертгеймера, В. Келера, К. Коффки и К. Левина, – это не более чем омоним, поскольку основатель гештальт-терапии, Ф. Перлз (1892–1970), хотя и вынес известный термин в название своей концепции, на самом деле синтезировал в своем подходе элементы психоанализа, феноменологии, психодрамы Дж. Морено. Так что влияние собственно психологии формы (образа) сказалось больше в названии, чем в сущности концепции. Следует признать демократичность и доступность данной разновидности психотерапии в отличие, например, от психоанализа З. Фрейда.

Основные понятия и положения гештальт-терапии.

“Здесь и сейчас” – основное понятие и принцип гештальт-терапии. В девяти положениях из “кредо” гештальт-терапии первые два гласят: “Живи сейчас. Пусть тебя заботит настоящее, а не прошлое или будущее” и “Живи здесь”. Имей дело с тем, что присутствует, а не с тем, что отсутствует. В понятии и принципе “здесь и сейчас” легко прослеживается экзистенциальное его происхождение. Гештальт-терапия исходит из того, что люди тратят свою энергию на сожаления о прошлом и на тревоги и опасения, связанные с будущим, вместо использования ее для решения насущных задач. “Здесь и сейчас” выступает не просто декларацией или призывом, а существеннейшим моментом консультативного или психотерапевтического процесса, когда психолог побуждает клиента оставаться в потоке актуальных переживаний, не выходя из него и, тем самым, научаясь соотносить свое переживание в ситуации с самой ситуацией.

“Незаконченное дело” – понятие, заимствованное из гештальт-психологии (К. Левин). В гештальт-терапии оно отражает задержанные чувства, которые влияют на актуальное поведение личности, деформируя его, вызывая новые конфликты и т.д. Согласно концепции “незавершенного дела”, неотрагированные эмоции препятствуют процессу актуального осознания происходящего. По Ф. Перлзу, наиболее часто встречающимся и худшим видом “незавершенного дела” является обида, нарушающая подлинность коммуникации. Довершить незавершенное, освободиться от эмоциональных задержек – один из существенных моментов в гештальт-терапии.

Избегание – понятие, с помощью которого отражаются особенности поведения, связанные со способами ухода от признания и принятия, каким бы это ни было неприятным переживанием “незавершенного дела”. В данном понятии легко проследить аналогии с понятиями “сопротивления”, “защитных механизмов” и “цензуры” в ортодоксальном психоанализе. Гештальт-терапия поощряет выражение задержанных чувств, конфронтацию с ними и переработку их, достигая тем самым личностной интеграции.

Уровни невротичности – понятие, разработанное Ф. Перлзом. Согласно Ф. Перлзу, который метафорически сравнивал структуру личности с луковицей, нужно сбросить пять слоев невротичности, чтобы достичь психологической зрелости: 1) слой фальшивого ролевого поведения (привычные стереотипы, игры, роли); 2) слой фобий, на котором клиент стремится избежать столкновения со своими болезненными переживаниями; 3) слой “тупика и отчаяния” – моменты, связанные с переживанием своей собственной беспомощности; 4) слой доступа к своему подлинному “Я” (когда человек в слезах отчаяния переживает свою решимость самому принять ситуацию и справиться с ней); 5) слой эмоционального взрыва, когда клиент сбрасывает с себя фальшивое и наносное и начинает жить и действовать от своего подлинного “Я”.

Энергия и блокирование энергии – заимствованное из психоанализа понятие “энергия”, распределение ее и, в частности, блокирование, проявляющееся в напряжении (прежде всего телесном – поза, жесты, взгляд, тон голоса и т.п.), используется в гештальт-терапии как объяснительная терминология и как средство обучения. При этом используется “парадоксальная интенция” А. Адлера; поощряется поведение клиента, когда тот отдается переживанию собственной энергетической заблокированности путем увеличения, гипертрофии определенных поз, действий и состояний.

Описание консультативного и психотерапевтического процесса.

Цели психологической помощи. Основная цель – помочь человеку полностью реализовать свой потенциал. Эта главная цель разбивается на вспомогательные: 1) обеспечение полноценной работы актуального самосознания; 2) смещение локуса контроля вовнутрь, поощрение независимости и самодостаточности; 3) обнаружение психологических блоков, препятствующих росту, и изживание их.

Позиция психолога. В гештальт-терапии и консультировании психолог рассматривается как “катализатор”, “помощник” и сотворец, интегрированный в единое целое, в “гештальт” (от нем. *Gestalt* – форма, образ) личности клиента. Психолог старается избегать непосредственного вмешательства в личные чувства клиента – скорее, он пытается облегчить выражение этих чувств. Его роль – роль активного, живого, творческого, сопереживающего, изменчивого, как сама жизнь, союзника в поисках собственного “Я” клиента. Назначение – активация внутренних личностных резервов клиента, высвобождение которых ведет к личностному росту.

Позиция клиента. В гештальт-терапии клиентам отводится активная роль, включающая в себя право на собственные интерпретации, позиции и, главное, – на осознание “паттернов”, схем своего поведения и жизни.

Предполагается, что клиент должен переключиться с рационализирования на переживание, причем вербализация чувств не настолько важна, насколько важно желание клиента и его готовность принять сам процесс актуального переживания, в котором он будет на самом деле испытывать чувства и говорить от их имени, а не просто сообщать о них.

Психотехники в гештальт-терапии.

Психотехникам, которые в данном направлении именуются также “игры” и “эксперименты”, придается в гештальт-терапии большое значение. Более того, гештальт-терапия получила известность во многом благодаря этим “играм”, “трюкам” и тому подобным описаниям психотехник в массовой прессе. Рассмотрим наиболее известные из них.

“Экспериментальный диалог”, “диссоциированный диалог”. Данная психотехника, известная также под названием **“пустой стул”**, предназначена для проработки внутренних конфликтов клиента. Построена техника на использовании психодрамы, происходящей между двумя полярными позициями клиента, например, позицией жертвы и агрессора. Диалог осуществляется самим клиентом, который по очереди воспроизводит реплики от имени одной, затем другой психологической позиции. Широко распространенным приемом является использование двух игровых позиций: “большой пес” и “щенок”. Техника обладает выраженным энергетическим потенциалом, усиливает мотивацию клиента к более адекватному поведению.

“Идти по кругу” – также известнейшая психотехника, согласно которой клиент по просьбе ведущего (техника применяется в групповой работе) обходит всех участников по очереди и либо говорит им что-то, либо совершает какие-то действия с ними. Члены группы при этом могут отвечать.

Техника используется для активизации членов группы, для поощрения их к риску нового поведения и свободы самовыражения. Часто участнику предлагается начало высказывания с просьбой завершить его, например: “Пожалуйста, подойдите к каждому в группе и завершите следующее высказывание: Я чувствую себя неудобно, потому что...” “.

Техника “наоборот” (“перевертыш”) – сущность техники заключается в том, чтобы клиент сыграл поведение, противоположное тому, которое ему не нравится. Скажем, застенчивый – стал вести себя вызывающе, приторно-вежливый – грубо, тот, кто всегда соглашался, – занял бы позицию непрестанного отказывания и т.п. Техника направлена на принятие клиентом себя в новом для него поведении и на интегрирование в “Я” новых структур опыта.

“Экспериментальное преувеличение” – техника направлена на развитие процессов самоосознания путем гиперболизации телесных, вокальных и др. движений – это обычно интенсифицирует чувства, привязанные к тому или иному поведению (все громче и громче повторять фразу, выразительнее сделать жест и т.п.). Особое значение имеет ситуация, когда клиент стремится подавить какие-либо переживания. Использование техники приводит к развитию внутренней коммуникации.

“Я несу за это ответственность” – используя этот прием, психолог может обратиться к клиенту с просьбой выразить то или иное чувство или высказать суждение с обязательным добавлением: “...и я несу за это ответственность”.

“Психодрама” – широко используется в гештальт-терапии, в том числе, для прояснения межличностных отношений и для проработки сновидений, которые, в отличие от психодинамического подхода, не интерпретируются, а драматизируются.

Общая характеристика концепции.

Гештальт-терапия – популярное и весьма эффективное направление в мировой практической психологии. Являясь разновидностью гуманистической психологии, гештальт-терапия направлена на усиление здоровой психологической позиции личности, расширение личностного самосознания и обладает ярко выраженной функциональной направленностью. Созданная на стыке многих направлений и школ практической психологии, именно гештальт-терапия стала одной из самых распространенных и доступных школ практической психологии, решающей задачи личностной и социальной психотерапии.

Ф. Перлз, основатель направления, изначально поставил проблему выживания здоровой личности в нездоровом обществе. Поэтому вся многообразная техника гештальт-терапии направлена на обеспечение психологической поддержки личности, на освобождение человека от бремени прошлых и будущих проблем и возвращение его “Я” в богатый и изменчивый мир личностного “сейчасного” бытия. С этим связаны как преимущества, так и очевидные ограничения концепции. Наиболее популярным направлением критики является недооценка гештальт-терапией когнитивных аспектов личности, односторонность ориентации на сиюминутные переживания.

Следующим уязвимым моментом становится тенденция представителей концепции избегать объяснений и оставлять клиента одного со своими переживаниями, а также то обстоятельство, что приверженность гештальт-терапии к различным техникам открывает путь к злоупотреблению технической стороной дела в ущерб углубленной психологической работе.

5. Теория и практика консультативной и психотерапевтической работы К. Роджерса.

В конце 1930-х – начале 1940-х гг. американский психолог К. Роджерс (1902–1987) опубликовал ряд работ, в которых развивался принципиально новый, недирективный подход к консультированию и психотерапии. Уже к концу 1940-х гг. К. Роджерс дал ему название – терапия, “центрированная на клиенте”. С тех пор за полвека это гуманистическое ответвление экзистенциального течения получило широкое развитие на Западе, а после приезда в 1986 г. К. Роджерса в Москву – и среди отечественных психологов.

Основные понятия. Подчеркивая противоположность своей концепции классическому психоанализу З. Фрейда и конструктивность человеческой природы, в которую заложено стремление роста, развития, К. Роджерс в противовес идеологическому такой подход назвал экологическим.

В центр своей психотерапевтической практики он поставил личность клиента как таковую. Отмежевавшись от всякой медицинской терминологии типа “психотик”, “невротик” и т.п., К. Роджерс отмежевался также и от традиционных психотехник вроде “интерпретация”, “суггестия”, “научение” и “диагностика”, утверждая, что такой подход ориентирован на самого консультанта.

Позиция К. Роджерса изначально была заявлена им как исследовательская, с основной гипотезой, состоящей в том, что отношения между психологом и клиентом – это отношения, в которых сказывается и выражается глубокое уважение к человеку, вера в его правомочность и способности, это катализатор, условие положительных личностных изменений. Из данной исходной позиции, возникшей под влиянием идей О. Ранка и К. Левина и получивших развитие благодаря идеям А. Маслоу, вырастают и основные понятия концепции К. Роджерса. Понятия эти относятся, в основном, к процессу консультирования и психотерапии.

Эмпатия – понятие, которое полнее всего передается с помощью “основных слов Я – Ты” М. Бубера. Это такое отношение психолога к клиенту, при котором клиент воспринимается и трактуется не объектно, не через призму инструментальных концепций, а непосредственно через позитивное личное отношение и принятие его феноменологического мира.

Забота – хорошо известный традиционный термин экзистенциализма, который в концепции К. Роджерса имеет выраженный оттенок безусловного принятия клиента таким, какой тот есть, причем именно сочувственного принятия с выраженной готовностью откликнуться на актуальное состояние и с перспективой видения личностного потенциала клиента.

Конгруэнтность – понятие, согласно К. Роджерсу, отражающее следующие существенные признаки поведения консультанта (психотерапевта): соответствие между чувствами и содержанием высказываний; непосредственность поведения; неотгороженность; искренность и пребывание таким, какой тот есть.

Психологический климат – одно из ключевых понятий в концепции, поскольку концентрирует в себе терапевтическое отношение, профессиональные (они же личностные) умения и свойства и рассматривается как главное условие позитивного роста (изменений) личности в психотерапии. В подходе К. Роджерса понятие “психологический климат” не является, однако, самодовлеющим, в равной степени “психологический климат” – это неоднозначное понятие; оно не означает хорошую атмосферу. Для К. Роджерса “психологический климат” включает всю гамму переживаний от самых болезненных до самых возвышенных, подлинное проявление которых создает лишь возможность для личностного роста. Можно сказать, что “психологический климат” для К. Роджерса – аналог экзистенциального “принципа событийности”. По словам самого К. Роджерса, психологический климат не панацея и не все решает, но он применим ко всем.

Самость (self) – центральное понятие в концепции. “Самость” для К. Роджерса есть целостность, включающая в себя телесный (сенсорный, висцеральный) – на уровне организма, и символический, духовный опыт – на уровне сознания. По К. Роджерсу, когда все переживания ассимилируются по отношению к “self” и становятся частью ее структуры, тогда появляется тенденция к уменьшению того, что можно назвать “самосознанием”. Поведение становится более спонтанным, выражение отношений менее охраняемым: “самость” может принять эти отношения и это поведение как часть себя.

Таким образом, “самость” – это система внутренних отношений, феноменологически связанная с внешним миром и явленная человеку в его “Я”. К. Роджерсу принадлежит развитие идеи А. Адлера о различении “Я-идеального” и “Я-реального”. Я-активное, саморазвивающееся, всегда в движении, с тем или иным видением себя (Я-концепция). Именно “Я” – инстанция, с которой имеет дело психотерапия. Согласно К. Роджерсу, “Я” в психотерапии находит свое alter ego в лице психолога-консультанта.

Описание консультативного и психотерапевтического процесса.

Цели психологической помощи. Основная цель – помочь человеку стать “всецело действующей личностью”. С самого начала, следовательно, внимание концентрируется не на проблемах человека, а на нем самом, на его “Я”. Поэтому главная цель психотерапии – помощь в личностном

росте, развитии, благодаря которому человек сам решает свои проблемы, а цель, так сказать, второстепенная – создание соответствующего “психологического климата” и терапевтических отношений.

Роль психолога-консультанта. Основное требование – отказаться от попыток играть какую-либо роль и постараться быть самим собой. Главная профессиональная обязанность психолога-консультанта – создать соответствующий психологический климат, в котором клиент сам бы отказался от защитных механизмов. При этом самое трудное – быть “настоящим” в общении с клиентом, а также способным к следующим отношениям: уважению, заботе, принятию и пониманию.

Клиент в консультировании и психотерапии. В концепции К. Роджерса, как и в других, существуют определенные пропозициональные предпосылки, касающиеся клиента. Так, ожидается, что, придя на консультацию, клиент будет чувствовать себя беспомощным, начнет вести себя неконгруэнтно, станет ожидать помощи и будет достаточно закрытым. По мере установления терапевтических отношений в процессе изменения их состояния, мировосприятия и формирования иного к себе отношения происходит их рост – они становятся более зрелыми.

Психотехника в концепции К. Роджерса.

Помимо трех основных компонентов роджерсианской психотехники (*конгруэнтности, эмпатического слушания и заботы*) в работах основателя направления выделяется семь этапов консультативного процесса, знание и полноценное использование которых также можно отнести к методической стороне подхода: **первая стадия** – заблокированность внутренней коммуникации (отсутствует Я-сообщение или сообщение личностных смыслов, отрицается наличие проблем, отсутствует желание к изменениям); **вторая стадия** – самовыражение (когда клиент начинает в атмосфере принятия приоткрывать свои чувства, проблемы со всеми своими ограничениями и последствиями). На **третьей и четвертой стадиях** происходит развитие процесса самораскрытия и принятия себя клиентом во всей своей сложности, противоречивости, ограниченности и незавершенности. На следующей, **пятой стадии**, происходит процесс отнесения к феноменологическому миру как к своему, – преодолевается отчужденность от своего “Я”, и, как следствие, возрастает потребность быть собой. На **шестой стадии**, на которой развивается конгруэнтность, самопринятие и ответственность, устанавливается свободная внутренняя коммуникация, а поведение и самоощущение “Я” становятся органичными, спонтанными. Происходит интегрирование всего личностного опыта в единое целое. На **седьмой стадии**, стадии личностных изменений, от-

крытости себя миру психолог уже становится ненужным; основная цель психотерапевтической работы достигнута – состояние конгруэнтности с собой и миром, открытость новому опыту и реалистический баланс между “Я-реальным” и “Я-идеальным”.

Общая оценка концепции.

В настоящее время концепция К. Роджерса является если и не самой популярной, то, по крайней мере, одной из самых известных в отечественной консультативной психологии. И в самом деле, она не только выгодна клиенту и консультанту, но и обладает мощным психотерапевтическим потенциалом. Роджерсианский подход нашел широкое применение в решении конфликтов, в работе с подростками, в психиатрической клинике и в школе. Однако у концепции есть и свои ограничения, которые были известны и самому ее создателю. Так, возникает опасность оказания психологической помощи клиенту без обеспечения условий и процесса его личностного роста (возникновение эйфории, не имеющей реальных оснований). Известно, что для психолога существует опасность чрезмерной идентификации с личностью и переживаниями клиента.

Кроме того, остается нерешенным вопрос о длительности психотерапевтического эффекта и о том, какие проблемы может создавать для клиента переход от психотерапевтических отношений к реалиям повседневной жизни.

Вместе с тем, широкий диапазон применимости концепции, постановка К. Роджерсом проблемы отбора и подготовки лиц, пригодных для психологического консультирования и психотерапии, открытость концепции другим направлениям – все это, равно как и широкая популяризаторская деятельность приверженцев подхода и самого К. Роджерса, снискало признание и уважение к принципиально новому отношению к человеку, разработанному в терапии, центрированной на клиенте.

РАЗДЕЛ 2. Практические аспекты организации психологической помощи

Тема 2.1

Психологический тренинг

План

1. Определение понятия «психологический тренинг».
2. Области применения психологического тренинга.
3. Виды и цели тренинга в современной психологии.
4. Принципы работы тренинговой группы.
5. Эффект и специфика психологического тренинга.

1. Определение понятия «психологический тренинг».

В настоящее время существует ряд противоречий и неясностей в определении психологического тренинга как особой области прикладной психологии. До сих пор каждая работа, посвященная данной проблеме, начинается с определения понятия «психологический тренинг». В наиболее широком контексте термин «психологический тренинг» используют для обозначения разнообразных форм групповой психологической работы. Однако параллельно существуют и такие понятия, как групповая психотерапия, психокоррекционные группы, группы опыта, группы активного обучения, практические экспериментальные лаборатории. Определяя границы понятия «психологический тренинг», И.В. Вачков указывает, что современное понимание тренинга включает в себя многие традиционные методы групповой психотерапии и психокоррекции, что вынуждает искать его истоки в разнообразных направлениях клинической психотерапии в группах.

Таким образом, прежде всего, **психологический тренинг** подразумевает использование активных групповых методов практической психологии для работы со здоровыми людьми с целью решения задач по развитию и совершенствованию качеств, необходимых для улучшения их социального бытия и профессиональной деятельности.

Особенно четко эту позицию сформулировал С.И. Макшанов, который определяет тренинг как многофункциональный метод преднамеренных изменений психологических феноменов человека, группы и организации. Центральной категорией здесь выступает категория *изменения*. Тренинговое воздействие направляется на достижение позитивных изменений участников, повышение степени их «конгруэнтности» с собой и окружающей средой.

Из этого определения видно, что основной акцент переносится на «психотехническую» составляющую тренинга. Термин «психотехника» впервые был введен У. Штерном и подразумевал любую практику воздействия на психику и управление ею. Н.В. Цзен и Ю.В. Пахомов дают следующую современную трактовку этого термина: «Психотехника – это искусство ориентировки в психических явлениях и управления ими». В этом контексте психологическое воздействие выступает как система психотехнических действий, предоставляющих психотехнические средства. В настоящий момент весьма остро стоит вопрос об эффективности различных прикладных элементов психологии – «психотехник» (по Л.С. Выготскому), в том числе и психологического тренинга.

2. Области применения психологического тренинга.

В настоящее время большинство авторов, уделяющих внимание проблематике психологического тренинга, подробно описывают области применения тренинга в практике психологической помощи, коррекции и для обеспечения личностного роста. Традиционно психологический тренинг применяют *для развития навыков самопознания, самопонимания, рефлексии, изменения отношения к себе, другим, выработке навыков саморегуляции, развития эмоциональной гибкости, для улучшения социальной адаптации участников, углубления опыта психологической интерпретации поведения других людей.*

Гораздо менее разработанной является проблематика *применения психологического тренинга для нужд управления персоналом в организации.* В то же время, объем услуг в этой области сопоставим с объемом традиционных психологических услуг. Современные тенденции таковы, что в западных странах доля тренинга от общего фонда мероприятий по развитию персонала достигает 80-85%.

Основными формами тренинга в развитии персонала являются деловые игры, групповые дискуссии, ролевые игры, всевозможные модификации «мозгового штурма», «конференции идей», «коллективные записные книжки» и метод анализа практических ситуаций (так называемые кейс-стадиэ). *Для достижения общего развития персонала, личностного роста сотрудников и снижения их конфликтности чаще всего применяются традиционные виды психологического тренинга.*

Рыночные отношения, забота о приемлемом уровне издержек не позволяют работодателю заниматься общим развитием своих сотрудников ради развития. Всякий раз преследуются сугубо коммерческие цели. Любое мероприятие по развитию персонала призвано, в конечном итоге, спо-

способствовать повышению качества и производительности труда и формировать конкурентное преимущество организации.

В связи с этим, тренинг используется для решения очень широкого круга задач в развитии персонала. В первую очередь, он применяется с целью *адаптации новых сотрудников в организации*. Расчет экономической эффективности работы убедительно выявил, что сокращение сроков адаптации сотрудников чрезвычайно важно для общих показателей конкурентоспособности организаций. Проведенные исследования по управлению персоналом позволили вычислить, что в течение первых шести месяцев работы производительность труда нового сотрудника не окупает расходы компании по содержанию его рабочего места. Таким образом, в период массового найма новых сотрудников компания длительное время может работать убыточно. Успешное преодоление проблем по привыканию к новому рабочему месту, новым условиям труда, новым правилам и нормам в значительной степени сокращает сроки адаптации и приближает критическую точку безубыточности.

Рассмотрим основные области применения психологического тренинга в практике управления персоналом. Наиболее распространено применение психологического тренинга *для мобилизации внутреннего потенциала работника, расширения круга его возможностей, затребованных особенностями рабочего места*. Для этого используются разные модификации делового тренинга: тренинг общения, тренинг продаж, тренинг по управлению временем и т.п.

Следующий пласт проблем – овладение новыми навыками через «проигрывание». Психологический тренинг *является одним из наиболее доступных путей резкого ускорения обучения в группе*, что достигается благодаря сильному эмоциональному подкреплению и усилению обратной связи. Коллективом авторов во главе с Т.Ю. Базаровым выделены следующие области применения тренинга профессиональных навыков:

1. Пополнение недостающих знаний.
2. Исправление недостатков в выполнении работником должностных обязанностей.
3. Доведение до автоматизма навыков работы в кризисных ситуациях.
4. Закрепление навыков работы при исполнении особо важных для фирмы функций.

Тренинг также *выступает в качестве «тренажера»*, на котором в безопасной обстановке осваиваются и оттачиваются управленческие и другие знания и умения. Групповой метод работы позволяет повысить интенсивность и стойкость возникающих изменений, максимально использовать возможности каждого участника.

Особенно широко возможности психологического тренинга *раскрываются при внедрении командного метода работы, сплочении коллектива как психологической предпосылки управленческих нововведений*. По сути, это единственный метод, позволяющий достичь реальных результатов в данной области. Лекции и другие традиционные методы лишь расширяют круг знаний, но не приводят к изменению поведения. Наиболее ярко это проявляется при использовании тренинга для формирования команды в игровых видах спорта. Н.В. Цзен и Ю.В. Пахомов так описывают воздействие психологического тренинга: «Совместно решая конкретную задачу, участники психотехнической игры постоянно стремятся к взаимопониманию и согласованию действий. Нащупав принципы объединения усилий, они начинают что-то создавать, придумывать. Захваченные игрой, члены психотехнической группы полнее раскрывают себя и больше узнают друг о друге. Более глубоким становится взаимное доверие. Более живым – взаимный интерес».

В последнее десятилетие наблюдается активный рост использования психологического тренинга *для комплексной оценки потенциала сотрудника – метод «центра оценки»*. Метод «центра оценки» является инструментом для системного наблюдения и оценки эффективности поведения в моделируемых рабочих ситуациях. Программа тренинга составляется таким образом, чтобы стимулировать участников проявить те возможности, которые ранее не были задействованы на рабочем месте. Тестовые занятия проводятся в течение двух-трех дней и включают разнообразные упражнения, например, дискуссии в группах, индивидуальные и групповые упражнения, пробные рабочие задания, ролевые игры и презентации. По результатам наблюдения за поведением участников принимаются решения о карьерных перемещениях, формировании резерва на выдвижение.

Использование психологического тренинга *для обеспечения личностного роста и совершенствования сотрудника* (например, для снижения конфликтности человека) содержит элементы психокоррекции и психологии воздействия или даже психотерапии (например, при увольнении). В результате сотрудник не только улучшает свое поведение на рабочем месте, но и меняет всю систему взаимоотношений с социальным окружением.

По итогам всего вышесказанного становится очевидным, что тренинг как высокоэффективный инструмент развития и достижения изменений занимает особое место в современной борьбе за повышение производительности и качества труда, повышение конкурентоспособности организаций.

3. Виды и цели тренинга в современной психологии.

В кратком психологическом словаре 1982 г. издания дано следующее определение психологического тренинга, ставшее классическим: «...Совокупность групповых методов формирования умений и навыков самопознания, общения и взаимопонимания людей в группе».

И.В. Вачков указывает, что тренинги, будучи формой практической работы, всегда отражают своим содержанием определенную парадигму того направления, взглядов которого придерживается психолог, проводящий занятия. Представления ведущего о сути и степени выраженности психологического воздействия определяют степень «агрессивности» этого воздействия, распределение инициативы между участниками и ведущим тренинга. И.В. Вачков делит шкалу «агрессивности» психологического воздействия в процессе тренинга на четыре пункта:

1. Тренинг как своеобразный метод дрессуры, при которой жесткими манипулятивными приемами (отрицательное и положительное подкрепление) выстраивается нужное поведение участников.

2. Тренинг как тренировка, в результате которой происходит формирование и отработка умений и навыков эффективного поведения.

3. Тренинг как форма активного обучения, целью которого является, прежде всего, передача психологических знаний, а также развитие некоторых умений и навыков.

4. Тренинг как метод создания условий для самораскрытия участников и самостоятельного поиска ими способов решения собственных психологических проблем.

Таким образом, степень манипулятивности в оказании психологического воздействия может резко различаться в зависимости от установок ведущего. Разное понимание психологического смысла тренинга происходит из разных теоретических концепций ведущих тренинговых групп. При всем разнообразии подходов **в настоящее время выделяют три основных концептуальных направления в психологическом тренинге: гуманистическое, поведенческое и психодинамическое.** Каждое из этих направлений характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психологического вмешательства. Несмотря на различия в теоретической платформе, общим для всех направлений является представление о том, что тренинг обращен к человеческой индивидуальности и направлен на изменения, происходящие внутри личности и ведущие к ее самосовершенствованию и развитию.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

К психодинамическому подходу относят, прежде всего, транзакционный анализ и психодраму, а также телесно-ориентированную психотерапию.

Как пишет В.Ю. Большаков в своей книге о психотренинге, **транзакционный анализ** – это «психологический метод, который помогает людям подойти рационально к анализу собственного и чужого поведения, лучше осознать себя и структуру своей личности, а также сущность взаимодействия с другими людьми и внутренне запрограммированный жизненный стиль – сценарий».

Э. Берн в своей книге «Транзакционный анализ в группе» выделяет четыре вида психологического воздействия, которые осуществляет ведущий в рамках этого подхода: деконтаминация, рекатектирование, прояснение и переориентация.

1. Деконтаминация означает, что когда реакции, чувства или мнения фальсифицированы или искажены, ситуация направляется посредством процесса, аналогичного анатомическому препарированию.

2. Рекатектирование означает, что изменяется действенное акцентирование, осуществляемое пациентом на различных аспектах своего опыта.

3. Прояснение означает, что пациент начинает сам понимать, что происходит, вследствие чего получает стабильную возможность управлять новым состоянием, и есть надежда, что он сможет перенести эти процессы без помощи терапевта на новые ситуации, с которыми будет сталкиваться после окончания тренинга.

4. Переориентация означает, что в результате всего предыдущего поведение, реакции, стремления пациента изменяются таким образом, что приобретают достаточную согласованность, чтобы стать конструктивными.

Вмешательство в жизненный сценарий, которое осуществляется с помощью этих четырех видов воздействия, – наиболее тонкая и сложная работа ведущего. В ходе занятий участники достигают инсайта – момента озарения, когда становятся ясными подлинные мотивы поведения, тех или иных поступков.

Возникновение инсайта сопровождает и другое направление психодинамического подхода – психодраму. **Психодраму** определяют как «инсценирование» реальных проблем участников с обязательным распределением ролей. В отличие от транзактного анализа, в психодраме человек не раскладывает свой жизненный сценарий по полочкам, а проигрывает его на сцене, достигая понимания и эмоциональной разрядки через катарсис – внутреннее очищение в процессе эмоционального отреагирования. В момент катарсиса наступает внутреннее озарение, которое помогает

по-иному взглянуть на ситуацию, осмыслить ее и избавиться от сковывающего действия неэффективных сценариев.

Одной из наиболее популярных и упрощенных модификаций психодрамы является *ролевой тренинг*. Участники разыгрывают не законченные сценарии, а небольшие эпизоды, пробуя себя в разных психологических ролях. Этот метод рассчитан на углубление и совершенствование социализации, коррекции ценностных и нравственно-этических установок участников и связанного с ними внутреннего психологического самочувствия. Проработка ролей, установок, переживаний, наблюдение как за собственным самочувствием, так и за состоянием других членов группы позволяют достичь достаточной эмоциональной глубины, подготовить изменение оценок, ориентиров и позиций.

Существенно расширяет возможности метода то, что он применим в случае намеренного или неосознаваемого сопротивления изменению, когда коррекция своего поведения на уровне сознания затруднена.

Основной задачей ролевого тренинга считается развитие коммуникативных функций и коррекция навыков общения, снятие «зажимов» и «комплексов». Эту общую задачу можно разделить на ряд более частных:

- активизация невербальных языков общения;
- развитие эмпатического потенциала, умения концентрироваться на партнере по общению;
- отработка спонтанного поведения;
- легкость действий в присутствии других людей;
- умение легко и гибко ориентироваться в типичных ситуациях житейского и бытового плана, простейших конфликтах производственного и личного характера;
- умение правильно вести себя в ситуации конфликта вплоть до самых сложных и лично значимых ситуаций.

Один из ведущих идеологов *телесно-ориентированной терапии* В. Райх определяет суть роста клиентов под воздействием тренинга как «...процесс рассасывания психологического и физического панциря, постепенное становление более свободным и открытым человеческим существом». Работа со своим телом, прикосновения других членов группы, постоянный анализ своих внутренних ощущений позволяют участникам прийти к более полному осознанию себя, своей сути.

При этом развитие участников, по мнению еще одного представителя телесно-ориентированной терапии, М. Фельденкрайза, проходит через следующие стадии:

1. «Естественный способ».

Некоторые действия человек делает так же, как и животные: дерется, бежит, отдыхает. Все естественные деятельности функционируют одинаково в каждом человеке, так же, как они одинаковы у всех голубей или у всех пчел.

2. «Индивидуальная стадия».

Отдельные люди находят свой собственный, индивидуальный способ выполнения действий. Если этот способ дает какие-то преимущества, он перенимается другими.

3. «Метод или профессионализация».

На третьей стадии появляется нечто общее в том, как разные люди выполняют один и тот же процесс. Далее процесс выполняется уже в соответствии со специфическим методом, основанным на знании, а не естественно.

4. «Заученный метод вытесняет естественный».

Мы можем наблюдать, как естественная практика постепенно уступает место приобретаемым методам, «профессионализму».

Таким образом, в рамках психодинамического подхода **основной детерминантой личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы**. Психологическое вмешательство направляется на достижение осознания конфликта между сознательным и бессознательным и собственного бессознательного, «раскапывание панциря», выстроенного сознанием. Этой задаче подчинен и метод: достижение осознания достигается за счет «вытаскивания бессознательного наружу» через анализ символов, сопротивления и переноса, внимание к своим внутренним ощущениям и реакциям тела. Сама процедура строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного **во внешнем плане**.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Работа в **бихевиорально-ориентированных** группах направлена на выделение неэффективных и опробование новых видов поведения в безопасном окружении. Суть метода состоит в том, что коль скоро, согласно постулатам бихевиоризма, весь свой опыт человек приобретает посредством научения, то для исправления неадекватного поведения необходимо отучить его от неэффективных реакций и переучить, выработать более адаптивные реакции. Типичная методика тренинга – репетиция поведения. Участникам демонстрируется успешная модель поведения, а затем они пытаются ее освоить. Успешные действия участников положительно подкрепляются реакцией группы или ведущего, а неуспешные – гасятся отрицательным подкреплением. Широко применяется подход по «орга-

низации успеха». При таком подходе тренер на протяжении всей работы удерживает позитивный баланс обратной связи, концентрируясь преимущественно на успешных действиях участников.

В качестве примера разберем такой популярный вид поведенческого тренинга, как *тренинг умений*. Группы этого типа ориентированы главным образом на развитие конкретных, чаще всего деловых умений и навыков. Основными клиентами тренинга умений становятся руководители разного уровня, предприниматели и деловые люди.

Целями такого тренинга являются:

- обучение приспособительным умениям, полезным при столкновении со сложными жизненными ситуациями, развитие поведения, рассматриваемого как желательное либо членами группы, либо обществом в целом;

- обсуждение проблем, с которыми участники столкнулись в реальных условиях, помощь участникам в развитии умения руководить, применение полученных знаний вне группы;

- совершенствование коммуникативных умений для более эффективного взаимодействия с другими в конкретных ситуациях (осуществление продаж, ведение переговоров);

- овладение умениями диагностики индивидуальных, групповых и организационных проблем: разрешение конфликтных ситуаций в группе и укрепление групповой сплоченности.

Программа тренинга составляется исходя из профессиональной принадлежности и заранее сформулированного запроса клиента. Можно выделить пять блоков проблем, которые являются основой для импровизации ведущего. Это – *составление делового письма, техника общения, техника перехвата и удержания управления, организация производства, коммерческая деятельность*. В зависимости от запросов участников акцент делается на тот или иной блок. Получивший заказ ведущий составляет предварительный план работы, отбирает необходимые видеозаписи и наглядные пособия для групповых занятий. Предварительное знакомство с самими участниками и с результатами их тестирования позволяет разработать стратегию и тактику ведения тренинга, выработать индивидуальный подход к каждому с учетом его сильных и слабых сторон.

Таким образом, **представители этого направления концентрируют свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению. Неадаптивное поведение рассматривают как результат неправильного научения. Следовательно, цель психологического вмешательства – это *переобучение*, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные**

(эталонные, правильные). Переобучение осуществляется с помощью классических бихевиоральных методов: оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение.

ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Предыдущие два подхода рассматривают человека как несовершенный объект, который при определенных манипуляциях ведущего и под воздействием группового влияния должен приобрести более правильные очертания. **Гуманистическое направление исходит из признания уникальности и самооценности человеческой личности.** Главное здесь – осознание ценности своего существования, принятие ответственности за совершенные поступки, решение проблемы аутентичности – «соответствия способа бытия человека в мире внутренней природе его личности».

К гуманистическому подходу можно отнести такие широко известные направления в психологическом тренинге, как **группы встреч** и **тренинг сензитивности**.

К. Роджерс, активно развивая свое направление, сформулировал необходимые и достаточные условия конструктивных изменений участников тренинга. Им были названы три установки личности консультанта: конгруэнтность, эмпатия и безусловное положительное принятие (уважение). Проходящие тренинг участники побуждаются к фиксации, оценке и интерпретации действий и поведения партнеров и самих себя. В группе поощряется спонтанность проявления чувств, открытое обращение внимания на интерпретации враждебности, неуверенности в себе, проявления психологической защиты.

Сама процедура групповых занятий характеризуется максимально свободным стилем управления. Ведущий отказывается направлять и организовывать деятельность участников, создавая ситуацию фрустрации. Участники вынуждены проявлять активность и принимать на себя ответственность за все, что происходит во время занятий. Группы встреч ориентированы на формирование межличностных отношений и изучение процессов, происходящих в малых группах. Главный акцент при этом ставится не столько на групповом процессе или процессе развития навыков межличностного взаимодействия, сколько на поиске аутентичности и открытости во взаимоотношениях с другими.

Содержание взаимодействий служит средством для понимания процесса взаимодействия. Изучение групповых процессов и групповой динамики дает информацию о межличностных отношениях и поведении членов группы в реальной жизни. Развитие межличностных умений и социально-психологической компетентности предполагает понимание групповых процессов, поощряющих самовосприятие.

Большинство эффективных изменений происходит в групповом, а не в индивидуальном контексте. Для того чтобы выявить и изменить свои неадаптивные установки и выработать новые формы поведения, люди должны учиться видеть себя такими, какими их видят другие.

К. Рудестам называет следующие цели и задачи *групп встреч*:

- обучение участников межличностному поведению;
 - подтверждение на практике теории групповой динамики;
 - проработка проблем, с которыми участники сталкивались в реальной жизни;
 - помощь участникам в развитии умения руководить;
 - применение полученных знаний вне группы;
- а также:
- развитие самопознания за счет снижения барьеров психологической защиты и устранение неискренности на личном уровне – понимание целей, затрудняющих или облегчающих развитие группы – постижение межличностных отношений в группе;
 - овладение умениями диагностики индивидуальных, групповых и организационных проблем.

Группа стремится определить как можно больше возможностей выбора при встрече с жизненными трудностями и проблемами. Подчеркивается значение аутентичности в межличностных взаимоотношениях. Неопределенность целей и процесса порождает разнообразие чувств, которые необходимо понять, научиться разделять их и быть восприимчивым к ответной искренней раскрывающей коммуникации. Участники группы могут исследовать свои межличностные стили и экспериментировать с ними, устанавливая взаимоотношения с другими. Они развивают в группе коммуникативные умения, включающие описание поведения, коммуникацию чувств, активное слушание, обратную связь, конфронтацию.

Группы *сензитивного тренинга* акцентированы на общем развитии индивида. В рамках этой ориентации первичным является выявление жизненных ценностей индивида, усиление чувства самоидентичности. Тренинг направлен на развитие сензитивной способности, без актуализации которой затруднено правильное понимание личностных качеств и состояний партнеров, отношений, складывающихся между ними.

Цели и задачи сензитивного тренинга:

- развитие компетентности в общении;
- развитие активной социально-психологической позиции участников;
- повышение психологической культуры;
- развитие социально-перцептивной компетентности;

– приобретение участниками группы обобщенных диагностических знаний и умений;

– развитие самопознания за счет снижения барьеров психологической защиты и устранения неискренности на личном уровне.

Ведущим методическим средством **сензитивного тренинга выступают психогимнастические упражнения, которые дают разнообразный материал, необходимый для осознания процесса и результатов социально-перцептивной деятельности, а также формируют среду, позволяющую каждому участнику развивать свои перцептивные способности.**

Таким образом, **представители гуманистического направления трактуют неконструктивное поведение и невротическое внутреннее состояние как следствие невозможности самоактуализации.** Проблемы и дезадаптация возникают тогда, когда блокируются потребности высшего уровня, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью «Я». В этом случае **целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя, способствующий личностной интеграции.**

4. Принципы работы тренинговой группы.

Работа тренинговой группы отличается рядом специфических принципов. Дадим им краткую характеристику.

Принцип активности. Активность участников тренинговой группы носит особый характер, отличный от активности человека, слушающего лекцию или читающего книгу. В тренинге люди вовлекаются в специально разработанные действия. Это может быть проигрывание той или иной ситуации, выполнение упражнений, наблюдение за поведением других по специальной схеме. Активность возрастает в том случае, если мы даем участникам установку на готовность включиться в совершаемые действия в любой момент. Особенно эффективными в достижении целей тренинга через осознание, апробирование и тренировку приемов, способов поведения, идей, предложенных тренером, являются те ситуации и упражнения, которые позволяют активно участвовать в них всем членам группы одновременно. Принцип активности, в частности, опирается на известную из области экспериментальной психологии идею: человек усваивает десять процентов того, что он слышит, пятьдесят процентов того, что он видит, семьдесят процентов того, что проговаривает, и девяносто процентов того, что делает сам.

Принцип исследовательской творческой позиции. Суть этого принципа заключается в том, что в ходе тренинга участники группы осознают, обнаруживают, открывают идеи, закономерности, уже известные в психологии, а также, что особенно важно, свои личные ресурсы, возможные психологические особенности. Исходя из этого принципа, работа тренера заключается в том, чтобы придумать, сконструировать и организовать те ситуации, которые давали бы возможность членам группы осознать, апробировать и тренировать новые способы поведения, экспериментировать с ними. В тренинговой группе создается креативная среда, основными характеристиками которой являются проблемность, неопределенность, принятие, безоценочность. Реализация этого принципа порой встречает достаточно сильное сопротивление со стороны участников. Люди, которые приходят в группу тренинга, имеют определенный опыт общения в школе, в институте, где, как правило, им предлагались или иные правила, модели, которые надо было выучить и следовать им в дальнейшем. Сталкиваясь с другим, непривычным, для них способом обучения, люди проявляют недовольство, иногда в достаточно сильной, даже агрессивной форме. Преодолеть такое сопротивление помогают ситуации, позволяющие участникам тренинга осознать важность и необходимость формирования у них готовности и в дальнейшем, после окончания тренинга, экспериментировать со своим поведением, творчески относиться к жизни, к самому себе.

Принцип объективации (осознания) поведения. В процессе занятий поведение участников переводится с импульсивного на объективированный уровень, позволяющий производить изменения в тренинге. Универсальным средством объективации поведения является обратная связь. Создание условий для эффективной обратной связи в группе – важная задача тренерской работы. В тех видах тренинга, которые направлены на формирование умений, навыков, установок, используются дополнительные средства объективации поведения. Одним из них является видеозапись поведения участников группы в тех или иных ситуациях с последующим просмотром и обсуждением. Надо учитывать, что видеозапись является очень сильным средством воздействия, способным оказать негативное влияние, поэтому им следует пользоваться с большой осторожностью, и что самое важное – профессионально.

Принцип партнерского (субъект-субъектного) общения. Партнерским, или субъект-субъектным, общением является такое общение, при котором учитываются интересы других участников взаимодействия, а также их чувства, эмоции, переживания. Реализация этого принципа создает в группе атмосферу безопасности, доверия, открытости, которая позволяет участникам группы экспериментировать со своим поведением, не стесняясь

ошибок. Этот принцип тесно связан с принципом творческой, исследовательской позиции участников группы.

Последовательная реализация названных принципов – одно из условий эффективной работы тренинговой группы. Она отличает эту работу от других методов обучения и психологического воздействия.

Кроме специфических принципов работы тренинговых групп, можно говорить и о специфическом принципе работы тренера, который заключается в постоянной рефлексии всего того, что происходит в группе. Эта рефлексия осуществляется за счет того, что тренер все время – приступая к проведению тренинга, планируя работу на день, непосредственно в процессе работы – задает себе три вопроса:

- *Какой цели я хочу достичь?*
- *Почему я хочу достичь этой цели?*
- *Какими средствами я собираюсь ее достичь?*

Ответ на второй вопрос дают диагностические исследования тренера во время работы с группой. Объектами диагностики являются:

- содержательный план работы;
- уровень развития и сплоченности группы, характер отношений, складывающихся между ее участниками;
- состояние каждого участника группы, его отношение к себе, к другим, к тренингу.

Эффективность тренинга во многом зависит не только от адекватности осуществляемой тренером диагностики, но и того, насколько большим арсеналом средств он обладает для достижения той или иной цели.

Первый шаг в решении задачи выбора средств – это выбор методического приема. К наиболее часто применяемым относятся: *групповые дискуссии, ролевые игры, психодрама и ее модификации, психогимнастика*.

Выбор того или иного методического приема, а также конкретного средства в рамках этого приема определяется следующими факторами:

- 1) содержанием тренинга;
- 2) особенностями группы;
- 3) особенностями ситуации;
- 4) возможностями тренера.

5. Эффект психологического тренинга.

Анализируя вопрос об эффекте тренинга, можно сделать вывод, что, несмотря на различные концептуальные платформы, представители различных направлений выделяют стандартный набор изменений, которые происходят с участниками в процессе тренинга.

В первую очередь, в результате межличностного взаимодействия развиваются и оптимизируются коммуникативные способности, что отражается в навыках общения и приемах межличностного оценивания. Путь к развитию навыков общения у разных психологических направлений разный: от овладения бессознательным, которое сковывает и дезориентирует поведение, до безусловного признания и принятия себя таким, какой ты есть или прямого «натаскивания» на выбранные эталоны поведения.

Другой блок изменений касается социально-психологической компетентности, умения ориентироваться в социальных ситуациях, понимать других людей, выбирать и реализовывать адекватные формы общения. Психодинамический подход достигает этого эффекта через преодоление барьеров и защитных механизмов бессознательного, приводящих к искаженной интерпретации чужого и собственного поведения. Бихевиористы специально развивают и совершенствуют навыки социальной перцепции, раскладывают по полочкам внешние элементы поведения. Гуманистический подход стимулирует открытость и готовность понять и принять поведение другого человека.

Отдельно можно рассматривать и такой эффект тренинга, как умение поставить себя на место партнера по общению, развитие эмпатии. Возникновение этого эффекта констатируется и в рамках поведенческого подхода, и в психодинамическом направлении. Однако наибольших успехов в развитии способности к сопереживанию достигают представители гуманистического направления.

Помимо вышеперечисленных эффектов следует упомянуть и следующие последствия направленного группового воздействия:

1. Развитие внутренней и внешней свободы, уменьшение числа штампов и зажимов.

2. Повышение самооценки, уверенности в себе.

3. Развитие воображения, умения нестандартно, оригинально мыслить.

4. Повышение поисковой активности, ориентация на активную позицию.

Л.А. Петровская в своих работах отмечает, что опыт переживаний, полученный в процессе работы группы, становится важной эмоциональной компонентой целого ряда эффектов. Сюда относятся децентрация, проявляющаяся в большей обращенности к партнерам по общению; развитие гуманистической установки в отношении партнеров; возрастание социально-психологической активности участников тренинга; осознание ими общения как самостоятельной ценности. Повышается эффективность оперативной саморегуляции (регулирование своего поведения в конкретных кратковременных ситуациях), перспективной саморегуляции (на протяжении длительного отрезка времени).

К. Рудестам отмечает, что член группы является одновременно и участником, который может экспериментировать с изменениями поведения, и наблюдателем, который может контролировать результаты этих изменений. Перед членами группы встает задача исследовать и проанализировать собственные социально-перцептивные и коммуникативные возможности, характеристики, и в этом смысле решить диагностическую задачу. Дополнительно к этому во время всего цикла стоит задача анализа конкретных ситуаций. Ситуации могут быть «спровоцированы», заданы ведущим, или они возникают спонтанно в ходе становления отношений. Тренинг также способствует улучшению самовыражения через мимику, жест, движение и совершенствованию восприятия других посредством фиксации таких же сигналов, то есть активизирует «языки общения».

Таким образом, психологический тренинг большей частью используется при решении таких задач, как обучение участников успешному поведению, практическому подтверждению теории групповой динамики, обсуждению проблем, с которыми участники столкнулись в реальных условиях, помощь в применении полученных знаний вне группы. Более конкретно цели группы определяются ее членами и ведущим. Они могут касаться отдельных участников, их взаимоотношений, роли индивида в некотором коллективе, группы как целого, взаимоотношений между группами, внутренних проблем группы. Когда интересы группы сосредотачиваются на отдельных участниках, целью может быть расширение самосознания, изменение установок и расширение поведенческой компетентности. Когда интересы направлены на выполнение ролевых функций, целью группы может быть исследование отношения участников к различным групповым ролям. Интерес к групповым вопросам может определяться целью решения специфических групповых проблем и поисками методов улучшения ее климата и деятельности. При этом разные направления психологического тренинга расставляют различные акценты.

Однако, несмотря на различия в подходах, все три основных направления в психологическом тренинге используют одинаковую логику построения группового процесса.

На первом этапе тренинга происходит **выведение из внутреннего плана во внешний неконструктивных элементов и моделей поведения**. В бихевиоризме это – демонстрация заученных навыков, в психоанализе – осознание бессознательных мотивов и барьеров, в гуманистической психологии – осознание своей неаутентичности. На этом этапе участникам предлагается решать поставленные задачи так, как они могут делать это без постороннего вмешательства и специального обучения. Эта стадия носит диагностический характер. Только выведение проблемных областей из

внутреннего плана во внешний – поведенческий, создает серьезную предпосылку для их последующей коррекции.

На втором этапе – **построение модели идеального поведения во внешнем плане**. Представители поведенческой психологии осуществляют это через искусственное создание эталона в форме видеозаписи или проигрывания. Психодинамический подход особо выделяет этап возникновения «освобожденной, очищенной» личности. В гуманистическом подходе эталоном чаще всего выступает либо поведение ведущего, либо тех участников, которые осознали непреходящую ценность своей личности и приняли себя такими, какие они есть. Иными словами, применяя стратегии поиска аналогов, комбинирования, реконструирования и др., ведущий и участники находят оптимальные модели поведения в каждой конкретной ситуации.

На заключительном этапе – **модификация поведения участников группы в сторону максимального приближения к эталону и закрепление его во внутреннем плане**. В поведенческой психологии это достигается через дифференциацию подкрепления: положительное подкрепление успешного поведения и разрушение старых штампов. Психоаналитические группы на завершающей стадии «освобождаются» от давления неэффективных сценариев или иных конструктов бессознательного. В гуманистической психологии специально обсуждаются и закрепляются основные принципы самоактуализированного поведения.

Таким образом, **специфическими чертами тренингов**, позволяющими выделять их среди других методов практической психологии, являются:

- соблюдение ряда принципов групповой работы;
- нацеленность на психологическую помощь участникам группы в саморазвитии, при этом такая помощь исходит не только (а порой и не столько) от ведущего, сколько от самих участников;
- наличие более или менее постоянной группы (обычно от 7 до 15 человек), периодически собирающейся на встречи или работающей непрерывно в течение двух-пяти дней (так называемые группы-марафоны);
- определенная пространственная организация (чаще всего – работа в удобном изолированном помещении, участники большую часть времени сидят в кругу);
- акцент на взаимоотношениях между участниками группы, которые развиваются и анализируются в ситуации «здесь и теперь»;
- применение активных методов групповой работы;
- объективация субъективных чувств и эмоций участников группы относительно друг друга и происходящего в группе, вербализованная рефлексия;

– атмосфера раскованности и свободы общения между участниками, климат психологической безопасности.

В рамках этих черт существует огромное количество модификаций конкретных форм тренингов, сильно разнящихся между собой по целому ряду признаков. Особенно большой разброс имеется во времени работы групп: от двух дней до пяти и более лет с еженедельными встречами (например, в групповом анализе). Важной общей чертой тренингов является их стадийность, обусловленная социально-психологическими закономерностями развития малой группы. Как правило, в процессе любого тренинга можно выделить три основных стадии: начальную, рабочую и конечную. Иногда эти стадии характеризуют как этапы «оттаивания», «изменения», «замораживания».

Тренинги, будучи формой практической психологической работы, всегда отражают своим содержанием определенную парадигму того направления, взглядов которого придерживается психолог, проводящий тренинговые занятия.

Разное понимание психологического смысла тренинга находит свое отражение и в разнообразии названий специалиста, проводящего тренинг: ведущий, руководитель, директор группы, тренер, эксперт, фасилитатор и др. Разумеется, далеко не каждый проводимый тренинг можно уверенно отнести к какому-либо одному из выделенных видов, поскольку обычно перед тренингом ставится не одна, а несколько частных задач, решение которых может осуществляться сквозными методами разных направлений. Кроме того, в литературе не раз подчеркивалась значительная роль личности ведущего тренинговой группы, индивидуальный стиль и особенности которого могут порой идти вразрез с парадигмой того психологического направления, в котором он работает, и иметь большее значение, чем применяемые им методики и приемы.

Многие авторы отмечают, что большая вариативность конкретных процедур психологического тренинга затрудняет их описание средствами традиционного научного языка. Вместе с тем важно отметить, что упражнения и приемы, характерные для той или иной психологической школы тренинга, являются не более чем инструментом, результат применения которого зависит не столько от качества этого инструмента, сколько от личности мастера, с ним работающего. Вследствие этого считается, что даже жестко манипулятивные внешне приемы нейролингвистического программирования могут быть использованы не в целях манипуляции, а в целях облегчения процессов самораскрытия и самоактуализации участников группы.

Методологические основы психотерапии

План

1. Определение психотерапии и содержание основных понятий.
2. Психотерапевтическое вмешательство.
3. Классификация методов психотерапии.
4. Направления психотерапии.
5. Формы психотерапии.
6. Основные правила психотерапии.
7. История психотерапии.
8. Личность психотерапевта.
9. Проблема присутствия психотерапевта в контакте.

1. Определение психотерапии и содержание основных понятий.

Психотерапия – это научная дисциплина. Как всякая самостоятельная научная дисциплина она имеет свою теорию, методологию, собственный категориальный аппарат и терминологию. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует единого определения психотерапии. В литературе их насчитывается около 400.

Часть авторов четко относит психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. *Отечественная* традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. *Зарубежные определения* психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера **медицинского подхода** к пониманию психотерапии, можно привести следующие определения, которые обязательно включают такие понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь:

- психотерапия – система лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм и поведение больного;
- психотерапия – специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья.

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологические подходы и включающие такие понятия как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы

и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, можно указать следующие:

– психотерапия – особый вид межличностного взаимодействия, при котором клиентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера;

– психотерапия – средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными.

Наиболее общим и, в некоторой мере, объединяющим два указанных подхода является определение С. Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

В определениях, которые условно можно назвать *медицинскими*, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику – на организм), то есть подчеркивается *объект* воздействия.

Психологический подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на *средствах воздействия*.

Обе позиции объяснимы. С одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души (от греч. *psyche* – душа, *therapeia* – лечение), то есть, указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию термины – физиотерапия, фармакотерапия и пр. – указывают не на объект, а на средства воздействия.

Следует обратить внимание на то, что понятие «воздействие» (вмешательство, интервенция) входит в различные определения психотерапии.

Таким образом, можно утверждать, что в современной психотерапии существуют две модели: медицинская и психологическая. В **медицинской модели** основной упор делается на знании нозологии, синдромологии, клинической картины расстройств. Основной мишенью такой модели является симптом, поиском и ликвидацией причины которого практически не занимаются. Активность пациента сводится к минимуму – к вере во врача и проводимое лечение. Врач-психотерапевт в такой модели занимает позицию эксперта, который лучше знает и понимает «наивного» пациента.

Психологическая модель, в первую очередь, связана с пониманием психотерапии как «мира сказок, метафор», мира, к которому неприменимы законы естественнонаучного знания. В этом случае определение психотерапии как «воздействие на психику и соматическое состояние человека через психику» уступает место таким метафорам психотерапевтического контакта, как:

– **«взаимодействие»** – когда активен не только психотерапевт, но и сам клиент (в этом случае термин «пациент» неуместен, так как клиент не является пассивным объектом манипуляций психотерапевта);

– **«сосуществование»** – когда подчеркивается идея не деятельностного совместного пребывания психотерапевта и клиента в психотерапевтическом контакте, а обмен эмоциями и смыслами;

– **«внутреннее постижение»** – когда клиент движется во внутреннем пространстве по им же определяемой траектории;

– **«безусловная любовь»** – когда клиент и психотерапевт вступают в особые отношения психологической интимности, наполненные любовью и принятием.

Несмотря на кажущуюся пропасть между медицинской и психологической моделями психотерапии, их объединяет ориентация на помощь клиенту. Поэтому каждому терапевту необходимо знать обе модели, так как для снятия тревоги, фобий и т.п. часто совершенно не нужно идти в глубинные личностные переживания, тем более, что не у всех клиентов имеется желание работать на таком уровне.

Между **психологической моделью психотерапии** и **консультированием** невозможно провести четкую границу. И консультирование, и психотерапия представляют собой многоэлементные области знания и деятельности. Правильнее рассматривать модели консультационного процесса и методы психологической терапии. Можно говорить о следующих различиях между консультированием и психологической психотерапией:

– психотерапевты делают акцент на личной перемене какого-либо рода, в то время как консультанты стремятся, прежде всего, помочь людям в использовании имеющихся у них ресурсов и в улучшении качества их жизни;

– психотерапевты несколько больше, по сравнению с консультантами, слушают своих клиентов, и меньшее время тратят на информирование и объяснения;

– психотерапевты имеют дело с более тяжелыми расстройствами, и «психотерапия» является в большей степени медицинским термином, чем «консультирование»;

– курс психотерапии длится, как правило, дольше, чем консультирование.

Однако, как консультанты, так и психотерапевты используют одни и те же теоретические модели и подчеркивают, что необходимо ценить клиента как личность, выслушивать его сочувственно, воспринимать сказанное и поощрять стремление клиента помогать самому себе и отвечать за свои поступки.

2. Психотерапевтическое вмешательство.

Психотерапевтическое вмешательство (психотерапевтическая интервенция) – это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов.

Термин психотерапевтическое вмешательство может обозначать конкретный *психотерапевтический прием*, например, разъяснение, уточнение вербализация, интерпретация, конфронтация и пр. Он же может означать и *общую стратегию поведения* психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании последнего выделяют три типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии:

1. ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ.
2. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ.
3. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ (ОПЫТНЫЙ).

Каждый из указанных типов психотерапевтического вмешательства характеризуется собственной концепцией здоровья или болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

3. Классификация методов психотерапии.

Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время не существует. Подходы к классификации психотерапевтических методов различаются по критериям, которые закладываются авторами в основу той или иной классификации. Вот несколько примеров различных подходов к классификации психотерапевтических методов.

1. В основе данной классификации лежит общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания:

- рациональная психотерапия;
- психоанализ;
- гипнотерапия;
- наркопсихотерапия и т.п.

2. В зависимости от того, на что направлено психотерапевтическое воздействие, выделяют:

- симптомо-центрированные методы;
- личностно-центрированные методы;
- социо-центрированные методы.

3. По характеру решаемых задач выделяют:

- методы, направленные на понимание и преодоление проблем;

– методы, направленные на понимание себя, своих мотивов, ценностей стремлений и пр.

4. В зависимости от цели работы различают:

- методы, направленные на подавление эмоций;
- методы, направленные на выражение эмоций.

5. В зависимости от того теоретического направления, в рамках которого работает психотерапевт, выделяют:

- методы динамической психотерапии;
- методы когнитивно-поведенческой психотерапии;
- методы опытной (экзистенциально-гуманистической психотерапии).

Этот перечень может быть продолжен. Очевидно, что в одних классификациях речь идет о конкретных психотерапевтических методах, в других – о самостоятельных психотерапевтических направлениях. Разноуровневый характер оснований обнаруживается не только при сопоставлении различных классификаций, но и внутри некоторых из них. Из этого следует, что сам термин «метод» в психотерапии понимается неоднозначно. На многообразии значений понятия «психотерапевтический метод» обращают внимание многие авторы. А. Александрович сделал попытку проанализировать те значения, в которых используется понятие «метод» в психотерапии. Он выделил 4 уровня или 4 плоскости использования этого термина:

1-й уровень – методы психотерапии как *конкретные методические приемы или техники* (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия).

2-й уровень – методы психотерапии, *определяющие условия*, в которых протекает психотерапия и которые должны способствовать оптимизации достижения психотерапевтических целей (стационарная психотерапия, амбулаторная психотерапия). Данный уровень отражает *виды психотерапии* на основании условий, в которых она протекает.

3-й уровень – методы психотерапии в значении основного *инструмента психотерапевтического воздействия* (индивидуальная психотерапия (в качестве инструмента воздействия выступает психотерапевт), групповая психотерапия (инструмент воздействия – психотерапевтическая группа), семейная психотерапия (воздействие оказывает и психотерапевт, и семья как система)). Таким образом, уровень отражает формы психотерапии.

4-й уровень – методы психотерапии в значении *терапевтических интервенций* (вмешательств), которые рассматриваются либо в параметрах стиля (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация (психодинамический подход), научение (поведенческий), межличностное взаимодействие (гештальт-терапия) и т.п.). Данный уровень отражает *теоретические направления психотерапии*.

4. Направления психотерапии.

Выделяют три основных направления психотерапии:

1. Психодинамическое направление.
2. Когнитивно-поведенческое направление.
3. Экзистенциально-гуманистическое направление (опытная модель).

1. Психодинамическое направление.

Является старейшей и наиболее известной из современных психологических моделей. Психодинамические теоретики полагают, что поведение, будь то нормальное или аномальное, обусловлено скрытыми психологическими силами. Они считают, что психологические конфликты уходят корнями в ранние взаимоотношения между родителями и ребенком и травматические переживания.

Психодинамическая модель была впервые разработана З. Фрейдом, который предложил как общую теорию психоанализа, так и лечебный подход. Согласно З. Фрейду, 3 динамические силы – Ид, Эго и Суперэго – взаимодействуют и порождают мысли, чувства и действия. К другим психодинамическим теориям относят: Эго-психологию, индивидуальную психологию, аналитическую психологию, self-психологию, теорию объектных отношений и др.

Психотерапевты этого направления помогают людям выявить прошлые травмы и проистекающие из них внутренние конфликты. Они используют ряд приемов, например, свободную ассоциацию и интерпретацию явлений, таких как сопротивление, перенос, сновидения.

2. Когнитивно-поведенческое направление.

Представлено тремя моделями:

- поведенческая модель;
- когнитивная модель;
- когнитивно-поведенческая модель.

Поведенческая модель. Наиболее известными представителями данной модели являются бихевиористы. Они сосредотачивают свой взгляд на поведенческих реакциях человека и говорят, что эти реакции вырабатываются в соответствии с принципами обусловливания. Соответственно, нормальное и аномальное поведение определено тремя типами обусловливания: классическое обусловливание, оперантное обусловливание и подражание (моделирование).

Цель поведенческой психотерапии: идентифицировать проблемные поведенческие реакции человека и заменить их более приемлемыми. Психотерапевты данного направления используют приемы, которые следуют

принципам классического обусловливания, оперантного обусловливания, подражания или их сочетания.

Когнитивная модель. Теоретики данного направления утверждают, что, чтобы понять человеческое поведение, нужно понять человеческое мышление.

Когда люди демонстрируют аномальные паттерны функционирования, представители когнитивного направления в психотерапии указывают на когнитивные проблемы, такие как неадекватные допущения и нелогичное мышление. Когнитивисты пытаются помочь людям распознать и изменить свои ошибочные идеи и процессы.

Когнитивно-поведенческая модель. Когнитивно-поведенческие теоретики перебрали мостик между поведенческой и когнитивной моделью, разработав подход, отчасти объединяющий эти принципы.

Психотерапевты данного направления считают, что когнитивным процессам обучаются посредством классического обусловливания, оперантного обусловливания и подражания. С другой стороны, когнитивно-поведенческие теоретики разделяют точку зрения когнитивистов других школ, что способность мыслить является наиболее важным аспектом человеческого функционирования.

3. Экзистенциально-гуманистическое направление (опытная модель).

Представители этого направления фокусируют внимание на человеческой способности посмотреть в лицо трудным философским вопросам, таким как самосознание, ценности, смысл и выбор, и сделать их частью своей жизни.

Гуманистически-ориентированные психологи считают, что люди испытывают тягу к самоактуализации. Когда этой тяге что-то мешает, может возникнуть аномальное поведение:

- клиент-центрированные психотерапевты пытаются создать атмосферу весомой поддержки, в которой люди могут посмотреть на себя честно, открывая этим дверь к самоактуализации;
- гештальт-терапевты пытаются помочь человеку признать и принять свои потребности.

Экзистенциально-ориентированные психологи считают, что аномальное поведение – это результат того, что человек уклоняется от своих жизненных потребностей. Экзистенциальные психотерапевты побуждают людей принять на себя ответственность, осознать, что они свободны выбирать иной курс и наполнить свою жизнь большим смыслом.

5. Формы психотерапии.

Выделяют следующие формы психотерапии:

- индивидуальная психотерапия;
- семейная психотерапия;
- групповая психотерапия.

Индивидуальная психотерапия. Согласно Д.Б. Карвасарскому, это такая организационная форма, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде психотерапевт-клиент.

Семейная психотерапия. Представляет собой особую форму психотерапии, направленную на коррекцию межличностных отношений и имеющую целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи. В. Сатир под семейной психотерапией понимает все вмешательства, изменяющие семейную систему. Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Групповая психотерапия. По определению С. Кратохвила, это такая организационная форма, при которой с лечебной целью используется групповая динамика, т.е. отношения и взаимодействия членов группы, как с психотерапевтом, так и между собой.

6. Основные правила психотерапии.

В.Т. Кондрашенко и Д.Н. Донской предложили следующие основные правила психотерапии:

1. Психотерапией может заниматься только профессионал.
2. Психотерапия может быть использована в качестве одного из методов в комплексном подходе к лечению различных заболеваний.
3. Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимуществ перед другими, если их применять своевременно и грамотно. Нет «хороших» или «плохих» методов – есть «хорошие» или «плохие» психотерапевты.
4. Психотерапия не терпит косности. В зависимости от случая отдельные методы психотерапии могут применяться самостоятельно или вместе с другими. Подбор методов индивидуальный.
5. Психотерапия неэффективна, а иногда и вредна без обратной связи с клиентом.

6. Психотерапия. Даже в групповых ее вариантах, должна быть индивидуализированной, личностно и социально ориентированной.

7. Любой, даже самый опытный психотерапевт, должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и что более существенно, теоретическую базу, на которой эти методы основаны. В противном случае, работая «вслепую», он в лучшем случае станет ремесленником, в худшем – шарлатаном.

8. Психотерапия должна держаться на трех китах:

- знании теории;
- знании техник и умении вычленить проблему;
- профессионализме.

7. История психотерапии.

Психотерапия, как и любая другая отрасль психологии, имеет свою историю – как науки и практики.

Развитие науки, в том числе и психотерапии, – не линейный, а сложный, многогранный процесс.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода:

1. *Донаучный период*, охватывающий тысячелетия.

2. *Научный период психотерапии* – длящийся всего два столетия: с начала XIX в. по начало XXI в.

История отечественной психотерапевтической мысли включена составляющей частью в развитие мировой психотерапии.

Донаучный период психотерапии включает магические практики, опирающиеся на мифологию древних культур, веру в существование сверхъестественных сил. Это многообразные мистические подходы: магические действия жрецов, шаманов, колдунов, молитвы в церквях. Несмотря на многообразие, результаты этих приемов и средств очень похожи. За всей их таинственностью зачастую стояло внушение и самовнушение, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния.

Со временем теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка и появились попытки соответствующего их лечения.

Впоследствии, в Средние века, научная мысль вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в раннем Ренессансе с его процессами ведьм и казнями психически и нервнобольных.

И лишь в XVIII в., во времена Великой французской революции, закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии и психотерапии. Была предпринята первая попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Ф.А. Месмера (1734–1815). Ф.А. Месмер в основу своего учения положил магнитно-флюидную теорию Ван Гельмонта и полагал, что магнетическая сила находится в природе повсюду и обуславливает взаимодействие небесных сил, земли и одушевленных существ. Вскоре он замечает, что излечение может наступать и при обычном прикосновении или проведении ладоней над телом больного (так называемые «пассы»), и приходит к выводу, что магнит является лишь передатчиком особого флюида, исходящего от человека. Действительная основа терапевтического воздействия месмеровских сеансов в дальнейшем наукой была облечена в термины «внушение» и «самовнушение». В практике Месмера существовал раппорт (словесный или невербальный контакт гипнотизирующего и гипнотизируемого), однако он не придавал этому большого значения.

Опыты магнетизеров будоражили умы конца XVIII – начала XIX вв. К числу скептиков относился английский врач Брэд. В 1841 г. он присутствовал на выступлении магнетизера Лафонтена с целью разоблачить мошенничество месмериста, однако увиденное им заставило Брэда повторно посещать эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Брэд считал, что вызываемое им состояние – это искусственный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомления зора. Это состояние он определил специальным термином – гипноз, что, собственно, по гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Брэд посвятил изучению гипноза. Его последователями были А.О. Льебо, М. Дюмон, И. Бернгейм и молодой исследователь А. Бонн, которые основали Нансийскую школу гипноза, выступающую главным оппонентом Сальпетриерской школы. По характеру взглядов Сальпетриерская школа во главе с Шарко считалась физиологической, а Нансийская, возглавляемая И. Бернгеймом – психологической.

Согласно взглядам Нансийской школы, гипноз – это особое психическое состояние или сон, вызванный непосредственно внушением. Состояние гипноза можно вызвать у совершенно здоровых людей, и это состояние ничего болезненного собой не представляет, а, напротив, благодаря повышению восприимчивости человека к внушениям во время гипнотического состояния, последнее является важным и действенным методом лечения различных расстройств. В конечном итоге взгляды Нансийской школы были поддержаны большинством исследователей в области гипноза.

В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени: В.Я. Данилевский, А.А. Токарский, В.М. Бехтерев, И.Л. Янушкевич, И.Р. Тарханов.

Таким образом, к 80-м гг. XIX в. относится усиленная научная разработка гипноза как лечебного метода.

В Париже в августе 1889 г. прошел Первый Интернациональный конгресс «Гипнотизм экспериментальный и лечебный», в котором участвовали Ж. Шарко, Ч. Ломброзо, А. Льебо, И. Бернгейм, Ж. Бабинский, О. Форель, В. Маньян, З. Фрейд, Д. Джеймс, В.М. Бехтерев и многие другие известные ученые, что подтверждало большой интерес и официальное признание этого вида психотерапии.

Впоследствии представители школы Нанси стали приписывать большее значение внушению, чем самому гипнозу. В создание метода лечебного самовнушения внесли вклад И.Р. Тарханов, В.М. Бехтерев, С.П. Боткин, разработав собственные оригинальные приемы. Формула самовнушения Куэ легла в основу таких методов, как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, медитация, релаксация и др.

В этот же период в Швейцарии невропатолог П. Дюбуа разработал метод рациональной психотерапии, который противопоставил гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение».

В 1910 г. французский невропатолог Ж. Дежерин, критикуя прямое внушение, с одной стороны, и рациональную психотерапию – с другой, предложил метод психотерапии посредством убеждения, основанный на безусловном эмоциональном доверии пациента к врачу.

Оригинальный психотерапевтический метод – «арететерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом А.И. Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Греческое слово *arete* включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. Психотерапевтическое воздействие опиралось на высшие проявления духовной жизни, а именно на нравственные стороны человеческой личности. Согласно автору метода, этические (идеалистические) стороны личности не только обуславливают поведение человека и его жизненный путь, но являются также важными факторами, влияющими на особенности протекания физиологических процессов в организме.

Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Я. Марциновским в 1909 г. – лечение идеалами (психотерапия мирозерцанием), суть которого заключалась в формировании у пациентов целостного духовного мирозерцания: пациент поднимается над своей

страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей человечества в целом и вообще всей Природы. Возвращая личность страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через осознание своей индивидуальности и самооценности собственного существования, достигаются изменения болезненных представлений, снижение и исчезновение нервности и тревожности. Психотерапия идеалами обязательно должна проходить в теплой и открытой атмосфере, располагающей пациента к доверительному общению с врачом.

Сравнивая методы психотерапии Ж. Дежерина и Я. Марциновского с некоторыми современными подходами, можно увидеть нечто общее и с гуманистической школой, и с экзистенциальным направлением в психотерапии.

В 1895 г. Й. Брейер и З. Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации Й. Брейер называл «катарсисом». З. Фрейд считал, что метод катарсического отреагирования Й. Брейера дал ему ключ к пониманию истерии. В этом же году З. Фрейд отказывается от использования гипноза и начинает развивать собственную психотерапевтическую систему. Основной идеей З. Фрейда было то, что бессознательные идеи, конкурируя между собой за прорыв в сознание, оказывают существенное влияние на мысли, поступки и действия человека, изменяя их. Оговорка или простая забывчивость на самом деле отражают реальные, но еще не осознанные мотивы. Идеи З. Фрейда обрели популярность. Однако его теоретические представления о доминировании сексуального в жизни человека вызвали жесткую критику со стороны ученых мира. В 1902 г. к З. Фрейду обратилась группа студентов, в том числе А. Адлер и К. Юнг, с просьбой руководить еженедельным семинаром по проблемам психоанализа. Так возникла психоаналитическая школа З. Фрейда, которая создала основные теоретические предпосылки для формирования одного из трех доминирующих направлений современной психотерапии – динамического направления, объединяющего в себе большое число видов психотерапии, опирающихся на концепцию бессознательного.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений от З. Фрейда отошел А. Адлер – основатель индивидуальной психологии, идеи которого стали распространяться по всей Европе. А. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом является достижение превосходства и адаптация к среде. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного

семейного воспитания (эмоционального отвержения и попустительства) в возникновении неврозов.

В 1914 г. от З. Фрейда отошел и швейцарский психиатр К. Юнг, которого он считал своим духовным сыном и наследником психоаналитической школы. К. Юнг разработал собственную аналитическую психологию, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще, где секс присутствует как один из компонентов. Он ввел понятие коллективного бессознательного как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащего в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений). В дальнейшем К. Юнг выделяет психологические типы, определяет понятия интроверсии и экстраверсии, так широко известные в настоящее время.

Помимо индивидуальной психологии А. Адлера и аналитической психологии К. Юнга, психоанализ З. Фрейда явился основой интерперсональной психотерапии Г. Салливана, характерологического анализа В. Райха, Эго-анализа М. Кляйн, характерологического анализа К. Хорни, гуманистического психоанализа Э. Фромма и многих других. Период создания этих теорий охватывает десятилетия как до Второй мировой войны, так и после нее. В последние годы жизни З. Фрейд в своих работах все больше уделял внимание психоаналитическому толкованию развития общества.

Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие русские врачи и ученые, как Н.Е. Осипов, Н.А. Вырубов, М.О. Вульф, Т.К. Розенталь, А.Р. Лурия и др. После Октябрьской революции 1917 г. и гражданской войны в Советской России еще продолжалось изучение психоанализа. Были наивные попытки объединения психоанализа с марксизмом, носивших общее название фрейдомарксизма (А.Р. Лурия, Б.Д. Фридман). После того как марксизм-ленинизм в СССР стал единственной теорией, фрейдизм, как и бихевиоризм и другие психологические концепции, были подвергнуты жесткой критике и запрещены, как пропаганда буржуазной идеологии. Развитие прикладной психологии у нас в стране было приостановлено на многие годы после Постановления ЦК ВКП(б) в июле 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Идеологизация психологии и психотерапии, длительная изоляция от ведущих направлений этих наук в других странах, тенденция к биологизации медицины в целом явились причиной задержки развития психотерапии при формальном признании значимости ее роли в медицине. В эти особенно сложные для научной и практической психологии и психотерапии годы, продлившиеся вплоть до 60-х, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, В.В. Лебединский, Б.В. Зейгарник и сравнительно небольшое число других исследователей

своими трудами поддерживали развитие психотерапии и психологии в медицине в нашей стране.

Внутренняя логика развития отечественной психотерапии соответствовала теоретическим исследованиям таких ведущих ученых с мировым именем, как академики В.М. Бехтерев и И.П. Павлов (лауреат Нобелевской премии 1904 г.). Экспериментальное изучение высшей нервной деятельности в лабораториях И.П. Павлова, выделение типов нервной деятельности (физиологический эквивалент темперамента), взаимосвязей между первой и второй сигнальными системами привело к теоретическому обоснованию экспериментальных неврозов, которое И.П. Павлов перенес в клинику нервных болезней. Таким образом, был заложен методологический фундамент патофизиологической теории неврозов и их психотерапии. Это направление получило название – павловская психотерапия.

В 30–40-е гг. в Ленинграде была разработана патогенетическая психотерапия, теоретическую основу которой составила психология отношений В.Н. Мясищева (1893–1973). На основании психологии отношений В.Н. Мясищев в 1939 г. сформулировал клинко-патогенетическую концепцию неврозов, согласно которой основным патогенным звеном в возникновении невротических расстройств выступают противоречия в тенденциях и возможностях личности с требованиями и возможностями, предоставляемыми средой и воспринимаемые личностью как неразрешимые.

Вернемся вновь к началу XX в. В 1913 г. в США журнал «Психологическое обозрение» публикует статью Уотсона, который призывал рассматривать психологию как объективную экспериментальную область естественных наук, основной теоретической задачей которой должно быть прогнозирование поведения человека и управление поведением. С этого момента начинается свое развитие бихевиоризм, как отдельное направление в психологии, антагонистичное психоаналитической системе и определившее теоретические основы поведенческой психотерапии. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория Павлова и теория сочетательных рефлексов Бехтерева. Уотсон считал, что проблемы взрослого человека связаны с обусловленными реакциями, сформированными в детстве или подростковом возрасте. А если они являются следствием неправильного воспитания в детстве, то соответствующим воспитанием можно предотвратить появление расстройств в более зрелом возрасте. Он разработал программу оздоровления общества – экспериментальную этику, основанную на принципах бихевиоризма. Несмотря на то, что эта программа так и не достигла поставленных целей, сам Уотсон получил широкое признание.

К 1930 г. бихевиоризм представлял собой уже крупную научную школу и в дальнейшем продолжил свое развитие в работах необихевиористов М. Толмена, К. Халла и Б. Скиннера, опиравшихся на принципы операционизма Д. Бриджмена. Начиная с 50-х гг., методы оперантного бихевиоризма распространились на психотерапевтическую практику и воплотились в поведенческой психотерапии, главной целью которой стали формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль. 1950–1960-е гг. – период становления поведенческой психотерапии как самостоятельного направления. Работы Д. Вольпе и А. Лазаруса в ЮАР, Ф. Шапиро и Г. Айзенка в Англии, Н. Азрина и Т. Айллона в США привели к растущей популярности поведенческой психотерапии в 60–70-е гг., когда она стала одним из ведущих психотерапевтических направлений мировой психотерапии. Мощным толчком для дальнейшего развития бихевиоризма и поведенческой психотерапии явилась социальная когнитивная теория Бандуры, определившая социально-бихевиористский подход в психологии. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название концепции самоэффективности.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой психотерапии (стимул-реакция), рассматривающий когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории А. Эллиса и А. Бека. В рационально-эмоциональной психотерапии А. Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные когниции. В когнитивной психотерапии А. Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции. И А. Эллис, и А. Бек признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Д. Мейхенбаума. Его работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей А.Р. Лурия и Л.С. Выготского о внутренней речи.

Таким образом, поведенческая психотерапия сегодня – это развивающееся направление в психотерапии. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул-реакция», она использовала далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем.

Во второй половине XX в., после Второй мировой войны 1941–1945 гг., два ведущих направления – психоанализ и бихевиоризм – претерпевают изменения и существенно преобразуются. В философии, психологии и психотерапии, вначале в Европе, а затем и в США начинает активно развиваться экзистенциализм, который зародился в недрах французского сопротивления немецкой оккупации. Первыми представителями этого течения, сплотившего вокруг себя интеллектуалов того времени, считаются философ Ж. Сартр и романист А. Камю, лауреаты Нобелевской премии по литературе. Идеи экзистенциализма в религиозной философии кристаллизовались благодаря работам М. Бубера и П. Тиллиха. На развитие этого учения в психологии значительно повлияли труды М. Хайдеггера. Его центральной идеей является понимание человеческого существования через «бытие-в-мире». Швейцарские психиатры Л. Бинсвангер и В. Босс перенесли онтологию абстрактного Бытия на проблемы изучения бытия индивидуального и, на основе богатейшего клинического материала, разработали так называемый бытийный (дазайн) анализ, направленный на реконструкцию внутреннего мира опыта. Наряду с ними, К. Ясперс и В. Франкл предпринимали небезуспешные попытки внедрить положения экзистенциальной психологии в клиническую психотерапию. В США крупнейшим представителем экзистенциализма в психологии и психотерапии считается Р. Мэй, идеи которого способствовали значительной популяризации экзистенциальной психотерапии среди специалистов. Экзистенциализм становится основанием для развития гуманистически ориентированной психологии.

В 60-е гг. XX в. в американской психологии возникает новое направление, получившее название гуманистической психологии. Это направление возникло как противовес дилемме бихевиоризм – психоанализ и открыло новый взгляд на природу психики человека. Основные принципы гуманистического направления заключаются в признании ведущей роли сознательного опыта и целостном характере природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида. Основоположниками гуманистического направления считаются А. Маслоу (1908–1970) и К. Роджерс (1902–1987). Бурный рост интереса к гуманистической психотерапии приходится на 60–70-е гг. Само гуманистическое направление, как третья сила в психотерапии, является наименее однородной и объединяет такие разнообразные методы, как гештальт-терапию Ф. Перлса, экзистенциальный анализ Ж. Сартра, логотерапию В. Франкла, психоимажинативную терапию М. Шорра, эмпирическую психотерапию К. Витакера, биоэнергетический анализ А. Лоуэна, структурную интеграцию В. Рольфа,

трансцендентальную медитацию, дзен-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

В отечественной психологии началось возрождение научной психологии и психотерапии только после 1953 г., во время «хрущевской оттепели». В частности, начал издаваться журнал «Вопросы психологии», где ведущие ученые страны выступили с программными статьями. Появились условия для дальнейшего развития личностно-ориентированной школы психотерапии. Вокруг В.Н. Мясищева сплотился круг перспективных ученых, которые развили концепцию патогенетической психотерапии своего учителя: Б.Д. Карвасарский, В.К. Мягер, С.С. Либих и др. Пропасть в уровне развития отечественной и зарубежной психотерапии стало медленно сокращаться в конце 60-х – начале 70-х гг., однако разрыв остается и по сей день.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии в нашей стране резко возрос, открылись возможности изучения всего спектра ее теорий и методов, повысилось качество подготовки специалистов, совершенствуются организационные модели психотерапевтической службы.

8. Личность психотерапевта.

В нашей стране мало психотерапевтов. И сегодня такая ситуация уже не может устраивать. Ведь только психотерапия собрала в себе технологии психологического воздействия на человека. В области психотерапевтических технологий важно готовить разных специалистов. В первую очередь психологов, социальных работников, социальных педагогов. При этом необходима коммерческая ориентация психотерапевтов, которая отмечается во всех развитых странах. Именно она сможет помочь создать рынок психотерапевтических услуг.

Каких же терапевтов выбирают себе современные клиенты и пациенты в России и Беларуси? По большей части, они выбирают вовсе не психотерапевтов, а специалистов в области парапсихотерапии. Отчасти это обуславливается традициями. Отчасти тем, что парапсихотерапевты все чаще и в большем объеме используют в своей работе психотерапию. А наиболее прогрессивные из них даже получают образование в области психотерапии. Кроме того, парапсихотерапевты – в отличие от терапевтов – занимаются рекламой своей деятельности и созданием своего образа. Многие из них уже заработали достаточно средств для такой деятельности. Психотерапевты в нашей стране этим не занимаются совсем. Поэтому в обществе складывается образ психотерапевта под впечатлением от активности телевизионных психотерапевтов и специалистов, занятых кодированием.

В крупных городах Беларуси было проведено специальное социологическое исследование, которое позволило выявить, исходя из каких критериев пациенты обращаются к тем или иным психотерапевтам. Оказалось, что чаще всего узнают от знакомых или из других устных источников, когда ищут помощь по конкретному поводу. Те же, кто не узнает о конкретных специалистах, обращаются в учреждения, занятые психотерапией. А учреждения, имеющие наибольший успех, характеризуются тремя качествами: они расположены в удобном, оживленном месте города; располагают хорошим интерьером; рекламируют свою деятельность.

Качество обслуживания, методики, используемые в учреждении, квалификация терапевтов и персонала не входят в число важных факторов, определяющих выбор учреждений пациентами.

Психотерапия для мирового сообщества – довольно новое приобретение. И еще более новое для нашей страны. Поэтому для нас не явилось неожиданностью, что большинство опрошенных нами не могло уверенно сказать: когда же следует обращаться к психотерапевту и как отличить профессионального психотерапевта от любителя? Как выбрать своего психотерапевта, когда в этом есть необходимость?

Это значит – перед нами многолетняя увлекательная работа популяризации психотерапии в обществе. И здесь не обойтись без опыта развитых стран, где профессиональные сообщества и сами специалисты формируют в обществе образ психотерапии, разъясняют возможности психотерапии и то, каким должен быть психотерапевт.

По убеждениям западных терапевтов, для пациентов важна опытность и привлекательность терапевта. На многих пациентов очень действуют дипломы об ученой степени, висящие на стене, аккуратный кабинет. Профессиональное поведение и опрятный вид терапевта, демонстрация того, что терапевту можно доверять.

Это свидетельствует о том, что в западном обществе в психотерапевте ценят и от психотерапевта ждут высокого профессионализма и выполнения контракта. В нашей же стране ждут демонстрации если не чуда, то, по крайней мере, особых способностей.

Важно отметить – отличительная особенность психотерапии в том, что основной ценностью, основным ресурсом этой области является специалист-психотерапевт. Сам специалист является и основным инструментом работы. Основные затраты в психотерапии идут на подготовку специалистов и поддержание их работоспособности. В этом отличие психотерапии от других специальностей.

Терапевт обучен многим техникам, позволяющим манипулировать другими людьми и собой. Манипулятор – это еще не терапевт. Настоящий терапевт – это тот, кто наряду с владением техниками достиг метавзгляда на терапию и психологию. Тот же, кто еще не достиг обобщенного, мировоззренческого понимания, пока не может называться настоящим терапевтом.

Терапевт сам по себе тонкий, сложный, очень чувствительный и ранимый инструмент терапии. Самое важное и дорогое из того, что есть в терапии. Дорогое, как в переносном, так и в прямом смысле. И важно обращаться с самим собой как с бесценным ресурсом.

Развитие и совершенствование терапевта идет путем подъема на очередную вершину, достижения плато, пребывания на нем, и прохождения очередного кризиса. Кризисы, которые переживает психотерапевт, – это очередные инициации, дающие доступ к следующим профессиональным вершинам. Настоящий терапевт проходит череду таких инициаций. Чаще всего, когда нет кризисов, то нет развития. И только отдельные гармоничные личности могут счастливо развиваться, избегая кризисов становления.

Можно выделить *два крайних варианта профессионального стиля психотерапевта: психотерапевт, закрытый для клиентов и коллег, и психотерапевт, открытый для клиентов и коллег.*

Понятно, что два этих полюсных типа крайне редко встречаются в жизни. Каждый профессионал несет в себе как черты открытости, так и закрытости.

Терапевт закрытый настроен на манипулятивную работу, патерналистический подход к пациенту. Он воплощает собой власть. Принимает на себя ответственность за пациента и ход событий. Производит впечатление эффективного, надежного.

Чаще всего, это специалист, использующий директивные методы психотерапии и преуспевающий именно в этих методах. Он постоянно заботится о соблюдении дистанции с пациентом, не раскрывает своего внутреннего мира, своих переживаний, занят сохранением своих профессиональных масок. Такой психотерапевт часто не работает с полной отдачей и, что важно подчеркнуть, часто плохо справляется с реальными противоречиями изменяющегося мира.

Открытый терапевт – человек, позволяющий себе откровенность, близость, спонтанность, претендующий на успех, на результат.

Открытый психотерапевт настроен на партнерские отношения с пациентом, чаще работает личностно ориентированными методами. Он подстраивается, присоединяется к пациентам, раскрывает свои человеческие качества, устанавливает тесные отношения, когда в этом есть необходимость.

Открытый терапевт способен убеждать, а, когда надо, и увлечь своим примером. Он дает выход своим чувствам и, тем самым, снижает напряжение во время терапии, часто испытывает внутренние сомнения, признает свои слабости и неудачи. Такой терапевт больше стремится «быть эффективным», чем «казаться эффективным». Поэтому может оказаться незащищенным и «подставить» себя в играх пациентов и их родственников. Открытый терапевт значительно больше подвержен влияниям со стороны пациентов. Поэтому именно открытые терапевты больше нуждаются в соблюдении норм профессиональной культуры, в восстановлении своих психических ресурсов.

«Синдром сгорания» психотерапевта. Каждый терапевт может настолько глубоко входить в проблемы пациентов, насколько он сам углубился в анализ собственной личности, своих проблем. Это особенно касается открытых терапевтов. Для них более характерен «синдром сгорания».

Данному расстройству уделяется большое внимание в западной литературе. По нашим же данным, то, что описывается под названием «синдрома сгорания», содержит в себе два весьма отличных друг от друга явления. Поэтому помимо «синдрома сгорания» нами также выделяется и «синдром угасания» психотерапевта. Впрочем, эти синдромы могут встречаться и у специалистов иного профиля, работающих с людьми и использующих в своей работе ресурсы собственной личности.

«Синдром сгорания» характеризуется эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным длительной перегрузкой. Такой человек ощущает себя уставшим даже в утренние часы. Впрочем, ночной сон также зачастую расстроен. У него мало энергии, оптимизма и энтузиазма. Его состояние может быть квалифицировано как астеническое и астено-депрессивное.

К формированию синдрома предрасполагают и личностные особенности психотерапевта, и его профессиональная подготовленность и организация труда. Из личностных особенностей, прежде всего, важно назвать интровертированность, повышенный уровень тревожности, эмпатичности, чувствительности. Из особенностей профессиональной подготовки важно отметить владение терапевтом техниками и приемами психотерапии, а также глубину проработки им собственных психологических проблем.

К «синдрому сгорания» ведет гиперстимуляция в результате профессиональной перегрузки. Особенно индивидуальная и групповая работа с маломотивированными и немотивированными клиентами, а также низкие результаты работы, запрет на инновации и творческое самовыражение, носящий чаще административный характер. Стремление сохранить свои

профессиональные секреты и боязнь быть разоблаченным, когда данные секреты не содержат декларируемых методов, также ведет к «синдрому сгорания». Среди факторов «синдрома сгорания» необходимо указать низкие возможности психотерапевта обучаться и совершенствоваться, невозможность и нежелание обобщать и передавать свой опыт, и, конечно же, неразрешенные конфликты собственной личности, а также низкая поддержка и высокий уровень критичности коллег.

«Профессиональное сгорание» редко достигает своей наиболее выраженной степени – «профессионального выгорания». И у терапевта есть возможности восстановления.

«Синдром угасания» психотерапевта.

«Синдром профессионального угасания» характеризуется расстройствами, подобными предыдущему синдрому. Только они возникают в результате профессиональной гипостимуляции. И в выраженных случаях могут квалифицироваться как астеническое и астено-апатическое состояние.

Симптомокомплекс развивается при длительной монотонной работе, когда смысл ее не определен или мало понятен специалисту, а также когда труд неадекватно оплачивается. Ожидания терапевта не оправдываются.

Профилактика развития указанных синдромов во многом схожа.

Она состоит в принятии на себя ответственности за свою работу, свой профессиональный результат и в делегировании части ответственности клиентам и пациентам; в умении не спешить и дать себе время для достижений в жизни и работе; в реалистической оценке своих возможностей и в умении проигрывать без самоунижения и бичевания, ведь профессиональные спады и даже тупики – это естественные этапы профессионального развития каждого настоящего специалиста.

Для терапевта важно собственное мировоззрение, обеспечивающее успех в работе, способность восстановить собственные душевные и духовные силы.

Согласно Р. Кочюнасу, существует немало конкретных способов преградить путь «синдрому сгорания»:

- культивирование других интересов, не связанных с консультированием, так как у специалиста, принимающего ежедневно по восемь-десять пациентов, нет шансов работать на высоком уровне. Наилучшее решение этой дилеммы состоит в том, чтобы сочетать работу с учебой, исследованиями, написанием научных статей;
- внесение разнообразия в свою работу, создание новых проектов и их реализация без ожидания санкционирования со стороны официальных инстанций;

– поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания, овладение техникой медитации;

– удовлетворяющая социальная жизнь; наличие нескольких друзей (желательно других профессий), во взаимоотношениях с которыми существует баланс;

– стремление к тому, чего хочется, без надежды стать победителем во всех случаях и умение проигрывать без ненужных самоуничижения и агрессивности;

– способность к самооценке без упования только на уважение окружающих;

– открытость новому опыту;

– умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и жизни;

– обдуманное обязательство (например, не следует брать на себя большую ответственность за клиента, чем делает он сам);

– чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы, просто для своего удовольствия без ориентации на какую-то пользу;

– участие в семинарах, конференциях, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;

– периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно;

– участие в работе профессиональной группы, дающее возможность обсудить возникшие личные проблемы, связанные с консультативной работой;

– хобби, доставляющее удовольствие.

Итак, чтобы избежать «синдрома сгорания», консультант должен изредка, но обязательно оценивать свою жизнь вообще – живет ли он так, как ему хочется. Если существующая жизнь не удовлетворяет, следует решить, что нужно сделать для положительных сдвигов. Только должным образом заботясь о качестве своей жизни, можно остаться эффективным консультантом.

9. Проблема присутствия психотерапевта в контакте.

Установление контакта является важной составляющей психотерапевтического процесса. Хороший контакт – не только условие психотерапии, но и в ряде случаев ее суть. В психотерапии контакт понимается и описывается по-разному.

Одной из составляющих контакта является **объектное** присутствие психотерапевта. В этом случае психотерапевт принимает на себя все фантазии и желания клиента. Психотерапевт как человек отсутствует, он

минимально представлен в психотерапии как живой, чувствующий субъект, имеющий свои желания. Психотерапевт выступает как своего рода «белый экран», на который клиент проецирует свои желания, страхи, ожидания. Объектное присутствие не позволяет психотерапевту обнаружить истинного себя для клиента. Предполагается (прежде всего, в психоаналитическом подходе), что такое качество присутствия психотерапевта является «хорошим» и продуктивным, определяющим эффективность психотерапии. В таком взаимодействии эффективность понимается как осознание клиентом своих истинных и неосознанных желаний, опасений, страхов, чувств вины и стыда. Это первое и важное условие психотерапевтического изменения. Вторым условием является наличие у клиента зрелого Эго. Взросление происходит через отказ от инфантильных желаний и овладения ими за счет их осознания и отстранения от них, что делает взрослую жизнь ясной, понятной, адекватной реальности. В результате психотерапии меньше страданий, но и радости меньше.

Объектное присутствие описывает психотерапевта в терминах профессионала. Вместе с тем, психотерапевт представлен в психотерапии как личность. В этом смысле можно говорить о **субъектном** присутствии психотерапевта. Концепция присутствия важна и в экзистенциальной, и в клиентцентрированной психотерапии. В гуманистической и экзистенциальной традиции важным является понятие подлинности. Поведение человека в результате терапии может стать осознанным, более того, он овладевает теми своими желаниями, которые не прошли тестирование реальностью. «Внутренний ребенок» клиента в контакте с психотерапевтом получает такую удовлетворяющую теплоту и такое принятие, которые делают его счастливым, «накормленным» любовью. И этот психотерапевтический опыт изменяет, «перестраивает» «ребенка», делает его счастливым, свободным от страха быть брошенным, чувства вины и стыда и т.п. Вместе с тем, такой путь является и более опасным, так как «насытить» любовью «ребенка» очень трудно. Поэтому любое проявление тепла к «ребенку» часто приводит к тому, что тот «цепляется» за психотерапевта, входит в зависимые отношения, освободиться от которых оказывается не в состоянии.

С механизмами изменения клиента связаны и представления о стилях поведения психотерапевта. Если реализуется стратегия отстраненности, безучастности, эмоциональной нейтральности, то психотерапия ориентирована на осознание, дистанцирование от собственного «ребенка» и его обуздание. Если же психотерапевт в контакте теплый, принимающий и т.п., то психотерапия направлена на восполнение недополученного «ребенком» в детстве.

Субъектное присутствие следует понимать как встречу «лицом к лицу» двух людей. При этом необходимо подчеркнуть особо, для гуманистического подхода важна в субъектном присутствии не любовь к «ребенку» в клиенте, так как последний начнет капризничать и не захочет изменяться, а любовь к человеческому в нем.

Здесь субъектное присутствие психотерапевта – это встреча «лицом к лицу» двух взрослых людей – психотерапевта и ответственного (за себя, а, соответственно, за свою жизнь и за своих близких) клиента.

В когнитивных моделях психотерапии (рационально-эмоциональная психотерапия А. Эллиса и когнитивная психотерапия Бека) предполагается иное качество присутствия психотерапевта в контакте. С одной стороны, когнитивный психотерапевт обеспечивает безоговорочное принятие и поддержку клиента. Однако полное принятие не предполагает, что психотерапевт должен демонстрировать теплоту или любовь к клиенту. Здесь самое главное – удерживать клиента на рациональном уровне, когда он способен здраво рассуждать и находить рациональные причины собственных проблем. Когнитивные психотерапевты полагают, что поощрение эмоционального отношения клиента к своей травме (проблеме) приводит к ухудшению его состояния – он становится подавленным, депрессивным, раздражительным, плаксивым и т.п. Поэтому психотерапевт сам должен быть весьма рациональным, примером исследовательского, а не эмоционального отношения к жизни. То же самое происходит в поведенческих моделях психотерапии.

В реальном контакте с клиентом сосуществуют два уровня присутствия психотерапевта – объектный и субъектный. Преобладание какого-либо уровня определяется не только исповедуемым психотерапевтическим подходом, но и личностью психотерапевта. Идеалом является одновременное удержание этих двух уровней.

Осознание психотерапевтом своих чувств и следование им позволяет психотерапевту войти в процесс и пригласить в него клиента. Психотерапия в этом случае представляется не как разговор с клиентом о том, что происходит где-то, а как переживание клиентом того, что случается здесь-и-теперь в контакте с психотерапевтом. Психотерапевт при этом выступает как музыкальный инструмент, на котором играет клиент, или говоря иначе, психотерапевт (его тело, эмоции, мысли) входит в резонанс с клиентом, отзывается на него. Если психотерапевт не замечает своих чувств или отстраняется от них (даже если замечает), то он уходит из процесса сам и уводит из него клиента.

Переживания и чувства психотерапевта отражают его глубинные представления о жизни.

Таким образом, присутствие психотерапевта в контакте – сложный и многоуровневый феномен, который не сводится к чисто профессиональной роли. Неотъемлемой частью такого присутствия является чисто человеческое присутствие.

Сложности, переживаемые психотерапевтом, его внутренние сомнения и опасения емко представил Дж. Бьюдженталь: «Быть психотерапевтом – значит быть одиноким кочевником, богом, неудачником, сатаной, чувствовать угрозу, быть предметом страстной любви и ненависти и задавать себе вопросы. Наша работа постоянно расстраивает нас, потому что мы всегда неуверенны, постоянно встречаемся с сопротивлением тех, кому хотим помочь, успех наш никогда не бывает полным, а неудачи отчетливы до навязчивости. Самая лучшая работа часто не видна даже тому, с кем она была проделана, и сами мы бесповоротно одиноки в своей работе, даже в том случае, если большую часть времени проводим в чьей-то компании».

Тема 2.3

Групповая психотерапия

План

1. Основные положения и понятия групповой психотерапии.
2. Преимущества и ограничения групповой психотерапии.
3. История развития групповой психотерапии: донаучные формы психотерапии, зарождение научных форм психотерапии, современное состояние отечественной психотерапии.
4. Принципы, роли и нормы в групповой психотерапии.
5. Стиль руководства группового психотерапевта.
6. Виды психотерапевтических групп.
7. Этапы группового процесса.
8. Факторы, обеспечивающие эффективность терапевтического воздействия в групповой психотерапии.

1. Основные положения и понятия групповой психотерапии.

Исторический обзор развития психотерапии позволяет говорить, что психотерапия является целесообразной и эффективной формой лечебного воздействия. Существует много определений понятия «групповая психотерапия».

Например, Я. Морено определяет групповую психотерапию как лечение людей в группах.

С. Шейдлингер считает, что групповая психотерапия является психологическим процессом, в ходе которого профессионально подготовленный практик использует эмоциональные интеракции, возникающие в специально созданных малых группах для исправления деформаций у тщательно подобранных индивидов.

С. Крадохвил указывает, что групповая психотерапия – это метод, при котором с лечебной целью используется групповая динамика, т.е. отношения и взаимодействия членов группы, как с психотерапевтом, так и между собой.

Н.К. Липгарт и соавт. считают, что групповая психотерапия – это принципиально новое направление терапевтической деятельности, ориентированное, прежде всего, на активизацию личности больного человека и изменение его отношений к своей болезни и окружающей микросоциальной среде.

С. Ледер, польский профессор, групповой психотерапией называет такой лечебный метод, который сознательно, планомерно и систематически применяется в специально организованной лечебной группе, где психотерапевт и участники используют вербальные и невербальные методы воздействия на пациента и группу, и совместно принимают участие в психотерапевтической деятельности.

А.С. Слуцкий и В.Н. Цапкин определяют групповую психотерапию как метод лечебного воздействия на личность больного через включение его в эмоционально-интенсивное психологически положительное взаимодействие со специально организованной управляемой микросредой.

Приведенные определения свидетельствуют о том, что единого представления о понятии “групповая психотерапия” на сегодняшний день не существует. Остановимся на понятии, приведенном Б.Д. Карвасарским в его “Психотерапевтической энциклопедии”.

Групповая психотерапия – психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях.

Принципиально групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной психотерапии, где таким инструментом является только

психотерапевт. Наряду с другими психотерапевтическими методами, групповая психотерапия применяется в рамках различных теоретических ориентаций, которые и определяют ее своеобразие и специфику: конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор методических приемов и т.д.

В качестве самостоятельного направления в психотерапии групповая психотерапия выступает лишь в том смысле, что рассматривает пациента в социально-психологическом плане, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с окружающими, тем самым, фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его взаимоотношений с окружающим миром. Группа выступает как модель реальной жизни, где пациент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и поведенческие реакции, что и в реальной жизни.

Групповую психотерапию отличают от групповой терапии, психотерапии в группе, коллективной психотерапии. При *коллективной психотерапии* объединение людей случайно, используются любые психотерапевтические методы. В этом случае психотерапевт воздействует психологическими средствами на большое количество пациентов, но систематически не использует в лечебных целях ситуации, взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между пациентами.

Коллектив – высшая форма социального объединения людей для достижения общей цели, отличающаяся высшей степенью организованности и психологической сплоченности.

Исходя из вышесказанного, в процессе психотерапевтической работы группы больных сформировывались как единое целое, а ее члены образовали содружество единомышленников, объединились во имя осуществления единой цели. Таким образом, коллективная психотерапия – это высшая форма групповой психотерапии.

В *групповой психотерапии* мотивом деятельности каждого индивида является его собственное выздоровление, а группа и ее члены рассматриваются только как средство достижения этой цели.

Группа регулируется общими ценностями и нормами, участники которой включены в согласованные действия, благодаря которым могут быть удовлетворены их индивидуальные потребности.

Основные признаки группы:

1. Осознание участниками своей принадлежности к группе.
2. Установление определенных отношений между участниками группы.

3. Внутренняя организация, включающая распределение обязанностей, лидерство, иерархию статусов.

4. Действие «группового давления», побуждающего участников вести себя в соответствии с принятыми в группе нормами.

5. Наличие определенных изменений во взглядах отдельных участников, обусловленных принадлежностью к группе.

В групповой психотерапии выделяют следующие направления:

1. Психотерапевтические группы, ориентированные на отдельную личность, больше обсуждаются проблемы отдельных участников (ортодоксальные участники, классический гештальт, классическая психодрама).

2. Группа, ориентированная на межличностные взаимодействия участников, акцент делается на отношения между участниками и терапевтом. Объект обсуждения – межличностное взаимодействие, возникшее «здесь и теперь», т.е. межличностный опыт (межличностная групповая психотерапия, неофрейдистское психодинамическое направление, транзактный анализ, групповая недерективная психотерапия, т-группы, «группы встреч»).

3. Ориентация на группу, как совокупность. Акцент делается на групповые действия, коллективные инициативы (групповой анализ; группа, ориентированная на конфликт).

Такое разделение носит условный характер, т.к. реальная психотерапия, по мнению Р. Кочюнаса, действует на всех трех уровнях.

2. Преимущества и ограничения групповой психотерапии.

Преимущества групповой психотерапии:

1. Экономичность денежных и временных ресурсов.

2. Межличностное обучение, позволяющее более глубоко познакомиться со стилем своего общения с другими людьми, приобрести более эффективные социальные навыки. В группе можно получить различные реакции на свое поведение, увидеть с помощью членов группы его последствия и, в последующем, моделировать поведение. Также можно получить поддержку от других членов группы.

3. В группе «воссоздается» повседневная жизнь каждого участника, что позволяет им увидеть трудности и особенности проблемы. Данный факт повышает вероятность того, что усвоенные в группе новые способы поведения, изменившегося понимания себя и своих отношений с другими, будут перенесены в ситуации реальной жизни.

4. Дополнительная возможность самосовершенствования. Участники группы обмениваются жизненным опытом, своими проблемами и способами их разрешения, учатся на опыте друг друга.

Ограничения групповой психотерапии:

1. Не все люди могут эффективно решать свои проблемы в группе и мешают это делать другим членам группы.
2. Конформность поведения участников группы.
3. Некоторые групповые нормы, необходимые для эффективной работы группы, могут создавать иллюзию, что в реальной жизни возможно ровно то же самое. Однако в повседневной жизни они более желанны, чем реальны. Таким образом, группа может стать для некоторых участников безопасной нишей, человек начинает жить в группе, ничего не меняя в своей реальной жизни. Эти участники стремятся продлить существование группы без терапевта или ищут другие подобные группы.

3. История развития групповой психотерапии: донаучные формы психотерапии, зарождение научных форм психотерапии, современное состояние отечественной психотерапии.

Донаучные формы психотерапии

Групповая психотерапия – это использование закономерностей межличностного взаимодействия в группе для лечения и достижения физического и психического благополучия человека. Элементы групповой психотерапии прослеживаются с глубокой древности. С самых древних времен развития человеческого общества люди объединялись в группы, сообщества, способствующие выживанию и развитию. Первобытные племена выражали свои молитвы, чувства в групповых танцах и ритуалах. Групповую форму использовали и греческие философы для поиска истины. Средневековые монахи объединялись в религиозные ордена для очищения души и постижения божественной сущности человека.

С начала существования медицины в целях оказания помощи нуждающимся исцелители применяли методы психологического воздействия, широко используя для этих целей группой процесс. Анализ процесса лечебного воздействия показывает, что его основой всегда является определенная система взглядов, включающая выяснение сущности жизни и заболеваний, а также способов избавления от них. Целитель в ходе воздействия и оказания влияния на пациента увеличивал состояние его эмоционального возбуждения, применяя различные процедуры, драматические обряды, ритуалы, в том числе, публичное признание вины в присутствии большого числа людей.

Проявляющиеся в ходе этих воздействий ожидания, ориентации, эмоции, чувства надежды, веры и доверия к компетенции исцелителя увеличивают состояние аффективного напряжения, возрастающего по мере

“эмоционального заражения” участников и способствующего их податливости к его воздействию. Явления эти выступают на всех этапах развития человеческого сообщества в виде так называемого плацебо-эффекта, объясняя терапевтические функции и результаты воздействия жрецов в древнем мире, монахов и инквизиторов в средние века, знахарей, хиромантов, психотерапевтов в современном мире.

Способность целителя обосновать свои знания и возможности с помощью объяснений и теорий удовлетворяет две основные потребности пациентов – потребность в эмоциональном контакте и потребность в получении информации, что возможно через проявление заинтересованности в делах пациента, желание ему помочь и понять, объяснение, убеждение, рекомендации, успокоение, внушение, используя для этого часто коллективный контекст.

Зарождение научных форм психотерапии

Пионером психотерапии, в том числе групповой, считается австрийский психиатр Ф.А. Месмер (1734–1815), австрийский врач, автор теории “животного магнетизма”, использовавший групповые сеансы для лечения различных соматических и психических заболеваний.

Ф.А. Месмер был одним из образованнейших людей своего времени. Он имел три диплома: доктора медицины, права и философии. Ф.А. Месмер музицировал с В.А. Моцартом. В свободное от науки и музыки время Ф.А. Месмер практиковал как врач. Используя в качестве лечебного средства магнит, введенный в практику Парацельсом еще в начале XVI в., Ф.А. Месмер завоевал шумную известность тем, что лечил людей, страдающих различными психическими и соматическими заболеваниями. Он вывел идею универсального флюида как особой физической субстанции, обладающей, наподобие магнита, особой силой, которую он назвал “животным магнетизмом”. Ф.А. Месмер полагал, что в состоянии магнетического сна или транса некоторые люди могут предвидеть будущее, воспроизводить отдаленное прошлое, действие их органов чувств распространяется на любое расстояние, они способны видеть внутренность собственных тел или тел других людей, распознать болезни, а также определить средства излечения.

Ф.А. Месмер верил, что на здоровье человека влияют магнетические флюиды, испускаемые звездами. Любое нарушение этих флюидов, – по его мнению, – ведет к нарушению здоровья. Согласно ученому, процесс лечения состоит в передаче флюидов от врача больному. Он осуществлял лечебное воздействие в группе, вокруг наполненного водой или железными опилками деревянного чана со множеством ручек. Каждый из пациентов держался за ручку или за соседа. Ф.А. Месмер, одетый в лиловую развевающуюся

мантию, прикасался своим “магическим” жезлом к чану, как бы передавая свои флюиды ему. Пациенты начинали кричать, плакать, корчиться в судорогах, доводить себя до состояния “кризиса”. Потом их переносили в специальный зал, где они, изможденные судорогами, засыпали, а очнувшись ото сна, чувствовали себя освобожденными от страданий.

Приписывая решающую роль в возникновении болезней нарушениям циркуляции “витального магнетизма”, Ф.А. Месмер считал, что излечение связано с регуляцией движения этой животительной силы внутри организма больного, а также между ним и окружением. Однако он уже догадывался, что кроме флюидов на больного воздействуют еще какие-то силы. Отсюда и все эти ритуалы с камзолом, жезлом и т.д. Не следует забывать, что в те времена еще была сильна вера в колдовство, процветало суеверие, еще сжигали колдуний на кострах (последняя была сожжена в 1782 г.).

Теоретические концепции и лечебная практика Ф.А. Месмера и его последователей вызвали многочисленные дискуссии в научном мире и, тем самым, способствовали анализу и исследованиям проблем, касающихся роли психических факторов в появлении и протекании болезней. В 1774 г. месмеровская теория “магнетических флюидов” рассматривалась на совместном заседании Французской академии и Королевского медицинского общества, в котором принимали участие Лавуазье, Франклин, Байли. Животный магнетизм был осужден. Отрицать целебное воздействие было невозможно, однако, его приписали воздействию воображения. “Воображение без магнетизма вызывает конвульсии, а магнетизм без воображения – ничего”, – говорилось в заключении.

Содержание теории Ф.А. Месмера, примененные лечебные мероприятия, групповой контекст, в котором они реализовывались, разделение на сторонников и противников теории магнетизма, судьба этой теории – все это было связано с общественными явлениями и условиями того времени, состоянием естественных наук.

В XIX в. многие ученые стремились к выделению, описанию и объяснению сущности явлений, происходящих в ходе сеансов “магнетизирования”. Они проводили исследования и бурные дискуссии о механизмах и лечебной эффективности гипнотических явлений, которые описали и интерпретировали такие исследователи, как аббат Фариа, Ш. Пьонсегюр, Дж. Брейд, Дж. Шарко, Г. Бернгейм. Эта полемика достигла вершины в известном споре между салпетриерской и нансийской школами, в котором Дж. Шарко защищал тезис о патологическом характере гипнотического состояния, проявляющегося, якобы, исключительно у больных истерией. Г. Бернгейм же утверждал, что сущностью этого состояния является суже-

ние сознания вследствие концентрации внимания под влиянием внушения. Внушение, по Г. Бернгейму, является общим психологическим феноменом, проявляющимся в межличностных отношениях, и личностным сознанием; в форме гетеро- и аутосуггестии внушение приводит к некритическому усвоению определенных убеждений, суждений, наблюдений и чувств. Победа точки зрения Г. Бернгейма способствовала более широкому использованию методов гипнотического воздействия во врачебной практике.

До XIX–XX вв. поведение людей в группах и способность групп оказывать лечебное воздействие систематически не изучались. Развитие и использование групп в терапевтических целях было в большей степени делом времени и обуславливалось возрастанием значения всех проблем, связанных с человеком. В последнем десятилетии XIX в. шведский врач О. Ветерстренд начал применять гипноз в группах пациентов, больных алкоголизмом.

В начале XX в., когда гипноз в глазах академической медицины оставался методом весьма подозрительным, так как не опирался на научные основы, многие выдающиеся врачи, такие как В.М. Бехтерев, А. Молл, А. Форел, обосновывали эффективность и целесообразность применения его в группах. Сеансы проводились в специальных помещениях (дормиториях) с помощью подробно разработанных процедур для больных с различными диагнозами и рекомендациями (например, с неврозами, умственным недоразвитием, сексуальными отклонениями и некоторыми соматическими заболеваниями).

Новым импульсом для применения гипноза стала первая мировая война. Это было связано с необходимостью быстрого излечения многочисленных пациентов – солдат – с симптомами “военного невроза” истерического характера, а также с признанием того, что существенным фактором в появлении и закреплении этих нарушений является “выгода” от болезни. Мероприятия по преодолению этого включали опосредованное или непосредственное внушение и неприятные переживания, которые должны были противодействовать “уходу в болезнь”.

В последующие десятилетия на применение гипноза в психотерапевтической практике влияли две противоположные тенденции: его популяризации способствовал факт несомненной эффективности этого метода; сомнение в нем было связано с нападками на концепцию реактивности характера человека, управляемого окружением или другими внешними силами. Многие из ведущих терапевтов того времени подчеркивали значение передачи пациентам собственных ценностей и образцов поведения. Квакер Д. Тьюк, один из представителей этого направления, создал убежища для психически больных, условия в которых были близки к семейным. Б. Раш оказал большое влияние на организацию и характер психиатриче-

ских больниц в США. Он утверждал, что основной задачей психотерапевта является влияние, направленное на коррекцию системы ценностей пациента, поскольку сущностью психических нарушений становятся неправильные моральные нормы и вытекающее из них неправильное поведение. Излечения можно достичь через слово и соответствующее поведение коллектива специалистов, которые живут в группах пациентов и воспитывают их. Эта модель “морального лечения” отрицала применение суггестивных методов, трактовала человека как пассивный объект воздействий. В отличие от сторонников “моральной” концепции, создатель системы “открытых дверей” Д. Тьюк подчеркивал в образе человека творца и самостоятельную личность.

Данная система взглядов, приписывающая человеку большие возможности в области интеллекта и воли в процессе собственного совершенствования и возможности управления своим поведением и одновременно подчеркивающая значение системы ценностей для поведения и выздоровления людей, оказала влияние на мышление основателей первых целостных психотерапевтических систем, возникших на границе XIX и XX вв.

Одним из первых специалистов, практиковавших групповой подход для ликвидации невротических нарушений, был Дж. Пратт.

Дж. Пратт, врач-терапевт, практиковавший в Бостоне в начале XX в., занимался лечением больных туберкулезом в групповой форме, обнаружил и описал возможности терапевтического использования группового взаимодействия. В 1905 г. он организовал первые психотерапевтические группы больных туберкулезом. В начале своей работы Дж. Пратт во время этих встреч читал лекции, информирующие пациентов о болезни, а также содержащие указания относительно благоприятного для течения болезни поведения и способствующего выздоровлению отношения пациента к здоровью и будущему. Его пациенты вели дневники, свидетельствовавшие о положительных сдвигах в болезни, формировании способности к групповому сплочению и заботе друг о друге. Позднее он начал посвящать эти встречи, главным образом, рассказам пациентов о своих опасениях и трудностях, побуждая участников к дискуссии и обсуждению этих проблем. Он подчеркивал значение возникающего в группах взаимного понимания и солидарности для преодоления пессимизма и ощущения изоляции.

Продолжателем этого психологического подхода, ставящего своей задачей “эмоциональное перевоспитание”, в США был И. Лейзел, который в 1919 г. начал создавать психотерапевтические группы, состоящие из пациентов, больных шизофренией.

Большое влияние на формирование групповой психотерапии оказали работы З. Фрейда, касающиеся изучения психологии масс и лидерских

качеств. Его ученики: А. Адлер, Л. Уэндер, П. Шильдер – одни из первых попытались использовать психоанализ для лечения в групповых условиях. Так, А. Адлер обратил внимание на значение социального окружения в проявлении нарушений у пациентов. Он считал, что группа представляет собой соответствующий контекст для проявления эмоциональных нарушений и их коррекции, группа может формировать и модифицировать взгляды и суждения. Работая с группой пациентов, А. Адлер стремился добиваться понимания пациентами генеза их нарушения, а также трансформировать их позиции.

Родоначальником групповой психотерапии считают Я. Морено, который явился основоположником психодрамы, ему же принадлежит термин «групповая психотерапия».

Среди представителей гуманистической психологии значительное влияние на групповую психотерапию оказал К. Роджерс. К. Роджерс придавал большое значение групповым формам, считая, что в них психотерапевт является моделью для участников, способствуя, тем самым, устранению тревоги и развитию самораскрытия. Согласно К. Роджерсу, отношения, складывающиеся между участниками группы, могут создавать оптимальные условия для терапевтического изменения. Его «терапия, центрированная на клиенте» и понятие об «энкаунтер-группах» заложили основу антиавторитарной недерективной психотерапии.

Огромное влияние на групповую психотерапию оказали работы К. Левина в области групповой динамики, который полагал, что большинство эффективных изменений происходят в групповом контексте. Левин рассматривал личностные расстройства как результат и проявление нарушенных отношений с другими людьми и социальным окружением. По К. Левину, группа выступает в качестве инструмента коррекции нарушения взаимодействия, которое происходит в процессе обучения.

Современное состояние отечественной психотерапии

В 20-х гг. нашего века в России и Белоруссии формируются принципы коллективной психотерапии, обоснованные мировоззренческими аргументами. Б.Н. Бирман и М.А. Чалисов разработали методику групповых собраний, их состав, набор тем, обсуждаемых психотерапевтами в группах пациентов с неврозами. А.М. Дружинин и М.Г. Иткин начали создавать амбулаторные группы, применяя в них параллельно групповую и индивидуальную психотерапию. Опираясь на положения В.М. Бехтерева, который проводил коллективную психотерапию больных алкоголизмом, они сконцентрировали внимание на объяснении, успокоении, убеждении, мобилизации к деятельности, постановке заданий и контроле их исполнений.

В 60-е гг. произошел новый толчок в развитии отечественной психотерапии. Продуктивной переработке разнородных концепций и моделей психотерапии способствовали достижения философии, развитие социальной и экспериментальной психологии, социологии, педагогики, кибернетики; дискуссии вокруг социально-экономической и культурной обусловленности развития личности, ее психологической структуры и механизмов, исследования процессов мышления и принятия решения, правильности функционирования больших и малых групп, эффективных форм обучения.

Кроме учета влияния внешнего окружения и внешней информации, так же как и информации внутренней, на познавательные процессы человека и его действия, в современной психологии подчеркивается роль равных условий социализации для формирования личности, значение эмоционально-мотивационных механизмов в восприятии, мышлении и развитии. Возникшие в связи с этим методы стали весьма популярными, вызывающими большой интерес.

Для развития групповой психотерапии много сделали такие отечественные ученые как С.С. Либих, А.Л. Гроссман, Н.В. Иванов, А.И. Захаров и др.

С.С. Либихом предложены приемы, позволяющие достигнуть осознания пациентом связи между невротической симптоматикой и собственными проблемами, понимания значения неконструктивных способов своего поведения в возникновении этих проблем и в их поддержании. Используемое при этом анонимное обсуждение включает разбор врачом в группе больных истории болезни выписавшегося пациента, при этом внимание фокусируется на том, что является общим у данного больного с группой. С.С. Либихом введен термин “психотерапевтическое зеркало”, когда психотерапевт, обсуждая историю болезни, основное внимание обращает на факты, которые имеют отношение к конкретному члену группы.

Рациональная психотерапия, метод корригирующего воздействия, предложенные Н.В. Ивановым, осуществляются путем бесед с пациентами, построенных на основе разъяснения и убеждения, с целью формирования у них активного противодействия нарушениям. Известна применяемая Н.В. Ивановым методика мотивированного самовнушения, предназначенная для лечения больных алкоголизмом, с предварительным проведением группового гипноза.

Начиная с 1975 г. неоднократно издавались сборники трудов ученых Института им. В.М. Бехтерева, посвященные групповой психотерапии. В 1990 г. под редакцией Б.Д. Карвасарского и С. Ледера (Польша) издана монография “Групповая психотерапия”.

4. Принципы, роли и нормы в групповой психотерапии.

Психология малой группы включает в себя такие понятия, как роли, нормы, лидерство, типы поведения, групповой процесс.

Роль – позиция в иерархии популярности и авторитета, власти и престижа, а также особенности общения и взаимодействия, круг функций и видов поведения в групповом процессе, закрепляющиеся за участниками на более или менее продолжительный срок.

Каждый член малой группы, будь то семья или производственный коллектив, играет в ней ту роль, которую считает подходящей для себя и для этой группы.

Участники групп, опираясь на собственное понимание и жизненный опыт, приходят в группу с определенными ожиданиями относительно роли, которую они будут играть в группе. Гибкость ролевой тактики требует от участников принятия ролей, отличных от тех, которые они имеют вне группы. Например, учитель, высоко оценивающий свои способности управлять школьным классом, будет смущен открытием, что его умение руководить оказывается непригодным в групповой ситуации. Более того, участник, взявший на себя роль человека, помогающего группе на ранних стадиях ее развития избегать конфликтных ситуаций, в последующем может оказаться “беспомощным”, испытать сложности в конфронтации с другими, когда конфронтация станет необходимой в жизни группы. Это требует от пациента психологической перестройки, понимания необходимости новой роли, а при ее принятии – гибкости в ролевой тактике.

С развитием группы возникают различные групповые роли. М. Богдановф и Р. Элбом считают, что потребность в той или иной роли появляется в процессе формирования межличностных отношений, особенно при возникновении в группе острых ситуаций и конфликтов. Уже в самом начале формирования группы в ней появляются такие персонажи, как Вожак, Нытик, Скептик и т.д. Вечно Недоверчивый может появиться тогда, когда возникнет необходимость помочь группе в самораскрытии или затрудняется проявление участниками каких-либо эмоций.

В психокоррекционной группе для описания межличностного поведения используется большой перечень стереотипных ролей. Многие носят яркие названия: Добродетельный моралист, Провокатор, Мятельный лидер и т.д.

Широко применяется факторный анализ для сведения большого числа ролей и видов группового поведения к нескольким основным измерениям. Т. Лири все групповые роли расположил на двух осях: гнев – любовь, сила – слабость. Г. Келлерман выделил восемь основных типов ролей, разделенных на четыре пары противоположностей: Романтик – Проверяющий,

Невиновный – Козел отпущения, Философ – Ребенок, Пуританин – Объединяющий.

Принятая каждым участником группы новая роль помогает психокоррекционной группе выполнять **свои основные задачи**.

Для понимания ролей участников группового процесса важное значение имеет анализ их взаимодействия, который был сделан Р. Бейлзом на основе наблюдения лабораторных групп психически здоровых индивидуумов и классификации их взаимодействия.

Были выделены **две функции поведения**: функция решения задачи и функция оказания поддержки.

Функции решения задачи – это инструментальные процессы решения проблем. Они включают выдвижение и принятие предложений, мнений и информации. **Функции оказания поддержки** связаны с социальным и эмоциональным климатом коллектива и включают дружеские и недружеские действия, согласие и несогласие, демонстрацию или драматизацию напряжения.

Эффективная группа нуждается в равновесии положительного и отрицательного поведения, связанного с функциями задачи и поддержки. Поддерживающая, корригирующая функция группы включает в себя не только дружеские, но и недружеские действия, не только согласие, но и несогласие. Чем более гибкими, пластичными будут участники группы, тем более эффективной будет группа в достижении своей конечной цели.

Гибкость ролевого поведения зависит от групповых норм. **Групповая норма** – это принятые правила поведения, руководящие взаимодействием участников и позволяющие применять санкции к неприемлемым для данной общности формам поведения. Типичными нормами психокоррекционных групп являются самораскрытие и честность. Подчинение групповым нормам связано со статусом участника группы и сплоченностью группы.

Нормы существуют в любой группе и в любом обществе, нарушение принятых норм всегда предусматривает наказание. Чем жестче нормы и суровее наказание за их нарушение, тем авторитарнее группа. Структура группы также влияет на соблюдение групповых норм. В относительно гомогенных группах подчинение нормам строже, чем в гетерогенных.

Выполнение норм поведения во многом зависит от сплоченности группы. Члены сплоченной гармоничной группы более склонны принимать групповые нормы и руководствоваться ими. К. Левин определил сплоченность как “тотальное поле сил, формирующее у участников чувство принадлежности к группе и желание в ней остаться”. Чем больше группа отвечает потребностям людей в эмоционально-межличностных

связях, тем более сплоченной она будет. Чем выше сплоченность группы, тем сильнее подчиненность групповым нормам, обязательность их соблюдения. В высокосплоченных группах участники более открыты для влияния друг друга, легче переносят враждебность в группе, придают большую ценность групповым целям, активнее при обсуждении. Отрицательные моменты чересчур сплоченной группы проявляются в нежелании участников критически мыслить и принимать конструктивные решения. Однако сплоченность обычно желательна.

Каждая психокоррекционная группа устанавливает свои нормы поведения, но в каждой из них обычно поощряются эмпатия, правдивость, теплота и открытость.

Б.Д. Карвасарский определяет основные обязанности каждого члена психокоррекционной группы:

- выполнять распорядок групповых занятий;
- говорить в группе обо всем открыто и искренне;
- не выносить за пределы группы того, что происходит во время групповых занятий;
- помогать товарищам по группе осознать и изменять свой способ поведения, если он противоречит общепринятым нормам;
- отказаться от общих фраз, говорить о проблемах и переживаниях, как своих собственных, так и товарищей по группе, конкретно и по принципу “здесь и теперь”;
- выслушивать взгляды, мнения и советы членов группы, обдумывать их, но принимать решения самостоятельно.

Перечисленные нормы не являются обязательными, но от их соблюдения зависит работа психотерапевтической группы, а, следовательно, эффективность лечения.

Во всех ролевых взаимоотношениях поведение **руководителя** является взаимодействующим, и степень оказываемого влияния зависит от желания или способности участников принять его и следовать за ним. В любой эффективно взаимодействующей группе назначенный руководитель – не единственный человек, осуществляющий руководство. Активные члены группы, влияющие на других ради целей группы или личных целей участников, также могут осуществлять руководство группой. Некоторые виды групп с самого начала осуществляют самоуправление и не имеют руководителя. Примером групп без руководителя являются “Анонимные алкоголики”. Многие группы встреч организовывались без присутствия руководителя, которого иногда заменяли записанные упражнения и инструкции.

Хочется сказать несколько слов о поведении пациентов в группах. Знание типов поведения участников группы помогает психотерапевту при распределении ролей, способствует более глубокому пониманию механизмов психологической несовместимости отдельных ее членов.

В социальной психологии выделяют четыре типа поведения в малой группе.

1. Обособляющий тип. Хорошо выражена индивидуальная ориентировка. Оптимальное решение задач возможно только при условии относительного обособления от группы, самостоятельно.

2. Ведомый тип. Выражена тенденция к конформности, подражательству, добровольному подчинению. Оптимальное решение групповой задачи возможно в контакте с более уверенными и компетентными членами группы.

3. Лидирующий тип. Индивидуум ориентирован на власть в группе. Оптимальное решение задач возможно при условии подчинения себе других членов группы.

4. Сотрудничающий тип. Индивидуум постоянно стремится к совместному с другими решению задач и следует за группой в случаях разнотных решений.

Совпадение формального и неформального лидера в одном лице облегчает работу психотерапевтической группы, несовпадение – делает групповой процесс более сложным.

5. Стиль руководства группового психотерапевта.

Важную роль в групповой психотерапии играет поведение группового психотерапевта, которое в значительной степени определяется теоретической ориентацией, но в целом, его позиция может быть охарактеризована как недирективная.

Основные задачи психотерапевта можно сформулировать таким образом:

1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения, эмоциональных реакций и их обсуждению и анализу, а также к разбору предложенных тем;

2) создание в группе условий для полного раскрытия пациентами своих проблем и эмоций в атмосфере взаимного принятия, безопасности, поддержки и защиты;

3) разработка и поддержание в группе определенных норм, гибкость в выборе директивных и недирективных техник воздействия.

Средства воздействия, используемые групповыми психотерапевтами, можно условно разделить на два вида: вербальные и невербальные.

К *вербальным средствам воздействия* относятся: структурирование хода занятий (одна из важнейших функций психотерапевта), сбор информации, интерпретация (отражение эмоций, кларификация, конфронтация, собственно интерпретация), убеждение, переубеждение, предоставление информации, постановка заданий.

К *невербальным средствам* относятся мимика, жестикуляция, интонация.

Стиль руководства – типичная для данной концептуальной модели система и приемы взаимодействия лидера и других участников психотерапевтической группы.

К. Левин выделяет три стиля руководства (см. таблицу 2): авторитарный, демократичный, попустительский (анархичный).

Таблица 2

Основные стили руководства

Авторитарный	Демократический	Попустительский
Все виды поведения определяются руководителем	Поведение определяется групповой дискуссией при содействии руководителя	Полная свобода индивидуальных и групповых решений при минимальном участии руководителя
Каждый шаг в деятельности группы директивно продиктован руководителем	Групповые цели намечаются в ходе групповой дискуссии. Две (или более) альтернативные процедуры группового занятия часто предлагаются руководителем	Материалы для групповых занятий предоставляются руководителем, хотя информация предлагается им только в ответ на запрос
Руководитель определяет индивидуальные задачи и партнеров для работы	Определение задачи и выбор партнеров для ее решения – выбор группы	Руководитель устраняется от руководства группой
Руководитель «субъективно» хвалит или критикует отдельных участников, оставаясь в стороне от участия в групповом процессе и ограничиваясь демонстрацией	Руководитель «объективно» хвалит и критикует участников, постоянно стараясь быть участником группы	Руководитель редко комментирует действия участников и не пытается оценивать или регулировать ход событий

Авторитарный стиль – это способ взаимодействия руководителя и членов группы, предполагающий жесткие способы управления, пресечения чьей-либо инициативы и обсуждения принимаемых лидером решений.

Психотерапевт при этом стиле – самый активный и авторитарный участник группы.

Демократический стиль – это способ взаимодействия руководителя и членов группы, предполагающий коллегиальность принятия решений, поощрение инициативы. Психотерапевт принимает позицию активного партнера.

Попустительский стиль – способ взаимодействия руководителя и членов группы, предполагающий устранение лидера от руководства группой.

Специально проведенные исследования показывают, что наиболее эффективный стиль руководства – демократический. Однако опытные психотерапевты считают, что стиль руководства может меняться в зависимости от психологического климата и экстраординарных ситуаций, которые нередко возникают в группе.

Существует закономерность, что чем более сплочена группа, тем менее авторитарен и активен руководитель.

Личные качества психотерапевта оказывают определенное влияние на эффективность руководства. С. Славсон выделяет следующие основные качества, которые, по его мнению, необходимы для **лидера**: уравновешенность, рассудительность, зрелость, сила Я, высокий порог возникновения тревоги, восприимчивость, интуиция, эмпатия, богатое воображение, решительность, желание помочь людям, терпимость к фрустрации и неопределенности.

К. Рудестам специфическими лидерскими качествами считает энтузиазм, умение убеждать и подчинять себе окружающих, уверенность в себе, ум.

Предпочтительным в плане руководства психотерапевтической группой является наличие в ней двух психотерапевтов, что позволяет каждому из них получать обратную связь относительно своего поведения в группе. В этом случае психотерапевты профессионально контролируют друг друга и могут обратить внимание на собственные искажения в понимании группового процесса и возможный контрперенос.

Котерапевтом часто выступает менее опытный, начинающий групповой психотерапевт, который, участвуя в работе, приобретает опыт в области групповой психотерапии.

Психотерапевт обычно играет **одну из следующих поведенческих ролей**: эксперта, катализатора, дирижера, образца участника.

Эксперт обычно комментирует поступки и диалоги участников, стараясь связать ситуации, возникающие “здесь и теперь”, с ситуациями и проблемами из повседневной жизни. Комментарии руководителя помогают участникам оценить свое поведение, наглядно увидеть, как оно действует на других и, в конечном счете, понять, как оно влияет на содержание

их образа “Я” и на сложившиеся обстоятельства. Однако психотерапевту следует избегать роли чрезмерного комментирования, дабы не превратить терапевтическую группу в учебный класс.

В качестве **катализатора** руководители способствуют развитию событий в группе. Они привлекают внимание группы к текущим задачам, побуждают группу к действиям. По выражению Фиберта, психотерапевт “как бы держит перед группой зеркало для того, чтобы участники могли видеть свое поведение”.

В роли **дирижера** психотерапевту обычно приходится выступать на первых этапах формирования группы или в трудных ситуациях, когда участники группы заходят в тупик. Мастерство дирижера состоит в регулировании возможных вариаций внутригруппового поведения, в поддержке попыток участников исследовать проблемы и обсуждать возникающие у них мысли и чувства, в защите участников от воздействия на них неприемлемых для данной группы форм поведения и в выравнивании вкладов участников группового взаимодействия.

Руководитель группы выступает и как **образец участника**. В этой роли он может олицетворять образец открытости, аутентичности и на своем примере продемонстрировать процесс самораскрытия. В зависимости от группового метода, руководители проводят четкую границу между пребыванием в группе и за ее пределами. Активное участие и содействие руководителя помогает членам группы почувствовать уважение и заботу. В своем особом положении руководители не могут противостоять подражанию членов группы их поведению. Но здесь психотерапевту необходимо соблюдать чувство меры, так как интимное самораскрытие лидера может грубо нарушить групповой процесс.

Приведем слова К. Рудестама: “Руководитель в группах роста и в терапевтических группах должен быть отчасти артистом, отчасти ученым, соединяющим чувства и интуицию с профессиональным знанием методов и концепций”.

6. Виды психотерапевтических групп.

Группа – это социально-психологическое понятие, обозначающее определенное число лиц, включенных в типичные для них виды деятельности и регулируемых общими ценностями и нормами.

Одним из основных признаков, отличающих группы от случайного сообщества людей, является способность ее участников включаться в согласованные действия, благодаря которым могут быть удовлетворены их индивидуальные потребности.

В социальной психологии выделяют следующие основные признаки групп:

- осознание участниками своей принадлежности к группе;
- установление определенных отношений между ними;
- внутренняя организация, включая распределение обязанностей, лидерство, иерархию статусов;
- действие “группового давления”, побуждающего участников вести себя в соответствии с принятыми в группе нормами;
- наличие определенных изменений во взглядах и поведении отдельных участников, обусловленных их принадлежностью к группе.

Группы условно делят на большие и малые, условные и реальные, лабораторные и естественные.

Малая психотерапевтическая группа – относительно немногочисленная общность пациентов (до 10 человек), находящихся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии, созданная для достижения определенных (психотерапевтических) целей.

Психокоррекционная группа – это искусственно созданная (лабораторная) малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Это неструктурированное взаимодействие “здесь и теперь”, при котором участники изучают происходящие с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Признаки и процессы, характерные для психокоррекционной группы, выделил М. Лэкин:

- облегчение выражений эмоций;
- возникновение ощущения принадлежности к группе;
- обязанность самораскрытия;
- апробирование новых навыков поведения;
- санкционированная группой свобода межличностного общения (межличностные сравнения);
- разделение с формальным лидером ответственности за руководство группой.

Среди психокоррекционных групп выделяют:

- группы организационного развития или решения проблем;
- группы подготовки руководителей и обучения межличностным умениям;
- группы личного роста (самосовершенствования);
- терапевтические группы.

Психокоррекционные группы могут быть центрированными преимущественно на руководителе (группа тренинга умений) или на членах группы (группа встреч).

В психокоррекционной группе проявляются такие скрытые факторы, которые мы ощущаем в повседневной жизни, как социальное влияние и давление партнеров. Преимущество же психокоррекционной группы состоит в возможности получения по законам обратной связи эмоциональной поддержки от участников группы, имеющих общие проблемы и цели. В группе человек чувствует себя принимающим и принятым, доверяющим и пользующимся доверием, заботящимся и окруженным заботой, помогающим и получающим помощь. В такой обстановке облегчается процесс разрешения межличностных конфликтов, возникающих вне группы. Человек пробует и осваивает новые навыки поведения, у него появляется возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений. Состав группы определяется ее типом, а также формой и содержанием предполагаемой психотерапевтической работы.

Одним из основных вопросов, которые приходится решать психотерапевту при формировании группы, является вопрос о показаниях и противопоказаниях для групповой психотерапии.

Групповая психотерапия показана для широкого круга нуждающихся – от больных неврозами до страдающих шизофренией. Однако показания зависят от типа группы и метода психотерапии. Х. Строкка считает, что обычные “жизненные трудности” легко преодолеваются “разговорной” терапией; при изолированных симптомах (фобии) более целесообразна поведенческая психотерапия; характерологические нарушения легче корригируются гештальт-терапией или с помощью психодрамы; при алкоголизме и наркоманиях более эффективна недирективная групповая психотерапия.

Противопоказаниями для групповой психотерапии являются низкий интеллект и психозы. Особую сложность создают пациенты, склонные к образованию бредовых идей отношения, преследования и физического воздействия.

Относительными противопоказаниями могут быть тяжелые формы психопатий. С осторожностью следует включать в группу людей с выраженными физическими недостатками. Б.Д. Карвасарский считает, что недопустимо включать в одну группу людей, находящихся за пределами группы в служебных или других отношениях.

Групповые занятия могут происходить как в достаточно больших группах, чтобы сделать возможным взаимодействие, так и в достаточно малых, чтобы каждый был вовлечен в действие и чувствовал себя участни-

ком. С увеличением количества участников возникает тенденция к неэффективному использованию времени занятий, возрастает вероятность появления подгрупп. Когда группа слишком мала, она перестает действовать как группа, ее участники оказываются вовлеченными в индивидуальное консультирование или психотерапию в групповых условиях. Считается, что 4 человека – минимум психотерапевтической группы.

Большинство психотерапевтов отдают предпочтение группам, состоящим из 8-12 человек. Такие группы достаточны, чтобы обеспечить эмоциональную близость между ее участниками и создать между ними обратную связь.

По составу группа может быть гомогенной и гетерогенной.

В основе определения однородности или неоднородности группы обычно лежат три основных критерия: демографический (возраст, пол, образование); клинический (симптомы, синдромы, диагноз); личностный (характер, интеллект, интересы).

Гетерогенная группа – психотерапевтическая группа, укомплектованная неоднородным составом участников по одному или нескольким вышеперечисленным признакам.

Сторонники гетерогенного состава групп аргументируют свою точку зрения желанием создать модель общества в миниатюре. В гетерогенных группах эмоциональное напряжение и степень конфронтации могут быть более выраженными, а способы решения конфликтов – более естественными. Однако гетерогенность может способствовать изоляции отдельных членов группы. Например, пожилой человек, попавший в группу современной, не очень деликатной молодежи, будет чувствовать себя неуютно.

Гомогенная группа – психотерапевтическая группа, укомплектованная однородным составом участников по одному или нескольким признакам, таким как пол, нозология, возраст, образование, социокультурный уровень, личностные особенности и т.п.

Гомогенные группы более сплочены, менее конфликтны, члены ее более, чем в гетерогенной группе, склонны к эмоциональной поддержке друг друга. Однако гомогенная группа является плохой ареной для решения спорных и конфликтных ситуаций.

Психотерапевт оставляет за собой право выбора гетерогенной или гомогенной группы. Первые более целесообразны в тех случаях, когда лечение рассчитано на длительный срок и направлено в основном на коррекцию характера поведения. Вторые более эффективны там, где сроки лечения невелики, а целью лечения является создание “мягкого” психотерапевтического климата.

В современных условиях, когда чаще всего речь идет о пациентах с неврозами, алкоголизмом, заиканием, сексуальными нарушениями, соматическими заболеваниями, а сроки общения ограничены, большинство психотерапевтов предпочитают работать с гомогенными группами. Частота и длительность занятий определяются многими факторами. Оптимальными условиями являются 3-4 занятия в неделю, каждое длительностью 60-90 минут.

Открытая группа – психотерапевтическая группа, состав которой может изменяться в процессе групповой работы из-за ухода из группы одних участников и приема новых.

Закрытая группа – психотерапевтическая группа, состав которой не изменяется от начала и до конца существования группы, за исключением случаев добровольного выхода участников в процессе групповой работы.

Опыт ведения открытых и закрытых групп подтверждает литературные данные о том, что:

1) в закрытых группах удастся достичь большей эффективности углубленной работы для достижения инсайта и сплоченности;

2) более эффективна работа открытых групп там, где ведется работа по различным заданиям, научению более эффективным социальным контактам.

Существуют *два основных направления в понимании психокоррекционных групп*.

Сторонники *первого направления* (Бредфорд, Гибб, Беннис) ориентируются на решении конкретных задач, обработку навыков межличностных отношений. Руководитель не устраняется от лидерства и, нередко, выступает в роли наставника. К таким группам относят: Т-группы, группы тренинга умений.

К. Роджерс, У. Шутц, Ф. Перлз, сторонники *второго направления*, ориентируются на гуманный демократический стиль руководства. Акцент делается на чувства общности в отношении между членами группы. Это группы встреч, гештальт-группы.

Группы встреч.

Группы встреч являются терапевтическими и психокоррекционными группами. Эти группы возникли и достигли пика популярности в 60–70-х гг. в США, затем получили распространение по всему миру. Родоначальником группы встреч следует относить К. Роджерса, Мерфи и У. Шутца.

У. Шутц для интенсификации групповых процессов поощрял интенсивность чувств и столкновение участников между собой, использовал различные групповые игры и техники.

Он так же выделил основные признаки группы встреч:

1. Открытость и честность достигается через реализацию групповой ценности, как самораскрытие. В группе встреч поощряются самораскрытие участников друг другу, что позволяет установить доверительные отношения друг с другом.

Лафт выделил условия, при которых возможно самораскрытие:

1) взаимоотношения между людьми строятся на основе взаимопонимания;

2) тема самораскрытия связана с ситуацией, объединяющей людей;

3) самораскрытие происходит постепенно.

Самораскрытию соответствует термин аутентичность. *Аутентичность* – умение быть в согласии с реальным течением жизненных событий. Аутентичная личность выражает себя спонтанно, открыто, высказывая свои мысли и выражая себя открыто. Аутентичности человек может достичь, если чувствует себя в безопасности и в окружении доброжелательности и доверия.

2. Осознание самого себя, своего телесного и психологического «Я» происходит посредством выражения своих истинных чувств, мыслей и обратной связи между участниками группы.

Самопознание начинается с того, что человек узнает о своих слабых и сильных сторонах. После чего анализируются неудачи в межличностных отношениях.

Для стимуляции к самопознанию используется метод конфронтации, эффективность которого зависит от взаимопонимания в группе. Группа искренне заинтересована помочь своему участнику, тогда как последний заинтересован в исследовании своих чувств и поведения.

Осознание эмоций способствует сближению людей и сплоченности группы. В группе осознанные эмоциональные реакции апробируются, затем переносятся в повседневную жизнь и способствуют лучшей адаптации во внешней социальной среде.

3. Ответственность. Участники должны отвечать за свое поведение, которое они демонстрируют или от которого отказываются в группе. Х. Кайзер считает, что как только группой процесс сформировался и пациент активно вступил в него, ответственность за исходящее лечение с этого момента должен нести психотерапевт.

4. Внимание к чувствам. Одной из целей психотерапии является создание в группе оптимального эмоционального напряжения, но без психотерапевтического потенциала группа может быстро трансформироваться в деструктивный заряд и распасться.

5. «Здесь и теперь». Участники группы ориентированы на события, происходящие в настоящее время в группе и за ее пределами.

Исходя из вышесказанного, выделяют основные правила группы встреч:

- 1) открытость и честность в общении друг с другом;
- 2) доминирование чувств над мыслями;
- 3) принцип «здесь и сейчас».

На первых сессиях групповой психотерапии предварительно оговаривается, что все участники группы встреч отвечают за себя и результат их изменений зависит от их самих.

Техники, используемые в группах встреч:

1. *Установление контактов* основывается на желании каждого участника ощутить свою принадлежность к группе. Знакомство начинается с контактов в мини группах или парах. На Западе поощряется физический контакт.

2. *Построение доверительных контактов.* Некоторые участники могут испытывать затруднения при установлении контактов. Для осознания чувства одиночества и преодоления барьера недоверия используются специальные упражнения.

3. *Изучение конфликтов.* Часто конфликтные ситуации возникают на той стадии группового процесса, когда на первый план выходят соревнования, соперничество, борьба за лидерство. Психотерапевт поощряет членов группы, вступивших в конфронтацию, способных внимательно выслушивать друг друга, прямо и откровенно высказываться, пытающихся осознать не только свои чувства и поведение, но и поведение соперника. В этом случае могут быть использованы физические упражнения, которые позволяют установить обратную связь между конфликтующими участниками.

4. Анализ сопротивления.

И. Ялом выделил **общие положения группы встреч:**

1. Состав группы колеблется около 8-20 человек, такое количество будет достаточно для эффективного взаимодействия между членами группы.

2. Ограничения во времени, часто в сжатые дни и часы.

3. Концентрация «здесь и сейчас».

4. Трансэтикетность и поддержка группы встреч традиционных общественных взглядов.

5. Значимость межличностной ценности, конфронтации, повышения эмоциональной экспрессивности и самораскрытия.

На сегодняшний день существует несколько модификаций группы встреч. «Группы марафона», которые собираются относительно редко, но работают по 12–48 часов кряду. Этот тип групп, разработанный Ф. Столлером и Дж. Бахом, ориентирован на психоанализ.

«Группы обнажения», предложенные П. Биндримом. Эти группы собираются в теплом бассейне; упражнения в них ориентированы на сенсорные осязания и заканчиваются обнажением, которое, по мнению П. Биндрима, помогает участникам полностью снять тревогу по поводу своего тела и стимулирует к откровенности и самораскрытию.

Недостатками группы встреч, как считает К. Бак, является интенсивные эмоциональные переживания, часто возникающие в группе встреч, но не всегда полезные для определенной категории больных. Атмосфера взаимного уважения и поддержки в группах, по его мнению, чаще всего культивируется искусственно, и после того, как пациент из «тепличных условий» вновь попадает в обычную среду, адаптироваться ему бывает еще труднее, чем до группы. В итоге, подчеркивает К. Бак, некоторые пациенты становятся «постоянными участниками групп» и не в состоянии адаптироваться к обычной социальной среде.

В связи с этим встает вопрос о тщательном предварительном отборе, кандидатов в группы встреч. Это должны быть люди, которые, с одной стороны, достаточно толерантны к конфронтации, эмоциональным встряскам, а с другой – способны перенести групповой опыт в обычную социальную среду.

Валом, Либерман, Хартли, Робак, Абрамович дают психологический портрет тех больных, которым «встречи» приносят ухудшение. Эти люди в большей степени, чем другие, не уверены в себе, имеют низкую самооценку, нереалистические ожидания какого-то «особого» эффекта от лечения в группе, а также склонны избегать сложных, психотравмирующих ситуаций. Иными словами, это люди, которые чрезмерно уязвимы, не умеют строить адекватные межличностные отношения и возлагают чрезмерную надежду на «встречи». Они должны быть отнесены к группе риска.

И, наконец, все сходится на том, что результат лечения в группах встреч во многом зависит от психотерапевта, от его умения дозировать эмоциональную напряженность в группе, а главное – не делать из группы встреч социального и психологического «протеза», вовремя и правильно сориентировать членов группы на адаптацию в реальной социальной среде.

Группы тренинга (Т-группы).

Первая группа тренинга (Т-группа) возникла случайно. Несколько специалистов в области естественных наук – Л. Брэдфорд, Р.Л. Питт, К. Левин – создали в 1946 г. группу из деловых людей и бизнесменов, целью которой было совместное изучение основных социальных законов (например, закон найма на работу) и «проигрывание» различных ситуаций, связанных с их применением. Помимо выработки оптимальных вари-

антов решений и поведения, связанных с применением законов, эта группа несла в себе первый опыт самораскрытия и самоосознания с помощью получения обратной связи.

Группы быстро приобрели популярность как новый эффективный метод обучения, и уже в следующем году в г. Бетеле (штат Мэн) была создана национальная лаборатория тренинга (НЛТ). Основными задачами Т-групп, или, как их тогда называли, «групп тренинга базовых умений», было обучение ее участников основным законам межличностного общения, умению руководить и принимать правильные решения в трудных ситуациях. Естественно, такие группы на первых порах не были ориентированы на терапию.

Позже Т-группы по своему целевому назначению стали делиться на *группы умений* (подготовка руководителей, деловых людей), *группы межличностных отношений* (проблемы семьи, секса) и *группы «сенситивности»* (группы, ориентированные на рост и самосовершенствование личности, преодоление нерешительности и т.п.).

Тем не менее, акцент в Т-группах еще долгое время делался на обучении здоровых людей таким ролевым функциям, как общение с начальством и подчиненными, выработка оптимальных решений в трудных ситуациях, поиск методов улучшения организаторской деятельности и т.п.

Родоначальники Т-групп в основе своего, как они считали, обучающего метода видели следующие позитивные начала:

- применение общественных наук (психология, социология) в практической жизни;
- ориентация на демократические (в противовес авторитарным) методы обучения;
- способность в процессе обучения устанавливать отношения взаимопонимания и взаимопомощи, готовность вникнуть в проблемы любого члена группы.

Группа – это реальный мир в миниатюре. В ней существуют те же, что и «в жизни», проблемы межличностных отношений, поведения, принятия решений и т.д. Тем не менее, от реального мира эта искусственно созданная лаборатория отличается тем, что:

- в Т-группе каждый может быть и экспериментатором, и предметом эксперимента;
- здесь возможно решение задач, которые неразрешимы в реальной жизни;
- занятия в группе предполагают «психологическую безопасность», что обеспечивает «чистоту» эксперимента.

Чем ближе задачи Т-группы к решению вопросов роста личности, межличностных отношений и чем успешнее авторитарные методы руководства заменяются неавторитарными, демократическими, тем больше Т-группа (особенно ее сенситивный тип) приближается к группе встреч. Иногда границы между этими группами и вовсе стираются.

Т-группы отличаются от группы встреч, прежде всего тем, в Т-группе акцент делается на процесс взаимообучения, а не на обучение участников. Таким образом, обучение является скорее результатом опыта самой группы, нежели разъяснений и рекомендаций руководителя. Кроме того, в Т-группах значение имеет совершенствование личности и анализ развития группы, т.е. того, что происходит в группе, когда она проходит стадии своего развития.

Основная цель Т-группы – совершенствование навыков межличностного общения и стремления перенести приобретенные знания, навыки и умения в реальную жизнь.

Основные черты Т-группы:

1. Помочь участникам понять, могут ли изменения, происходящие в группе и в них самих, способствовать тому, чтобы они лучше себя чувствовали в общении с другими людьми;

2. Т-группа позволяет своим участникам повысить уровень компетентности в межличностном общении. Участникам показывают, что каждый член группы помогающий учиться является учителем;

3. Принцип «здесь и сейчас».

Обучение тому, как учиться, включает в себя отдельные этапы:

✓ *Представление самого себя.* Представление самого себя – это процесс самораскрытия. Наиболее эффективной моделью самораскрытия является «окно Джогари», названное так в честь его изобретателей Дж. Лафта и Г. Инграма.

В соответствии с моделью «Джогари» можно представить, что каждый человек содержит в себе четыре зоны личности: «арену», «видимое», «слепое пятно» и «неизвестное».

«Арена» – это зона нашего Я, о которой знаю я и знают другие. Это «пространство» личности, открытое и для меня, и для других.

«Видимое» – это то, что я о себе знаю, а другие нет (любовный роман, страх перед начальником и т.п.).

«Слепое пятно» – это то, что другие знают обо мне, а я – нет (привычка перебивать говорящего и т.п.).

«Неизвестное» – это то, что скрыто и от меня, и от других. Сюда же включаются и скрытые потенциалы любой личности. Условно эта зона совпадает с зоной бессознательного.

«Окно Джогари» наглядно показывает, что расширить контакты – это значит, прежде всего, увеличить «арену». Когда участники любой группы встречаются впервые, «арена» обычно бывает небольшой. По мере того как растет взаимопонимание в группе, увеличивается доверие к партнерам, повышается степень самораскрытия, расширяется и «арена» каждого из ее участников.

Если в группе не удастся создать атмосферу взаимопонимания, а уровень доверия друг к другу достаточно низок, то и эффект воздействия такой группы на ее участников бывает невысоким.

✓ *Обратная связь.* Обратная связь осуществляется в тех случаях, когда одни участники группы сообщают о своих реакциях на поведение других с целью откорректировать «курс» их поведения. В свою очередь участники, получившие такой «сигнал» от других, имеют возможность откорректировать свое поведение.

Обратная связь в атмосфере искренности и взаимодоверия дает отдельным членам группы информацию об их «слепых пятнах», обеспечивая лучшее понимание всеми участниками сути группового процесса.

Лучше, когда обратная связь проявляется эмоциональной реакцией на поведение партнера, а не критикой и оценкой самого Партнера и его поведения.

Корректирующее воздействие обратной связи тем более эффективно, чем более единодушны участники группы в своей оценке поведения одного из партнеров.

✓ *Экспериментирование.* Экспериментирование в группе основано на активном поиске различных вариантов поведения в одинаковых (или различных) ситуациях.

Такой поиск может быть успешным лишь в том случае, если экспериментирующие участники могут получить от группы ясную и точную обратную связь без страха за последствия своего поведения в той ни иной ситуации.

Важным условием работы группы является сосредоточение внимания на принципе здесь и теперь. Этот принцип актуален для всех типов учебных и лечебных групп. Все реакции должны исходить из конкретной ситуации, а не носить характер повествования или назидания. Главным итогом группового процесса является внимание к непосредственному опыту и конкретным ощущениям.

Роль руководителя в Т-группах состоит в том, чтобы вовлечь участников в совместную работу по исследованию их соотношений и поведения, организовать групповой процесс, а потом незаметно устраниться от директивного руководства.

Основная ошибка большинства руководителей заключается в стремлении активно включиться в групповой процесс, «вытянуть» группу из тупиковой ситуации. В действительности, такие действия руководителя только мешают группе реализовать свои резервные возможности. В действительности, такие действия руководителя только мешают группе реализовать свои резервные возможности.

В тех случаях, когда работа в Т-группе ограничена во времени, меняется и роль наставника. Руководитель такой «краткосрочной» группы должен быть более активен, чаще вступать в конфронтацию с участниками, обеспечивать обратную связь.

Т-группа с укороченным сроком действия чаще всего бывает «структурированной». В такой группе руководитель задает тон занятиям (дает конкретное задание, формирует ситуацию), а группа вырабатывает свой вариант решения. «Запланированность действий» хорошо зарекомендовала себя при решении различного рода конфликтных ситуаций.

Противоположностью «структурированной» группе может служить так называемая тэвистокская модель группы. Она была предложена У. Байоном в 1959 г., а название группы происходит от Тэвистокской клиники и Тэвистокского института человеческих отношений в Лондоне, где У. Байон занимался исследованием, так называемых, «малых учебных групп».

Основное внимание в этих группах сосредоточивается на индивидуальном развитии и уникальности каждой личности. В тэвистокской группе в качестве допущения принимается, что высказывания одного участника и его поведение, отраженное в групповом зеркале, разделяются другими участниками, а сама группа ведет себя как взаимосвязанная система, в которой целое оказывается чем-то большим, нежели сумма его частей. Руководителю в тэвистокской группе У. Байона отводится пассивная роль. В то время как члены группы исследуют особенности собственного поведения, руководитель группы остается в тени.

7. Этапы группового процесса.

Большинство исследователей процесса групповой психотерапии, а также специалисты-практики в этой области описывают определенные закономерности развития психотерапевтического процесса в группе и наличие достаточно четко очерченных фаз его. Этот процесс начинается со стадии зависимого и поискового поведения, проходит через период возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов и продвигается к формированию групповой сплоченности и эффективно-му решению проблем. Некоторые исследователи предложили свои вер-

сии последовательности группового процесса. Наличие различных схем определяется как разными теоретическими ориентациями, так и разными параметрами, изучение которых послужило основанием для выделения определенных фаз группового психотерапевтического процесса. Согласно теории межличностных отношений У. Шутца, выделяются следующие стадии группового процесса: включение, контроль и привязанность.

На ранних стадиях развития группы участники испытывают стремление к включению в ситуацию: начинает формироваться чувство принадлежности к группе и возникает желание установить контакт с другими участниками группы.

Позднее на первый план выдвигается потребность в контроле: проявляется соперничество и стремление к власти, участники ведут борьбу за лидерство. На стадии зрелости доминирует потребность в привязанности, партнерстве.

Х. Келман предложил свой анализ группового процесса. Он рассматривает группу как “ситуацию социального влияния”, характеризуемую процессами податливости, идентификации, присвоения. Во-первых, члены группы податливы влиянию руководителя и включению в терапевтическую работу. Во-вторых, участники идентифицируются друг с другом и с руководителем группы. В-третьих, участники группы присваивают групповой опыт.

Вообще, фазы развития психотерапевтической группы – это этапы группового процесса, характеризующиеся специфическими видами активности и взаимодействия участников группы и выполняющие различные функции. Охарактеризуем **основные фазы развития психотерапевтической группы.**

А. Первая фаза развития психотерапевтической группы представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с поступлением пациентов на прием к психотерапевту. Пациенты имеют различные установки и ожидания: более или менее реалистические, оптимистические или пессимистические, но практически для всех вначале характерны отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии, в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения. Эти установки проявляются в надежде на различного рода направляющие инструкции психотерапевта, пациенты ждут от него указаний, руководства, активных действий. Типичны также приписывания психотерапевту роли учителя. Пациенты говорят о своих симптомах и самочувствии, пытаются обсуждать общие и малосущественные проблемы.

Несоответствие поведения психотерапевта их представлениям вызывает у последних беспокойство, которое накладывается на индивидуальную тревогу и напряжение, связанные с началом психотерапевтического процесса, отрывом от привычной обстановки, наличием симптоматики, а иногда и усилением ее, с внутриличностными и межличностными проблемами. Все это создает в группе высокий уровень напряжения, что является характерной чертой первой фазы развития психотерапевтической группы. Иногда в этой группе может наблюдаться процесс, называемый псевдосплоченностью. Псевдосплоченность чаще всего реализуется в трех основных вариантах. Первый может быть обозначен термином «мы очень хорошие». В группе, состоящей из достаточно активных пациентов, имеющих высокий социальный статус, период знакомства иногда растягивается на несколько сеансов и превращается в длительный рассказ, направленный на драматизацию жизненной ситуации, утрированное подчеркивание «объективных» причин своего заболевания, обвинения окружающих. Иллюзия «уникальности собственных страданий» сменяется ощущением уникальности «страданий, собравшихся в группе людей». На этом фоне и образуется псевдосплоченность, препятствующая выработке психотерапевтических норм и дальнейшему развитию группы.

Второй вариант псевдосплоченности образуется на основе «научности». Это наблюдается, если группа, безрезультатно требуя от психотерапевта теоретических обоснований, сама (обычно, при наличии пациентов, профессионально причастных к медицине, психологии, педагогике) начинает выдвигать и обсуждать концепции, касающиеся стресса, особенностей человеческой психики, общения и т.д.

И, наконец, третьим вариантом псевдосплоченности может являться ситуация «козла отпущения», на котором длительное время неконструктивным образом концентрируется внимание группы. Такая роль чаще всего отводится пациенту, резко отличающемуся своим поведением от других членов группы.

В группе, развитие которой характеризуется периодом псевдосплоченности, психотерапевту необходимо помочь ее участникам вскрыть подлинный смысл происходящего, конфликтогенность и непродуктивность группы. Выход из такой ситуации сопровождается повышением напряжения в группе.

Первая фаза развития психотерапевтической группы в целом характеризуется пассивным, зависимым поведением пациентов и высоким уровнем напряжения в группе. В литературе эта фаза чаще всего получает такие названия как «фаза ориентации», «фаза пассивной зависимости», «фаза псевдоинтеграции», «фаза напряжения», «фаза поиска смысла», «фаза регрессивности», «фаза неуверенности».

Б. Вторая фаза также характеризуется высоким уровнем напряжения, но, в отличие от первой фазы, где напряжение сопровождается пассивностью пациентов, здесь их поведение становится более активным, аффективно заряженным, со скрытой или явной агрессией по отношению к психотерапевту. Происходит борьба за лидерство, место в группе, обостряются внутригрупповые конфликты, растет сопротивление. Психотерапевт воспринимается группой либо как непрофессионал, либо как холодный, безразличный человек, не желающий помочь группе и демонстрирующий свою оторванность, отстраненность от нее. Главными темами в этот период являются открытое выражение чувств к психотерапевту, обсуждение актуальной ситуации в группе, сопоставление взглядов и позиций ее участников. Помочь выйти из этой ситуации может только открытая конфронтация группы с психотерапевтом, а по сути – со своими собственными чувствами, так как открытое выражение чувств к психотерапевту, с одной стороны, является предпосылкой для развития единой сплоченности, а с другой – уже в этот период создает благоприятные условия для вскрытия и анализа многих значимых для пациентов проблем (поиск поддержки, зависимость и самостоятельность, ответственность, подчинение и доминирование и др.).

Конфронтация группы с психотерапевтом не всегда носит выраженный характер. Если терапевт при этом занимает позицию внимательного, доброжелательного, понимающего консультанта, не директивно направляющего активность группы, то конфронтации можно вообще избежать. Указанная позиция психотерапевта, адекватно понимаемая и принимаемая пациентами, формируется лишь в процессе групповой динамики, по мере развития и структурирования группы. Как бы правильно ни вел себя психотерапевт, его поведение из-за специфики групповой психотерапии первоначально всегда будет расходиться с ожиданиями пациентов.

В этой фазе речь идет не столько о конфронтации с психотерапевтом, сколько о конфронтации пациента со своими собственными ожиданиями, чувствами, конфликтами, проблемами. Попытки избежать этой фазы, игнорируя указанные явления, приводят к снижению психотерапевтического потенциала группы, активности, спонтанности и самостоятельности членов группы, искажению группового процесса и превращению его, в лучшем случае, в индивидуальную психотерапию в группе. Завершением этого периода считают открытое выражение чувств к психотерапевту и анализ их причин. В литературе эта фаза обозначается как «фаза растормаживания агрессивности», «фаза борьбы», «фаза конфликта между членами группы и формальным лидером», «фаза бунта в отношении психотерапевта».

В. Третья фаза развития психотерапевтической группы характеризуется процессом структурирования группы, консолидацией ее норм, целей и ценностей. Проявляются активность, самостоятельность и ответственность каждого члена за себя самого, других участников и группы в целом. Формируется групповая сплоченность – важнейшее условие эффективности психотерапевтической группы. Совместная деятельность по разрешению кризисной ситуации, в которой большинство пациентов испытывали похожие чувства и которую решали сходным путем, совместная выработка групповых норм делают для пациента более естественным процесс принятия «групповой культуры». Таким образом, у пациента развивается чувство принадлежности к группе, ответственности за ее работу. В ответ пациент получает признание группы, что оказывает влияние на степень самоуважения и принятия пациентом самого себя. Это повышает привлекательность группы для каждого отдельного пациента и способствует дальнейшему развитию групповой сплоченности. В литературе эта фаза называется «фазой развития сплоченности», «фазой развития сотрудничества», «фазой выработки групповых норм», «фазой взаимного распределения функций».

Г. Четвертая фаза развития психотерапевтической группы представляет собой фазу активно работающей группы. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, заинтересованность участников друг в друге, эмоциональная поддержка, искренность, спонтанность создают возможности для развития процесса, направленного на решение собственно психотерапевтических задач. Для этого периода характерно принятие решений и использование приобретенного опыта во внеклинических ситуациях. В литературе эту фазу обозначают как «рабочую фазу», «фазу развития», «фазу целенаправленной деятельности», «фазу изменения отношений и установок», «фазу выработки новых ценностей».

В зависимости от специфики конкретной группы указанные фазы могут иметь различную продолжительность, однако, в целом, первые две занимают обычно от 20 до 30% времени работы психотерапевтической группы.

8. Факторы, обеспечивающие эффективность терапевтического воздействия в групповой психотерапии.

Психотерапевтические факторы группы – групповые явления и процессы, способствующие преодолению психологических проблем участников. И. Ялом обосновал десять основных терапевтических факторов групповой психотерапии.

Выделяют *три основных пути исследования факторов лечебного действия групповой психотерапии*: опрос пациентов, прошедших курс групповой психотерапии, изучение теоретических представлений и опыта групповых психотерапевтов и, наконец, проведение экспериментальных исследований, позволяющих выявить взаимосвязи между различными переменными психотерапевтического процесса в группе и эффективностью лечения.

Основные факторы терапевтического воздействия психотерапии целесообразно рассматривать в соответствии с тремя важнейшими планами функционирования человека: эмоциональным, поведенческим и познавательным (когнитивным).

Преимущественно с *эмоциональной сферой* связаны такие факторы, как безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, групповая сплоченность, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных личных чувств, коллективный эмоциональный опыт, перенос, идентификация.

В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее, находятся такие факторы, как вера, надежда, которые выражают частичную возможность достижения цели. Наличие в группе пациентов с хорошими результатами вследствие проведенной терапии, находящихся на ее разных этапах, усиливает действие этих факторов.

Преимущественно к *когнитивной сфере* относятся такие факторы, как получение новой информации, советы и рекомендации, конфронтация, тестирование реальности, осознание и ощущение общности. В эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своих проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых переживаний, которые послужили источником декомпенсации. Происходит расширение образа Я за счет включения в него прежде отвергаемых аспектов: представления о себе, своем поведении и т.д. В групповой психотерапии изменения в этой области являются определяющими.

К *поведенческой сфере* могут быть отнесены такие факторы терапевтического действия психотерапии, как межличностное научение, экспериментирование с новыми формами поведения. Группа позволяет пациенту исследовать особенности межличностных взаимодействий, вычленив в них конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, выбрать адекватные стереотипы поведения в соответствии с собственными целями и с учетом ожиданий других.

Подробный анализ факторов терапевтического воздействия групповой психотерапии представлен в работах И. Ялома и С. Кратохвила.

В качестве **основных лечебных факторов**, характерных для большинства **групп**, И. Ялом выделяет следующие:

1. *Сплоченность*. Это характеристика степени связанности, единства межличностных отношений в группе. Возрастание сплоченности способствует усилению взаимодействия между членами группы, интенсифицирует процессы социального влияния, повышает удовлетворенность каждого.

2. *Внушение надежды*. Появление надежды на успех лечения под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений. Наиболее сильно этот фактор действует в открытых психотерапевтических группах.

3. *Обобщение*. Переживание и понимание пациентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания, симптомы. Такое внимание способствует преодолению эгоцентрической позиции и выявлению чувства общности и солидарности с другими, повышает самооценку.

4. *Альтруизм*. Возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу. Поведение, направленное на оказание бескорыстной помощи другому члену группы, делает пациента более уверенным в себе. Он ощущает себя полезным и нужным.

5. *Предоставление информации*. Получение пациентом в ходе групповой психотерапии разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтах, нервно-психическом здоровье; выяснение причин возникновения нарушений; информация о сущности психотерапии и ходе психотерапевтического процесса; информационный обмен между участниками группы. Сюда относится также и самоэксплорация – самораскрытие, предельная откровенность, обсуждение в группе своих скрытых мыслей, желаний и переживаний.

6. *Множественный перенос*. Любые трудности в области общения и социальной адаптации, будучи детерминированными событиями настоящего и прошлого, обязательно проявляются в групповом общении. Эмоциональная привязанность пациента к психотерапевту и к другим участникам группы рассматривается, исследуется и при необходимости подвергается оценке.

7. *Межличностное обучение*. Группа служит испытательным полигоном для исследования положительных и апробирования новых видов поведения. Члены группы убеждаются в том, что могут открыто просить о помощи и поддержке других и бескорыстно помогать сами. Может быть достигнут инсайт – осознание, понимание неосознаваемых ранее связей между особенностями своей личности и неадаптивными способами поведения в тех или иных жизненных ситуациях.

8. *Развитие межличностных умений.* В группе все участники совершенствуют свое умение общаться. Для развития межличностных умений используются различные методики, в том числе обратная связь и ролевая игра. Используется конфронтация – обратная связь, предоставление пациенту информации от других членов группы о том, как они воспринимают его слова и поступки, как они на них воздействуют. В ряде школ термин часто применяется для обозначения отрицательной обратной связи.

9. *Имитирующее поведение.* Пациент может обучиться более конструктивным способам поведения за счет подражания психотерапевту и другим (успешным) членам группы.

10. *Катарсис.* Катарсис – «отреагирование», бурное проявление аффектов, происходящее в результате осознания пациентом своей проблемы и приносящее значительное психологическое облегчение.

С. Кратохвил в качестве **основных терапевтических факторов групповой психотерапии** приводит иной перечень:

- участие в работе группы;
- эмоциональная поддержка;
- помощь другим;
- самопроявление;
- отреагирование;
- обратная связь;
- инсайт (понимание ранее не осознанных взаимосвязей);
- коллективный эмоциональный опыт;
- проверка и тренинг новых способов поведения;
- получение новой информации и социальных навыков.

Ни один из перечисленных факторов в отдельности не имеет решающего значения. Терапевтическое воздействие оказывает групповой процесс, вся группа в целом.

Таким образом, *существует ряд причин, обусловивших развитие и успех групповой терапии.* Жизнь – это социальное явление. В сфере межличностных отношений, во время игры, в интимные моменты человек испытывает потребность в эмоциональном тепле и контакте с другим человеком. Социальные противоречия, бюрократические переплетения нашего общества могут вызвать у нас чувства замешательства, недоверия, бессилия. Однако опыт, приобретаемый в специально организованных группах, оказывает противодействие отчуждению, помогая решению проблем, возникающих при межличностном взаимодействии.

Группа оказывается микрокосмом, обществом в миниатюре, отражающим внешний мир и добавляющим ингредиент реализма в искусственно

создаваемое взаимодействие. Такие скрытые факторы, как давление партнеров, социальное влияние и конформизм, постоянно существующие в группах на работе и в группах по интересам, в семье, становятся очевидными в психокоррекционной группе, взаимодействуют и влияют на индивидуальные жизненные установки и изменение поведения. Потенциальное преимущество условий группы – это получение обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы или переживания с конкретным участником группы. В процессе группового взаимодействия происходит принятие ценностей и потребностей других. В группе человек чувствует себя принятым и принимающим, пользующимся доверием и доверяющим, окруженным заботой и заботящимся, получающим помощь и помогающим.

Реакции других на тебя в группе могут облегчить разрешение межличностных конфликтов вне группы. В поддерживающей и контролируемой обстановке человек может обучиться новым умениям, экспериментировать с различными стилями отношений среди равных партнеров.

Группа может также облегчить процесс самоисследования. Часто люди знают, чего они хотят; но требуется соучастие и принятие их группой, чтобы стала возможной попытка самораскрытия. Когда такая попытка поощряется другими, усиливается уверенность в себе.

Наконец, у групповой формы есть и экономические преимущества. Другие преимущества групповой формы обуславливаются функцией специфического группового метода. Гибкость групповой терапии делает ее пригодной для большого контингента людей, имеющих различные психологические затруднения.

Тема 2.4

Индивидуальная психотерапия

План

1. Индивидуальная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.
2. Цели и факторы лечебного воздействия индивидуальной психотерапии.
3. Фазы индивидуального психотерапевтического процесса.
4. Долгосрочная и кратковременная формы индивидуальной психотерапии.
5. Эффективность методов индивидуальной психотерапии.
6. Психотерапевтический контакт.

1. Индивидуальная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.

Индивидуальная психотерапия является такой организационной формой психотерапии, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач – пациент.

В организационном аспекте индивидуальная психотерапия рассматривается в качестве альтернативы групповой (где инструментом лечебного воздействия выступает и психотерапевтическая группа) психотерапии, коллективной и семейной психотерапии.

Она используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и определяют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные индивидуальной психотерапии.

Индивидуальная психотерапия проводится одним психотерапевтом, редко двумя (биполярная терапия) или несколькими котерапевтами. Эта форма психотерапии часто является элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами психотерапии, фармако-, физио- или социотерапией.

Выделяют также *комбинированную терапию*, совмещающую индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапию, проводимую одним психотерапевтом, и *сочетанную терапию*, при которой пациент проходит индивидуальную психотерапию у одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или групповой психотерапии у других психотерапевтов.

Методологически индивидуальная психотерапия наиболее близка психотерапии в группе пациентов, использующей механизмы «заражения» и взаимообучения пациентов в индивидуальных целях (аутогенная тренировка, гештальт-терапия и др.).

Сочетание с групповой психотерапией, центрированной на групповой динамике, или семейной психотерапией, фокусирующейся на семейной микрогруппе как целостном субъекте системного психотерапевтического вмешательства, может предлагаться пациенту только после тщательной проработки психотерапевтических целей, учитывающей как лечебный потенциал разных форм психотерапии, так и их возможный антагонистический эффект.

История становления и развития индивидуальной психотерапии предшествует возникновению других организационных форм психотерапии, например, групповой или семейной, независимо от их направления и связана с общей историей психотерапии.

2. Цели и факторы лечебного воздействия индивидуальной психотерапии.

Структуру целей различных современных форм психотерапии применительно к индивидуальной психотерапии можно представить на основании разработок Д. Орлински и К. Ховарда.

1. *Цели для сеанса психотерапии (для терапевтического процесса)* (конкретно и краткосрочно):

- углубление самоэксплорации;
- уменьшение страха при обсуждении запретной темы;
- соблюдение инструкций при выполнении рекомендаций психотерапевта.

2. *Микрорезультаты (после сеанса)* (конкретно и краткосрочно):

- прекращение избегания повседневных ситуаций, которые ранее избегались;
- улучшение способности понимания причинных связей конкретной социальной конфликтной ситуации.

3. *Макрорезультаты (после сеанса)* (глобально и долгосрочно):

- позитивная самохарактеристика;
- соответствующая сила Я;
- адекватное ожидание собственной эффективности;
- улучшение способности к коммуникации;
- стабильная и генерализованная ситуационная компетентность.

Выделение **общих факторов лечебного действия индивидуальной психотерапии** в значительной степени определяется теоретическими взглядами исследователей.

Так, Дж. Мармор при наблюдении за психотерапевтами различных направлений (психоанализ, терапия поведения, гештальт-терапия и др.) отметил восемь основных факторов, присущих всем психотерапевтическим методам в той или иной степени:

1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом как основа, на которой строится психотерапия;

2) первоначальное ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;

3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;

4) оперантная модификация поведения больного за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом;

- 5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта;
- 6) убеждение и внушение – явное или скрытое;
- 7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

3. Фазы индивидуального психотерапевтического процесса.

Важной общей характеристикой индивидуального психотерапевтического процесса является последовательность его фаз, с которыми связаны конкретные цели и средства их достижения.

Согласно Ф. Кэнферу и Л. Гримму, выделяют следующие фазы психотерапевтического процесса:

Первая фаза. На этой фазе происходит определение показаний (жалоб) клиента, диагностическое обследование, выбор терапевтического метода. На первой фазе, как правило, используется метод клинической беседы, сбора анамнеза, проведение психодиагностического обследования с помощью личностных и клинических тестов, а также возможен учет данных медицинского обследования.

Вторая фаза. На второй фазе происходит построение терапевтических отношений, через ролевое структурирование (объяснение и облегчение принятия пациентом его роли как пациента), формирование позитивных ожиданий при изменениях, построение терапевтического союза. На данной фазе используется передача знаний об общей концепции психотерапии и этиологии проблемы, реализуется принцип уважения и эмпатии, разъясняются правила психотерапии, заключается терапевтический контракт.

Третья фаза. Третья фаза посвящена проведению терапевтического обучения через систематическое построение компетентности (поведенческая терапия), либо анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ), либо реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия). На этой фазе применяются специальные психотерапевтические техники, а также проводится непрерывное наблюдение и анализ психотерапевтического сеанса.

Четвертая фаза. Четвертая фаза посвящена оценке результатов терапии. Для этого проводится психодиагностическое выяснение степени достижения терапевтической цели (с помощью беседы и психодиагностических методов). А также проводятся мероприятия, направленные на обеспечение генерализации результатов терапии и формальное завершение терапевтических отношений.

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социокультурные факторы,

профессиональные качества и личностные особенности, как пациента, так и психотерапевта, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации.

При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Л. Бютлера и др., *характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии*, могут разделяться на *объективные*: возраст, пол, этнические особенности, профессиональная основа, терапевтический стиль, психотерапевтические техники, и *субъективные*: личностные и копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапевтические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, философская терапевтическая ориентация.

4. Долгосрочная и кратковременная формы индивидуальной психотерапии.

По срокам проведения индивидуальная психотерапия может условно делиться на *краткосрочную и долгосрочную*. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий.

По мнению большинства исследователей, психотерапия длительно-стью до 20 (реже до 40) занятий относится к **краткосрочной**. Современной тенденцией почти всех концептуальных и методических направлений является стремление к краткосрочности, базирующееся на повышении интенсивности, интегративности психотерапии, конкуренции в снижении материальных затрат без снижения эффективности. Иногда краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Долговременные формы индивидуальной психотерапии наиболее характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2-3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит, в частности, от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе лечебного процесса (краткосрочная психодинамическая психотерапия фокусируется на разрешении главного конфликта). Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию переноса, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутриличностные бессознательные конфликты,

формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения.

Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар выделяют *следующие критерии окончания терапии*:

- 1) пациент чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются как чуждые;
- 2) он осознает свои характерные защитные механизмы;
- 3) пациент способен принять и признать типичные для себя реакции переноса;
- 4) он продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов.

Вопрос о завершении лечения поднимает пациент, но его может поставить и психотерапевт в результате анализа рассуждений и переживаний пациента по этому поводу. Дата завершения лечения устанавливается заранее по взаимному согласию психотерапевта и пациента.

Долговременная индивидуальная психотерапия используется в рамках и других направлений, помимо психодинамического. Так, при наличии сложной, множественной симптоматики или выраженных личностных нарушений наиболее склонная к краткосрочности поведенческая психотерапия может продолжаться до 80-120 занятий в попытках достижения желаемого эффекта. Не редкостью является длительность лечения при психотерапии экзистенциально-гуманистической направленности, представители которой иногда считают необходимым оказывать пожизненную помощь и поддержку пациентам.

При проведении длительной психотерапии необходимо иметь в виду зависимость скорости улучшения состояния пациентов от числа психотерапевтических занятий. Как показали современные, выполненные на большом материале, исследования К. Ховарда, в общем, скорость такого улучшения быстро нарастает лишь до 24-го занятия, а затем резко замедляется. Психотерапевт должен быть готов к такой динамике и при необходимости последовательно продолжать выполнение намеченных и обоснованных психотерапевтических планов.

5. Эффективность методов индивидуальной психотерапии.

По мнению М. Перре, показателями научной обоснованности того или иного метода психотерапии являются прежде всего:

- 1) доказательства эффективности;
- 2) обоснование предположениями, которые не противоречат современным научным данным.

При выборе методов психотерапии целесообразно учитывать данные К. Граве и соавт., которые показывают, что применительно к индивидуальной психотерапии, многие методы не исследовались научно приемлемым образом, а эффективность других существенно различается.

Отсутствие современной научной оценки результативности касается аналитической психологии К. Юнга, логотерапии, нейролингвистического программирования, трансцендентальной медитации, индивидуальной психологии А. Адлера, транзактного анализа, которые в настоящее время находят применение в нашей стране, а также многих других, более редко встречающихся методов индивидуальной психотерапии. Авторами не рекомендуется применять гипноз как монотерапию, а дается совет использовать его с основной психотерапией.

Немногочисленные исследования гештальт-терапии свидетельствуют о ее эффективном действии на широкий спектр нарушений. Терапевтические эффекты раскрывающей, долговременной психотерапии оказались намного хуже, чем были предсказаны психотерапевтами. Долговременным психоанализом хорошие результаты достигались лишь у 40 % пациентов и умеренное улучшение – у 20 %.

Однако хорошие результаты были получены другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Краткосрочный психоанализ обычно уменьшал симптоматику у пациентов со слабовыраженными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с окружающими улучшались, но в результате групповой, а не индивидуальной психотерапии. Плохо поддавались психоаналитической психотерапии пациенты с фобиями и психосоматическими расстройствами. Достаточно убедительными были результаты интерперсональной психотерапии Г. Клермана и М. Вейсман у пациентов с депрессией и нервной булимией. Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса эффективна при невротических расстройствах, а также показана для лечения алкоголизма и даже шизофрении, при этом часто в комбинации с методами поведенческой психотерапии.

Высокую эффективность, но при ограниченном спектре патологии, показали методы когнитивно-поведенческого направления. Специфические фобии хорошо поддаются лечению систематической десенсибилизацией. При полиморфных фобиях, включавших и панические атаки, наиболее эффективными оказались методики конфронтации с ситуациями, которых боялись пациенты. Когнитивная психотерапия А. Бека была успешной при лечении депрессий, а также страхов и личностных расстройств.

Из числа отечественных, наиболее научно обоснованной и подтвердившей свою широкую клиническую эффективность индивидуальной

формой психотерапии является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основанная на теории отношений В.Н. Мясищева, представленная Д.Б. Карвасарским и его сотрудниками.

По современным данным А. Бергина и С. Гарфилда в мире используется более 400 психотерапевтических техник для взрослых пациентов и более 200 для детей и подростков. Большинство из них применяется в индивидуальной психотерапии. Лишь в многотомных энциклопедических изданиях возможно краткое знакомство с ними. Общие особенности психотерапевтической техники и ведущие механизмы лечебного действия представлены в главах, посвященных описанию основных психотерапевтических направлений. Главные различия между отдельными психотерапевтическими направлениями можно получить при описании психотерапевтического контакта, поскольку при индивидуальной психотерапии такой контакт создает оптимальные условия лечения и служит ведущим инструментом психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, представлениях, отношениях и поведении пациента.

6. Психотерапевтический контакт.

Психотерапевтический контакт содержит следующие лечебные компоненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание (с отреагированием или «вентиляцией» эмоционального напряжения), эмоциональная поддержка, обратная связь, при раскрытии своих мыслей, переживаний и поведения.

Психотерапевтический контакт формируется на основе развития взаимопонимания, коммуникации между психотерапевтом и пациентом.

Важнейшей задачей терапевта при этом является создание устойчивых, доверительных отношений с больным.

Психотерапевт проявляет уважение к пациенту, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь.

Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, необходимое для оптимального психотерапевтического контакта, достигается обоюдными вербальными и невербальными средствами общения.

Невербальное поведение терапевта (поза, мимика, жесты, интонация) нередко оказывается для пациента более значимым, чем его высказывания. Для понимания невербального поведения важен учет таких его признаков, как дистанция между собеседниками, направленность корпуса тела, степень контакта взглядом и др.

Теплое, эмпатическое отношение психотерапевта выражается короткой дистанцией, прямым взглядом, улыбкой, обращенностью к пациенту

позы, свободным и непринужденным положением рук, доброжелательными и уверенными интонациями голоса и т.п.

Сдержанное, эмоционально нейтральное, а иногда и «холодное» отношение психотерапевта к пациенту проявляется в направленности взгляда и в сторону, в небрежности или скованности позы, наличии преграды (например, стола) между ними, отсутствии улыбки, в невыразительных или официальных интонациях голоса и др.

Аналогичные признаки невербального поведения отмечаются у пациента при его положительном или отрицательном отношении к психотерапевту.

При хорошем психотерапевтическом контакте пациент вербально и невербально стремится к синхронности с поведением психотерапевта. Невербальный аккомпанемент открытого словесного выражения эмоционального отношения друг к другу может нейтрализовать его, подчеркивать или производить противоположное воздействие.

После установления первоначального контакта между психотерапевтом и пациентом их общение приводит к созданию определенных *взаимоотношений*, которые сохраняются в ходе психотерапии или изменяются на разных ее этапах.

В.А. Ташлыков выделяет два основных **типа ролевого взаимодействия в психотерапевтическом контакте**: руководство и партнерство.

Руководство как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач – пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется магическими качествами и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям, что может иметь положительное значение при выборе симптоматических методов индивидуальной психотерапии или при слабой первичной мотивации пациента к лечению.

Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и открыто выражать свои чувства.

Современные, наиболее эффективные методы индивидуальной психотерапии осуществляются на основе формирования терапевтического союза.

Тема 2.5

Семейная психотерапия

План

1. Семейная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.
2. Объект и цели семейной психотерапии.
3. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.
4. Техники структурной семейной психотерапии.

1. Семейная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.

Семейная психотерапия как самостоятельное направление психологической помощи возникло в 60-е гг. XX в. в США. У ее истоков стояли такие классики психотерапии как М. Боуэн, Дж. Хейли, В. Сатир, С. Минухин, К. Витакер и другие блистательные терапевты.

Основное отличие семейной психотерапии состоит в том, что она ориентирована на семью как группу взаимозависимых индивидов, исполняющих совместный «танец», где частная проблема одного члена семьи представляется одним из «па» общего взаимодействия. Любые изменения в одном из членов семьи неизбежно вызывают реакцию во всех остальных, которые иногда поддерживают эти изменения, но чаще пытаются вернуть все в исходную позицию.

Психотерапевтами разных школ и направлений давно был замечен тот факт, что возвращение в реальную семью после курса индивидуальной терапии может погубить самые обнадеживающие изменения в пациентах, отбросив их к прежним моделям поведения. Парадоксальными последствиями успешной индивидуальной терапии могут быть также резкое ухудшение супружеских взаимоотношений, возникновение новых проблем и заболеваний у остальных членов семьи. Известно, например, что после излечения мужа от алкоголизма супруги в 15% случаев разводятся в течение года.

Попытки предотвратить подобные явления дали импульс развитию семейной психотерапии, где в качестве объекта терапевтической помощи стала выступать вся семья в целом, а целью работы стало изменение скорее стереотипов взаимоотношений, чем персональных характеристик ее членов.

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи.

В. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему.

В настоящее время границы между различными *методами семейной психотерапии* стираются. Оставаясь в своей основе системной, за годы своего развития семейная психотерапия выбрала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Например, в *структурной терапии*, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В *стратегической семейной терапии* постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью *поведенческого* подхода. В основе *нарративного* (повествовательного) в семейной психотерапии лежит работа с жизненными историями пациентов (анализ проблемных историй) и создание альтернативных повествований, открывающих новые перспективы для людей. Нарративный подход может служить стратегической линией для *системных* и *психодинамических* гипотез.

Состав участников терапии. Поскольку семейный терапевт стремится помочь семье лучше функционировать как команде, он склонен приглашать на прием нескольких членов семьи. В настоящее время семейная терапия представляет собой достаточно гибкий подход и может включать индивидуальные встречи с членами семьи, работу с отдельными семейными подсистемами (супружеской, детско-родительской диадой, триадой – родители и проблемный ребенок, подсистемой детей и т.д.), нукlearной семьей (родители и дети) или с многопоколенной, распространенной семьей, включающей бабушек, дедушек и других родственников, делая при этом акцент на совместные встречи и планируя создание условий для изменения во всей семейной системе.

Обычно, если есть проблемный ребенок, то семейный терапевт старается привлечь всех членов семьи, живущих под одной крышей, особенно обоих родителей.

Часто конфликт между матерью и ребенком развивается без видимого участия в нем отца, но зачастую усиливается именно вследствие его пассивной позиции. Каждый член семьи, даже находящийся на периферии семейной драмы, вносит в нее вклад своим действием или бездействием. Кроме того, находящиеся в стороне от конфликта, члены семьи могут, как наблюдатели, предоставить терапевту важную информацию о проблеме. Если супруги формально разведены, но находятся в состоянии эмоционально незавершенного развода, семейный терапевт может пригласить на общую консультацию супруга, живущего отдельно от семьи.

Длительность терапевтического курса. По длительности многие школы семейной терапии принадлежат к разряду краткосрочных моделей терапии и не превышают, как правило, 15-20 встреч. Обычно семейный терапевт видится с семьей раз в неделю по часу-полтора. Иногда, в ситуации острого кризиса встречи с семьей могут проходить 2-3 раза в неделю. Представители миланской школы семейной терапии, например, М.С. Палаццолли и др., предпочитают двух-трех часовые сессии раз в месяц, работая с семьей год-полтора. Но наиболее типичным является терапевтический курс от двух до шести месяцев со встречами в среднем раз в неделю (для сравнения – в психоанализе, который является длительной психотерапией, работа может продолжаться несколько лет с регулярными сессиями 2-4 раза в неделю).

Таким образом, даже краткосрочная модель психотерапии может продолжаться в течение полугода. Это связано с тем, что в силу большой инерционности, изменения в семейной организации происходят довольно медленно. Если же они развиваются стремительно в виде скачка, то все равно требуется время для адаптации к ним всей семьи.

Роль терапевта. Семейный терапевт стремится сочетать *контроль* над процессом работы с *нейтральной* позицией по отношению к членам семьи. Обычно семейный терапевт довольно активно вмешивается в происходящее: задает вопросы, проверяя свои гипотезы, предлагает упражнения, просит членов семьи выполнить те или иные домашние задания. Режиссируя взаимодействия, он старается обеспечить безопасность и поддержку всем участникам встречи, выступая в роли посредника. Для него важно, чтобы право голоса имели все члены семьи и каждый смог бы высказать свою точку зрения. Поэтому он часто придерживается разговорчивых и поощряет молчаливых участников обсуждения. Кроме этого, терапевт помогает членам семьи переформулировать их высказывания, чтобы они не носили откровенно оскорбительную форму, регулируя тем самым уровень стресса у него в кабинете.

2. Объект и цели семейной психотерапии.

Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе.

Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие **цели** разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом:

- изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме;

- трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
- модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами;
- создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство;
- уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов;
- коррекция различных форм иерархического несоответствия;
- прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи;
- вынесение на поверхность важных «незаконченных дел»;
- открытие «семейных секретов»;
- улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

3. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.

Семья – открытая, развивающаяся система, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям. Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до систем космоса).

Семейная система представляет собой **открытую систему**, где члены семьи взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами (школа, производство). Семья – постоянно развивающаяся система вследствие взаимодействия («обратных связей») с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, в свою очередь последняя воздействует аналогичным образом на другие системы. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой стороны – к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Семейная система имеет следующие характеристики:

- 1) система как целое больше, чем сумма ее частей;
- 2) что-либо, затрагивающее систему в целом, влияет на каждую отдельную единицу внутри системы;
- 3) расстройство или изменение в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (энтропия) до ригидности по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия.

Здоровые и дисфункциональные члены семьи имеют шанс проявить множество способов реагирования на «обратную связь» из среды. **Обратная связь**, следовательно, может быть обозначена как системный ответ на требуемые изменения для адаптации. Она может проявляться отказами от изменений, поддерживая гомеостаз (например, оставить вещи такими, какие они есть).

Члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. **Реакцией на «обратную связь»** является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях существует притяжение между родителями, супружеская, детская подсистемы имеют четкие границы. Здоровая семья основывается не на доминировании родителей над детьми, а на том, что сила первых обеспечивает безопасность для вторых.

Семейные правила здесь открыты и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

Отдельные признаки гармоничной семьи.

1. Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Здоровая семья – это место проявления близости, любви, так же как и отрицательных эмоций.

2. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами.

3. Ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь).

4. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим.

5. Учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка.

6. Ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права.

7. Существуют семейные традиции, дети знают своих предков, свои корни.

8. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы. Допускается смена одних внутрисемейных треугольников другими без возникновения при этом у членов семьи чувства ревности или ненадежности, что жизненно необходимо для установления личностно-социальных границ.

9. Ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.

10. Уделяется внимание духовной жизни.

11. Уделяется время развлечениям.

12. Поощряется совместный прием пищи.

13. Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы).

14. Ее члены создают условия для своего личностного роста.

15. Ее члены не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

Дисфункциональная семья – семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов. Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи – ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности **самого «слабого» члена семьи** (чаще – ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство).

Он становится **«носителем симптома»**, который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи.

Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит **«коммуникативной метафорой»** (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующая система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой. С системной точки зрения изменение является не единственным решением единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения.

Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

Системные нарушения могут проявляться в нескольких формах.

«Нормативные временные сдвиги» или **«горизонтальные (нормативные) стрессоры»** отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включают начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации при прохождении какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

«Системные сдвиги» включают менее выраженные изменения во внутреннем балансе взаимоотношений внутри системы. Они могут провоцироваться транзиторными стадиями или возникать независимо. Транзиторную стадию иллюстрирует факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли.

Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приводя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен и в случае смерти матери мужа, контролировавшей его, тогда супруг начнет эмоционально «выпадать» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«Системная травма» – непредсказуемые жизненные события, такие как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Накопление генетических и дисфункциональных стереотипов взаимодействия из поколения в поколение (патологизирующее семейное наследование) относится к **вертикальным стрессорам**.

В отечественной литературе, согласно Эйдемиллеру и Юстицкису, **в семейной психотерапии выделяют 4 этапа:**

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.

Семейный диагноз, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от клинициста знания системного подхода и умения собрать анамнестические сведения. Постановку семейного диагноза может облегчить приведенная ниже схема. Специалисту рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимодействия (поведения) в семье:

1. Какие события, ухудшившие ее функционирование, произошли недавно в семье?

2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?

3. Почему семья обратилась сейчас?

4. Носила ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или хронический характер?

Получение информации о **семейной истории** помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

5. Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему? (Инициатор обращения, ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме).

6. Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?

«Идентифицированный пациент» – член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту.

«Идентифицированный пациент» или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. Ряд семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин взаимодействия (**«инконгруэнтная адаптация»**).

Сохранение или усиление негибких способов реагирования почти универсально в ситуациях страха, возникающего в результате болезни, миграции, расовой дискриминации и других факторов, связанных с потерей, но при длительном использовании этого механизма защиты нарушается естественный обмен энергетикой в семье.

Симптом и система связаны между собой и служат для каких-то целей семьи. *Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:*

- члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;

- закрытые внешние границы дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие самой семейной системы. Диффузные границы между подсистемами

стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно у «идентифицированного пациента»;

– блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармоничных семьях создает ситуацию перенапряжения, «носитель симптома» непроизвольно «оттягивает» энергию на себя;

– «идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомеостаз, ребенок – «носитель симптома» подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома).

Позитивная трактовка симптома (переопределение) – поиск позитивного значения симптома или поведения для семейной системы. В тех случаях, когда совершаются насилие, самоубийство, инцест или криминальные действия, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками, а не сами поступки; нередко кризис, создаваемый подростком, – единственный способ испытать эмоции в семье.

При работе с семьей специалисту необходимо:

1. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник. При исследовании коммуникаций в семье рекомендуется сосредоточить свое внимание на наблюдении за рассадкой членов семьи на первом сеансе. Часто их способ взаимного размещения отражает и стиль коммуникации.

2. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется.

3. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки).

4. Обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания.

5. Получить информацию, объединяющую людей и события вместе:

– Кто первым заметил?

– Кто больше всех беспокоился о проблеме?

– Какое из событий произвело наибольший эффект на семью?

Получение информации о текущем поведении «идентифицированного пациента» помогает определить повторяющиеся картины возникновения проблем (циркулярная последовательность), выяснить попытки борьбы с проблемами и принятые решения, помогает поместить симптом в определенный контекст и сформулировать первичные гипотезы.

6. Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие).

Границы – воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую, используют в описании взаимоотношений между семьей и микросоциальным окружением, а также различными подсистемами внутри семьи. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют, кто принадлежит данной системе или подсистеме и каким образом он ей принадлежит.

Границы могут быть ясными, ригидными и диффузными.

Ясные границы рассматриваются как здоровые и функциональные.

При *ригидных границах* информация между семейными подсистемами проходит с трудом. Это ведет к эмоциональной отдаленности каждого члена семьи друг от друга (например, отец проводит все время на работе, дети на «молодежных тусовках», мать занимается дачей).

Диффузные границы допускают легкое проникновение информации между подсистемами, которое ведет к «запутанному» клубку во внутрисемейных отношениях.

Понятие «**подсистема**» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например, членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсистема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, детская или женская или мужская подсистемы в семье. Каждый индивид может принадлежать ко многим семейным подсистемам.

Взаимодействия между подсистемами управляются определенными **семейными правилами**. Природа отношений подсистем – центральный пункт сбора анамнеза для детских психиатров, работающих с семьями – кто кого слушает, кто кого игнорирует и кто меняется в результате получения информации от другого.

Границы могут быть значительно нарушены, например, излишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или присвоение родительских функций детьми («перевернутая иерархия»). Специалисту

также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, интерперсональной и экологической), где семья является составной частью.

Структурная теория утверждает, что дисфункцию системы создают крайние варианты. Если *внешние границы* слишком жесткие, то происходит мало обменов между семьей и окружением, наступает застой в системе. Если границы слишком *слабые*, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой.

Внимание к центростремительным или центробежным импульсам в семейной системе помогает в сборе анамнеза.

Центростремительная картина вытекает из «ригидной системы» Минухина, где «идентифицированный пациент» связан жесткими семейными границами. Положительное подкрепление чаще всего возникает внутри системы, а не снаружи, а личностный рост и отделение члена семьи воспринимается с высокой степенью амбивалентности.

При *центробежных картинах* пациент (часто ребенок) рано и настойчиво изгоняется из семьи. Система имеет недостаток внутреннего сплочения, и члены семьи находят положительное подкрепление вне семьи. Очень важно выявить такие картины рано, так как это будет способствовать предупреждению болезней.

7. Исследовать *семейный треугольник*.

Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение.

8. Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессовые события в семье, необходимо определить, нет ли избытка неотреагированных потерь и дистрессов, а также – семейных секретов (табу).

Секрет – это информация, скрываемая от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственника, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значение секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи.

Определенные секреты могут усилить уязвимость одного члена, смущение другого, спровоцировать на неблагоприятный поступок из-за нежелания огласки.

Роль секрета – стабилизировать или защищать семейную систему. Это не простая вещь – хранить информацию и не раскрывать ее. Значительное количество энергии идет на ограничение и поддержание секрета. Секреты чаще всего представлены на сознательном уровне, но могут

быть и неосознанными. Хотя все члены семьи знают о секрете, сам секрет редко упоминается внутри системы.

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: внимательным слушанием и улавливанием деталей, выявлением болезненных тем у семьи и «вытаскиванием» их путем вопросов; способностью внедриться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые могут «расшатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения.

Появление «носителя симптома» может быть инконгруэнтной попыткой в необычной форме воздействовать на ригидную систему без нарушения ее законов, системы правил семьи.

9. Доступна ли семья, включая «носителя симптома», к изменениям? После того, как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом ему необходимо составить терапевтический контракт с семьей, сформулировав условия курса терапии. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой и постановки дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у «идентифицированного пациента», но сопротивляться изменениям.

10. Определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям.

11. Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников).

12. Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этой семьей. Необходимо обратить внимание на Ваш собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ?

Эти реакции обычно дают ключи о внешних системных границах и предполагаемых стратегиях для дальнейшего вхождения в систему.

Важно проверить систему на ее относительную толерантность к разделению. Например, можно вовлечь пациента в диалог о будущем или о женитьбе, используя свой собственный стиль, возможно, в игровой манере, а затем наблюдать за резонансом системы на подобное вмешательство.

Реконструкция семейных отношений.

Хотя трудно отделить диагностическую и терапевтическую части при проведении семейной психотерапии, в системной семейной психотерапии условно выделяют следующие ее этапы:

1. Объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к представляемой ею структуре ролей.
2. Формулирование терапевтического запроса.
3. Реконструкция семейных отношений.

Объединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения.

Существует 3 типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме.

Позиция психотерапевта нейтральна на первом этапе и заключается в минимизации комментариев на прямые и не прямые сообщения и небезразличное поведение.

Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях, типа Вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили следующие варианты...».

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляющий правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля, эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести психотерапевт. Последний может присоединиться к изолированному отцу через сигарету или снимая галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

Эйдемиллер разработал **технологии формулирования терапевтического запроса** в следующей последовательности: XR – UR – ZR, где X – уровень манипулятивного запроса, U – уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z – уровень осознания своей некомпетентности как супругов, R – ресурсные состояния отдельных ее членов и семьи как системы.

На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза.

4. Техники структурной семейной терапии.

Техника – это прием, посредством которого решается та или иная задача. Минухин применение техник семейной психотерапии сводит к осуществлению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семейной структуре и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т.д.). Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов. Остановимся на некоторых из них.

Вызов семейной структуре. Эта техника направлена на изменение иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы. Описана следующая процедура применения данной методики.

1. Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психотерапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный «идентифицированный пациент». Он наблюдает, как действуют члены семьи и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию эксперта, терапевт может утверждать: «Я вижу нечто иное, происходящее в семье, что опровергает Ваше мнение о том, где кроется болезнь». Часто он оспаривает мнение о том, что семейная проблема заключена только в одном человеке: «У Вашей семьи проблема в том, как Вы общаетесь друг с другом». «Идентифицированный пациент» может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация на нем внимания семьи отвлекает ее от иных проблем, например, длительного супружеского конфликта.

2. Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается в том, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например,

психотерапевт характеризует поведение одного члена семьи и возлагает ответственность за него на других. Обращаясь к подростку, он говорит: «Ты ведешь себя так, будто тебе 4 года» – и, повернувшись к родителям, спрашивает: «Как Вам удалось сохранить его столь юным?». Психотерапевт одновременно присоединяется к субъекту и атакует его поведение. При этом «идентифицированный пациент» не сопротивляется критике, так как ответственность за такое поведение возложена на родителей.

3. Сомнение во временной последовательности событий, которую предъявляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению хронологию событий в семье, расширяя временную перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть какого-то большего целого. Он дает возможность увидеть семье стереотипы взаимоотношений, а не действия отдельного индивида.

Психотерапевт может подчеркивать, что общение членов семьи подчиняется правилам, которые относятся не к отдельным индивидам, а к системе в целом. Например, в семье с запутанными границами subsystem ребенок чихает, а мать передает отцу носовой платок для него... Психотерапевт говорит: «Будьте здоровы, смотрите, как одно чихание привело в действие всех. Сразу видно, что в Вашей семье люди помогают друг другу».

Психотерапевтический контракт. Целью этого приема является установление и закрепление обычно в письменной форме взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количественный и т. д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта, определение специфики условий для каждого партнера. Согласно оперантному научению позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта.

Первые контракты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип маленьких шагов). Контракт и цель рекомендуется формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием он может использоваться на занятии, например, можно предложить двум членам семьи общаться только через психотерапевта.

Эксперимент возникает на каждом занятии, так как психотерапевт присоединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям.

В результате использования этого приема предполагаются изменения семейного гомеостаза. Например, вовлеченную в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задание провести вечер вместе с мужем вне дома или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней.

В процессе проведения эксперимента могут возникнуть изменения гомеостаза и последующее напряжение. Иллюстрацией к этому выводу служит отказ от сотрудничества находящейся в сильно напряженном состоянии матери, что может еще больше дезорганизовать семью. Об этом следует помнить психотерапевту и заранее узнать, что может произойти в семье в случае исчезновения «симптома». Если не предупредить о возможном кризисе, семья может также прекратить лечение.

Выявление семейных транзактных картин взаимодействия. Пациенты часто демонстрируют картины взаимодействия между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотерапевтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля. В идеале каждый член семьи учится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать проблему из позиции другого. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например, интеллектуализацию и дает возможность заменить однообразие интервью на активность и действие.

Социометрические приемы и техники. Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив двух членов семьи, которые не общаются друг с другом, сесть рядом или друг напротив друга, используя приемы «семейная скульптура», «семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Преимущества социометрических техник и приемов заключаются в следующем:

1. Они дают возможность уменьшить монотонность семейной дискуссии, наглядно изображая семейные конфликты через «терапию действием».
 2. Они помещают прошлое, настоящее и будущее в ситуацию «здесь и сейчас».
 3. Они усиливают и кристаллизуют ролевое поведение членов семьи.
 4. Они представляют собой своеобразную форму метакоммуникации.
- Пациенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда треугольники, альянсы и конфликты наглядно и символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия на основе чувств в их тончайших оттенках.

5. Они дают возможность психотерапевту прямого вмешательства в семейную систему.

Определение границ. Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для проработки с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи.

Иной раз возникает ситуация, когда ребенок уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытается контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии члены семьи должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность.

Циркулярное интервью. Это основная и широко используемая техника. Психотерапевт задает по очереди членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос. Для того чтобы эта техника «работала» не только на терапевта, то есть была не только диагностическим инструментом, но и инструментом психологического, психотерапевтического воздействия, нужно владеть ею виртуозно. Обычно обучение этому требует не менее ста часов практики под наблюдением супервизора. Начинаящему системному семейному психотерапевту полезно будет выучить наизусть список тем, которые необходимо затронуть в беседе с семьей с помощью круговых вопросов:

С какими ожиданиями пришла семья? Задаются вопросы о том, кто их направил на консультацию, к кому они обращались прежде.

Как семья видит свою актуальную проблему? Например, ребенок не справляется со школьными требованиями.

Какая ситуация в семье в настоящее время?

Как раньше семья справлялась с трудностями и проблемами? Какие были способы решений?

Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы? Необходимо прояснить круги взаимодействия на уровне поведения, на уровне мыслей и чувств.

Какая в семье существует система понимания проблемы и причин ее возникновения?

Какие существуют ключевые, триггерные ситуации? Например, обязательно ли будет скандал всех со всеми, если ребенок получает двойку?

Как может развиваться ситуация наихудшим образом? Как можно усугубить проблему?

Какие есть положительные стороны проблемы?

Вопросы о психологических ресурсах каждого.

Вопросы о том, как каждый представляет себе будущее с проблемой и без нее.

Какая была бы жизнь семьи без проблемы, без симптома?

Разумеется, весь этот круг тем невозможно затронуть за один сеанс. Обычно его можно пройти за две-три встречи. После этого системная гипотеза становится достоверной. Конкретная формулировка вопросов в круговой форме определяется индивидуальным мастерством и творческим потенциалом психотерапевта, его способностью строить контакт с семьей.

Техника позитивной коннотации (положительное переформулирование). Это техника подачи обратной связи семье после того, как психотерапевт утвердился в своей круговой гипотезе на текущий момент работы с семейной проблемой.

Психотерапевт (или команда) рассказывает семье о том, как он воспринял и понял содержание семейной дисфункции. Рассказ строится по определенным правилам.

1. Рекомендуется снять тревогу семьи по поводу происходящего. Для этого подходит прием нормализации: содержание семейной дисфункции рассматривается в более широком социокультурном, возрастном, статистическом аспекте. В случае дисфункции, связанной с определенной стадией жизненного цикла семьи, полезно сообщить клиентам о закономерности происходящего и повсеместной распространенности. Это сообщение снимает с членов семьи чувство вины и «прелесть» уникальности. Если дисфункция связана с миграциями, хорошо сослаться на явления культурного шока. Нормализация в системном подходе выполняет ту же функцию, что и сообщение диагноза в медицине, она дает людям определенность и надежду, связанную с тем, что профессионалы уже имели дело с подобными проблемами и знают, как к ним подступиться.

2. Фокусировка на положительной стороне дисфункции. Любая дисфункция, существующая в семье, имеет положительную сторону. Выше описывались механизмы стабилизации семейной системы с помощью нарушения детского поведения. В этом смысле любая семейная дисфункция «работает» как стабилизатор. Положительно переформулировать можно не только текущий симптом, но и любые прошлые события. Подросток воспитывается в семье своей тети, потому что его мама-наркоманка отдала его в раннем возрасте своей сестре. Он обижен на мать, считает, что она отказалась от него. Положительное переформулирование этого эпизода: «Твоя мама понимала, что она сама не сможет тебя хорошо воспитать, сохранить тебе здоровье,

обеспечить тебя жильем, потому что она страдает наркоманией. Она сама отдала тебя в хорошие руки, не отрывала тебя от семьи. Она сделала для тебя самое лучшее, что могла. Она любила тебя и любит сейчас».

3. Включение в текст обратной связи противоречия, парадокса. Это необходимо для того, чтобы парадокс психотерапевта мог нейтрализовать парадокс реальной семейной ситуации. Ранее приводились типичные парадоксы, которые легко вскрывает циркулярная логика: мама хочет, чтобы ребенок хорошо учился, и делает все, чтобы лишить его навыков самостоятельной работы. Супруги хотят улучшить свой брак и делают все, чтобы не попадать в супружеские роли, оставаться лишь родителями, не сближаться. Контрпарадокс в последнем случае был бы таким: «Вы так цените свой брак и отношения друг с другом, что стараетесь не общаться, чтобы ненароком не испортить то, что есть».

Например, ситуация, где ребенок плохо учится, мама все свободное время тратит на приготовление уроков с ним, папа редко бывает дома. Схема обратной связи такая: «Все вы ведете себя нормально для ваших ненормальных обстоятельств. Мама и папа часто ссорятся. Чтобы не ссориться лишний раз, они стараются не общаться, папа практически лишил себя возможности иметь свой дом. Преданный сын не позволяет себе хорошо учиться, при том, что у него есть все данные для нормальной учебы, чтобы мама была постоянно занята его проблемами и не имела свободного времени задуматься о своих отношениях с папой. Мама не имеет никакого личного времени, все силы тратит на сына, почти уже превратилась в домашнюю учительницу, забыла, как быть просто мамой и женой, чтобы сохранять мир в доме. Ваша любовь и забота друг о друге производят огромное впечатление».

Любой симптом в семейной системе можно положительно переформулировать, потому что он обеспечивает гомеостаз системы и в этом смысле имеет положительное значение для семьи.

Предписание. Последняя описываемая здесь техника – это предписание определенного поведения членам семьи. Психотерапевт просит членов семьи выполнять определенные задания, в основном это конкретные действия. Предписания могут быть прямыми и парадоксальными.

Нередко парадоксальные предписания практически невозможно выполнить. В этих случаях цель предписания – дать возможность семье подумать и обсудить с психотерапевтом на приеме, почему данное предписание невыполнимо для этой семьи.

Семье, в которой спутаны семейные роли и нарушены границы подсистем, рекомендуется жить неделю так: никто не имеет своего спального места; каждый вечер дети ложатся, где хотят, а родители – где найдут

себе место. Это предписание доводит до абсурда хаотические, неструктурированные привычки этой семьи и вызывает протест у членов семьи. На следующей встрече обсуждаются чувства людей и предлагаются более конструктивные варианты устройства жизни, распределения ответственности и т.п.

Прямые предписания, как правило, не вызывают протеста, они на первый взгляд просты для исполнения. Например, семье, в которой не произошло распределения ролей и функций, в которой основная тема – борьба за власть и контроль, эффективно предложить предписание действий по времени: в понедельник, среду и пятницу все решает муж, жена и дети подчиняются, во вторник, четверг и субботу все решает жена, в воскресенье предлагается спорить и ругаться как обычно. Опыт применения нового ритуала и обсуждение этого опыта обеспечивают терапевтический эффект.

Схема проведения первичного приема

1. Беседа по телефону и построение первичной круговой гипотезы.

2. Очное проведение циркулярного интервью. Проверка первичной гипотезы. Выдвижение следующей гипотезы, если первичная гипотеза не подтвердилась.

3а. Если с семьей работает терапевтическая команда, обсуждаются результаты интервью с командой и разрабатываются стратегии и тактики воздействия. Если терапевт работает один, то он сразу переходит к следующему этапу. Стратегию и тактику воздействия психотерапевт разрабатывает сам и сразу.

3б. Психотерапевт дает семье обратную связь относительно того, как он понял семейную проблему.

4. Предложение курса семейной психотерапии. Обсуждение с семьей частоты и длительности их будущих визитов. Обсуждение оплаты терапии. Фактически это и есть заключение психотерапевтического контракта, в результате которого и клиенты, и психотерапевт (психотерапевтическая команда) имеют ясное представление о цели психотерапии, о том, как распределяется ответственность, каким может быть результат терапии.

Пример психотерапевтического контракта.

Обратился папа с жалобой на то, что его двенадцатилетняя дочь ведет себя, как мальчик, и хочет быть мальчиком, просит называть ее мужским именем дома и в школе. Запрос: «Помогите сделать так, чтобы девочка оставалась девочкой». В ходе первичного приема стало ясно, что стремление девочки стать мальчиком – лишь одно из многих нарушений ее поведения. У девочки были нарушены навыки опрятности, она плохо находила контакт с родителями, учителями, детьми. В раннем детстве не отмечалось

обхватывания, ее всегда было неудобно держать на руках – она не прижималась, казалась отстраненной. Вся семья имела признаки нарушенного внутрисемейного общения: практически не было никакого семейного времяпрепровождения, каждый существовал сам по себе, не вместе, а рядом. Семейные коммуникации пронизаны двойными ловушками. Это была классическая так называемая «шизофреногенная семья», описанная многими авторами. Во время заключения психотерапевтического контракта психолог обратила внимание семьи на вышеперечисленные обстоятельства: «Я не берусь сделать так, чтобы Катя перестала хотеть быть Колей. Мне кажется, что это один маленький фрагмент общей картины особенностей вашего семейного общения. Я могла бы вместе с вами поработать над стилем вашего семейного взаимодействия. Если бы все теплые чувства, которые есть у вас друг к другу, все напряжения и обиды легко и безопасно выражались, вам всем было бы легче понимать друг друга. Когда улучшится ваш контакт, Катя, возможно, увидит преимущества женской роли. Ей легче будет находить общий язык в школе. На этом фоне эффективнее будет работа с конкретными Катиными сложностями, если они останутся. Я полагаю, что для решения этой задачи нам потребуется для начала не меньше четырех месяцев работы».

Таким образом, запрос «Помогите нашему ребенку» был переформулирован как помощь всей семье. Когда родители и Катя согласились пойти по предложенному пути, с ними обсудили частоту визитов, время и день прихода, размер оплаты.

5. Предписание. Это последний этап первичного приема, когда семье предлагается прямое или парадоксальное предписание поведенческого ритуала, который они должны выполнять в течение времени до следующего психотерапевтического сеанса. Нередко предписание дается семье в письменном виде для исключения эффекта «испорченного телефона».

На последующих встречах с помощью вышеописанных техник работы с семьей обсуждаются события, прошедшие между встречами, особенности выполнения предписаний, прошлые обстоятельства, детские воспоминания взрослых членов семьи, правила, мифы, семейная история, стереотипы общения и многое другое.

Когда и как заканчивать работу с семьей. Это один из самых сложных вопросов любого психотерапевтического подхода, не только системной семейной психотерапии. В общем виде ответ такой: семейная система должна стать функциональной. Это означает, что семья становится способной решать жизненные проблемы. Например, семья, состоящая из трех поколений одиноких женщин-алкоголиков, стала функциональной,

когда женщины бросили пить, стали регулярно посещать занятия группы анонимных алкоголиков, младшая – студентка – восстановилась в вузе, старшие женщины стали работать. Исчезновение симптома, возникновение внутреннего ощущения удовлетворения, радости жизни не являются необходимыми признаками терапевтического эффекта в этом подходе. Необходимый и достаточный признак – внешние поведенческие изменения.

Семья, жаловавшаяся на депрессию отца, стала функциональной после того, как отец, несмотря на свое состояние, вернулся к работе, жена, которая последнее время занималась только мужем, стала уделять время и дочери. Жалобы на депрессию при этом остались, но депрессия перестала использоваться системой. Депрессия стала личным делом отца, а не знаком общей беды, динамика его состояния перестала напрямую определяться семейными обстоятельствами, поведением жены и дочери. На этом фоне медикаментозное лечение дало быстрый эффект, и в течение двух лет депрессия не возвращалась, хотя раньше, несмотря на массивное лечение, семья узнавала о том, что наступила осень или весна, по состоянию отца.

Тема 2.6

Кризисное вмешательство. Психологическая реабилитация

План

1. Принципы и задачи кризисной психотерапии.
2. Этапы кризисной психотерапии.
3. Формы кризисной психотерапии.
4. Методы индивидуальной психотерапии кризисных психических состояний.
5. Особенности консультирования при суицидальных намерениях.
6. Консультирование в случае смерти близкого человека.
7. Переживание утраты при разводе.
8. Особенности беседы с умирающим человеком.
9. Психологическая реабилитация.

1. Принципы и задачи кризисной психотерапии.

Психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, называется **кризисной психотерапией**.

Кризис понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними, по отношению

к его личности, причинами (фрустрацией) либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития. В этом понимании кризисы переживаются каждым человеком.

Психотерапевтическая помощь показана людям не просто в кризисном состоянии, а в ситуации «патологического кризиса». В настоящее время круг состояний, относящихся к кризисным и требующих психотерапевтической помощи, достаточно широк. К ним, в первую очередь, относятся кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе, невротической реакцией, невротической депрессией, психопатической или патохарактерологической реакцией. В 1960-е гг. группа кризисных состояний пополнилась за счет концепции «кризисов семьи». Кроме того, к кризисным состояниям могут быть отнесены, согласно Б.С. Положию, так называемые кризисы идентичности – чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада общественной жизни, а также кризисные состояния в структуре стрессовых и постстрессовых расстройств.

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, определяющим терапевтическую тактику кризисной психотерапии, являются суицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение). Суицидальные тенденции могут входить в структуру клинических проявлений кризисных состояний и являться своеобразным ответом на чрезмерные, субъективно невыносимые страдания. В нашей стране концепция кризисных состояний (в русскоязычной литературе традиционным термином, адекватным кризисному состоянию, является термин социально-психологическая дезадаптация) была разработана А.Г. Амбрумовой. В соответствии с ее концепцией, причиной суицидального поведения являются конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере. Другой причиной перехода кризиса в патологическую форму и возникновения в его структуре суицидальных тенденций, обострения нервно-психического или психосоматического заболевания является его хронизация. Суицидогенные установки у таких людей часто связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и других ценностей. Подобные установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующих ценностей вновь инициируют суицидальные тенденции. Учитывая высокое значение для психотерапии именно суицидального поведения людей, переживающих кризис, и для отличия «патологического» кризиса от кризиса, протекающего

в пределах нормы, применяется термин «суицидальный кризис», или «суицидальное кризисное состояние».

К принципам и задачам кризисной психотерапии относятся: 1) ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и, во-вторых, – с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке и, на первых порах, в руководстве их поведением; 2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска; 3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности.

2. Этапы кризисной психотерапии.

По своему характеру кризисная психотерапия близка к когнитивно-поведенческой психотерапии и включает **три этапа**: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные терапевтические программы кризисной психотерапии применяются дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний.

Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается *кризисная поддержка*; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется *кризисное вмешательство*; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по тренингу *навыков адаптации*.

Острота переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, поэтому упомянутые этапы кризисной психотерапии могут осуществляться последовательно: кризисная поддержка – кризисное вмешательство – повышение уровня адаптации.

Терапевтические задачи на этапе кризисной поддержки соответствуют уровню имеющейся терапевтической мотивации. На этапе кризисного вмешательства осуществляется коррекция психотерапевтического контакта с постановкой терапевтических задач, позволяющих изменить отношение к кризисной ситуации.

Схематично задачи кризисной психотерапии могут быть представлены в виде следующей индивидуальной программы, включающей конкретные терапевтические цели (мишени) для пациента, впервые обратившегося на высоте кризисного состояния с высоким суицидальным риском.

Схема индивидуальной программы кризисной психотерапии.

Этап кризисной поддержки:

1. Установление терапевтического контакта.
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.
3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.
4. Заключение психотерапевтического контракта.

Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации.
3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.

Этап повышения уровня адаптации:

1. Поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризисной ситуации.
2. Выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивными механизмами, а также их преодоление.
3. Введение новых значимых лиц для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

3. Формы кризисной психотерапии.

Кризисная психотерапия применяется в *трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.*

При *индивидуальной кризисной психотерапии* применяются различные методы и варианты краткосрочной психотерапии, которые проводятся с соблюдением указанных выше этапов. Особенности индивидуальной кризисной психотерапии является использование специальных технических приемов. Так, на этапе кризисной поддержки при установлении психотерапевтического контакта применяется прием *выслушивания*, который является чрезвычайно важным в кризисной психотерапии в связи с тем, что это фактически единственный способ, позволяющий при его правильном применении значительно дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки. Можно считать, что кризисная психотерапия невозможна без этого приема, и мастерство психотерапевта состоит в

том, чтобы любыми средствами «разговорить» пациента и создать условия для проговаривания им травмирующих переживаний. На этом этапе психотерапевт может отступить от принятого в психотерапии вообще правила 50-минутной продолжительности одной встречи с пациентом, и если пациент способен и склонен говорить, то встреча может продолжаться несколько часов. Пациент при этом выслушивается терпеливо и сочувственно, психотерапевт обеспечивает эмпатическую обстановку, способствует катарсическому отреагированию пациента.

Не следует прерывать речь пациента (чрезвычайно важное правило). На этом этапе работы исключаются конфронтация и другие активные элементы психотерапии. Выслушивание пациента – основной элемент раскрытия суицидоопасных переживаний. Психотерапевтические задачи установления контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний считаются реализованными тогда, когда, несмотря на усилия психотерапевта и применение им техники классической вербализации и избирательной вербализации (обобщающие высказывания психотерапевта касаются только травмирующей ситуации, другие же темы игнорируются), пациент самостоятельно перестает говорить на травмирующую для него тему и самостоятельно же выбирает другую тему для обсуждения. По невербальным признакам отмечается снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка пациента при сфокусированном обращении к теме травмирующих переживаний. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания требуют в некоторых случаях 4-5 встреч.

Далее реализуется терапевтическая задача актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты, требующие обязательной эмоциональной поддержки пациента. Реализуя эту задачу, психотерапевт актуализирует антисуицидальную мотивацию путем обращения пациента к прошлым достижениям и будущим перспективам. Проявления личностной несостоятельности пациента не интерпретируются и не анализируются. Сопротивление пациента игнорируется. Этап кризисной поддержки завершается заключением психотерапевтического контракта, основная задача которого состоит в кризисной психотерапии – в локализации кризисной ситуации и проблематики. В целом задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций и позволяет перейти к этапу кризисного вмешательства.

Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента и когнитивной перестройки его представлений о причинах и путях выхода из кризиса. На этом этапе

применяются известные технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии. Особенностью психотерапевтической работы является точная фокусировка пациента на терапевтических задачах этапа и игнорирование его стремления вернуться к обсуждению симптоматики и других незначимых проблем. На этапе повышения уровня адаптации применяются различные варианты поведенческой психотерапии, проводится индивидуальный поведенческий тренинг, который может быть реализован через систему домашних заданий пациенту.

Семейная кризисная психотерапия показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется семейно-бытовыми конфликтами. Особое значение таких конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный пациент лишается поддержки своего ближайшего окружения, и у него возникает чувство одиночества на фоне эмоциональной изоляции. Выделяют два варианта указанных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или шире – конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе детско-родительский). Особенно опасной считается ситуация развода (разрыва отношений между сексуальными партнерами): разведенные прибегают к самоубийству как к способу разрешения кризисной ситуации в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от пациентов, обращающихся за семейно-супружеской психотерапией, кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидальные тенденции, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного кризиса. В связи с этим, семейная кризисная психотерапия отличается от традиционных форм семейно-супружеской психотерапии тем, что она направлена на устранение суицидоопасных тенденций путем быстрого разрешения семейного кризиса, а не на сохранение семьи. Семейная кризисная психотерапия возможна и показана только в случае собственной инициативы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в систему помощи кризисному пациенту, развитии кризиса у других членов семьи. Семейная кризисная психотерапия проводится с использованием стратегий и подходов различных методов семейно-супружеской психотерапии с включением в психотерапию этапов и задач кризисной психотерапии.

Групповая кризисная психотерапия является высокоспецифичной формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных больных групповая кризисная психотерапия направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей

для пациента жизненным значением. Это обуславливает краткосрочность, интенсивность и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас». Показаниями для этого вида кризисной психотерапии являются: 1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации; 2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации; 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем. Окончательные показания устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его переживаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных тенденций. В кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия. С пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования помощи кризисной группы. С целью выработки оптимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с журналом отзывов бывших участников, в котором они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью психотерапевтической группы.

Размеры кризисной группы ограничиваются 10 участниками. Обычно в нее включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Более двух таких пациентов создают трудности в работе группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов. Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в

качестве сублидера – проводника эмоционального влияния психотерапевта – включается больной с выраженной акцентуацией характера или психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией. Двое таких больных могут вступать в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы, что может преодолеваться за счет опыта психотерапевта, имеющего специальную подготовку по групповой психотерапии. Состав группы разнороден по возрасту и полу; это снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины удовлетворяют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корригируются неадаптивные полоролевые установки. Неотложность решения кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4–6 недель, курс групповой кризисной психотерапии равен в среднем одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем. Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличает последнюю от группы больных с пограничными состояниями, где она возникает в процессе групповой динамики и является важным терапевтическим фактором в поздних фазах развития группы. В кризисной группе сплочение ее участников определяется взаимной поддержкой и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Здесь терапевтически оправданным является поведение психотерапевта, направленное на стимулирование поддержки пациентами друг друга уже на ранних этапах терапии. Баланс эмоциональной поддержки и сплочения – напряжения в группе кризисной психотерапии сдвинут в сторону сплочения и поддержки. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных состояний, где оно не рекомендуется. Группа является открытой, т.е. еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, 1-2 пациента, и она пополняется новыми участниками. Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения ее участников, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач.

Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме

того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация групповой кризисной психотерапии требует фокусирования психотерапии на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от таковой при групповой психотерапии пограничных расстройств, в известной мере является более директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением. Описанные факторы лечебного действия кризисной психотерапии (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются все три элемента кризисной психотерапии.

4. Методы индивидуальной психотерапии кризисных психических состояний.

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на методiku психотерапии кризисных психических состояний. Одни исследователи считают, что это излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью не устранимы. Тем не менее, поскольку кризисное состояние психики обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности, очевидно одно: его лечение – процесс необходимый, трудоемкий и длительный (он может продолжаться несколько лет).

В целом, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. **Целью психотерапии кризисных психических состояний** является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и от интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы клиент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в представление клиента о себе («Я-образ»).

В связи с этим существуют **четыре стратегии психотерапии**:

1. Поддержка адаптивных навыков Я (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии).

2. Формирование позитивного отношения к симптомам (смысл данной стратегии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и, тем самым, предотвратить его дальнейшую травматизацию самим фактом существования этих расстройств).

3. Снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт).

4. Изменение атрибуции смысла (цель этой стратегии – изменить смысл, который клиент придает перенесенной психической травме, и, таким образом, создать у клиента ощущение «контроля над травмой»).

Психотерапия должна обращаться к фундаментальным аспектам кризисного психического состояния: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим. При этом необходимо помнить, что терапевтические отношения с клиентами, находящимися в кризисном состоянии, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта: недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть – имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом.

Работа с травмой порождает интенсивные эмоциональные реакции и у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

В работе Горовица рассмотрены пять стадий актуального состояния клиента (фазы его реакции на травматическое событие):

1. Длительное стрессовое состояние в результате реакции на травматическое событие.

2. Проявление невыносимых переживаний: наплывы чувств и образов, парализующее избегание и оглушенность.

3. Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности.

4. Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания.

5. Способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств.

Каждой фазе реакции клиента на травматическое событие соответствуют *последовательные цели психотерапии*:

1. Завершить событие или вывести клиента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения).

2. Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.

3. Помочь клиенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. В ходе припоминания оказывать помощь клиенту в структурировании и выражении переживания: при возрастающей доверительности отношений с клиентом обеспечить дальнейшую проработку травмы.

4. Помочь клиенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся Я-образа и образов других людей. Помочь клиенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, Я-образом и планами на будущее.

5. Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.
Терапевтическая работа с людьми, находящимися в кризисных психических состояниях, включает три стадии.

Центральной задачей, стоящей перед терапевтом на первой стадии, является установление безопасной атмосферы.

Основная задача второй стадии – это работа с воспоминаниями и переживаниями.

Основная задача третьей стадии – включение в обычную жизнь.

В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

Наиболее распространенными терапевтическими ошибками являются:

- избегание травматического материала;
- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стремительное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления.

На второй стадии терапии клиент рассказывает историю травмы. Он рассказывает ее полностью, в деталях. Восстановление «травматической истории» начинается с обзора событий, которые предшествовали травме, и обстоятельств, которые определили «травматическую ситуацию». Некоторые исследователи говорят о важности обращения к ранней истории жизни клиента, с тем, чтобы восстановить «чувство течения и непрерывности» жизни и связи ее с прошлым. Терапевт должен помогать клиенту

говорить о важных отношениях, идеях, фантазиях, трудностях и конфликтах, предшествовавших травматическому событию. Это создает контекст, в котором станет понятным значение травматического опыта в жизни данного человека.

Повествование должно включать в себя не только описание события, но также реакции человека на него и реакции значимых других. Повествование, которое не включает образы и ощущения тела, является неполным и нетерапевтичным. Описание эмоциональных реакций должно быть столь же подробным, как и описание фактов.

Терапевт играет роль свидетеля и союзника, он помогает нормализовать реакции клиента, облегчает процесс повествования, помогает обозначать реакции и разделяет с клиентом эмоциональную ношу.

Целью рассказывания травматической истории является интеграция, а не просто выражение чувств. Процесс реконструкции травматической истории направлен на трансформацию, а для этого необходима актуализация элементов травматического опыта «здесь и сейчас».

Двумя наиболее детально разработанными техниками, направленными на трансформацию травматической (молчаливой) памяти, являются:

- прямой рассказ или свободное изложение;
- «формализованная исповедь».

«Свободное изложение» является бихевиоральной техникой, разработанной для того, чтобы помочь клиенту преодолеть ужас, связанный с травматическим событием. Подготавливая клиента к сессиям, его учат, как справляться с тревогой, используя техники релаксации и успокаивающие образы (визуализация). Затем терапевт и клиент внимательно готовят историю, тщательно описывая детали травматического события. Эта история включает четыре основных элемента: контекст, факты, эмоции и значение. Если имело место несколько событий, то разрабатываются сюжеты для каждого из них. Когда история завершена, клиент выбирает последовательность презентации истории, двигаясь от более легких к более сложным элементам. Во время сессии клиент громко рассказывает терапевту свою историю в настоящем времени, а терапевт поощряет клиента выражать свои переживания как можно полнее.

Метод *«исповеди»* был впервые описан чилийскими психологами, впоследствии усовершенствован датчанами. Центральной идеей этого метода является создание детального и глубокого описания травматического опыта клиента. Все сессии записываются и, таким образом, готовится описание события. Затем клиент и терапевт вместе работают над документом. В процессе этой работы клиент имеет возможность собрать разрозненные

воспоминания в целостное свидетельское показание. Далее клиент читает исповедь вслух, и терапия завершается формальным ритуалом, во время которого документ подписывается клиентом как истцом, а терапевтом как свидетелем. Необходимо 12-20 еженедельных сессий, чтобы завершить эту работу.

Кроме вышеописанных техник в психотерапии кризисных состояний используется гипноз и некоторые другие методы (например, ДПДГ – метод десенсибилизации посредством движения глаз) для создания измененных состояний сознания, в которых диссоциированный травматический опыт более доступен. Но какие бы техники не применялись, базовыми остаются следующие правила:

- локус контроля остается за клиентом;
- время, скорость и структура сессии должны быть таковыми, чтобы «открывающие» (те, которые обращены к травматическому опыту) техники интегрировались в процессе психотерапии.

Кроме того, в психотерапии известно «правило трети». Если «тяжелая работа» должна быть сделана, то она должна быть сделана в первой трети сессии – или отложена. Интенсивное исследование происходит во второй трети сессии, в то время как последняя треть предназначена для того, чтобы клиент обрел внутреннее равновесие.

В процессе психотерапии кризисных состояний формируются *терапевтические отношения с клиентом*, которые обладают следующими характерными особенностями:

1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.
2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).
3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии.
4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.
5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.
6. Обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их нейтрализация.

Фундаментальное правило терапии кризисных психических состояний – принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том,

почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку домашние поддерживают у клиента избегающие стратегии поведения.

Сильнее всего доверие нарушено у жертв насилия или злоупотребления (например, насилие над детьми, изнасилование, пытки). Эти клиенты в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, насколько адекватно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые клиентом; терапевт в любом случае должен заслужить доверие клиента. Сильно травмированные клиенты часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны быть всегда открыты); терапевт должен реагировать на это с доверием и пониманием. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходим потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение, основанное на новом понимании происшедшего и на новых возможностях совладания с травматическими переживаниями.

Еще один аспект терапевтической работы с клиентами в кризисном психическом состоянии – *это психологические трудности, которые испытывает сам психотерапевт в процессе своей работы.*

Прежде всего, он должен быть интеллектуально и эмоционально готовым к столкновению со злом и трагичностью мира. Можно выделить две основные стратегии поведения психотерапевтов – *избегание (обесценивание) и сверхидентификация.*

Избегание – реакция к клиенту со стороны терапевта в форме страха, недоверия, неспособности оказать помощь и дистанцированность от клиента и его проблем. Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ клиента; возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Терапевт сидит с отсутствующим выражением лица, демонстрируя нежелание или неспособность воспринять рассказ о травме, поверить и переработать его. Подобная установка ведет к тому, что терапевт не задает никаких вопросов относительно деталей и конкретных переживаний, как бы дистанцируясь от проблем клиента. Подобное защитное поведение является фундаментальной ошибкой в терапии травмированных клиентов. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой морали) биографических фактов жизни клиента все более отдаляет их друг от друга, тем самым усиливая «заговор молчания», что в итоге может привести к развиту хронической формы кризисного состояния.

Сверхидентификация – другая крайняя позиция терапевта, связанная с фантазиями спасения или мести и обусловленная «избытком» эмпатии. В результате этой чрезмерной эмпатии терапевт может выйти за рамки профессионального общения. Принимая на себя роль товарища по несчастью или по борьбе, он существенно ограничивает возможность предложить клиенту коррективный эмоциональный опыт. Опасность такой позиции состоит в том, что любое развенчание иллюзий, неизбежное в терапии, может оказать разрушительное влияние на терапевтические отношения.

Реакции неуверенности у терапевта обусловлены его смущением или опасением усилить травматизацию, боязнию вызвать декомпенсацию у клиента при расспросе о содержании и деталях пережитой травмы. Рассказ клиента о травме может вызвать у терапевта нарушение контроля: он не в состоянии справиться с мыслями, от услышанного у него выступают слезы на глазах. У клиента появляются сомнения в действиях терапевта, поскольку последний не способен вынести его рассказ. Однако большинство клиентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей профессиональной роли. Таким образом, слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая. Работа с травмированными («кризисными») клиентами требует большого эмоционального вклада от терапевта.

Психотерапевтические методы при кризисных психических состояниях разнообразны:

1. *Рациональная психотерапия* – подход к терапии кризисных психических состояний, при котором клиенту разъясняют причины и механизмы кризисных психических состояний вообще и в его ситуации в частности.

2. *Саморегуляция* – методы психотерапевтической работы для самостоятельного снятия клиентом симптомов напряжения и тревоги – ауто-тренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. *Когнитивная психотерапия* – подход к терапии кризисных психических состояний, который используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.

4. *Личностно ориентированная психотерапия* – подход к терапии кризисных психических состояний, позволяющий изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. *Позитивная терапия* – подходы к терапии кризисных состояний, основанные на представлении, что существуют не только проблемы и

болезни, но и способы, и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

6. *Логотерапия* – подход к терапии кризисных психических состояний, который заключается в том, чтобы найти смысл в случившемся и в дальнейшей жизни. Оказывается, что как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливает.

Конкретная форма психотерапии остается предметом выбора для больных, переживших психотравму, и для психологов, оказывающих им помощь. В конечном счете, травматизация разрушает когнитивные Я-схемы жертвы и ее взгляд на мир. Воссоздание разрушенного бывает болезненным. Самые различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться эффективным форматом работы: выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия.

5. Особенности консультирования при суицидальных намерениях.

Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению в явной и скрытой формах. Когда мы встречаемся с депрессивными клиентами, нельзя забывать, что слабовыраженная депрессия может перерасти в острую депрессию с суицидными намерениями.

Обычно различают попытку самоубийства (парасуицид) и реализованное самоубийство. Важен вопрос, кто именно и в каких ситуациях чаще совершает самоубийство. Не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко. Предпринимаются попытки дать более полную характеристику группе потенциальных самоубийц. Кеннеди указывает несколько критериев риска:

1. Одинокие мужчины (разведенные и не имеющие близких друзей) старше 40 лет.

2. Лица, живущие одни.

3. Алкоголики.

4. Люди, перенесшие большую утрату.

5. Люди преклонного возраста, имеющие соматические заболевания.

Претзел отмечает два условия, способствующие попыткам самоубийства. Первое – увеличение стресса до трудно переносимого индивидом уровня. Второе – неспособность преодолеть стресс ни в одиночку, ни с помощью других. Обычно решение о самоубийстве не возникает внезапно. Часто ему предшествует серия попыток поделиться своими намерениями с другими людьми. Наибольшая вероятность попытки самоубийства

приходится на вершину экзистенциального кризиса. Колеман отмечает три фактора, сильно повышающие риск при предрасположенности к самоубийству: межличностные кризисы, падение уровня самооценки, утрата смысла жизни и перспективы. Шнейдман указывает четыре условия, способствующие возможности самоубийства:

1. Депрессия.
2. Дезориентация с галлюцинациями и бредом.
3. Стремление вернуть себе контроль за окружением в определенных обстоятельствах, например: неизлечимо больной человек может пытаться совершить самоубийство в целях взять под контроль время своей смерти.
4. Зависимость от других и большая неудовлетворенность таким положением.

Очень важная черта потенциального самоубийцы – амбивалентность. Она затрудняет распознавание действительных намерений. Поэтому о пытавшихся совершить самоубийство иногда можно услышать: «Не похоже на депрессию. Вчера вечером у него было хорошее настроение».

Психотерапевт, встречающийся с клиентами, имеющими суицидные намерения, прежде всего, обязан проанализировать собственные установки и чувства по отношению к самоубийству, знать их заранее. В работе никогда не следует скрывать свои подлинные чувства. Хороший контакт с психотерапевтом может быть крепчайшей нитью, связывающей потерявшего надежду человека с жизнью.

Психотерапевт не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными клиентами проблемы самоубийства. Тем самым он показывает клиенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.

Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, все же нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить психотерапевта в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые клиенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве.

Встретившись в психотерапии с депрессивным клиентом, высказывающим суицидные намерения, очень важно оценить риск их реализации. От правильного прогноза может зависеть жизнь клиента. По мнению Претзела, замысел самоубийства имеет три составляющих: выбор средства, убийственная мощь средства и его доступность. Если человек уже выбрал способ самоубийства, наверняка обеспечивающий смерть, и средство легко доступно, риск становится очень большим.

Степень вероятности самоубийства психотерапевт может выяснить, задавая клиенту косвенные вопросы.

Основатель логотерапии В. Франкл предлагает оценивать вместо вероятности самоубийства величину жизненного потенциала и спрашивать клиента не о причине нежелания жить, а о смысле жизни для него. Чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство. Существуют определенные правила психотерапии лиц, намеревающихся совершить самоубийство:

1. С такими клиентами нужно чаще встречаться.
2. Психотерапевт должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты в его жизни.
3. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию.
4. Специалист должен привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей).
5. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить психотерапевту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние.
6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности – проинформировать близких клиента, обсудить вопрос о госпитализации.
7. Психотерапевт не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.
8. Психотерапевт обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, не всегда способен воспрепятствовать самоубийству. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам клиент.
9. Психотерапевт обязан подробно, в письменной форме, документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры для избежания катастрофы.

Психотерапевт должен знать специфику психотерапевтической работы с лицами, пытавшимися совершить самоубийство. Психотерапия направляется на преодоление побуждений к самоубийству, которые еще остаются после неудавшейся попытки. Выделяют *три этапа психотерапии: в острой фазе, в фазе выздоровления и после выздоровления*. Особенно значима работа психотерапевта в двух первых фазах.

Во время первого контакта после неудавшегося самоубийства на первый план выступают уникальность ситуации и самочувствие «самоубийцы».

неудачника». Человек, испытывавший максимальное напряжение духовных сил, понимает, что не умер, но обстоятельства, приведшие к попытке уйти из жизни, у него остались. Момент «пробуждения» – начало нового этапа жизни этого лица. Поэтому важно, какое «воздействие» будет вписано в «чистый лист» сознания клиента. Время первого контакта не должно ограничиваться, клиенту надо позволить выговориться. От психотерапевта, встречающегося с таким клиентом, требуется неподдельная искренность, сосредоточение и отдача всех своих духовных сил. Имеется в виду нечто большее, чем обязанность психотерапевта. После попытки самоубийства клиент максимально обнажен и очень раним, он ясно чувствует внутреннее состояние психотерапевта. В первой фазе не следует начинать обсуждение основного конфликта и лишь постепенно можно перейти к причинам и психосоматическому смыслу самоубийства. Сама психотерапия должна быть направлена на уменьшение тревоги и безнадежности.

Фаза выздоровления начинается, когда клиент может возвратиться в свое прежнее окружение. Во время второй фазы, как, кстати, и после полного восстановления, возможно повторение суицидных побуждений. Провоцирующее влияние оказывает именно окружение, непосредственно связанное с травмирующим фактором. Поэтому на втором этапе очень важна работа психотерапевта с семьей суицидента. Помощь семье нередко решает проблематичные обстоятельства. Вообще попытка самоубийства – существенная причина для изменений в семейной жизни, точнее говоря, такие изменения становятся неизбежными. Только перемена условий жизни по-настоящему целебна.

Попытка клиента совершить самоубийство, а, тем более, осуществленное самоубийство представляют для психотерапевта очень тяжелую психическую травму.

Руководитель известной в США клиники У. Меннигер предлагает советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства пациента.

1. Мировоззренческие установки:

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;
- самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
- нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял решение.

2. Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями:

- необходима бдительность и готовность к неудаче;
- в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;

– необходимо обсудить с коллегами самоубийство пациента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

3. Как реагировать на самоубийство пациента:

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
- вы обретаєте потрясающий опыт;
- не удивляйтесь подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

4. Преодоление последствий самоубийства пациента:

- скорбь – естественная реакция, и все переживают одинаково;
- говорите и переживайте, но без излишнего самообвинения;
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
- помните годовщину горестного происшествия, чтобы не оказаться застигнутыми врасплох.

6. Консультирование в случае смерти близкого человека.

Консультирование людей, перенесших утрату, – это нелегкое испытание духовных сил и профессиональной компетенции.

В жизни утраты более или менее ощутимы, но во всех случаях человек испытывает душевную боль, переживает горе. Утраты, как и многие события нашей жизни, не только болезненны, они предоставляют и возможность личностного роста. Консультант может способствовать реализации этой возможности, если понимает природу утраты, ее связь с другими эмоциями, роль в становлении человека.

Для умершего смерть – абсолютный конец его земной жизни. Однако в душах близких и друзей человек еще продолжает существовать, по крайней мере, некоторое время. Примирение с утратой – болезненный процесс, в котором от утраченного человека «отказываются» постепенно и с трудом. Но процесс совершенно естественен, и его не надо форсировать. Никто не должен вселять искусственный оптимизм в скорбящего, пытаться его чем-либо заинтересовать, занимать развлечениями. Смерть близкого – это тяжелая рана, и несчастный имеет право на скорбь.

Интенсивность и продолжительность чувства скорби у различных людей неодинаковы. Все зависит от характера отношений с потерянном человеком, от выраженности вины, от длительности траурного периода в конкретной культуре.

Душевные терзания как ярчайший компонент траура представляются скорее процессом, нежели состоянием. Перед человеком заново встает вопрос об идентичности, ответ на который приходит не как мгновенный акт, а через определенное время в контексте человеческих отношений.

Для описания процесса скорби часто используется модель Кюблер-Росс. Она предполагает чередование стадий отрицания, озлобленности, компромисса, депрессии, адаптации. Считается, что нормальная реакция скорби может продолжаться до года.

Сразу после смерти близкого человека возникает острая душевная боль.

На первом этапе эмоциональному шоку сопутствует попытка *отрицать* реальность ситуации. Шоковая реакция иногда проявляется в неожиданном исчезновении чувств, «охлаждении», словно чувства проваливаются куда-то вглубь. Это происходит, даже если смерть близкого человека не была внезапной, а ожидалась долгое время. Отрицается сам факт смерти – «Он не умер (она не умерла)», «Этого не может быть», «Я не верю этому» и т.п. Об умершем нередко говорят в настоящем времени, он принимается во внимание при планировании будущего.

В процессе скорби непременно наступает *озлобленность*. Понесший утрату человек стремится обвинить кого-то в случившемся. Вдова может обвинять умершего мужа за то, что он оставил ее, или Бога, который не внял ее молитвам. Обвиняются врачи и другие люди, способные реально или только в воображении страдальцы не допустить создавшейся ситуации. Речь идет о настоящей злости. Если она остается внутри человека, то «подпитывает» *депрессию*. Поэтому консультант должен не дискутировать с клиентом и не корректировать его злобу, а помочь ей вылиться наружу. Только в таком случае уменьшится вероятность ее разрядки на случайных объектах.

После первой реакции на смерть близкого человека – шока, отрицания, злобы – происходит *осознание утраты и смирение с ней*. В статье «Скорбь и меланхолия» З. Фрейд назвал *процесс адаптации* к несчастью «работой скорби». Современные исследователи «работу скорби» характеризуют как когнитивный процесс, включающий изменение мыслей об умершем, горечь утраты, попытку отстраниться от утраченного лица, поиск своего места в новых обстоятельствах. Этот процесс не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Имеется в виду очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Консультант способен доставить облегчение, однако его вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо.

Типичное проявление скорби – тоска по умершему. Человек, переживший утрату, хочет вернуть утерянное. Обычно это иррациональное желание недостаточно осознается, что делает его еще глубже. Навязчивые мысли и фантазии об умершем постоянно лезут в голову. Его лицо видится в

толпе; пропадает интерес к событиям, которые прежде казались важными, к своей внешности. Места и ситуации, связанные с умершим, приобретают особую значимость. Консультанту следует разобраться в символической природе тоски. Поиск умершего не беспечен – он явно направлен на воссоздание утраченного человека. Не надо противиться символическим усилиям скорбящего, поскольку таким образом он старается преодолеть утрату. С другой стороны, реакция скорби бывает преувеличена, и тогда создается культ умершего. В случае патологической скорби нужна помощь психотерапевта.

В разные периоды жизни люди испытывают амбивалентные чувства друг к другу. После смерти близкого человека прежняя амбивалентность является источником чувства вины. «Работа скорби» обуславливает возврат к отношениям, которые прервала смерть. Предпринимается попытка понять их значение в перспективе времени. Понесший утрату постоянно задает себе вопросы: «Все ли я сделал для умершего?», «Достаточно ли уделял ему внимания?». Вспоминаются случаи несправедливого отношения к умершему, и страдающий человек заверяет себя в совсем ином поведении, будь возможность все вернуть. Консультант должен с пониманием воспринимать эти сложные переживания как неизбежное изживание скорби.

Во время траура испытывают значительное изменение идентичности, например, резко меняется самооценка осуществления супружеской роли. Поэтому важная составляющая «работы скорби» заключается в обучении новому взгляду на себя, поиску новой идентичности.

В трауре очень существенны ритуалы. Они нужны скорбящему, как воздух и вода. Психологически крайне важно иметь публичный и санкционированный способ выражения сложных и глубоких чувств скорби. Ритуалы необходимы живым, а не умершим, и они не могут быть упрощены до потери своего назначения.

«Работу скорби» иногда тормозят или осложняют сочувствующие люди, которые не понимают важности постепенного изживания несчастья. Трудный духовный процесс отделения от умершего происходит в субъективном мире понесшего утрату, и вмешательство в него окружающих неуместно. Консультант тоже не должен заглушать процесс скорби. Если он разрушит психологическую защиту клиента, то не сможет оказать эффективную помощь. Клиент нуждается в защитных механизмах, особенно на ранней стадии траура, когда он не готов принять смерть и реалистично думать о ней. В условиях дефицита рациональности включаются защитные механизмы. В процессе траура их роль функциональна и сводится к тому, чтобы выиграть время и заново оценить себя и окружающий мир.

Поэтому консультант должен позволить клиенту использовать отрицание и другие механизмы психологической защиты.

Следует отметить, что «работа скорби» не для всех людей является эффективной стратегией преодоления утраты. Многое зависит от стиля реагирования. Человеку, склонному заглушать болезненные воспоминания другой деятельностью, «работа скорби» мало помогает. Например, женщины во время депрессии склонны к навязчивым раздумьям, что только углубляет упадок настроения. Мужчины, наоборот проявляют активность, и это облегчает и укорачивает депрессию.

С окончанием «работы скорби» происходит адаптация к реальности несчастья, и душевная боль уменьшается.

Понесшего утрату человека начинают занимать новые люди и события. Исчезает желание соединиться с умершим, уменьшается зависимость от утраты. В некотором смысле можно сказать, что процесс траура представляет собой медленное ослабление связи с умершим. Это не означает забвения. Просто умерший человек уже предстает не в физическом смысле, а интегрируется во внутренний мир. Вопрос отношения с ним решается теперь символическим образом – умерший своим незаметным присутствием в душе понесшего утрату помогает ему в жизни. Таким образом, чувство идентичности успешно модифицируется.

В период утраты страдание облегчается присутствием родственников, друзей, причем существенна не их действенная помощь, а легкая доступность в течение нескольких недель, когда скорбь наиболее интенсивна. Понесшего утрату не надо оставлять одного, однако его не следует «перегружать» опекой – большое горе преодолевается только со временем. Горюющему человеку нужны постоянные, но не навязчивые посещения и хорошие слушатели.

Роль слушателя в некоторых случаях может выполнять консультант. Находиться со скорбящим человеком и надлежащим образом внимать ему – главное, что можно сделать. Чем больше консультант сопереживает скорби и чем адекватнее воспринимает собственные эмоциональные реакции, связанные с помощью, тем эффективнее целебное воздействие. Не следует поверхностно успокаивать скорбящего человека. Замешательство и формальные фразы лишь создают неудобное положение. Клиенту надо предоставить возможность выражать любые чувства, и все они должны быть восприняты без предубеждения. Задачу консультанта можно выразить словами Шекспира из «Макбета» – «дать грусти слово». Другая очень важная задача консультанта – помочь близким понесшего утрату человека правильно реагировать на его скорбь.

Нормальный процесс скорби иногда перерастает в хроническое кризисное состояние, которое называется патологической скорбью. По мнению З. Фрейда, скорбь становится патологической, когда «работа скорби» неудачна или не завершена. Выделяется несколько **типов патологической скорби**:

1. *«Блокирование» эмоций* во избежание интенсификации процесса скорби.

2. *Трансформация скорби в идентификацию с умершим человеком*. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем.

3. *Растягивание процесса скорби во времени* с обострениями, например, в дни годовщин смерти.

4. *Чрезмерно острое чувство вины*, сопровождаемое потребностью наказывать себя. Иногда такое наказание реализуется посредством самоубийства.

7. Переживание утраты при разводе.

Утрата близкого человека случается не только при его смерти. Развод представляет собой аналогичную ситуацию и порождает схожую динамику переживаний. Развод – это смерть отношений, вызывающая самые разнообразные, но почти всегда болезненные чувства.

Фройланд и Хозман для описания развода воспользовались известной моделью Кюблер-Росс, о которой упоминалось выше.

1. **Ситуация отрицания**. Первоначально реальность происшедшего отрицается. Обычно человек затрачивает на близкие отношения много времени, энергии и чувств, поэтому трудно сразу смириться с разводом. На этой стадии ситуация развода воспринимается с выраженной защитой, посредством механизма рационализации обесцениваются брачные отношения: «Ничего такого не случилось», «Все хорошо», «Наконец пришло освобождение» и т.п.

2. **Стадия озлобленности**. На этой стадии от душевной боли защищаются озлобленностью по отношению к партнеру. Нередко манипулируют детьми, пытаясь привлечь их на свою сторону.

3. **Стадия переговоров**. Третья стадия самая сложная. Предпринимаются попытки восстановить брак, и используется множество манипуляций по отношению друг к другу, включая сексуальные отношения, угрозу беременности или беременность. Иногда прибегают к давлению на партнера со стороны окружающих.

4. **Стадия депрессии**. Угнетенное настроение наступает, когда отрицание, агрессивность и переговоры не приносят никаких результатов. Че-

ловек чувствует себя неудачником, уменьшается уровень самооценки, он начинает сторониться других людей, не доверять им. Нередко испытанное во время развода чувство отвержения и депрессия довольно долгое время мешают заводить новые интимные отношения.

5. Стадия адаптации. Когда консультант встречается с разведенным клиентом во время одной из вышеперечисленных стадий, его цель – помочь клиенту «перейти» в стадию приспособления к изменившимся условиям жизни. В тех случаях, когда после развода остается неполная семья, детям тоже нужна поддержка в адаптации к новой ситуации. Такую поддержку может оказать как оставшийся с ними родитель, так и консультант, помогающий матери или отцу преодолеть кризис.

Диапазон проблем, возникающих после развода, довольно широк – от финансовых до ухода за детьми. В разрешении проблем существенное место занимает умение жить без супруга (мужа или жены) и преодолевать одиночество. Неизбежна определенная ломка социальных отношений – приходится привыкать одному (одной) ходить на концерты, в гости. Важно здоровым и приемлемым путем удовлетворять сексуальную потребность. Роль консультанта в этих обстоятельствах может оказаться довольно значительной. Он должен помочь отделить одиночество от уединенности, открыто анализировать отношение к сексу и т.п.

8. Особенности беседы с умирающим человеком.

Отношение к смерти оказывает влияние на образ жизни. Стоики говорили, что смерть является важнейшим событием в жизни. Св. Августин мыслил сходным образом: «Только перед лицом смерти рождается самость человека». Итак, смерть является фактом жизни. Трудно принять мысль, что смерть может оказывать позитивное влияние на жизнь, потому что мы обычно смотрим на нее как на абсолютное зло. Однако, если хотя бы на мгновение отказаться от мысли о смерти, жизнь сразу утратит свою интенсивность.

Неизлечимая болезнь неотвратимо приближает реальность смерти. Она существенно изменяет человеческую жизнь, и на этом фоне, как ни парадоксально, нередко появляются признаки «роста личности». Что же происходит при приближении смерти? В какой-то мере ответ на вопрос мы получаем в беседах с больными раком:

- заново оцениваются приоритеты жизни – теряют значение всякие мелочи;
- возникает чувство освобождения – не делается то, чего не хочется делать, т.е. теряют силу долженствования («обязан», «необходимо» и т.п.);

- усиливается сиюминутное ощущение жизни;
- обостряется значимость элементарных жизненных событий (смена времен года, дождь, листопад и т.п.);
- общение с любимыми людьми становится более глубоким;
- уменьшается страх быть отвергнутым, возрастает желание рисковать.

Все эти изменения свидетельствуют об увеличении чувствительности неизлечимо больного человека, что предъявляет конкретные требования к тем, кто находится рядом с ним, – к близким, врачам, психологам. У больного возникают очень важные для него вопросы, которые он задает окружающим. Один из таких вопросов – «Скоро ли я умру?». Не существует единственно правильного ответа на этот вопрос, хотя можно говорить о более или менее универсальных принципах. В настоящее время рекомендуется большая ответственность в разговоре с пациентом о смерти. Прежде всего, неплохо посоветовать ему привести в порядок жизненные дела (последние желания, завещание и т.п.). Можно не говорить пациенту прямо, что, возможно, он вскоре умрет: «Каждый должен быть готов к самому худшему, особенно тяжелобольной». Некоторые люди не склонны думать о завершении своих земных дел, потому что им кажется, что решение подобных проблем открывает дверь смерти. С ними можно обсудить проблему страха перед смертью.

Вопрос об откровенности с неизлечимо больным представляется одним из самых трудных. Существуют самые разные мнения на этот счет. Одни думают, что пациенту надо сказать всю правду, другие подчеркивают необходимость бережного отношения к тяжелобольному и ничего не говорят ему о приближающейся смерти, третьи считают, что следует вести себя так, как хочет пациент. Конечно, больной имеет право знать правду о своем реальном положении, и никому не позволено узурпировать его право, однако не стоит забывать, что «право знать» отнюдь не тождественно «обязанности знать». Право знания не равносильно выбору знания. Свобода пациента будет реальной только при ориентации на его желание обладать подлинным знанием. Тяжелобольной человек может и не желать знать что-либо конкретное о приближающейся смерти, и окружающие обязаны уважать его выбор. Очень часто знание того, что скоро наступит смерть, не облегчает состояния больного, и тогда даже лучше, если он меньше знает. Когда пациент категорически требует сказать, сколько ему осталось жить, представляя самые разные, нередко достаточно рациональные аргументы, окружающие должны стараться понять, почувствовать, что скрыто за этими словами. Часто безоглядная смелость является мнимой. Требуя высказать все до конца, пациент не очень представляет свою реакцию на

жестокую правду. Иногда нетрудно заметить, что его требование носит скорее формальный характер и он вовсе не желает получить точный ответ, поскольку это лишает его надежды.

Последовательность реакций неизлечимо больных людей на приближающуюся смерть описывает модель Кюблер-Росс:

1. **Отрицание.** При посещении разных врачей пациенты, прежде всего, надеются на отрицание диагноза. Действительное положение вещей скрывается как от семьи, так и от себя. Отрицание дает возможность увидеть несуществующий шанс, делает человека слепым к любым признакам смертельной опасности.

2. **Злоба.** Она чаще всего выражается вопросами: «Почему я?», «Почему это случилось со мной?», «Почему меня не услышал Бог?» и т.п.

3. **Компромисс.** На этой стадии стремятся как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, отказываясь от разных удовольствий, и т.п.

4. **Депрессия.** Поняв неизбежность своего положения, постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают грусть, горечь.

5. **Адаптация.** Смирение понимается как готовность спокойно встретить смерть.

Удельный вес отдельных стадий у разных людей значительно различается. Следует отметить, что через все эти стадии проходят и члены семьи, узнав о неизлечимой болезни близкого человека.

Важнейшей стадией преодоления страха смерти Бирд считает отрицание. По его мнению, отрицание действует подобно морфию – не устраняя причины заболевания, оно уменьшает боль. Отрицание облегчает душевные страдания за счет сокрытия реальности. Действие защитного механизма происходит бессознательно, его интенсивность и характер не у всех одинаковы. Иногда бестолковый доктор пытается бороться с психологической защитой пациентов, высмеивая абсурдность их фантазий (пациенты с неизлечимой болезнью порой усматривают признаки выздоровления, начинают строить далеко идущие планы и т.п.). На самом деле проявляется совершенно естественная и обоснованная реакция умирающего на страх смерти. «Развенчание» искаженной картины болезни уместно при других заболеваниях (например, отрицание болезни при инфаркте миокарда может стоить пациенту жизни).

С помощью отрицания создается иллюзия, что все обстоит хорошо. Однако отрицание ни в коем случае не означает, что пациент действительно не знает о приближении смерти. Скорее можно думать, что он выбирает незнание или, иначе говоря, предпочитает оставаться в неведении. На бес-

сознательном уровне пациент чувствует, какова ситуация в действительности, но склонен игнорировать ее. Следует отметить, что использование отрицания бывает успешным, т.е. выполняет свои функции только тогда, когда никто из окружающих людей не использует этот механизм защиты. Обычно же близкие умирающего, а иногда даже врачи, склонны игнорировать истинное положение дел, потому что тоже испытывают страх перед смертью и не знают, как разговаривать с человеком, которому осталось недолго жить. Тем самым они мешают пациенту воспользоваться механизмом отрицания. Когда окружающие начинают говорить о том, что все будет хорошо и пациент выздоровеет, тревожность у пациентов увеличивается, и часто такие «игры» близких становятся для него признаком полной безнадежности его состояния.

Умиравший человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить. Поэтому консультанту или врачу следует уметь квалифицированно разобраться в желаниях умирающего и связанных со смертью фантазиях и страхах. Это позволяет не только выслушать пациента, но и помочь ему поделиться мыслями о смерти, собственном негодновании и о том, что он потеряет вместе с жизнью. Консультант, по сути, способен побудить неизлечимо больного человека изведать жизнь до последнего мгновения.

В заключение перечислим несколько важных принципов, которые следует учитывать консультанту в работе с умирающим человеком:

1. Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: «Человек всегда умирает в одиночку» нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитное отгораживание от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.

2. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

3. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

4. Умиравшие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

5. Речь умирающих часто бывает символической. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, – это наша личность. Конечно, мы не представляем собой идеальное средство помощи, но, все же, наилучшим образом соответствующее данной ситуации. Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

Психологам и врачам следует признаться в своих сомнениях, чувстве вины, ущемленном нарциссизме и мыслях о собственной смерти.

Персоналу, работающему с умирающим и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними, прежде всего, следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Медикам важно преодолеть унижение профессионального достоинства. Такое чувство довольно часто встречается среди врачей, для которых смерть пациента в определенном смысле является профессиональной катастрофой.

9. Психологическая реабилитация.

Современная концепция реабилитации больных и инвалидов берет свое начало с разработки ее принципов и практического применения в Англии и США во время Второй мировой войны. Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран. Согласно данному определению, **реабилитация** является системой государственных, социальных, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Реабилитация так же понимается как система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофи-

зических возможностей. Реабилитация осуществляется с помощью психологических средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебно-воспитательных учреждений для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются спецификой аномального развития.

Таким образом, реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего, в плане восстановления личностного и социального статуса клиента. Правильное, рациональное сочетание физических и психических методов воздействия на конкретного больного влияет самым непосредственным образом на успех в лечении распространенных тяжелых хронических заболеваний, в том числе, в полном или частичном восстановлении трудоспособности.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего, – *личностный подход* к больному человеку.

В настоящее время принято различать медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Психологическая реабилитация включает в себя мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, по формированию у пациента сознательного и активного участия в реабилитационном процессе.

Психологическую реабилитацию рассматривают как функцию психотерапии и психологической коррекции, что позволяет говорить о ней как о психологическом (психотерапевтическом) вмешательстве (интервенции).

Методы психологических интервенций – это психологические средства, которые выбирает психолог. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты. Методы психологических интервенций реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между клиентом и психологом. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия.

Функции психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Цели реабилитационно-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Реабилитационно-психологические интервенции

могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели, так и на конкретные, более близкие цели. Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия.

Как видно из вышесказанного, основные функции реабилитации во многом совпадают с функциями психотерапии. Но не нужно при этом смешивать психотерапию и психологическую реабилитацию. Психотерапия исправляет или корректирует недуг, психологическая реабилитация помогает адаптироваться в среде.

Тема 2.7

Психологическое консультирование

План

1. Определение понятия «психологическое консультирование».
2. Цели психологического консультирования.
3. Этические нормы в консультировании.
4. Модели процесса психологического консультирования.
5. Основные микротехники внимания (выслушивания) и воздействия.
6. Условия успешного консультирования.
7. Процессуальные аспекты консультирования. Консультативный контакт. Первая встреча с клиентом.
8. Трудный клиент в психологическом консультировании.

1. Определение понятия «психологическое консультирование».

Интенсивное внедрение практической психологии в нашу жизнь закономерно приводит к развитию тех ее областей, которые направлены на оказание психологической помощи, прежде всего – психологического консультирования. Профессия «психолог–консультант» в нашей стране только начинает развиваться и требует теоретического и методического обеспечения.

Психологическое консультирование – достаточно новая область психологической практики, выделившаяся из психотерапии. Профессия психолога-консультанта появилась как отклик на потребности людей, не имеющих клинических нарушений и, вместе с тем, нуждающихся в психологической помощи. Психологическое консультирование ориентировано, прежде всего, на тех, кто имеет проблемы в повседневной жизни: конфликты на работе и в семье, неуверен в себе, обладает низкой самооценкой и т.п. Однако генетическая связь с психотерапией ведет к определенным труд-

ностям при попытке четкого разделения психотерапии и психологического консультирования. Некоторые зарубежные авторы, например, А. Айви и др., используют эти понятия как синонимы и предлагают всех специалистов в области психотерапии и консультирования называть психотерапевтами. Но поскольку в большинстве стран эти профессии существуют как отдельные, необходимо найти основания для их дифференциации.

Согласно традиции, сложившейся в нашей стране, наиболее распространенным является следующее разделение областей применения психотерапии и психологического консультирования: врач-психотерапевт лечит больных, а психолог-консультант осуществляет помощь здоровым людям. В первом случае процесс называется психотерапией, во втором – психологическим консультированием. Однако в повседневной реальности это разделение очень условно, так как аргументировано разделить психологическое консультирование и психотерапию возможно лишь в крайних случаях.

Браммер и Шостром рассматривают психологическое консультирование и психотерапию как два полюса континуума, где полюс психологического консультирования связан, в основном, с ситуационными проблемами, возникающими у клинически здоровых индивидов и решаемых на уровне сознания. Полюс же психотерапии устремлен к более глубокому анализу проблем с ориентацией на бессознательные процессы, структурную перестройку личности. Область между полюсами принадлежит деятельности, которую можно отнести и к психологическому консультированию, и к психотерапии.

Можно выделить следующие *характерные особенности*, позволяющие развести *понятия «психотерапия» и «психологическое консультирование»*:

1. Консультирование ориентировано на клинически здоровую личность. Клиентом психолога-консультанта могут быть люди, имеющие трудности и проблемы в повседневной жизни, жалобы невротического характера, а также люди, чувствующие себя хорошо и ставящие перед собой цель дальнейшего личностного роста и развития.

2. Психотерапия ориентирована «вглубь» психики, на решение довольно сложных и специфических интраперсональных проблем; психологическое консультирование больше направлено «вширь», потому что его проблемы более разноплановы и описывают широкий круг проявлений социального поведения человека, возникающих при взаимодействии личности и среды.

3. Консультирование и психотерапия ориентированы на разные этапы и различную длительность взаимодействия психолога и клиента. При

психотерапии психологические проблемы уже настолько осложнились, что нуждаются в долговременной коррекции их последствий. Консультирование обычно ориентируется на краткосрочную помощь (обычно – 5-6, максимум до 15 встреч) и является, прежде всего, упреждающей, превентивной работой, предотвращающей развитие нежелательных осложнений.

4. Специфика консультирования заключается в отказе от концепции болезни, признании за человеком права на большую вариативность поведенческих реакций и психических состояний как здоровых, а не болезненных проявлений. Заимствуя у психотерапии приемы и техники всех направлений, консультирование использует их не для лечения больных, а для помощи здоровым людям в преодолении трудностей, нахождении выхода из затруднительных положений.

5. В консультировании особую важность приобретает процесс общения между консультантом и клиентом как равными партнерами по взаимодействию. В консультировании акцентируется ценностное участие консультанта, хотя отклоняется навязывание ценностей клиентам.

6. Консультирование чаще ориентируется на настоящее и будущее клиентов.

7. Консультирование направлено на изменение поведения и развитие личности клиента.

Существует ряд разнообразных определений предмета психологического консультирования.

Например, лицензионная комиссия Ассоциации служащих и менеджеров США определяет *психологическое консультирование* как «совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений».

Согласно Х. Барксу и Б. Стеффлеру, *консультирование* – это «профессиональное отношение квалифицированного консультанта к клиенту, которое обычно представляется как «личность-личность», хотя иногда в нем участвуют более двух человек. Цель консультирования – помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера».

Британская Ассоциация Консультирования в своем уставе определяет *консультирование* как процесс, при котором «человек, берущий на себя регулярно или временно роль консультанта, открыто и определенно предлагает и соглашается посвятить свое время, внимание и уважение другому человеку или людям, которые временно будут в роли его клиентов».

М.А. Гулина отмечает, что целесообразным является отделение *консультирования* от других типов стратегий помощи: советов, предоставления информации, прямого действия, обучения, системных изменений. Собственно консультирование представляет собой помощь индивидууму в исследовании его проблемы, прояснении конфликтующих между собой точек; поиск новых, альтернативных способов совладания с ситуацией, «помощь людям в их помощи самим себе».

Р. Кочюнас, проанализировав ряд сходных определений *психологического консультирования*, выделил несколько общих положений:

1. Консультирование помогает человеку осуществлять выбор и действовать по собственному усмотрению.

2. Консультирование помогает обучаться новому поведению.

3. Консультирование способствует развитию личности.

4. Консультирование делает акцент на ответственности клиента, т.е. признает способность независимого, свободного индивида в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения. Консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента.

5. Сущностью консультирования является *консультативное взаимодействие* между клиентом и консультантом, основанное на философии клиент-центрированной терапии.

Итак, *психологическое консультирование* как форма оказания профессиональной психологической помощи – это ориентированный на научение процесс между клиентом и профессионально компетентным консультантом, в ходе которого последний стремится способствовать клиенту с помощью методов, соответствующих актуальным нуждам клиента и внутри контекста его общей личностной программы узнать больше о себе самом, научиться связывать эти знания со своими целями так, чтобы клиент мог стать более счастливым и более продуктивным членом своего общества.

2. Цели психологического консультирования.

Что является целью профессиональной психологической помощи? Бесспорно, главная цель психологического консультирования – оказание психологической помощи, но в чем именно выражается эта психологическая помощь – вопрос, не имеющий однозначного ответа. Разные психологические и психотерапевтические направления по-разному определяют приоритетность целей психологического консультирования.

Профессиональная деятельность психоаналитика направлена на перевод в сознание вытесненного в бессознательное материала; помощь клиенту в воспроизведении раннего опыта и анализе вытесненных конфликтов; реконструирование базисной личности.

Психолог адлеровского направления трансформирует жизненные цели клиента; помогает клиенту в формировании социально значимых целей; корректирует ошибочную мотивацию посредством обретения чувства равенства с другими людьми.

Бихевирист ставит цели исправления неадекватного поведения и обучения эффективному поведению.

Рационально-эмотивный психотерапевт пытается устранить «само-разрушающий» подход клиента к жизни и помочь сформировать толерантный и рациональный подход; научить применению научного метода при решении поведенческих и эмоциональных проблем.

Клиент-центрированный психолог создает благоприятный климат в ситуации консультирования, способствующий самоисследованию и распознаванию факторов, мешающих росту личности; поощряет открытость клиента опыту, уверенность в себе, спонтанность.

Психолог экзистенциального направления помогает клиенту осознать свою свободу и собственные возможности, а также идентифицировать блокирующие свободу факторы; побуждает клиентов к принятию ответственности за то, что с ними происходит.

Таким образом, сложно говорить о каких-то универсальных целях консультирования. Р. Кочюнас определяет цели психологического консультирования как континуум, на одном полюсе которого – общие, глобальные, перспективные цели, а на другом – специфические, конкретные, краткосрочные цели. В направлениях, ориентированных на перестройку личности, большее значение придается перспективным целям, а в направлениях, ориентированных на изменение поведения, акцентируются конкретные цели (то есть, между ними нет противоречия). В наиболее общем виде их можно определить как: а) преодоление конкретного психологического затруднения и б) личностный рост клиента. В каждом конкретном случае цель зависит и от потребностей клиента, и от теоретической ориентации консультанта.

Р.Л. Джордж и Т.С. Кристиани выделяют несколько универсальных целей, упоминаемых теоретиками разных школ:

1. Помощь в изменениях поведения клиента с целью более продуктивной жизни.

2. Развитие навыков преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными требованиями и обстоятельствами.

3. Содействие эффективному принятию клиентом жизненно важных решений (распределение времени и энергии, оценка последствий риска, исследование системы ценностей, изучение особенностей личности, преодоление эмоциональных стрессов).

4. Развитие умения вступать и поддерживать межличностные отношения путем обучения клиента их более эффективному построению.

5. Облегчение реализации и повышение потенциала личности.

6. В ходе консультирования необходимо стремиться к максимальной свободе клиента (учитывая естественные социальные ограничения), а также к развитию способности клиента контролировать свое окружение и собственные реакции, контролируемые окружением.

В процессе консультирования при взаимодействии консультанта и клиента происходит формулировка и переформулировка их целей. Реализация целей консультанта зависит от потребностей и ожиданий клиента. Чтобы успешно сочетать свои общие задачи и конкретные цели клиента, необходимо с самого начала задать клиенту вопросы: «Чего вы ожидаете от нашего общения?», «Каковы ваши желания?» и т.п. Если клиент имеет только самое общее представление о консультировании, он не способен должным образом сформулировать цели. Необходимо проинформировать клиента о том, что обычно происходит во время консультативных встреч для лучшего понимания клиентом возможностей и ограничений консультирования.

3. Этические нормы в консультировании.

В процессе оказания психологической помощи клиенту принято придерживаться следующих этических норм:

1. Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту.

2. Ориентация на нормы и ценности клиента. Это значит, что во время работы психолог ориентируется не на социально принятые нормы и правила, а на жизненные принципы и идеалы клиента.

3. Отказ от выдачи готовых советов и рекомендаций клиентам.

4. Анонимность.

5. Разграничение профессиональных и личных отношений.

6. Адекватная оценка психологом уровня и пределов своей профессиональной компетентности.

7. Конфиденциальность.

8. Включенность клиента в процесс консультирования.

4. Модели процесса психологического консультирования.

1. Эклектическая модель (Б.Е. Джилланд и сотрудники).

Является системной моделью. Она охватывает 6 стадий, отражает универсальные черты психологического консультирования или психотерапии любой ориентации.

1. Исследование проблем. На этой стадии консультант устанавливает контакт (раппорт) с клиентом и достигает обоюдного доверия. Необходимо выслушать клиента, говорящего о своих трудностях, и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Следует поощрять клиента к углубленному рассмотрению возникших у него проблем и фиксировать его чувства, содержание высказываний, невербальное поведение.

2. Двумерное определение проблем. На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая как эмоциональные, так и когнитивные их аспекты. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового понимания; проблемы определяются конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и на способы разрешения. Если при определении проблем возникают трудности, неясности, то надо вернуться к стадии исследования.

3. Идентификация альтернатив. На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативы решения проблем. Пользуясь открытыми вопросами, консультант побуждает клиента назвать все возможные варианты, которые тот считает подходящими и реальными, помогает выдвинуть дополнительные альтернативы, однако не навязывает своих решений. Во время беседы можно составить письменный список вариантов, чтобы было их легче сравнивать.

4. Планирование. На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Консультант помогает клиенту разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и настоящей готовности измениться. Составление плана реалистичного решения проблем должно также помочь клиенту понять, что не все проблемы разрешимы. Некоторые проблемы требуют слишком долгого времени; другие могут быть решены частично посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизующего воздействия. Следует предусмотреть, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения (ролевые игры, «репетиция» действий и др.).

5. Деятельность. На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, а также с пониманием возможности неудачи в достижении целей. Клиент должен усвоить, что частичная неудача – еще не катастрофа и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.

6. Оценка и обратная связь. На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

2. Четырехступенчатая модель кристаллизации проблем (В.В. Макаров).

Вне зависимости от сложности проблем при консультировании может быть использована четырехступенчатая модель: «Присоединение – Кристаллизация проблемы – Терапевтическое завершение – Отсоединение», также построенная на принципе систематического эклектизма. Метод кристаллизации проблем относится к кратковременному консультированию, когда на клиента затрачивается 1,5–3 часа.

Присоединение. Возможны следующие степени сближения психолога и консультанта: отгороженность друг от друга, формальный контакт с минимальным присоединением, присоединение до достижения продуктивного контакта, близость, слияние. Присоединение до уровня продуктивного контакта достигается подстройкой к позе, движениям, дыханию, речи, присоединением к репрезентативной системе клиента, к его временному пространству.

Кристаллизация. На этом этапе происходит вербализация, формулирование проблемы. Используются основные процедуры психотерапевтического воздействия: слушание, молчание, задавание вопросов, отражение чувств, присоединение, интерпретация, обобщение, структурирование.

К специальным технологиям, применяющимся на этой стадии, относятся:

- методы упрощения проблемы;
- методы отделения проблемы от личности;
- доведение проблемы до абсурда;
- доведение проблемы до ее завершения (проигрывание клиентом в воображении данной проблемы до конца);
- техника сведения проблем к внутриличностным, технология языковых замен («должен» на «хочу, могу»; «хотелось бы» на «хочу», переведение времени изложения: из прошлого в настоящее, из настоящего в будущее и др.);
- техника логической последовательности (посылка «если» завершается логически следствием «то»);
- технология работы с амбивалентностью (активация противоположного психического процесса).

Терапевтическое завершение. Завершение в значительной степени зависит от особенностей менталитета клиента. Клиент может быть настроен на полное разрешение проблем прямо на встрече с психологом (характерно для славянского менталитета); на ясное, детальное обсуждение проблемы с последующим самостоятельным принятием клиентом решения и его практической реализацией и др.

Отсоединение. Оно обычно проводится в последовательности, обратной присоединению: отсоединение глаз, движений, дыхания, позы, в последнюю очередь – вербальное отсоединение.

3. Пятишаговая модель интервью.

Большинство методов психологического консультирования и психотерапии может быть концептуализировано с помощью пятишаговой модели интервью. Данная модель работает как в «терапии взаимопонимания», так и в психоанализе, методиках рефрейминга, поведенческом тренинге. Модель состоит из следующих стадий:

1. Взаимопонимание / структурирование. *«Привет!»*
2. Сбор информации. Выделение проблемы, идентификация потенциальных возможностей клиента. *«В чем проблема?»*
3. Желаемый результат. К чему хочет прийти клиент? *«Чего вы хотите добиться?»*
4. Выработка альтернативных решений. *«Что еще мы можем сделать по этому поводу?»*
5. Обобщение. Переход от обучения к действию. *«Вы будете делать это?»*

1. Взаимопонимание / структурирование. Клиент не сможет творчески переосмыслить свою проблему, если психолог не создаст атмосферу душевного тепла и поддержки. В начале беседы необходимо установить взаимопонимание с клиентом. Иногда для этого требуется несколько встреч. В установлении взаимопонимания с клиентом помогает краткое определение задач интервью. Структура беседы может быть предложена клиентом. Например: «Я здесь для того, чтобы улучшить отношения с женой, хотел бы об этом поговорить». План беседы может исходить и от психолога: «Работая со сходными затруднениями, я обычно делаю так: сначала я хотел бы выслушать вас и понять ваш взгляд на предмет разговора, а затем мы поищем решение. Вы согласны?» Развитие раппорта и структура интервью должна всегда исходить из индивидуальности клиента, его исторических и культурных корней. Каждый человек имеет свой уникальный стиль принятия решений: быстро, не раздумывая или постепенно, шаг за шагом. Желательно распознать индивидуальные осо-

бенности стиля принятия решений вашего клиента. Клиент будет больше доверять психологу, если тот учтет его индивидуальную манеру реагирования. Установление контакта может быть очень быстрым, а иногда – не возникнуть и через несколько месяцев.

2. Сбор информации. Выделение проблемы, идентификация потенциальных возможностей клиента. На данном этапе интервью задачей психолога является:

- а) выслушать изложение проблемы;
- б) помочь клиенту ясно сформулировать его затруднения;
- в) вывести определение задачи.

Реальной проблемой клиента может быть совсем не та, которую он осознает и с которой к вам обращается. Первоначальное предъявление клиентом проблемы можно определить как жалобу. В качестве примеров приведем наиболее характерные типы жалоб. Выделение этих типов достаточно условно.

1. «Непонятная жалоба». Вот одна из них: «У меня все не так. Я не могу добиться того, чего хочу. Конечно, это не всегда так. Но когда это так, я чувствую себя несчастным». После такой жалобы так и хочется спросить: «Что Вы имеете в виду»? «Непонятные жалобы» *могут* проистекать, как минимум, из двух источников: с одной стороны, это осторожность и недоверие клиента к консультанту, а с другой – клиент сам для себя еще не сформулировал проблему. В случае если клиент еще только-только конструирует проблему, то можно попросить у него дополнительную информацию, например: «Что Вы имеете в виду, когда говорите, что бываете несчастным»? В ином случае такой вопрос может привести к интеллектуализированной позиции. Если клиент осторожничает, то возможно работать в режиме психотерапевтического зеркала, рефлексивной техники, то есть можно просто повторять то, что он сказал, показывая при этом его состояние: «И, тем не менее, Вы спокойны». Такие реакции консультанта помогают клиенту быть в своих переживаниях, а не выходить из них и рассуждать о них. Таким образом, при «непонятной жалобе» следует поощрять вхождение клиента в эмоциональный процесс и дать ему возможность «развернуть» собственные смыслы и содержание проблемы.

2. «Глупая жалоба». Супружеская пара на консультации. Говорит женщина: «Вы понимаете, мы никак не можем договориться о взаимоприемлемом времени интимной близости. Я ему говорю, что 22.30 – самое подходящее время, – и далее она логично обосновывает это время. – Но муж не согласен – он так рано не ложится спать». В данном случае смысловую проблему «как быть вместе?» супруги заменили технической «когда

быть вместе?». «Глупая жалоба» – это вид защитной рационализации. Мы как будто сталкиваемся со «слепым» клиентом. «Раскрывать глаза» следует не всегда (например, что жена находится в симбиотической связи с матерью, инфантилизирована и не нуждается в партнере), если же делать это, то делать осторожно. Например, хорошо зарекомендовала себя техника метафор.

3. **«Составная жалоба».** Это разновидность «непонятной жалобы». Пример: «У меня не ладится на работе, в семье – с мужем и детьми, вечно со мной что-либо случается, и даже ночью меня преследуют кошмары». С каким именно содержанием следует работать консультанту? Имеется три возможности работы с такой жалобой: 1) рефлексивно отразить то, что говорит клиент (техники повтора, обобщения, парафраза и т.п.); 2) «услышать» на какую часть составной жалобы клиент дает эмоциональные отклики и отреагировать именно на нее; 3) отреагировать на эмоциональное состояние клиента, как бы упустив содержание проблемы (техника эмпатического ответа).

4. **«Сложная жалоба».** Иногда любая первая жалоба является «пробным шаром». Клиент как бы «прощупывает консультанта», а затем, поверив ему, дает свою следующую сокровенную проблему. Поэтому не следует сразу бросаться помогать и «с головой» погружаться в первую предложенную клиентом проблему. Следует слушать, что на самом деле говорит клиент, это значит, что он на самом деле переживает.

5. **Жалоба со скрытым содержанием.** Суть такой жалобы состоит в несовпадении явного и скрытого содержания. Например, муж говорит: «Ведь это неправильно, что жена два часа укладывает девятимесячного ребенка спать, ребенок должен быть самостоятельным». За этим содержанием лежит скрытая жалоба: «Я ревную жену к ребенку, прихожу усталый домой после работы и вынужден сам сидеть на кухне и ждать, пока не освободится жена». Скрытое содержание может слабо осознаваться. Сразу переводить скрытое содержание в явное нельзя. Следует учитывать, хочет ли об этом говорить клиент, доверяет ли он консультанту. Наиболее эффективная реакция консультанта – на переживаемую клиентом эмоцию, а не на вербальное содержание жалобы. Например: «Я слышу, что вы раздражены на жену. Чувствуете себя непонятым и обиженным». Эта реакция консультанта – приглашение клиенту войти в собственные переживания.

6. **«Хитрая» жалоба.** Этот вид жалобы имеет скрытое содержание. При этом явное содержание жалобы имеет целью «запутать» консультанта и добиться своего. Например, женщина имеет мучающие ее проблемы с сердцем. Несколько лет она лечится у врачей-терапевтов с диагнозом

«вегето-сосудистая дистония», но безуспешно. Оказывается, что она ревнует своего мужа и болезнь сердца – прекрасный способ контролировать его свободное время: он провожает жену на работу и встречает с работы. Моральные нормы являются важным регулятором его поведения. На этом жена и играет: «бросить больную нехорошо!». Очевидно, что она пришла не с целью избавиться от болезни, а, напротив, за подтверждением ее серьезности: скрытый запрос «Скажите мужу, что я серьезно больна». В этом случае необходимо быть терпеливым (но часто бывает эффективным и метод конфронтации: «У Вас нет другого способа быть нужной мужу?!») и углублять процесс переживания.

7. Жалоба на другого. Например: «Мне очень тяжело на работе. Я не могу найти общий язык с директором. Он тяжелый и неумный человек, работа его совершенно не интересует». В этом случае клиентом является директор. Работать же мы можем только с переживаниями клиента, а не с теми, кого на консультации нет.

Из сказанного видно, что в жалобе, как правило, содержится **запрос**. Однако этот запрос может быть не эксплицирован, четко не определен. В этом случае следует провести работу по выявлению запроса и по его осознанию клиентом. Важно понять: клиент дает запрос на решение определенной проблемы или на личностные изменения. Запросы меняются в процессе консультирования.

Приняв первоначальное толкование проблемы, изложенной клиентом, психолог может пропустить важные факты. На этом этапе психолог выдвигает предварительные консультативные гипотезы о причинах затруднений клиента. Прежде чем что-то советовать, психологу следует расширить проблему и поискать возможные альтернативные варианты. Пример: клиент рассказывает о трудностях на работе. Психолог может расширить ситуацию, спросив, как клиент проводит время после работы. Однако не стоит пытаться решить все проблемы одновременно и сразу. На данном этапе достаточно определения одной проблемы. Остальные должны быть «проговорены», «обозначены» с тем, чтобы работать с ними в дальнейшем. На этом этапе клиенты говорят в основном о трудностях, поэтому полезно поискать сильные черты характера клиентов. У клиента появляется возможность сравнить свои проблемы с прошлыми и настоящими успехами. Неизвестные клиенту резервы его личности может помочь обнаружить **ТЕСТИРОВАНИЕ**. Тесты на интеллект и способности могут продемонстрировать способности, личностные – те паттерны мышления и чувств, которые не были сразу замечены во время интервью. Но необходимо помнить о культурной, расовой и этнической ограниченности тестов.

3. Желаемый результат. С появлением четкого определения проблемы у психолога появляется соблазн тотчас приняться за ее решение. Однако соображения психолога относительно идеального выхода могут не совпадать с мыслями клиента. Определение цели может быть конкретным или носить общий характер. Важно, чтобы цель была относительно ясна. Вопросы, задаваемые клиенту, часто меняют направление беседы и терапевтического процесса. Иногда требуется переосмысление проблемы, что предполагает возвращение на вторую стадию с целью полного сбора информации. Некоторые люди предпочитают вначале проговорить цели, а потом выделить проблему. Иногда четкое определение целей делает ненужным дальнейшее выделение проблемы.

4. Выработка альтернативных решений. Неопытные психологи склонны сразу выдавать решение задачи. Но необходимо попытаться взглянуть на проблему с разных точек зрения. На этом этапе обычно возникают наибольшие трудности. Если вы решите проблему, а клиент будет чувствовать, что ему можно что-то другое, консультирование принесет мало пользы. Необходимо обеспечить процесс творчества у клиента. Один из способов – это просто суммирование его проблемы, как вы ее поняли, повторение формулировки желаемого результата, после чего вы противопоставляете реально существующей ситуации идеальное будущее. Пример. Психолог: «Позволь мне обобщить. Как я поняла, ты говорила о своих проблемах и трудностях ... Тебе приходят на ум какие-нибудь способы, средства, с помощью которых ты могла бы достичь своих целей?». Усиление контраста между реально существующей идеальной ситуацией, данное в естественной, живой манере, помогает структурированию проблемы и облегчает творческое реагирование. Клиент, прежде всего, нуждается в том, чтобы его выслушали и вербализовали его ощущения. Как только вы выявите разницу между тем, что есть, и тем, чего хочет клиент, он сам начнет предлагать возможные выходы из положения. Иногда можно поделиться с клиентом оптимальным, с вашей точки зрения, решением. Но клиент уже слышал много советов. Данный не во время, неверным тоном совет будет отвергнут. В обычном диалоге психолог использует разные стили консультации. Вместо высказывания новых мыслей психолог скорее переходит к клиент-центрированному стилю выслушивания клиента. Таким образом, основная задача консультанта на этом этапе – помочь клиенту выработать возможно больший набор стратегий поведения. Цель этапа – повернуть клиента с пути его любимых стереотипов поведения, которые только накапливают проблемы, к более гибкому и творческому реагированию. Новые стратегии могут исходить как от клиента, так и от творческого Я психолога.

5. Обобщение. Переход от обучения к действию. Известно, что можно проделать огромную работу по сбору фактов, определению целей, выработке и сортировке альтернатив, но, если не принято решение относительно изменения поведения, усилия психолога могут быть напрасны. Радикальный показатель: изменилось ли что-нибудь в жизни клиента после вашей беседы? Стал ли клиент вести себя по-другому в результате консультирования? Клиент часто очень быстро теряет то, что он приобрел на консультации. Нужно предпринимать специальные шаги, чтобы ваши с клиентом конструктивные решения не пропали даром. На начальном этапе интервью может помочь один очень простой метод: обращенный к клиенту вопрос: «Что вы собираетесь делать сегодня? Что собираетесь предпринять завтра, чтобы реализовать то, что вы наметили?» Это может оказать клиенту большую поддержку. В начале следующей встречи можно обсудить, что сделал клиент из намеченной программы действий и отметить факты, говорящие о его росте и развитии. Чем более подробно как консультант вы распишете программу действий клиента, тем более вероятно, что ваше вмешательство в его жизнь принесет какое-то изменение. Таким образом, вы ознакомились с обобщенной моделью принятия решений и общей структурой психотерапевтической беседы, которые могут быть изменены в зависимости от обстоятельств. Использование различных теорий и подходов меняет акценты на определенных аспектах данной модели. Вы можете пропустить или объединить этапы беседы, в зависимости от особенностей вашего клиента.

5. Основные микротехники внимания (выслушивания) и воздействия.

1. *Визуальный контакт.* Слушая клиента, желательно поддерживать прямой визуальный контакт. При разговоре визуальный контакт должен быть реже.

2. *Язык жестов.* Поза должна говорить об интересе к клиенту. Корпус слегка наклонен вперед, лицом к клиенту. Рукопожатие говорит о доброжелательности.

3. *Тон голоса.* Предпочтителен меняющийся тон голоса с некоторой эмоциональностью. Средняя скорость речи. Психолог должен следить, что выражает тон: тепло души, интерес или скуку, отсутствие заботы?

4. *Физическое расстояние.* Обычно во время разговора расстояние между людьми – на длину руки или больше.

5. *Время.* Сильно структурирован взгляд на время. Обычно в психологическом консультировании придерживаются точного времени встреч.

6. *Вербальное следование.* Предпочтительно внимательное выслушивание сказанного клиентом. Необходимо избегать прерывания или изменения направления разговора во время рассказа клиента.

Внимательное поведение – центральный аспект консультирования. Включает в себя 4 момента: визуальный контакт, необходимый язык жестов, тон голоса и вербальное следование рассказу клиента.

Селективное внимание: психолог селективно обращает внимание или избирательно игнорирует некоторые фрагменты речи клиента. Очень часто в своих рассказах клиенты скажут с одной темы на другую. В зависимости от ваших взглядов на то, что является более важным, вы выбираете одну из альтернатив. Стереотип селективного внимания говорит больше о психологе, чем о клиенте. Важно фиксировать свое внимание на клиенте, а не на проблеме.

Воздействие – это активное вовлечение психолога в процесс личностного изменения клиента. Внимательность очень важна, но если используется только она, то рост будет медленным и трудным. Когда психолог активно действует во время консультации, изменения могут произойти быстрее. Все теории базируются на том, что психолог выступает как агент изменения и личностного роста. Своим присутствием он уже оказывает влияние на клиента. Стилль воздействия тесно связан со стилем внимания. При оказании воздействия на другого следует смотреть на него и поддерживать визуальный контакт.

Навыки внимания и выслушивания. После установления раппорта обычно встает задача выявления проблем клиента. Штампы и обороты, помогающие выявить новые факты, чувства и предложения клиента – это навыки внимания или навыки выслушивания. Одно из главных мест занимают *вопросы*.

Открытые вопросы обычно начинаются со слов «что», «как», «почему», «могли бы», «а если». Они требуют развернутого ответа от клиента, так как на них трудно ответить «да» или «нет». Открытые вопросы дают нам довольно важную информацию о сути затруднений клиента. («Не скажете ли вы, о чем пойдет у нас разговор?») – открытый вопрос дает возможность клиенту сформулировать без ограничений свой ответ). Используя открытые вопросы, психолог может уяснить следующее: общую картину ситуации; основные факты; эмоциональное отношение клиента к этим фактам; суждения клиента. На стадии сбора информации ставится цель выяснить, как клиент понимает проблему, а также факты, чувства и особенности его мышления. Те же вопросы можно использовать на третьей стадии интервью (желаемый результат – каковы их цели, что они думают об этих целях и др.).

Закрытые вопросы обычно включают в себя частицу «ли». На них можно ответить «да» или «нет». Закрытые вопросы используются для сбора информации, а также для того, чтобы что-то выяснить, сконцентрировать внимание, сузить область суждений. Закрытый вопрос, как правило, мешает клиенту уклониться от темы разговора. Но при частом использовании могут испугнуть клиента. Вопросы «почему» особенно тревожны и вызывают у клиента желание защититься. Некоторые направления (психодинамическое, РЭТ) используют их широко, клиент-центрированные терапевты вообще возражают против вопросов. Не задавая клиенту вопросов, информацию о нем можно получить при помощи поддержки, пересказа, отражения чувств.

Повтор или поддержка – это прямое повторение сказанного клиентом, либо короткие комментарии типа «ну-ну», «так», «расскажите еще». Этот прием облегчает беседу и поддерживает главное ее течение, обеспечивает наименее навязчивое вмешательство психолога в мир клиента. Прием характерен для преуспевающих психологов. Повтор или поддержка – способ показать клиенту, что его слышат.

Пересказ – это сжатое изложение основных слов и мыслей клиента. В них передается объективное содержание речи клиента, переформулированное психологом, причем обязательно должны использоваться самые важные слова и обороты. Пересказ помогает психологу прояснить, свести воедино разные моменты беседы. Пересказ полезен клиенту, поскольку он сможет повторить ключевые мысли и фразы для прояснения сущности проблемы («Насколько я понял вас...», «Как я понял из ваших слов...» и др.).

Отражение чувств. Эта техника сходна с пересказом, но пересказ обращается к фактам, а отражение чувств – к эмоциям, связанным с этими фактами. Важно, чтобы психолог умел отмечать для себя эмоции. Прием отражения чувств можно расчленить на части: произнести имя клиента (это персонализирует отражение); эмоциональное произнесение слов: предложения-штампы («Похоже, вы чувствуете...», «Мне кажется, вы чувствуете...»). Часто добавляется контекст данного переживания («Вы злитесь, когда ваш муж задерживается»). «Чистое отражение» чувств не включает контекста переживания.

Осознание значения (смысла) связано с изучением того, что значит эта ситуация для клиента. При осознании смысла идентифицируются глубокие, подспудные значения слов. Клиент повторно интерпретирует свои переживания. Осознание смысла идет рядом с интерпретациями, которые относятся к микротехникам влияния. Интерпретация дает клиенту альтернативные построения, при помощи которых тоже можно рассматривать

эту проблему. При осознании смысла клиент способен сам найти новую интерпретацию или смысл прежних фактов или ситуаций.

Резюме – микротехника «сбора» воедино мыслей клиента, фактов, чувств, смысла. Все это представляется клиенту в законченной форме. Построение резюме включает в себя внимание к клиенту, переживание чувств и мыслей клиента, упорядочение сложного содержания высказываний. Резюме помогает психологу понять, точны ли его интерпретации, а также дает «передышку» клиенту.

Навыки внимания организуются в систему, называемую «*основные этапы выслушивания*». В эту последовательность не включено осознание смысла, которое выступает скорее как следствие использования этой последовательности выслушивания, а не является ее частью.

К микротехникам внимания относится также *фокус-анализ*. Фокус-анализ имеет дело с главной темой, отраженной в структуре предложений, используемых консультантом и клиентом. Возможны следующие направления выбора фокуса при работе с клиентом:

1. Фокус на клиенте (личностные обращения, апеллирование к мыслям и чувствам, желаниям клиента относительно себя).
2. Фокус на другой личности.
3. Фокус на проблеме.
4. Фокусирование на психологе. Концентрация внимания на себе полезна как прием самораскрытия или обратной связи, помогает развить у клиента чувство доверия. Успешно развивается раппорт, но не следует злоупотреблять этим приемом.
5. Фокусирование на общности: «мы – фокус». («Чего мы достигли?», «Мне нравится, как вы действуете»).
6. Культурно-контекстный фокус: «Это тревожит многих женщин. Жизнь современной женщины очень сложна». В основе проблем клиентов часто лежат реальные истории их взаимодействия с политической и социальной системой. Но в целом психологи склонны игнорировать культурно-социальный контекст.

Навыки воздействия. Можно добиться успеха, используя только навыки внимания и выслушивания, однако это делает процесс долгим и утомительным. Когда психолог активно участвует в беседе, он в силах повлиять не скорость этого процесса. Методы воздействия довольно сложны и часто оказываются более эффективными, если их использовать как можно реже и в разумном сочетании с методами выслушивания.

Интерпретация – главный метод среди всех техник воздействия. Отправной точкой для интерпретации является психолог. Используется

нечасто, 2-3 за одну консультацию. Это вызов точке зрения клиента, передозировка ведет к сопротивлению клиента.

Директива – самая сильная методика воздействия. Психолог может дать указание, используя фантазии, мечты (гуманистическая психология), предлагая определенные изменения в поведении (тренировка поведенческих навыков) или вовлекая в свободное ассоциативное мышление (психодинамическая теория). Домашнее задание клиенту – это тоже инструкция.

Конфронтация. Конфронтация – сложный метод, который включает в себя пересказ, интерпретацию и другие микротехники. Этот термин имеет 2 смысла: 1) стоять напротив, смотреть в лицо и 2) враждебно противостоять, быть в оппозиции. Для психолога основным является первое значение термина, второе, деструктивное, не используется. При конфронтации клиент ставится перед фактом, что он говорит не то, что думает, и делает не то, что говорит. Важным для понимания конфронтации являются понятия «рассогласования» или «инконгруэнтности», когда клиент дает двойные сообщения во время интервью: да..., но... То есть, в беседе клиент дает два посыла в одном предложении или фразе, демонстрируя смешанные чувства и мысли. В таком случае психолог указывает клиенту на эти двойные сообщения и, тем самым, ставит клиента перед лицом фактов. Цель консультирования – идентификация и конфронтация главных противоречий клиента. Психологи часто используют следующее предложение: «С одной стороны вы думаете (чувствуете, поступаете), но с другой стороны вы думаете (чувствуете, поступаете)». Конфронтация поддерживает баланс между методами наблюдения и воздействия. Она становится более эффективной, когда преподносится в виде сложного пересказа или рефлексии чувств. Конфронтации можно достичь и с помощью методов наблюдения, и воздействия, но когда она происходит в рамках пересказа или обобщения, еще остается пространство для личностного роста клиента. Требуется тщательный баланс конфронтации с необходимым количеством теплого, положительного отношения и уважения. Различные системы психотерапии используют различные микротехники применительно к пятишаговой модели интервью. Квалификация психолога складывается из понимания общей структурной модели консультирования и компетентности в микротехниках, а также умения применять все это с учетом индивидуальных и культурных особенностей клиента.

6. Условия успешного консультирования.

Согласно К. Роджерсу, если взаимоотношения психолога и клиента осуществляются при определенных условиях, то у клиента возникают по-

зитивные изменения, ведущие к большей личностной интеграции, уменьшению внутренних конфликтов и освобождению такой энергии, которую клиент может использовать для эффективной жизни.

Первое из них – эмпатия при понимании мира клиента. Психолог переживает мир клиента как будто бы свой, но, при этом, ни на одну минуту не теряет чувство «как будто бы». Психолог переживает гнев и тревогу клиента, но он не может допустить, чтобы эти чувства возникли как его собственные и тем самым оказали бы неблагоприятное влияние на процесс работы с клиентом. Если внутренний мир клиента ясно виден психологу и он свободно разбирается в нем, то психолог может рассказать клиенту то, что он понял, и способен передать те знания, которые для клиента не выступали ясно и осознанно. Для эмпатии необходимо, чтобы вы вошли в мир клиента, видели все окружающее его глазами, «влезли бы в его шкуру». Различают культурную и индивидуальную эмпатию. Исторически психологи обращали внимание в основном на индивидуальную эмпатию, забывая о культурной. Это проявляется в ожиданиях, что все клиенты, независимо от их культурной принадлежности, будут одинаково реагировать на интервенции психолога. Эмпатию нельзя считать «необходимым и достаточным» условием, забывая о культурных аспектах. Психолог должен быть способен вырабатывать различные варианты общения и поведения с разными культурными группами, то есть владеть навыками культурной эмпатии.

Второе условие успешности – установка на безусловно теплое и позитивное принятие. Это значит, что психолог с откровенным, добрым намерением стремится навстречу клиенту, независимо от своих эмоций – от страха, смущения, гордости, гнева. Он не хочет руководить клиентом и считает его такой личностью, в которой открываются большие человеческие возможности. Психолог принимает клиента в целом и свое принятие не ставит в зависимость от условий. Важно то, что психолог первоначально переживает позитивные чувства, не будучи при этом ни нейтральным, ни оценивающим.

Третье необходимое условие – аутентичность – заключается в том, чтобы психолог откровенно, «без маски» показывал свои чувства, возникающие в данную минуту, то есть те чувства, которые испытывает, осознает психолог, которые стали доступными ему и переживаются им. Многие психологи стараются выглядеть более «профессиональными», разыгрывая роль знающего специалиста, что, однако, отрицательно сказывается на психотерапевтических отношениях с клиентом. Аутентичный психолог вступает с клиентом в межличностный контакт как человек с человеком.

В этом контакте психолог тождественен сам себе и ничего не скрывает от клиента. Аутентичность включает в себя пять элементов:

- 1) поддерживающее невербальное поведение;
- 2) ролевое поведение;
- 3) конгруэнтность;
- 4) спонтанность;
- 5) открытость психолога.

Четвертое условие, по К. Роджерсу, относится к клиенту и заключается в том, чтобы клиент адекватно воспринимал соответствующие установки психолога.

В процессе консультирования важны не столько схемы, сколько профессиональная и человеческая компетентность консультанта. Следующие **общие правила и установки консультанта** делают процесс консультирования **более эффективным**:

1. Нет двух одинаковых людей, поэтому каждая ситуация консультирования уникальна и неповторима.

2. В консультировании нет статичных ситуаций: клиент и консультант постоянно изменяются в соответствии с их отношениями.

3. Лучший эксперт проблемы – сам клиент, поэтому необходимо помочь ему принять ответственность за решение его проблем.

4. Чувство безопасности клиента важнее, чем требования консультанта, то есть неуместно добиваться цели любой ценой, не обращая внимания на эмоциональное состояние клиента.

5. Помогая клиенту, консультант должен использовать все свои профессиональные и личностные возможности.

6. В процессе консультирования улучшения часто сменяются ухудшением, поэтому не следует ожидать успеха от каждой отдельно взятой встречи.

7. Компетентный консультант знает уровень его профессиональной квалификации и собственные недостатки, он отвечает за соблюдение этических норм и работу на благо клиентов.

8. Для решения каждой проблемы можно использовать различные теоретические подходы, поэтому психолог должен развивать обобщенную теорию.

9. Некоторые проблемы в принципе неразрешимы (например, проблема экзистенциальной вины). В таких случаях задача консультанта – помочь клиенту понять неизбежность ситуации и смириться с ней.

10. Эффективное консультирование – это процесс, который осуществляется *вместе* с клиентом, но не *вместо* клиента.

Ролевые функции эффективного консультанта:

1. Построение отношений на взаимном доверии.
2. Выявление альтернатив самопонимания и способов деятельности клиентов.

3. Непосредственное «вхождение» в жизненные обстоятельства клиентов и их отношения со значимыми людьми.

4. Создание вокруг клиентов здорового психологического климата.

5. Постоянное совершенствование процесса консультирования.

По существу, **основная техника консультирования** – «**я как инструмент**», то есть основным средством, стимулирующим совершенствование личности клиента, является личность консультанта. Требуемые качества не являются врожденными, а развиваются в течение жизни. Эффективность консультанта определяется свойствами личности, профессиональными знаниями и специальными навыками. Эффективный консультант – это, прежде всего, зрелый человек. Чем разнообразнее стиль его личной и профессиональной жизни, тем эффективнее будет его деятельность.

7. Процессуальные аспекты консультирования. Консультативный контакт. Первая встреча с клиентом.

Для эффективного психологического консультирования большое значение имеет установление консультативного контакта. Его качество зависит от многих факторов.

Консультативное пространство. Идеальная ситуация консультирования – когда психолог имеет возможность принимать клиента в специально оборудованном кабинете, где обеспечены уединенность, удобство и комфорт, ничто не отвлекает от беседы. Если нет специальной мебели и отдельного помещения, можно организовать какую-то часть пространства, лучше в углу, посадив клиента спиной к двери, чтобы ограничить его поле зрения, максимально сосредоточив его на консультанте. При встрече клиента и знакомстве с ним следует придерживаться следующих правил: встать и встретить клиента на полпути, представиться, попросить клиента назвать имя и фамилию, предложить ему выбрать место и сесть, прежде чем расположиться самому. Для создания атмосферы доверия и непринужденности психолог с первых минут должен быть вежливым, гостеприимным хозяином и вести себя естественно. Оптимальный вариант посадки психолога и клиента – напротив друг друга и чуть наискосок, чтобы, с одной стороны, с легкостью видеть лицо собеседника и, с другой стороны, без труда было можно отвести глаза в сторону. Лучше сидеть не слишком близко друг к другу, чтобы оставалось свободное пространство для ног.

Хорошо, если между ними находится нечто вроде журнального столика, на который можно что-то положить, вести запись. Большой стол может восприниматься как помеха, барьер между психологом и консультантом. Атмосфера консультирования будет, скорее всего, официальной. В таком случае наиболее благоприятной будет позиция расположения клиента и консультанта за столом на одной стороне. Консультанту в такой ситуации будет доступна вся невербальная информация, а также он и клиент смогут менять расстояние между собой при изменении консультативного контакта. Такое расположение позволяет в большей мере создавать отношения сотрудничества.

Время консультирования. Время – важная характеристика процесса консультирования. Желательно, чтобы уже первая встреча продолжалась столько же времени, сколько и последующие встречи. Если первая встреча затянется, она может создать у клиента иллюзии относительно продолжительности консультирования. Обычно консультативная беседа длится от 50 минут до 1 часа. Менее продолжительная беседа оставляет и у клиента, и у консультанта чувство недостаточной глубины проработки возникших во время консультирования вопросов. Более продолжительная беседа утомляет как клиента, так и консультанта. Продолжительность беседы определяется консультантом в начале встречи, так как клиенту необходимо знать, каким временем он располагает. Когда продолжительность беседы не установлена, клиент постоянно нервничает, что прием может закончиться в любой момент. Временные пределы можно установить любыми способами: «Вы могли бы рассказать о том, чего ждете от нашей встречи. У нас есть 50 минут времени». «Как бы вы хотели использовать сегодняшнее время? У нас есть 50 минут». Спустя 40 минут лучше напомнить клиенту, что встреча заканчивается, например: «У нас осталось 10 минут, что бы вы хотели еще обсудить?» Время имеет огромное значение и для самого процесса беседы, у которого должны быть четко обозначены начало и конец. Именно поэтому часы на столе или на стене – важный атрибут психотерапевтического кабинета, напоминающий, что время идет, и нужно активно работать. В начале консультирования необходимо определить общую продолжительность совместной работы психолога с клиентом. Иногда в начале это трудно установить, поэтому можно заключить с клиентом контракт на 3-4 встречи, а затем принять окончательное решение относительно целесообразности процесса консультирования и его примерной продолжительности. Необходимо также установить частоту встреч. Для установления продуктивного контакта достаточно одной-двух встреч в неделю. При более редких встречах гораздо труднее ближе

узнать клиента, вспомнить, что происходило на прошлой встрече, а также сохранить непрерывность процесса консультирования.

Создание атмосферы взаимодоверия. Создавать атмосферу взаимного доверия является обязанностью консультанта. Успешность этого процесса обусловлена личностными качествами консультанта и его отношением к окружающему миру:

- во время консультирования все внимание надо уделять клиенту, не отвлекаясь на посторонние дела;

- предоставить клиенту максимальную возможность высказаться;

- не проявлять излишнего любопытства;

- соблюдать профессиональную тайну;

- помочь клиенту чувствовать себя непринужденно;

- относиться к проблеме клиента и к нему самому без осуждения.

Невербальное общение. Информация в общении передается выражениями лица, телодвижениями, установлением дистанции и др. В консультировании крайне важно, чтобы консультант умел «считывать» невербальные послания клиента с одновременным осознанием собственных невербальных посланий. Газда с соавт. предложил классифицировать невербальные реакции по следующим четырем модальностям:

1. Невербальное поведение и структурирование времени (опоздание; приоритеты).

2. Невербальное общение с использованием тела (контакт глаз; глаза; кожа; поза; выражение лица; руки и жесты; манипулирование своим телом; монотонное поведение; прикосновение).

3. Невербальное общение посредством голоса (тон голоса, темп речи, громкость голоса, произношение).

4. Невербальное общение и структурирование окружения (дистанция; предметы обстановки и оборудование комнаты; одежда; позиция в пространстве).

Вербальное общение. Как указывал В. Озер, – «Выслушайте клиента, он говорит вам диагноз».

Процесс психологического консультирования.

Консультирование, даже если это единственная встреча, всегда имеет начало, середину и конец, то есть структурировано по определенным правилам.

Первая встреча с клиентом.

Установление контакта. Первой встрече необходимо уделить особое внимание. Прежде всего, необходимо встретить и усадить клиента. С первых минут беседы следует проявить себя доброжелательным и заинтере-

сованным собеседником, поднявшись навстречу клиенту. Хорошо, если с самого начала психолог подбадривает клиента репликами типа: «Проходите, пожалуйста», «Усаживайтесь поудобнее» и т.п. Важно не суетиться, не заигрывать с клиентом, не пытаться с первых минут вступить с ним в контакт, активно обещая свою помощь. Перед началом беседы лучше сделать паузу (45–60 секунд). Важный момент беседы – знакомство с клиентом по имени. Вначале нужно предложить представиться клиенту, используя реплику типа: «Давайте познакомимся, как мне вас называть?». После того, как клиент назовет себя, психолог может назвать себя соответствующим образом («равенство имен»: клиент – Таня, психолог – Саша; Клиент – Татьяна Ивановна, психолог – Александр Петрович). Иногда в начале беседы возникает необходимость объяснить клиенту, что такое психологическое консультирование, на что он может рассчитывать, обращаясь за помощью. Объяснение процесса консультирования с особым подчеркиванием зависимости успеха от сотрудничества клиента и консультанта корректирует ожидания клиентов и уменьшает тревогу. В начале первой встречи важно выяснить, пришел ли клиент сам или его кто-то направил к психологу. Затем необходимо перейти непосредственно к процессу консультирования. Иногда клиенты начинают рассказ сами. Если этого не произошло, консультант может задать вопрос: «С чего бы вы хотели начать?», «Что привело вас сюда?», «О чем мы с вами будем говорить?», «Слушаю вас внимательно» и т.п. Если клиент неуверен, не знает, с чего начать, можно добавить: «Рассказывайте то, что считаете важным, а если мне понадобится что-то уточнить, я спрошу вас об этом». Необходимо помнить о том, что консультирование – воздействие, прежде всего, через слово. К неудачным словам относятся, например, слова «проблема», «не бойтесь», «не напрягайтесь», «даже если вам будет стыдно». Клиент может сопротивляться процессу консультирования: говорить о судьбах бытия, просить пригласить сюда партнера по браку и др.

Вторая стадия консультирования (сбор информации). Если все проблемы первой стадии («Привет!», 5–10 минут) решены, клиент перешел к рассказу о себе, консультирование переходит на вторую стадию («В чем проблема?», 25–30 минут), на которой клиент должен как можно больше рассказать о себе и своей ситуации.

На этой стадии лучше всего помогают открытые вопросы и реплики, максимально структурирующие рассказ. Пока клиент говорит, психолог:

- 1) поддерживает контакт с клиентом;
- 2) стимулирует его на дальнейший рассказ;
- 3) способствует целенаправленному развитию беседы;
- 4) осмысливает то, что говорит клиент.

Обычно через 15–20 минут психолог уже должен хорошо разбираться в проблемах и ситуации клиента и быть готовым к формулированию и проверке консультативных гипотез. Каждая гипотеза – попытка консультанта понять ситуацию клиента. Гипотезы – это, по сути, варианты более конструктивных позиций в ситуации, вероятные способы переориентации клиента в его отношении к своим проблемам. Вербально выраженная гипотеза является интерпретацией. Для проверки консультативных гипотез консультант задает уточняющие вопросы, точно их формулируя. Необходим анализ конкретных ситуаций из жизни клиента, позволяющий проверить возникшие гипотезы. Прежде чем высказывать гипотезу, консультанту необходимо четко сформулировать для себя, что именно происходит в жизни клиента. На второй фазе расспроса основное содержание работы психолога – проверка возникших гипотез. При этом используются в основном закрытые вопросы или вопросы, требующие точных ответов клиента. Основным средством проверки гипотез на данном этапе является анализ конкретных ситуаций из жизни клиента, которые позволяют уточнить особенности его поведения в проблемных ситуациях, характерные паттерны поведения. Чем подробнее рассказ клиента, тем больше у консультанта возможностей для понимания тех аспектов ситуации, которые не осознаются клиентом. Подробный рассказ о проблемной ситуации должен отражать следующие моменты:

- когда и в связи с чем возникла данная ситуация;
- где именно происходило событие;
- что говорил и делал клиент;
- что говорили и делали другие действующие лица;
- что думал и чувствовал клиент;
- что, с точки зрения клиента, думали и чувствовали другие участники ситуации;
- чем закончилась ситуация;
- какие она имела последствия;
- на что повлияла данная ситуация.

Для подтверждения (или опровержения) гипотезы одной конкретной ситуации недостаточно, необходимо описание двух-трех таких примеров. В том случае, если во всех этих ситуациях прослеживается один и тот же паттерн поведения, гипотезу консультанта можно считать подтвердившейся (или опровергнутой). При выборе ситуаций необходимо руководствоваться следующими правилами:

- выбираемые ситуации должны быть напрямую связаны с содержанием жалоб клиента;

– ситуации должны быть типичными, часто повторяющимися в жизни клиента;

– ситуации должны быть достаточно подробно изложены для описания целостных паттернов поведения, чтобы выявить их негативные, нейтральные и позитивные моменты.

Иногда психологу приходится затратить много усилий на то, чтобы клиент подробно описывал ситуацию, ясно рассказывал о своих реальных действиях, чувствах и переживаниях. На этом этапе психолог занимает активную позицию и стимулирует клиента, подбадривая его («Постарайтесь вспомнить»), задавая детализирующие вопросы. Если клиент затрудняется в описании своих чувств, психолог проявляет настойчивость, предлагает альтернативы («Вы удивились или испугались, увидев его?»). Обсудив с клиентом две-три конкретных ситуации, психолог может сказать, какая из его гипотез в большей мере соответствует действительности, какое поведение клиента ведет к возникновению проблем, как можно помочь ему изменить свое поведение и отношение к происходящему.

Третья стадия консультирования (желаемый результат). На этом этапе консультанту необходимо еще раз внимательно проанализировать особенности поведения клиента, лежащие в основе предъявленной проблемы, и попытаться ответить на вопрос: чего именно клиент хочет добиться своим поведением, какие потребности он пытается удовлетворить. Невротическое поведение, неадекватное ситуации, всегда на каком-то уровне выгодно клиенту. Оно удовлетворяет какие-то (зачастую неосознаваемые) потребности, которые клиент не может удовлетворить другим способом. Выгодность симптома – один из краеугольных камней современной психотерапии. Задачи этого этапа можно считать реализованными только в том случае, если и клиент, и консультант выстроили своеобразную «цепочку» событий. Понимание логики развития отношений, согласно которой клиент хочет чего-то добиться (любви, признания, власти), применяя для этого неадекватные способы и средства, приводит последнего к осознанию того, каким образом его поведение способствует усугублению проблемы. Но сам клиент зачастую испытывает затруднения при поиске позитивных вариантов поведения в проблемных ситуациях. Психолог может оказать клиенту большую помощь, не предлагая конкретных решений, избегая советов и рекомендаций. Только сам человек может решить, чего именно он хочет добиться.

Четвертая стадия консультирования (выработка альтернативных решений). Главная задача данного этапа – выработка нескольких альтернативных решений, нескольких выходов из сложившейся ситуации, позволяющих добиться желаемого результата. Психолог помогает клиенту

сформулировать возможные альтернативы, критически их осмыслить и выбрать идеальный, наиболее подходящий вариант поведения. Обсуждение можно начать с вопросов типа: «Как вы думаете, можно ли было вести себя в этой ситуации по-другому?» или «Если вы молча уйдете, это будет такое же поведение, как и сейчас?» Целью консультанта является помощь в формулировании как можно большего числа альтернатив (всеера выборов). Далее, путем тщательного анализа, выбирается тот вариант, который максимально подходит в этой ситуации. Чем более подходит выбранный вариант к реальной жизни, особенностям личности клиента и ситуации, тем выше вероятность того, что клиент действительно изменится. Бывают случаи, когда на приеме не хватает времени, либо сама возможность другого отношения к ситуации вызывает сопротивление у клиента за счет своей необычности и новизны. В таких случаях не нужно настаивать на немедленной проработке позитивных паттернов поведения. Лучше всего проговорить с клиентом, что желательно встретиться еще раз и это будет материалом следующей встречи.

8. Трудный клиент в психологическом консультировании.

В процессе своей профессиональной деятельности психотерапевт сталкивается с различными категориями клиентов. Разграничивать их на какие-либо типы сложно, так как это, во-первых, зависит от той теоретической позиции, которой придерживается психотерапевт, а, во-вторых, клиентов, которые обладают характерными чертами одного и только одного типа, нет. Более того, зачастую в процессе работы предъявляемый запрос и поведение клиента могут изменяться. Тем не менее, многие авторы предлагают классификации клиентов. Р. Кочюнас выделяет следующие типы клиентов (критерием (основанием классификации) в данном случае выступает та проблема, с которой обратился клиент):

1. Тревожные клиенты.

Тревожность занимает одно из важнейших мест в возникновении различных симптомов. Тревожность предупреждает об опасности, угрозе и в этом смысле имеет не меньшую ценность, чем боль. З. Фрейд определяет тревожность как сигнал со стороны Эго, предупреждающий индивида о внутреннем конфликте.

Тревожность имеет сходство со страхом, ведь в обоих случаях проявляется реакция на опасность.

Тревожность вызывает физиологические изменения, подготавливающие организм к борьбе – отступлению или сопротивлению и проявляется на трех уровнях:

1. Нейроэндокринном (продукция адреналина – эpineфрин).
2. Психическом (неопределенные опасения).
3. Соматическом или моторно-висцеральном (физиологические реакции различных систем организма на увеличение продукции эpineфрина):
 - дерматологические реакции (кожные раздражения);
 - реакция сердечно-сосудистой системы (тахикардия, увеличение систолического давления);
 - реакция пищеварительного тракта (подавление деятельности слюнных желез – сухость во рту, неприятный привкус, анорексия, понос, запор и т.п.);
 - реакции дыхательной системы (учащенное дыхание, одышка, гипервентиляция);
 - генитально-уринальные реакции (учащенное мочеиспускание, нарушение менструации, боль в области таза, фригидность, импотенция);
 - вазомоторные реакции (потоотделение, покраснение);
 - реакции скелетно-мышечной системы (головные боли, боли в затылке, артралгии).

Широкий спектр физиологических реакций вследствие тревожности объясняет, почему продолжительная тревожность вызывает психосоматические расстройства, а само состояние тревожности нередко «маскируется» жалобами соматического характера. Такие клиенты, как правило, вначале попадают не к психологу или психотерапевту, а к врачу общей практики.

Каждый из нас, особенно в стрессовых ситуациях, испытывает тревожность. Однако для большинства людей это временное состояние, которое они преодолевают. В консультировании мы сталкиваемся с клиентами, для которых тревожность представляет мучительное, непроходящее состояние, нередко сопровождаемое неприятными физическими ощущениями. Психологически такой клиент чувствует, что с ним происходит что-то неладное.

Иногда это состояние проходит само собой, однако часто обостряется и становится все более трудно переносимым. Клиенту порой трудно объяснить, какие проблемы скрыты за этим изнуряющим переживанием.

Консультант должен уметь разглядеть разные «лики» тревожности, поскольку тревожность часто проявляется не напрямую, а «перевоплощается». В. Бирд выделил множество таких «воплощений».

1. Одна из наиболее частых «маскировок» тревожности – переименование. «Я раздражен; я в напряжении; у меня слабость; я боюсь; мне грустно; я постоянно просыпаюсь по ночам; я не чувствую себя самим собой» – клиенты используют десятки слов и выражений для обозначения состояния тревожности.

2. Очень часто тревожность выражается соматическими симптомами.

3. Порой тревожность маскируется определенными действиями. Весь спектр навязчивых действий – от стучания пальцами по столу, кручения пуговиц, докучливого моргания глазами, почесывания и до переедания, чрезмерного пьянства или курения, навязчивой потребности покупать вещи – может означать тревожность из-за конфликтной жизненной ситуации.

4. Тревожность также нередко скрывается за другими эмоциями. Раздражительность, агрессивность, враждебность могут выступать в качестве реакций на вызывающие тревогу ситуации.

5. Многоречивость тоже способ маскировки тревожности. Таким образом клиент стремится скрыть свою тревожность и «обезоружить» консультанта. Словесный поток не следует прерывать, нужно лишь уделить внимание скрывающейся за ним тревожности.

6. Некоторые клиенты, чтобы завуалировать свою тревожность и подавить активность консультанта, постоянно перебивают его. Стремление прерывать консультанта может быть обусловлено не вполне осознанным страхом перед каким-либо вопросом или высказыванием. Иногда разумно прямо спросить, понимает ли клиент, что делает. Прямой вопрос поможет клиенту осознать способ своего поведения в состоянии тревожности.

7. Определенная категория клиентов защищается от тревожности парадоксальным путем. Они с демонстративной открытостью рассказывают о своих заботах и спрашивают, что им делать. Так ведут себя и с консультантом. Такое подчеркнутое выпячивание тревожности, как правило, является проявлением враждебности, и консультант должен обратить на это внимание клиента.

Тревожность может мотивировать сопротивление самому процессу консультирования. По существу, происходит сопротивление осознанию внутренних конфликтов, а, тем самым, и усиление тревожности. Замечания консультанта должны обращать внимание клиента на то, каким образом он избегает тревожности: «Вы изменили тему беседы?», «Вы пытаетесь переключить внимание на меня?», «Вы хотите, чтобы я указал Вам тему высказывания?», «Мы снова возвращаемся назад – Вы стремитесь навязать мне руководство беседой» и т.п.

8. Иногда тревожность заставляет клиента не только сопротивляться, но и демонстрировать враждебность к консультанту, чаще всего в скрытой форме. Клиент с презрением и сарказмом критикует глупых консультантов, которых посещал прежде, рассказывает истории об ошибках психологов и психотерапевтов. Более утонченная форма наступления на консультанта состоит в стремлении подружиться с ним, чтобы

консультант воспринимал клиента не как клиента, а как друга. Тревожный клиент-мужчина старается найти общие интересы с консультантом и выступать в роли его партнера по хобби. С этой целью клиенты приносят почтовые марки или другие коллекционируемые предметы, стремясь осуществить обмен, приглашают консультанта на чашку кофе или обед и т.п. Женщины ведут себя сходным образом, но с характерной для них спецификой – стараются подчеркнуть свою женскую привлекательность, демонстрируют материнское или сестринское поведение, проявляют озабоченность внешним видом и здоровьем консультанта, что создает у них иллюзию дружеских отношений. Такое поведение клиентов направлено на «уничтожение» консультанта как профессионала; побуждающими мотивами выступают страх и тревожность, отрицание серьезности проблем. Если консультант поддается влиянию и действительно становится «другом» клиента, возникает много серьезных трудностей в консультативном контакте и, можно сказать, консультирование как таковое заканчивается.

Консультируя тревожных клиентов, важно знать не только способы, которыми они маскируют свою тревожность, но и средства, с помощью которых стремятся избавиться от неприятного воздействия тревожности. Этими средствами служат механизмы психологической защиты, которые впервые описали З. Фрейд и его дочь А. Фрейд. Механизмы функционируют автоматически, на бессознательном уровне. Использование защитных механизмов для уменьшения тревожности не представляет патологии, пока не становится утрированным и не начинает искажать понимание реальности и ограничивать гибкость поведения. Описано много механизмов психологической защиты. Охарактеризуем вкратце основные из них:

1. **Вытеснение.** Это процесс непровольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, побуждений или чувств. З. Фрейд подробно описал защитный механизм мотивированного забывания. Он играет существенную роль в формировании симптомов. Когда действие этого механизма для уменьшения тревожности оказывается недостаточным, подключаются другие защитные механизмы, позволяющие вытесненному материалу осознаваться в искаженном виде. Наиболее широко известны две комбинации защитных механизмов:

- вытеснение + смещение. Эта комбинация способствует возникновению фобических реакций. Например, навязчивый страх матери, что маленькая дочка заболеет тяжелой болезнью, представляет собой защиту против враждебности к ребенку, сочетающую механизмы вытеснения и смещения;
- вытеснение + конверсия (соматическая символизация). Эта комбинация образует основу истерических реакций.

2. **Регрессия.** Посредством этого механизма осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания. Регрессия может быть частичной, полной или символической. Большинство эмоциональных проблем имеют регрессивные черты. В норме регрессия проявляется в играх, в реакциях на неприятные события (например, при рождении второго ребенка малыш первенец перестает пользоваться туалетом, начинает просить соску и т.п.), в ситуациях повышенной ответственности, при заболеваниях (больной требует повышенного внимания и опеки). В патологических формах регрессия проявляется при психических болезнях, особенно при шизофрении.

3. **Проекция.** Это механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Нечеткие формы проекции проявляются в повседневной жизни. Многие из нас совершенно не критичны к своим недостаткам и с легкостью замечают их только у других. Мы склонны винить окружающих в собственных бедах. Проекция бывает и вредоносной, потому что приводит к ошибочной интерпретации реальности. Этот механизм часто срабатывает у незрелых и ранимых личностей. В случаях патологии проекция приводит к галлюцинациям и бреду, когда теряется способность отличать фантазии от реальности.

4. **Интроекция.** Это символическая интернализация (включение в себя) человека или объекта. Действие механизма противоположно проекции. Интроекция выполняет очень важную роль в раннем развитии личности, поскольку на ее основе усваиваются родительские ценности и идеалы. Механизм актуализируется во время траура, при потере близкого человека. С помощью интроекции устраняются различия между объектами любви и собственной личностью. Порой вместо озлобленности или агрессии по отношению к другим людям уничижительные побуждения превращаются в самокритику, самообесценивание, потому что произошла интроекция обвиняемого. Такое часто встречается при депрессии.

5. **Рационализация.** Это защитный механизм, оправдывающий мысли, чувства, поведение, которые на самом деле неприемлемы. Рационализация – самый распространенный механизм психологической защиты, потому что наше поведение определяется множеством факторов, и когда мы объясняем его наиболее приемлемыми для себя мотивами, то рационализируем. Бессознательный механизм рационализации не следует смешивать с преднамеренными ложью, обманом или притворством. Рационализация помогает сохранять самоуважение, избежать ответственности и вины. В любой рационализации имеется хотя бы минимальное количество правды, однако в ней больше самообмана, поэтому она и опасна.

6. Интеллектуализация. Этот защитный механизм предполагает преувеличенное использование интеллектуальных ресурсов в целях устранения эмоциональных переживаний и чувств. Интеллектуализация тесно связана с рационализацией и подменяет переживание чувств размышлениями о них (например, вместо реальной любви – разговоры о любви).

7. Компенсация. Это бессознательная попытка преодоления реальных и воображаемых недостатков. Компенсаторное поведение универсально, поскольку достижение статуса является важной потребностью почти всех людей. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (компенсация низкого роста – стремлением к власти и агрессивностью; компенсация инвалидности – грубостью и конфликтностью). Еще выделяют прямую компенсацию (стремление к успеху в заведомо проигрышной области) и косвенную компенсацию (стремление утвердить себя в другой сфере).

8. Реактивное формирование. Этот защитный механизм подменяет неприемлемые для осознания побуждения гипертрофированными, противоположными тенденциями. Защита носит двуступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Например, преувеличенная опека может маскировать чувство отвержения, преувеличенное слащавое и вежливое поведение может скрывать враждебность и т.п.

9. Отрицание. Это механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые неприемлемы на сознательном уровне. Поведение таково, словно проблемы не существует. Примитивный механизм отрицания в большей мере характерен для детей (если спрятать голову под одеялом, то реальность перестанет существовать). Взрослые часто используют отрицание в случаях кризисных ситуаций (неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т.п.).

10. Смещение. Это механизм направления эмоций от одного объекта к более приемлемой замене. Например, смещение агрессивных чувств от работодателя на членов семьи или другие объекты. Смещение проявляется при фобических реакциях, когда тревожность от скрытого в бессознательном конфликта переносится на внешний объект.

В психологическом консультировании мы, как правило, сталкиваемся с использованием непригодных защитных механизмов для преодоления тревожности.

Очень важно позволить клиенту выговориться и выразить свою тревожность, потому что беспокойный клиент мало что слышит, до него не доходят увещания консультанта. Невысказанная тревожность безгра-

нична. Когда она «одевается» в словесную оболочку, то фиксируется в пределах слов и становится объектом, который может «увидеть» как клиент, так и консультант.

2. Клиенты с реакциями страха и фобиями.

Уже упоминалось, что близким к тревожности состоянием является страх. Но тревожность в отличие от страха не имеет определенного объекта, страх же всегда связан с конкретным объектом окружения (лицом, предметом, событием). Страх имеет биологическую значимость, так как охраняет от многих опасностей. Без чувства страха мы оказались бы легко уязвимы.

В психологическом консультировании мы встречаемся с двумя типами страхов – нормальным, понимаемым как естественная реакция, и патологическим, обычно называемым фобией. Чтобы консультант мог эффективно оказывать помощь, он должен понимать психологический смысл и психодинамику разного рода страхов.

Чаще всего клиенты обращаются по поводу **конкретных страхов**, связанных с какими-то важными событиями (боязнь экзамена, страх перед хирургической операцией и т.п.). В таких случаях сначала следует помочь клиенту понять смысл события, вызвавшего чувство страха, разобраться, в какой степени его реагирование на это событие является оправданным и адекватным.

Не нужно помогать клиентам полностью избавляться от страха, а также не следует скрывать информацию, которая на первый взгляд кажется пугающей. Информация, представленная должным образом, только подготавливает к тяжким событиям. Определенная доля страха может оказаться целительной. Психотерапевт должен помочь клиенту конструктивно воспользоваться страхом.

Большую сложность представляет консультирование **клиентов с фобиями**. Основу патологических страхов составляет глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавших беспокойство, на другую ситуацию или объект. Человек начинает бояться вещей, которые являются лишь заместителями объектов первичного беспокойства. Такое смещение происходит вследствие неразрешенных внутренних конфликтов.

Итак, фобии подразумевают, замещение переживания тревожности страхом, при этом «выбирается» специфичный и конкретный объект или ситуация вместо неопределенной направленности тревожности. Испытывать страх тоже неприятно, однако эта неприязнь более приемлема. По крайней мере знаешь, чего боишься, что может реально повредить и как избежать опасности, т.е. страх в отличие от тревожности поддается контролю.

За одной и той же фобией у разных людей могут скрываться разные конфликты. Смысл фобий сильно зависит от индивидуальной истории жизни клиента, поэтому не трудно ошибиться, поддавшись соблазну поверхностного объяснения. Клиенты с фобиями, как правило, сильно сопротивляются психотерапевтическому вмешательству. Они могут спокойно говорить о своем страхе, но отрицают существование каких-либо внутренних конфликтов, связанных с этим страхом. Клиенты могут забывать детали предыстории своих проблем, могут уклоняться от тематики, провоцирующей тревожность, возможно вообще избегание разговора о себе. Еще один способ бегства от тревоги клиентов с фобическими реакциями – это занятие самолечением. Они покупают медицинские книги, роются в специальных журналах, стремятся испробовать все возможные методы лечения, однако избегают непосредственного обращения к своим внутренним конфликтам.

Консультанту важно разобраться, какую вторичную выгоду извлекает клиент из своего «трусливого» поведения в семейных отношениях, на работе или в каких-либо других областях. Шансы понять клиента увеличиваются, если предпринимается попытка посмотреть на его проблемы или симптомы в более широком контексте.

Еще одна особенность консультирования клиентов с фобическими реакциями состоит в том, что страхи могут передаваться консультанту.

3. Враждебно настроенные и агрессивные клиенты.

Немало проблем в консультировании создают негативно настроенные или открыто враждебные (что встречается реже) клиенты.

Возможно, в некоторых случаях полезно рассердиться на клиента, однако еще важнее понять причины его состояния. Клиенту надо сказать, что он кажется враждебно настроенным и злым. Порой понятия «озлобленность» и «враждебность» представляются слишком сильными для характеристики, поэтому свои высказывания следует формулировать не столь категорично. Например: «Вы кажетесь чем-то недовольным», «Вы разочарованы?», «Не хотите ли Вы что-то сказать?», «Это звучит, будто Вы рассержены» и т.п. Если психотерапевт только подозревает клиента во враждебности, он может уточнить: «Что произошло?», «Я что-нибудь неправильно сказал или сделал?».

Причины неудовлетворенности клиента могут быть простыми – не нравится вид или слова психотерапевта, психотерапевт слишком молод и т.п. Но чаще всего враждебность – это результат переноса на психотерапевта чувств, которые клиент испытывает к какому-либо значимому лицу в своей жизни.

Сходные обстоятельства одних клиентов делают враждебными, других – нет. В основном эти различия обусловлены своеобразием жизненно-го опыта. Когда клиент, особенно в начале консультирования, враждебен, подозрителен, зол, консультант должен знать, что источник этих чувств находится внутри самого клиента.

Нередко консультант склонен обвинять себя, поскольку ему кажется, что клиенты всегда уважают хорошего психолога и никогда не должны злиться на него. Это неверно – злость является универсальным чувством. Она может возникнуть и возникает. Необходимо знать другое – консультант, по отношению к которому клиент не может свободно выражать свою неудовлетворенность или злость, – плохой консультант.

В психологическом консультировании следует иметь в виду, что иногда злость скрывает тревожность. В таких случаях необходимо помочь клиенту разобраться в его подлинных чувствах и таким образом трансформировать враждебность.

Консультант обязан осознать свои чувства в подобных ситуациях, идентифицировать свое недовольство, чтобы эффективнее помочь клиенту преодолеть его озлобленность.

Существует большая разница между озлобленностью клиента, возникающей в процессе консультирования, и прямыми оскорблениями в адрес консультанта. К оскорблениям консультант ни в коем случае не должен оставаться толерантным, так как они вредят также самому клиенту. Что касается неконтролируемой враждебности к консультанту, напомним широко распространенный миф об особой опасности консультирования психически больных. На самом деле реальную опасность представляют лишь немногие такие больные (страдающие параноидной шизофренией, манией, органическими нарушениями психики). Большинство из них все-таки контролируют свою агрессивность. Однако при возникновении опасной ситуации консультанту не нужно демонстрировать неуместный героизм. Оставаясь спокойным и не угрожая клиенту, следует сказать, что агрессивное поведение недопустимо и в случае необходимости будут приняты дисциплинарные меры. В наставлении не должна звучать враждебность. Обычно критичные клиенты смиряются с ограничениями, потому что сами обеспокоены последствиями своего поведения.

Если в беседе с клиентом мы почувствуем что-то недоброе, следует помочь ему вербализовать свои переживания, открыто выразить их, потому что любые невыраженные сильные эмоции, особенно отрицательные, дезорганизуют логическое мышление и поведение, способствуют возникновению психосоматических симптомов и затрудняют процесс консультирования.

4. «Немотивированные» клиенты.

Иногда люди попадают к консультанту не по своей воле и отвергают роль клиента, навязываемую другими лицами. Например, клиент говорит: «Моя жена потребовала, чтобы я пришел сюда, однако не думаю, что Вы сможете мне помочь». Некоторые обращаются к консультанту с единственным намерением – доказать, что никто не способен им помочь. Этим клиентам в процессе психотерапии недостает мотивации.

Такая ситуация представляет собой очевидный источник стресса для психолога любой теоретической ориентации. Не важно, в каком учреждении это происходит. Консультант вынужден «лечить», «адаптировать» человека против его воли. Психологу как бы говорят: «Вы должны уметь помогать; Вам предоставляется возможность доказать это». Если у клиента отсутствует мотивация, мы обычно обнаруживаем, что направившие его люди решают таким образом свои проблемы и трактуют консультанта в качестве наказующей силы. Особенно высок процент принудительно консультируемых в школах.

Если «немотивированный» клиент все-таки вынужден по каким-либо причинам посещать психотерапевта, обычно свое нежелание поддерживать консультативный контакт он выражает по-разному – пропускает встречи, опаздывает, безразличен ко всему, что происходит во время психотерапии, отказывается принять долю ответственности за процесс психотерапии. Особенно часто свое сопротивление клиенты выражают молчанием.

В таких случаях Кеннеди предлагает воспользоваться терапией реальностью, т.е. при невозможности изменить обстоятельства следует отказаться от своих установок. Применительно к «немотивированным» клиентам данный принцип означает, что им следует помочь хоть чем-то. Реальная, пусть даже небольшая помощь в действительности может оказаться очень эффективной.

К не заинтересованности в работе клиента надо отнестись с пониманием, но одновременно показать, что и консультант не заинтересован насильно работать на благо клиента. Можно обстоятельно и серьезно объяснить клиенту суть и возможности консультирования. Если не стремиться помогать клиенту любой ценой и особенно против его воли, возможно, начнет изменяться мотивация клиента и найдутся предпосылки для возникновения продуктивного консультативного контакта. Однако консультант должен спокойно и без ненужного самообвинения допускать и то, что «немотивированный» клиент останется лишь формальным клиентом или вообще прекратит посещения.

5. Клиенты, предъявляющие завышенные требования.

Подчас клиенты ненасытны в своих требованиях. Они требуют более частых и продолжительных встреч с консультантом, добиваются постоянной заботы, хотят звонить психологу домой и подолгу разговаривать с ним по телефону и вообще иметь возможность в любое время связаться с консультантом, надеются на его воздействие на близких клиента (супругов, родителей, детей) и т.п. Иначе говоря, в лице консультанта эти клиенты жаждут иметь постоянного советчика в жизни.

Некоторые психологи, особенно молодые, испытывают чрезмерную потребность оказывать помощь и испытывают трудности при необходимости говорить «нет» клиентам. Клиенты с завышенными притязаниями очень легко манипулируют этой потребностью. Консультант должен избавиться от иллюзий своей значимости, незаменимости в жизни клиента.

Необходимо понимать природу завышенных требований клиентов и характер своих реакций на них, а также уметь вступать в конфронтацию.

6. Клиенты, переживающие вину.

Обычно различают *истинную, невротическую и экзистенциальную* вину. *Истинная* вина возникает в результате совершенных проступков. В этом случае возможна и необходима заслуженная расплата.

Невротическая вина возникает из-за воображаемых проступков или нарушения запретов. Глубокая и практически ценная интерпретация невротической вины содержится в работах выдающейся представительницы культурного психоанализа К. Хорни. Прежде всего, для невротического чувства вины характерны преувеличенность и неискренность. При неврозах чувство вины как бы помогает индивиду оправдаться перед собой и другими, он вовсе не старается избавиться от этого чувства и даже энергично сопротивляется любым попыткам уменьшить его. Иногда в переживании вины даже проявляется своеобразная демонстративность. Индивид преднамеренно принижает себя и тем самым требует восхищения, поэтому он болезненно и враждебно воспринимает любую критику со стороны, оскорбляется, если кто-то серьезно начинает смотреть на его вину.

Одна из важнейших причин возникновения невротической вины – страх осуждения. За образом сильного человека невротическая личность старается скрыть свои слабости, незащищенность, беспокойство, неспособность бороться за себя. Избегая ответственности за свою жизнь и не желая добиваться реализации своих целей, такой человек стремится паразитировать на окружающих посредством доминирования или с помощью привязанности, любви и покорности. У такого индивида чувство вины и тревожность возникает сразу, как только обращается внимание на его тре-

бования к окружающим. Эти чувства придают невротической личности уверенность, что она не будет осуждена, тем самым маскируется действительная проблема. Таким образом, чувство вины является не только следствием демаскировки, но и способом психологической защиты от страха.

Переживание вины имеет также онтологический аспект, т.е. правомерно говорить об *экзистенциальной* вине. В этом смысле вина представляет собой позитивную силу в жизни человека. Переживая экзистенциальную вину, мы освобождаемся от пагубного влияния невротической вины.

Р. Мэй выделил три источника экзистенциальной вины:

1. Вина вследствие недостаточной самореализации.
2. Вина вследствие ограниченности связей с близкими людьми.
3. Вина вследствие утраты связи с Абсолютом.

В указанных отношениях человек всегда и безусловно виноват, поскольку:

1. Мы никогда не способны реализовать все свои возможности хотя бы потому, что, выбирая одни возможности, обязаны отклонить другие – они так и остаются нереализованными.

2. Мы никогда в полной мере не понимаем своих близких и их потребности и в силу неизбежного индивидуализма «обречены» видеть других сквозь призму собственной личности, поэтому наше познание всегда субъективно и не целиком соответствует действительности.

3. Мы представляем собой часть божественного плана и никогда не сможем его понять; как говорил Паскаль, «ветви не суждено знать назначение дерева».

Экзистенциальной вины нельзя избежать, поэтому важно ее осознать. Она помогает воспитывать человечность и чуткость в отношениях с другими, побуждает творчески реализовывать свои возможности.

Консультант не должен поспешно освобождать клиента от чувства вины. Иногда надо помочь пережить неизбежную греховность, которая самой природой предназначена человеку. В случае истинной виновности важно обсуждение вопроса об искуплении. Освобождение от невротической вины предполагает осознание ее «мнимости».

7. Плачущий клиент.

Немало клиентов, особенно женщин, волнуются, рассказывая о неразрешимых трудностях своей жизни, трагедиях и не могут говорить без слез. Слезы способствуют воспоминаниям о трудных ситуациях и возвращению к ним.

Иногда консультант чувствует себя виновным из-за слез клиента, считает, что довел его до слез, боится быть обвиненным в нечуткости, иначе

говоря, склонен принимать на себя ответственность за слезы. Однако в действительности не консультант доводит клиентов до слез. Наконец, не он – причина жизненных трудностей и личных проблем клиентов.

Клиент нередко и начинает, и перестает плакать без вмешательства консультанта. Когда заметно, что клиент сейчас начнет плакать, надо сохранять спокойствие, подождать, пока он справится с собой. Порой, чтобы взять себя в руки, клиент на время изменяет тему беседы, чему не следует противиться. Если клиент все же расплачется, надо позволить ему плакать.

Основная причина плача во время психологического консультирования – это проблемы клиента, его угнетенность, однако эта причина не единственная.

Большинство людей, особенно женщины, плачут от злости. Здесь утешение ничем не может помочь. Плачущим от злости просто-напросто надо позволить выразить свои чувства. Иногда плачут в состоянии фрустрации, а подчас от радости. В любом случае консультант должен предоставить клиенту возможность спокойно плакать в его кабинете.

Не следует также стараться излишне сопереживать плачу, т.е. вести себя подобно матери, которой очень хочется утешить плачущего ребенка. Такое желание обычно имеет определенный эротический оттенок; не зря слезы часто служат средством манипуляции в межличностных, особенно в интимных отношениях.

8. Истеричный клиент.

В одном из словарей по психиатрии поведение истериков характеризуется следующим образом: «Истерическая личность отличается преобладанием потребности нравиться окружающим и стремлением преодолеть страх, что не удастся привлечь внимание. Это проявляется в неустанной активности, драматизации, лживости, в соблазняющем, а иногда открыто сексуально провоцирующем поведении, в незрелой и нереалистичной зависимости от других».

На начинающего консультанта обычно производят впечатление живость такого клиента, манера речи, внутреннее тепло, кажущиеся серьезными намерения заняться решением своих проблем. Тем не менее, работа с такими клиентами не столь легка, как первоначально представляется. При глубоком рассмотрении выясняется, что истерики не такие уж эмоционально богатые личности, а их намерения в отношении психотерапии отнюдь не однозначны.

Истерические особенности формируются в раннем возрасте. Примером может служить ребенок, добывающий внимания родителей и постоянно терпящий в этом неудачу. Когда родители игнорируют потребности

ребенка во внимании и любви, ребенок начинает драматизировать свои потребности. Чем более «глухи» родители, тем громче он кричит, желая быть услышанным. Для достижения своих целей ребенок использует широкий спектр поведенческих форм – от слез до болезни. Сходные формы поведения взрослых уже считаются истерическими.

Истерическая личность постоянно ищет любви, однако не умеет создавать зрелые отношения.

Следует отметить, что по отношению к лицам своего пола истерическая личность зачастую антагонистична и склонна к соперничеству, она усматривает в других женщинах конкуренток в борьбе за внимание окружающих.

Поведение истерической личности может провоцировать у консультанта контрперенос. Поэтому консультант, работая с такими клиентами, должен постоянно контролировать свои чувства.

Истерики чаще всего обращаются с проблемами, связанными с семейными отношениями и сексуальной жизнью. Проблемы кроются в нежелании жертвовать собой в отношениях любого характера. Несмотря на внешнюю сексапильность, большинство истерических личностей не способны к нормальной сексуальной реализации. Женщины, как правило, жалуются на фригидность, которая является реакцией на страх перед своей сексуальностью. Мужчины-истерики нередко страдают импотенцией и склонны к гомосексуализму.

Для большинства истеричных клиентов, особенно женщин, характерна долгая история лечения у многих врачей. Говоря о невротических симптомах, важно подчеркнуть их вторичную выгоду для клиента. Эту выгоду клиент не осознает или осознает лишь частично. Истерические симптомы служат трем основным целям:

- «наказывают» лиц, к которым клиент испытывает враждебность;
- помогают клиенту избежать неприятных, пугающих, потенциально унижающих ситуаций;
- помогают возбудить симпатию окружающих или обратить на себя их внимание.

Полагаясь на интуицию, можно не только идентифицировать истеричных клиентов, но и избежать разнообразных ловушек, таящихся в работе с ними.

9. Обсессивный клиент.

Обсессивной личностью называют человека с обсессивными или (и) компульсивными чертами.

Обсессия – это постоянное повторение нежелательной, навязчивой мысли, от которой невозможно избавиться волевым усилием.

Компульсия – это повторяющееся навязчивое побуждение к выполнению какого-либо действия или серии действий. Серия навязчивых действий обычно носит ритуальный характер. Осуществление навязчивости позволяет индивиду избежать приступов тревожности. Хотя в некоторых диагностических системах выделяется обсессивно-компульсивный невроз, однако трудно провести грань между нормой и патологией.

Салзман указывает три основных проявления обсессивно-компульсивного синдрома:

1. Навязчивости не обусловлены никакими рациональными потребностями.

2. Осуществление навязчивостей в силу их чуждости вызывает дискомфорт и (или) соматические нарушения.

3. Индивид понимает паталогичность навязчивых мыслей и поступков, однако не может им воспрепятствовать.

Обсессивной личности свойственны определенные социально ценные черты: старательность, надежность, самоконтроль, честность. С другой стороны, З. Фрейд при описании личности со склонностью к обсессивным симптомам указывает на обязательную комбинацию трех черт: педантичности, скупости и упрямства. Эту комбинацию он называет «анальным характером».

Макнейл описал типичные особенности стиля обсессивно-компульсивной личности:

- когнитивная ригидность – обоснование взгляда на жизнь негибкими, формальными социальными установками, или явно догматичный стиль мышления;

- приверженность к напряженной активной деятельности без расслабления и отдыха;

- неуверенность в принятых решениях, откладывание решений из-за боязни ошибиться;

- постоянная озабоченность, что без нее работа не может быть выполнена надлежащим образом;

- искажение действительности, проявляющееся в крайней озабоченности по поводу непредсказуемых событий, например возможной болезни.

Обсессивная личность обычно обращается за помощью не вследствие специфических проблем, а в силу напряжения и тревожности в межличностных отношениях или семейной жизни.

Важнейший неосознанный внутренний конфликт, обсессивной личности – это борьба между послушанием и непослушанием, между желанием угождать и стремлением сопротивляться авторитетам.

Обсессивная личность отличается излишней склонностью к самоконтролю и контролю над окружением. Она опасается внешнего мира и собственных побуждений. Вероятность собственной некомпетентности, недостаточной информированности, неспособности уменьшить риск возбуждает сильную тревожность.

Неспособность к самоконтролю, а, конкретнее, к контролю своих агрессивных побуждений может порождать утрированное послушание. Такой клиент выбирает зависимость от человека, способного указать, как жить. Первенство, следовательно, отводится безопасности, а не удовлетворению жизнью. Такой клиент обычно подчиняется психотерапевту и легко соглашается со всеми его предложениями. Он постоянно выражает консультанту благодарность за помощь и переживает из-за того, что может доставлять ему неудобства.

Другим вариантом неудачного самоконтроля является склонность к доминированию, придирчивая критичность. Человек становится трудно уживчивым, особенно в семье. Невозможность полностью контролировать других людей возбуждает злость, которая в межличностных отношениях проявляется как иррациональная тирания. В консультировании обсессивная личность этого типа использует в качестве самозащиты нападение, например, объясняет консультанту, что он должен говорить, комментирует его профессиональные действия, делает замечания по поводу его поведения во время конкретной встречи или вообще может прочесть «краткую лекцию» о психологическом консультировании.

Для обсессивного стиля характерно использование средств общения для разрушения общения. Немало обсессивных клиентов в консультировании участвуют лишь физически, а психологически самоустраиваются. Клиент смотрит куда-то в сторону, еле слышно говорит, рассеянно слушает. Такое поведение фрустрирует консультанта, как и молчание, которое клиент тоже использует для уклонения от решения своих проблем. В подобных случаях психолог может довольно утонченно выражать враждебность, например посредством вопроса: «Вам нечего мне сказать?» Иногда консультанты задают вопрос: «О чем Вы думаете, когда молчите?» Это может приблизить к эмоциональной сфере обсессивного клиента, бесконечно трудно достигаемой.

Уклонение от погружения в свой внутренний мир проявляется в склонности клиента к интеллектуализации. Объяснения и интерпретации консультанта обсессивный клиент воспринимает головой, а не сердцем. Он многословен не в целях более точного выражения чувств, а для отмежевания от них. Повествование такого клиента перегружено деталями, он пытается ничего не пропустить в своем рассказе, но, тем не менее, не

раскрывает своей личности. Беседы с обсессивными клиентами обычно трудны и продолжительны.

Для установления вытесненного обсессивным клиентом материала иногда имеет смысл исследование его снов. Помогает также использование рисуночных тестов вместо задания рассказывать о проблемах словами.

Обсессивные клиенты любят приходить к консультанту с описанием перечня своих проблем или со списком вопросов, которые необходимо обсудить во время консультирования. Очевидно, это отражает желание контролировать ситуацию психологического консультирования и уклониться от прямого эмоционального контакта с консультантом. Когда клиенту не разрешается пользоваться заранее подготовленными текстами или придерживаться установленного им порядка вопросов-ответов, он приходит в замешательство. Такое поведение психолога является для него сюрпризом, а обсессивная личность не терпит сюрпризов; спонтанность провоцирует в ней тревожность. Консультант может спросить клиента: «Почему Вы придали такое важное значение подготовке к нашей встрече?» Ответ клиента может открыть путь в его внутренний мир. И конечно, работая с обсессивными клиентами, консультант сам не должен пользоваться подобного рода вспомогательными средствами (записями и пр.).

При работе с обсессивными клиентами у консультанта двойная задача. Во-первых, он должен помочь клиенту выразить побуждения, от которых тот защищается. Во-вторых, сам психолог должен быть человеком, пригодным для экспериментирования, чтобы клиент мог потренироваться в завязывании свободных от субординации отношений. Если реакции консультанта на обсессивную личность адекватны, психологической защитой клиента выступает злость. Такую ответную реакцию следует рассматривать не как следствие своей ошибки, а скорее как признак прогресса в работе. Консультанту не надо заглаживать отношения со злящимся клиентом. Наоборот, необходимо позволить ему выразить скрытые чувства. Не следует поощрять желание клиента немедленно подавить злость. Реальная психологическая работа может начаться лишь тогда, когда мы будем шаг за шагом связывать злость клиента с побудившими ее причинами и отыщем подоплеку специфичного стиля его отношений с другими людьми. В этом заключается шанс хоть немного освободить обсессивного клиента от бремени невыраженных эмоций.

10. Параноидальный клиент.

Быть параноидальным – значит проявлять подозрительность и эгоцентричность. Данные черты по существу характеризуют основные параноидные синдромы – манию преследования и манию величия. Характерная

для паранойяльной личности склонность к этим маниям обуславливает неспособность к завязыванию связей с другими людьми и социальную отстраненность, а также отражает диффузность личностной идентичности, когда человеку становится трудно различать, что относится к собственной личности, а что – нет.

Суть мании преследования – подозрение окружающих в злонамеренности. Врагом может стать как отдельный человек, так и группа людей. С этой манией связана и очень часто встречающаяся ревность.

Мания величия проявляется в приписывании себе прежде не замечаемых талантов и способностей. Параноики такого типа обычно выдают себя за изобретателей, работы которых призваны разрешить глобальные проблемы мира, или творцов мессианских теорий, способных спасти мир. Иногда паранойя проявляется в эротомании, когда человек думает, что он влюблен, и стремится соблазнить лицо противоположного пола.

Психодинамически параноик хотя и сильно желает близости с другими людьми, но боится оказаться обманутым, поэтому сам всех отталкивает, что обусловлено его враждебностью.

Консультант, встретившись с параноидным клиентом, должен быть готов к его недоверию и враждебности. Такие клиенты постоянно «проверяют», насколько можно доверять консультанту. Недоверие и враждебность довольно неприятны, и их преодоление является важнейшим условием в работе с параноидными клиентами. Работая с параноидными клиентами, следует соблюдать определенную дистанцию, потому что слишком быстрое или чрезмерно глубокое «вторжение» вызывает у них неприязнь.

Любая дискуссия с параноиком бессмысленна, поскольку параноидному клиенту чужд язык логики. В общении он пользуется параноидальными метафорами. Наконец, в задачу консультанта не входит определение правдоподобности высказываемых клиентом целей. Значительно важнее сам факт наличия мании и уверенность клиента в своей правоте.

В любом случае консультант должен помнить, что он столкнулся не с манией, которую надо устранить, а с человеком, «породившим» эту манию.

11. Шизоидный клиент.

Шизоидная личность представляет одну из наибольших трудностей в работе консультанта или психотерапевта, а крайнее ее проявление – шизофрения – одно из глубочайших и сложнейших нарушений психики. Контуры шизоидной личности можно очертить по основным симптомам шизофрении. Впервые термин «шизофрения» использовал известный психиатр Е. Блейер в 1911 г. Важнейшие симптомы этого нарушения психики он описал известной формулой «четырёх А»:

1. **Аффективность.** У больного шизофренией нарушается эмоциональная сфера. Его эмоциональная жизнь становится очень скудной. Нередко эмоциональные реакции неадекватны (например, смех в рассказе о смерти близкого человека), т.е. эмоциональные переживания не соответствуют содержанию мыслей.

2. **Ассоциативность.** Шизофреникам свойственна утрата логической последовательности мыслей. На основе свободно возникающих ассоциаций у них происходит перескакивание от одной мысли к другой. Способ мышления кажется странным и хаотичным, ответы на вопросы бывают совершенно неадекватными. Иногда ассоциативные нарушения могут быть очень утонченными и трудно заметными.

3. **Аутизм.** Мышление шизоида крайне субъективно и эгоцентрично. Он кажется погруженным в мечты и фантазии, которые постепенно подменяют реальность. Нередко словам придается особый смысл, и консультанту трудно понять, о чем говорит клиент. Такой индивидуальный словарь указывает на аутичность мышления.

4. **Амбивалентность.** Хотя большинство людей испытывают двойственность в тех или иных ситуациях, шизоидная личность амбивалентна почти во всем. Она переполнена противоречивыми чувствами, установками и взглядами по отношению к другим людям и к своим жизненным условиям.

Шизоидные клиенты попадают на психологическое консультирование или психотерапию по разным причинам. Частой причиной обращения служит неверие, что окружающие способны их понять и помочь, поэтому они ищут помощи у специалистов, от которых ждут понимания своих трудностей. Обычно шизоиды жалуются на невозможность установить и поддерживать отношения, особенно с лицами противоположного пола, на неспособность сконцентрироваться и закончить начатую работу, на плохое настроение.

Шизоидные клиенты испытывают много трудностей в отношениях с другими людьми. Они недоверчивы, поэтому у них очень мало или вообще нет друзей. Шизоидные клиенты боятся близости, интимности, потому что реакции других людей вызывают у них амбивалентные чувства. От близости они защищаются, избегая любых эмоциональных проявлений в межличностных отношениях. Поскольку чувства важны в жизни людей, шизоидная личность балансирует на грани переживания *бессмысленности* жизни.

Избегание близких отношений шизоидные клиенты объясняют тем, что такие отношения их изнуряют, а также обременительны окружающим.

Возникновение установки на избегание близких межличностных связей объясняется специфичным поведением родителей в детстве. Уход за малышом отнимает у родителей много физической и психической энергии, и шизоидные родители, которым чужд мир ребенка, его потребности, чувствуют себя истощенными. В результате ребенок не получает необходимые ему любовь и понимание. У него формируется убеждение, что любовь возможна только в воображении. Позднее, в зрелом возрасте, эмоциональные отношения воспринимаются не как взаимообогащающие, а как истощающие, и наиболее безопасным представляется уклонение от них. Стремясь восполнить недостаток контактов с внешним миром, шизоидные личности создают богатый воображаемый мир. Недоступность реальных отношений и подлинной любви шизоиды компенсируют в воображении, наделяя себя величием. Плоды воображения шизоидная личность старается воплотить в реальность. В межличностных отношениях это выражается позой превосходства, что неприемлемо для большинства людей.

Кстати, шизоидные индивиды могут испытывать зависимость от других, считая, что не способны позаботиться о себе или устроить свою жизнь. Чувство бессилия – одна из причин регрессии таких клиентов до примитивных форм приспособления к окружению. С другой стороны, шизоидной личности больно чувствовать себя зависимой, потому что это ранит ее гордость.

Особенности шизоидной личности затрудняют установление и поддержание с ней контакта. В отношениях с такими клиентами очень важна заинтересованность и желание помочь, а не диагностический подход. Консультанту следует понимать степень изоляции шизоидного клиента. Первый контакт должен быть интеллектуализирован. Шизоидного клиента легко напугать непосредственным проникновением в его эмоциональную жизнь. Поспешность в установлении с клиентом близкого контакта может спровоцировать его бегство. Однако, если консультант будет слишком нейтрален и чрезмерно отдаляться от клиента, тот может почувствовать себя отвергнутым. Оптимальная дистанция во взаимоотношениях – лучший подарок шизоидному клиенту.

Шизоидные клиенты часто стараются, чтобы окружающие их люди испытывали чувство вины.

Когда клиенты говорят, что консультант еще больше запутал их проблемы, это не простая констатация факта, а скорее психологическая манипуляция. У консультанта провоцируется чувство вины в надежде, что он рассердится, и тогда клиент получит подтверждение неэффективности его работы.

12. Асоциальный клиент.

Асоциальность – это одно из самых сложных и прогностически неблагоприятных личностных расстройств, которые проявляются не столько различными симптомами, сколько нарушением поведения. Прежде это нарушение диагностировалось как «психопатическая личность» или «социопатическая личность» (термины, еще и теперь встречающиеся в литературе). Социопаты плохо социализированы, они живут во имя удовлетворения своих инстинктивных потребностей, не обращая внимания на нормы морали, требования общества, поэтому склонны постоянно нарушать правила и законы общежития, не считаясь с возможным наказанием.

Асоциальную личность не следует смешивать с лицом, ведущим себя асоциально вследствие внутренних невротических конфликтов. Невротик переживает вину из-за своего поведения, что абсолютно чуждо асоциальной личности.

Хотя признаки асоциального поведения могут проявиться задолго до отроческих лет, именно в юности асоциальность особенно заметна и выражается в агрессивности, беспорядочном сексуальном поведении и механическом взгляде на секс, в склонности к употреблению алкоголя и наркотиков.

Асоциальная личность смотрит на других людей как на источник опасности или наслаждения, не обращая внимания на их безопасность, удобства, удовольствия. Она переживает собственные побуждения как неотложные и неумолимые, откладывание реализации которых или замена чем-либо другим невыносимы. Удовлетворение побуждений ведет к распушенности, состоянию пресыщения, но не к переживанию счастья с присущим ему чувством повышения самоуважения. Асоциальная личность может украсть потому, что в данный момент не имеет с собой денег или просто не хочет утруждать себя получением желаемого законным способом. От асоциальных действий не удерживает и угроза наказания. Импульсивности в удовлетворении потребностей сопутствуют приступы агрессивности в ситуациях фрустрации. Из-за отсутствия эмпатии агрессивным реакциям бывают свойственны жестокость, даже садизм.

Асоциальная личность не способна завязывать тесные межличностные отношения. Асоциальные индивиды могут только брать от других, но ничем не хотят жертвовать, и это порождает семейные неурядицы. Асоциальная личность нередко паразитирует на окружающих, используя свою внешнюю привлекательность.

В силу перечисленных причин консультанту трудно проявлять эмпатию к таким клиентам, а их неспособность установить близкие и осмысленные отношения препятствует получению пользы от консультирования и психотерапии.

Асоциальные личности редко попадают к консультанту по собственному желанию. Обычно их направляет школа или другие организации, поэтому психологу сначала следует выяснить причины прихода клиента на консультирование. С самого начала работы такие клиенты имеют склонность обманывать психологов, особенно неопытных, своим внешним обаянием и мнимой доброжелательностью, умением подольститься. Консультант в стремлении помочь может перестараться и сделаться объектом манипуляции клиента. В этом смысле для неопытного консультанта асоциальная личность представляет опасность.

По мнению Колеман, асоциальная личность имеет склонность избегать ответственности за неприемлемое поведение за счет рационализации и перекладывать вину на других (проекция). Продолжительное общение с таким человеком всегда начинает вызывать неудовлетворенность, напряжение и раздражение.

При работе с асоциальными клиентами консультанту очень важно в любой момент идентифицировать свои чувства и полагаться на них, потому что это единственное средство избежать манипуляций со стороны клиента и выполнять работу, не обращая внимания на большие трудности.

13. Клиент с алкогольной зависимостью.

Алкоголизм – это одна из важнейших социальных проблем современности, одна из труднейших медицинских проблем и, наконец, одна из самых трудных разрешимых проблем психологической и психотерапевтической помощи.

Существует немало определений алкоголизма.

1. Одни полагают, что алкоголизм можно диагностировать, когда употребление алкоголя нарушает здоровье и становится необходимым для поддержания нормальной активности.

2. Другие относят алкоголизм к личностным нарушениям, проявляющимся в физической и психической зависимости.

3. Третьи называют алкоголизмом потребление алкоголя, которое влечет за собой проблемы в отношениях с членами семьи, родственниками, друзьями, сослуживцами, противоправные действия при невозможности бросить пить. В последнем случае абсолютное количество употребляемого алкоголя не столь важно.

Причины алкоголизма пытаются объяснить по-разному, и окончательного объяснения не существует. Обычно выделяют социальные, биологические и психологические причины. **Биологические** причины видят в особенностях метаболизма индивида – некоторые люди слишком чувствительны к алкоголю. Другие, наоборот, отличаются повышенной толерантностью, потребляют чрезмерные дозы спиртных напитков и становятся алкого-

ликами. Хорошо известен факт, что дети алкоголиков чаще страдают алкоголизмом, а это указывает на важность генетических факторов. Те, кто подчеркивает биологические причины в происхождении алкоголизма, предпочитают лечить его фармакологическими средствами. Однако лекарственное лечение неэффективно.

Психологические причины алкоголизма усматривают в попытках индивида решать личные проблемы с помощью одного из самых доступных средств – алкоголя. Поскольку спиртные напитки действительно помогают временно уменьшать эмоциональное напряжение, употребление алкоголя может стать привычным средством снятия стрессов. С увеличением количества алкоголя и частоты его употребления возникают типичные расстройства: мышление становится ограниченным, замедляются физические реакции, портятся отношения с людьми. Исследования личности алкоголиков показывают, что большинство из них эмоционально незрелы, зависимы от других и пассивны. Из-за низкого порога тревожности они постоянно испытывают потребность в ее уменьшении. К употреблению алкоголя побуждает и то, что он облегчает проявление чувств, в том числе враждебных, сексуальных и др., которое в обычном состоянии бывает затруднено. С другой стороны, после эпизодов интенсивного пьянства нередко появляется чувство вины, и желание избавиться от дурного настроения вновь побуждает к употреблению алкоголя.

Выдвижение на первый план психологических факторов обусловлено признанием приоритета психологической помощи при алкоголизме перед биологической терапией. Для успешного консультирования необходимо за отталкивающим и деструктивным поведением алкоголика все же увидеть лицо человека. Консультант обязан осознавать свое отношение к алкоголизму и истоки возникновения этого отношения.

1. Некоторые консультанты алкоголизм понимают как вредную привычку, порок, слабость характера. Консультант при таком подходе прямо говорит клиенту, что он думает об алкоголиках вообще и конкретно о клиенте, а также разъясняет, что тот должен делать. Разумеется, следует перестать пить, больше времени уделять семье, работе, найти хобби и т.п. Иногда наставления имеют хороший непосредственный эффект – клиент перестает пить и начинает «новую жизнь». Однако необходимо помнить, что алкоголику не представляет труда на некоторое время бросить пить. Если выпивкам клиента сопутствует острое чувство вины, усилия консультанта могут уменьшить переживания и потребность в выпивке тоже значительно уменьшится. Следовательно, поучения и морализация в работе с алкоголиками – не всегда пустая трата времени. Тем не менее, проблема остается – спустя какое-то время клиент, как правило, начинает пить снова.

2. Консультанты, которые видят причины пьянства в жизненных заботах, в стремлении убежать от трудной и болезненной реальности, всю свою энергию направляют на раскрытие трудностей и проблем, избегаемых клиентом. Такой консультант должен быть любезен с клиентом, однако не мягкосердечен, поскольку очень легко можно стать жертвой манипуляций клиента, ведь алкоголики отличаются умением вызывать сочувствие, привлекать на свою сторону и таким образом удерживать консультанта на безопасном расстоянии.

Консультанту следует иметь в виду, что некоторым алкоголикам вообще нельзя помочь. Многие алкоголики чувствительны к критике, они принимают защитную позу и становятся скрытными. В беседе надо помочь ему понять самого себя. Большинство алкоголиков, несмотря на чувствительность к критике, имеют низкий уровень самооценки, вплоть до самоуничижения. Безмерное пьянство, по крайней мере, отчасти отражает ненависть к себе и стремление к *саморазрушению*.

Консультанту необходимо обратить внимание на сексуальную сферу алкоголика. Больным алкоголизмом присущи страхи по поводу половой потенции и вообще полноценности своей половой жизни. Поскольку алкоголик много времени проводит в однополном обществе, у него могут возникать страхи из-за мастурбации или гомосексуальных побуждений.

Раскрыть содержание своего внутреннего мира алкоголику не легко и даже рискованно. Клиент, столкнувшись с фактом, что его страхи, тайны половой жизни доступны постороннему человеку, может почувствовать себя обнаженным, испытывающим нападение, и начинает агрессивно реагировать на консультанта, а затем пьянствовать еще интенсивнее. Как ни парадоксально, но сходным образом алкоголик воспринимает поверхностный подход консультанта, попытку избежать обсуждения острых вопросов и отказ от проникновения в его внутренний мир. Консультант, по существу, оказывается в безвыходном положении – что бы он ни делал, все заканчивается одним результатом – возвращением клиента к алкоголю.

Не осознав стремления к саморазрушению, клиент не поймет причины своего пристрастия к алкоголю. Консультант должен не только объяснить смысл теперешних действий клиента, но и предсказать его поведение после прекращения консультаций и чем все кончится. Предвидение, основанное на реалиях жизни клиента, предоставит ему определенную точку отсчета – когда многое из того, о чем говорил консультант, начнет сбываться, клиент сможет спокойнее посмотреть на свое прошлое без излишней озлобленности и вины. Подобная тактика консультанта гораздо эффективнее, чем морализирование.

Работая с алкоголиком, консультант должен учитывать некоторые принципы:

- во-первых, работа может происходить, только когда клиент не пьет. Пьющему клиенту помочь невозможно;

- во-вторых, контакт с клиентом-алкоголиком довольно амбивалентен, поскольку зависимость от консультанта смешивается с враждебным, манипулятивным отношением к нему. Консультанту приходится усиливать зависимость клиента от себя, заменяя ею зависимость от алкоголя, которую алкоголик склонен отрицать. Он думает, что может контролировать как свое пьянство, так и жизнь вообще, хотя в действительности все наоборот;

- в-третьих, консультант обязан разобраться в своих реакциях контрпереноса по отношению к клиенту. При работе с алкоголиками нередко возникает чувство безнадежности, поскольку кажется, что вложенные усилия бесполезны. Консультант должен четко понимать, что он не в силах остановить пьянство алкоголика. Он может лишь помочь алкоголику стремиться к трезвости, но не способен заставить его бросить пить. Клиент только собственными усилиями может полностью освободиться от пьянства.

Пожалуй, наилучших результатов в помощи алкоголикам достигло распространенное во всем мире движение «Анонимные алкоголики» (АА), опирающееся на программу 12 шагов. В. Бирд считает, что программа АА затрагивает самую сердцевину проблем алкоголика – страх перед собой. Часто алкоголик свою установку относительно помощи выражает словами: «Вы не сможете мне помочь. Я пью каждый день, потерял работу, меня оставили жена и дети». Этим он хочет подчеркнуть свое падение и деструктивность, а главное – сказать, что простой смертный не способен ему помочь. Участники АА не убеждают пришедшего алкоголика, что в его поведении нет ничего страшного и такова уж его судьба, что среди них он станет новым человеком. Наоборот, они пытаются уничтожить последние иллюзии и говорят: «Посмотри на нас. Вот он начал пить в четырнадцать лет и три раза сидел в тюрьме, а этот поменял двадцать мест работы, и жена не только оставила его, но и покончила с собой». Таким образом, алкоголику возвращается чувство реальности, уничтожаются последние иллюзии, но вселяется и надежда, что, даже будучи падшим человеком, что-то можно изменить, если признать себя неизлечимым больным. АА не навязывают свою помощь, алкоголик должен прийти сам и попросить помощи.

Очень важный терапевтический фактор программы АА – требование к новичку больше говорить о себе, особенно о том, какой он плохой. Такое обнажение позволяет ему выразить чувство вины, высказать накопившиеся годами.

Очень важный пункт программы АА – возврат к вере в Бога, «насколько я Его понимаю». Это помогает избавиться от самой глубокой тревожности.

Программа АА позволяет также возобновить межличностные контакты, которые в бывшей жизни алкоголика обычно бессодержательны и однообразны.

Часто трудно объяснить, почему присоединившиеся к АА перестают употреблять алкоголь. Полагают, что это происходит по причине идентификации с себе подобными. Признавая в других те же самые проблемы, легче вести себя сходным образом, а также глубже заглянуть в себя. В эффективности АА существенно обстоятельство, что член АА остается непьющим, пока помогает другим, прилагает усилия ради других. Укрепляя других, вновь прибывших, он сам набирается сил.

14. Клиент с психосоматическими расстройствами.

Существует множество попыток объяснить происхождение психосоматических нарушений. Почти все они так или иначе связаны с психоаналитическим пониманием личности.

Длительное время подчеркивалось значение особенностей личности в возникновении психосоматических нарушений (например, Данбар описал «коронарную», «аллергическую», «гипертоническую», «ревматоидную» и др. личности).

Позднее полагали, что возникновение конкретных психосоматических нарушений предопределено устойчивостью определенных эмоциональных состояний (один из основоположников психосоматической медицины, Вейтзакер, утверждал, что злоба и ожесточенность обуславливают возникновение болезней сердца; бессилие и зависимость приводят к расстройствам пищеварительного тракта; сексуальное напряжение способствует нарушению системы дыхания и т.п.).

В настоящее время ученые склоняются к концепции многофакторного патогенеза психосоматических нарушений и объясняют их не личностной структурой, а специфическими психологическими, генетическими и социальными факторами. Подчеркивается значение генетически заданных свойств человека (в том числе и психических), повышенной уязвимости отдельных органов (обусловленной родовыми травмами, соматическими заболеваниями и физическими повреждениями в младенчестве, детстве и юности), взаимоотношений в семье, способов реагирования личности в критических ситуациях.

Обычно люди стремятся к прекращению плохих взаимоотношений. Психосоматический клиент ведет себя иначе: он подавляет злобу и продолжает отношения. Он годами может терпеть отношения, которые не только

не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. При этом психосоматическим клиентам не свойственны мазохистские черты.

Важнейшая задача консультанта в беседе с психосоматическим клиентом – помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Можно спросить о конкретных проблемах и постараться проникнуть в жизнь клиента: «Похоже, что-то в жизни вызывает у Вас озабоченность; не расскажете ли об этом?» или «Что происходит в Вашей жизни, что в ней изменилось, что стало иначе, нежели было раньше?». Вопросы направлены на повседневную жизнь клиента, на перемены в его семье, работе, в отношениях с близкими и друзьями. Порой на такие вопросы психотерапевт слышит ничего не значащий ответ: «Все хорошо». Это всего лишь отговорка, поскольку в жизни каждого человека всегда что-то происходит. Однако не следует настоятельно требовать рассказа о конфликтах, отрицательных чувствах, поскольку из словаря клиента исключены соответствующие понятия.

Консультант должен не только помочь клиенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она сказывается на поведении. Одни психосоматические клиенты слащавы и приятны, со всем соглашаются, и трудно поверить в их враждебность. Другие не способны почувствовать, да и не чувствуют недоброжелательности вокруг себя. При возникновении хотя бы малейшего спора они отступают. Если не могут устраниться из ситуации, прибегают к рационализации и говорят себе, что спорящие шутят. Иные склонны выражать свою злость, тем не менее, изменяют ее действительный объект.

Необходимо показать клиенту, какова его жизненная ситуация, как он подавляет свою враждебность и как это связано с его соматическими симптомами. Консультант должен не только помочь клиенту распознать в себе злобу, но и побуждать его к отреагированию в процессе консультирования. Поэтому не удивительно, если в случае успешной работы заменителем действительного объекта враждебности клиента временно становится консультант.

Еще одна существенная причина трудности психологического консультирования психосоматической личности состоит в ее «эмоциональной безграмотности», неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Попытка активно вовлечь клиента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Соответствующий всплеск физиологических реакций позволяет клиенту еще больше жаловаться на соматическое недомогание.

В данной ситуации имеет смысл применять процедуры психологического консультирования, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Клиента также следует подготавливать к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений клиента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

15. Депрессивные клиенты.

Пониженное настроение – одно из самых неприятных эмоциональных состояний личности, часто возникающих в различных жизненных ситуациях. Также это и один из важнейших симптомов большинства нарушений психики. В консультировании мы, как правило, обычно сталкиваемся с так называемой «реактивной депрессией», которая обычно возникает как реакция на события, травмирующие жизнь (соматическое заболевание, конфликты, интимные проблемы, различные утраты, в том числе смерть близкого человека и т.д.).

Депрессия, прежде всего, проявляется в изменении настроения. Человек становится грустным и угрюмым, его одолевают мысли о своей неудавшейся жизни, жжет острое чувство вины. Он теряет вкус к жизни и способность сопротивляться трудностям, утрачивает интерес к вещам, которые раньше привлекали. Замедляется как двигательная активность, так и течение процессов мышления. Если депрессия незначительна, индивид еще может продолжать работать, выполнять повседневные задания, однако все это перестает доставлять ему удовольствие. При обострении депрессии утрачивается всякая активность. Все вокруг он видит в «темном свете». Ярчайшая черта депрессивной личности – *самоуничтожение*. При депрессии человек чувствует себя ничего не стоящим, неудачником и т.п. Он становится слишком чувствительным ко всему, и это тоже уменьшает самооценку.

Следует подчеркнуть, что в состоянии депрессии индивид считает свое восприятие мира единственно правильным, а периоды жизни без депрессии представляются ему иллюзией.

Человек в состоянии депрессии занят только собой, своими проблемами, своим здоровьем

Консультанту следует помнить, что депрессия искажает понимание прошлого. Человеку кажется, что в его прошлом не было ничего хорошего, никаких просветов.

При возникновении депрессии индивид обычно ищет контакты с другими людьми, сильно желая их помощи. Однако нередко его подавленное

настроение обуславливает неудачи в межличностных отношениях. В результате депрессия усиливается. Охваченный депрессией индивид испытывает бессилие и безнадежность, страдает молча, часто злясь на других и на себя.

Одно из последствий депрессивного состояния – зависимость от мнения других людей, особенно близких. Зависимость и чувствительность к критике порождают неуверенность, а она в свою очередь еще больше увеличивает зависимость. Когда депрессивный клиент обращается за помощью, все его поведение проигрывается в ситуации консультирования. Клиент добивается, чтобы консультант взял на себя ответственность за его жизнь. Когда такие желания не исполняются, клиент свою неудовлетворенность нередко выражает злобой.

Вообще человек в состоянии депрессии почти всегда испытывает определенную озлобленность, каким бы подавленным и несчастным он ни был. Например, он сердится на умершего супруга за то, что тот оставил его. Недаром депрессию иногда называют «перевернутой злобой».

Прежде всего, необходимо установить, с депрессией какого рода мы столкнулись – с проявлением психотического заболевания, с невротической депрессией или просто с нормальной реакцией на горестные события. Депрессию не следует путать с другими нарушениями. Иногда консультант принимает симптомы депрессии за переутомление, физическое или психическое истощение и рекомендует клиенту больше отдыхать, спать, употреблять витамины, поехать в санаторий и т.п. Однако в случае депрессии это мало помогает.

Задача консультанта в работе с депрессивными клиентами двояка: поддержать клиента и помочь ему в психологическом объяснении трудностей. В целях восстановления у клиента веры в собственные возможности необходимо обращать внимание на сферы, в которых он компетентен, и его бывшие достижения. Важно мобилизовать агрессивные побуждения клиента, чтобы он мог успешнее бороться с жизненными испытаниями.

Иногда депрессивный клиент настолько пассивен, что с трудом может говорить о своих проблемах, поэтому с ним приходит сопровождающий. Хотя вообще в консультировании следует уклоняться от разговоров за спиной клиента, в данном случае получение информации от лица, сопровождающего клиента, представляется оправданным.

Консультант должен часто встречаться с депрессивным клиентом, особенно если сталкивается с острой депрессией. Частота встреч может быть 2-3 раза в неделю с постепенным ее уменьшением в зависимости от состояния клиента. В процессе работы необходимо преодолевать зависи-

мость клиента и побуждать его к более активной роли с каждой последующей встречей.

В случаях депрессии обычно используется медикаментозное лечение антидепрессантами. Назначение лекарств и дозировка – это дело врачей, однако психолог должен знать, употребляет ли его клиент лекарства и какова сила их воздействия. Не следует давать советы клиенту по выбору лекарств или доз, однако возникающие вопросы обязательно нужно обсудить с назначившим лекарство врачом.

ТЕМАТИКА СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

Тема 1

Методологические основы учебного курса «Основы психологической помощи». Закон РБ «Об оказании психологической помощи»

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Определение понятия.
2. Становление психологической помощи как социального института и профессии.
3. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире.
4. Становление психологической помощи в Республике Беларусь. Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи».

Основная литература: 5, 6, 10, 15, 17, 21, 24.

Дополнительная литература: 1, 7, 8, 13, 14.

Тема 2

Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: основные понятия, требования к квалификации специалиста, виды и цели психологической помощи

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Основные термины, используемые в настоящем Законе, и их определения.
2. Квалификация специалиста. Требования, предъявляемые к психологу.
3. Виды психологической помощи.
4. Цели психологической помощи.

Основная литература: 5, 6, 10, 15, 17, 21, 24.

Дополнительная литература: 1, 7, 8, 13, 14.

Тема 3

Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: принципы оказания психологической помощи

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Проблема множественности этико-профессиональных кодексов психолога.

2. Различные классификации принципов деятельности психолога в работах российских психологов (Ю.Е. Алешина, В.В. Столин, И.В. Дубровина и др.).

3. Анализ содержания основных принципов деятельности психолога, представленных в Законе РБ «Об оказании психологической помощи».

4. Проблема обеспечения конфиденциальности при оказании психологической помощи.

Основная литература: 5, 6, 10, 15, 17, 21, 24, 31.

Дополнительная литература: 1, 7, 8, 13, 14, 23.

Т е м а 4

Основные положения Закона Республики Беларусь

«Об оказании психологической помощи»:

формы, способы, порядок оказания психологической помощи; права и обязанности психологов и клиентов

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Формы, способы и порядок оказания психологической помощи.
2. Условия оказания психологической помощи.
3. Права и обязанности клиентов.
4. Права и обязанности психологов.

Основная литература: 5, 6, 10, 15, 17, 21, 24.

Дополнительная литература: 1, 7, 8, 13, 14.

Т е м а 5

Теоретические основания психологической помощи

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Психоанализ. Основные теоретические положения психоанализа. Техники психоанализа.
2. Поведенческий подход. Основные теоретические положения поведенческого подхода. Техники поведенческого подхода.
3. Рационально-эмотивный метод. Основные теоретические положения данного подхода. Техники рационально-эмотивного метода.
4. Гештальт-подход. Основные теоретические положения гештальт-подхода. Техники гештальт-подхода.
5. Теория и практика консультативной и психотерапевтической работы К. Роджерса.

Основная литература: 1, 2, 6, 7, 14, 32, 33.

Дополнительная литература: 3, 5, 12, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27.

Тема 6

Психологический тренинг

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Определение понятия «психологический тренинг».
2. Области применения психологического тренинга.
3. Виды и цели тренинга в современной психологии.
4. Принципы работы тренинговой группы.
5. Эффект и специфика психологического тренинга.

Основная литература: 4, 23, 25, 27, 29.

Дополнительная литература: 4, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18.

Тема 7

Методологические основы психотерапии

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Определение психотерапии и содержание основных понятий.
2. Психотерапевтическое вмешательство.
3. Классификация методов психотерапии.
4. Направления психотерапии.
5. Формы психотерапии.
6. Основные правила психотерапии.
7. История психотерапии.
8. Личность психотерапевта.
9. Проблема присутствия психотерапевта в контакте.

Основная литература: 15, 16, 17, 20, 21, 26, 34.

Дополнительная литература: 3, 8, 9, 12, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27.

Тема 8

Групповая психотерапия

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Основные положения и понятия групповой психотерапии.
2. Преимущества и ограничения групповой психотерапии.
3. История развития групповой психотерапии: донаучные формы психотерапии, зарождение научных форм психотерапии, современное состояние отечественной психотерапии.

4. Принципы, роли и нормы в групповой психотерапии.
5. Стиль руководства группового психотерапевта.
6. Виды психотерапевтических групп.
7. Этапы группового процесса.
8. Факторы, обеспечивающие эффективность терапевтического воздействия в групповой психотерапии.

Основная литература: 4, 26, 27, 34.

Дополнительная литература: 9, 11, 18, 24, 25, 26.

Т е м а 9

Индивидуальная психотерапия

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Индивидуальная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.
2. Цели и факторы лечебного воздействия индивидуальной психотерапии.
3. Фазы индивидуального психотерапевтического процесса.
4. Долгосрочная и кратковременная формы индивидуальной психотерапии.
5. Эффективность методов индивидуальной психотерапии.
6. Психотерапевтический контакт.

Основная литература: 6, 8, 11, 13, 15, 16, 20, 21, 26, 34.

Дополнительная литература: 1, 3, 6, 9, 12, 19, 20, 21, 25, 26, 27.

Т е м а 10

Семейная психотерапия

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Семейная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.
2. Объект и цели семейной психотерапии.
3. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.
4. Техники структурной семейной психотерапии.

Основная литература: 2, 3, 9, 13, 28, 30.

Дополнительная литература: 3, 7, 13, 26, 27.

Т е м а 11

Кризисное вмешательство. Психологическая реабилитация

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Принципы и задачи кризисной психотерапии.
2. Этапы кризисной психотерапии.
3. Формы кризисной психотерапии.
4. Методы индивидуальной психотерапии кризисных психических состояний.
5. Особенности консультирования при суицидальных намерениях.
6. Консультирование в случае смерти близкого человека.
7. Переживание утраты при разводе.
8. Особенности беседы с умирающим человеком.
9. Психологическая реабилитация.

Основная литература: 11, 13, 18, 22.

Дополнительная литература: 17, 25, 26, 27.

Т е м а 12

Психологическое консультирование

Вопросы, рекомендованные к обсуждению:

1. Определение понятия «психологическое консультирование».
2. Цели психологического консультирования.
3. Этические нормы в консультировании.
4. Модели процесса психологического консультирования.
5. Основные микротехники внимания (выслушивания) и воздействия.
6. Условия успешного консультирования.
7. Процессуальные аспекты консультирования. Консультативный контакт. Первая встреча с клиентом.
8. Трудный клиент в психологическом консультировании.

Основная литература: 2, 3, 6, 12, 13, 17, 19, 20, 21, 26.

Дополнительная литература: 5, 6, 8, 12, 25, 26, 27.

ТЕМАТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ

Тема 1

Психологический тренинг

Цель лабораторного занятия: ознакомить слушателей с методами и техниками ведения психологического тренинга.

Занятие может быть организовано с использованием авторской программы тренинга «Профессионально-личностный рост педагога», занятие 1 «Люби себя» [29].

Цель тренингового занятия: способствовать познанию своих положительных и отрицательных качеств (на сознательном и бессознательном уровне), мешающих принятию себя, снять напряжение, чувство тревоги, способствовать развитию умений самоанализа и преодолению психологических барьеров у будущих психологов и педагогов.

Содержание тренинга

1. “Я рад(а), что сегодня мы смогли все встретиться, имеем возможность немного расслабиться, отдохнуть, поиграть и попутно что-то узнать о себе и о коллегах, и самое главное, выразить друг другу радость встречи. Сейчас мы все встанем и, кто как может, выразим эту радость».

Анализ: чье приветствие вам больше всего понравилось, что почувствовали?

В первый день встречи на сессии у всех на устах был один вопрос: как провели время, как отдохнули, где побывали. Но не все, наверное, успели узнать про всех. Предлагаю за 2–3 минуты узнать обо всех то, что хочешь.

2. Игра «Встаньте и поменяйтесь местами те, кто...» (отдохнул у моря, сходил в лес за грибами, растил урожай и т.д.).

3. Знакомство с правилами работы в группе.

Искренность в общении.

1) Искренность и открытость: чем более откровенными будут рассказы о том, что вас волнует и интересует, чем более искренними будут выражения ваших чувств, тем более эффективной будет ваша работа.

В группе не стоит лицемерить и лгать. Группа – то место, где вы можете рассказать о том, что вас действительно волнует и интересует, обсуждать такие проблемы, которые до момента участия в группе по каким-либо причинам не обсуждали. Если вы не готовы быть искренним в обсуждении какого-то вопроса – лучше промолчать.

2) Обязательное участие в работе группы в течение всего времени.

Этот принцип вводится в связи с тем, что ваши мысли и чувства очень значимы для других членов группы. Ваше отсутствие может привести к

нарушению внутригрупповых отношений, к тому, что у других не будет возможности услышать ваше мнение по обсуждаемому вопросу.

3) Не вынесение обсуждаемых проблем за пределы группы.

Все, что говорится здесь, должно остаться между нами. Это – одно из этических оснований нашей работы. Не стоит обсуждать чьи-то проблемы с людьми, не участвующими в тренинге, а также с членами группы вне тренинга. Лучше это делать непосредственно на занятии.

4) Право каждого члена группы сказать “стоп” – прекратить обсуждение его проблем.

Если вы чувствуете, что еще не готовы быть искренними в обсуждении вопросов, касающихся лично вас, или понимаете, что-то или иное упражнение может нанести вам психологическую травму, воспользуйтесь этим принципом.

5) Каждый участник говорит за себя, от своего имени.

Не стоит уходить от обсуждения и допускать рассуждения типа: “все так думают”, “большинство так считают”. Попробуйте строить свои рассуждения примерно так: “я думаю...”, “я чувствую ...”, “мне кажется ...”. Основное внимание каждого из нас должно быть сосредоточенно на том, что происходит с нами. Все высказывания должны строиться с использованием личных местоимений единственного числа. Здесь и теперь: мы говорим только о том, что происходит с нами в данный момент. Какие мысли, чувства вы переживаете в данный момент.

6) Не критиковать и признавать право каждого на высказывание своего мнения. Нас достаточно критикуют и оценивают в жизни. Давайте в группе учиться понимать другого, чувствовать, что человек хотел сказать, какой смысл вложил в высказывание.

7) Общение между всеми участниками на “ты”.

Этот принцип создает в группе обстановку, отличную от той, что существует за ее пределами. Это будет трудно, потому что мы привыкли к определенной иерархичности в отношениях. Если вам тяжело сразу перейти на “ты” – не торопите себя. Это может произойти на второй, третьей встрече.

4. Притча о молодом человеке.

Жил-был один молодой человек и очень ему не нравился современный мир, и он решил сделать все возможное, чтобы его изменить. Окончил школу с золотой медалью, институт международных отношений. Стал дипломатом и в меру своих сил старался изменить мир. Лет через 15 он с горечью заметил, что мир не изменился. Тогда он решил сузить пространство своего влияния, вернулся в свой родной город, вот здесь-то он сможет реализовать свои мечты: он построит людям новые дома, улучшит материальное положение и т.д.

Работал, не покладая рук. Но прошло лет 10 и он с сожалением заметил, что жизнь в городе, какой была, такой и осталась, люди не изменились. Тогда он решил воздействовать на членов своей семьи, изменить их. Но и через 5 лет он не увидел результатов своего труда. Тогда он решил измениться сам, он пересмотрел свои взгляды. Свое отношение к людям и с удивлением заметил, что изменились люди, окружающие его, изменился мир вокруг.

5. Дискуссия на тему “Нужно ли изменять себя, совершенствоваться?”

6. Информирование “Немного из жизни наших Я”.

“Познай себя”. Важность этой истины понимали еще древние. Для того, чтобы успешно строить контакты с окружающими, совсем неплохо сначала наладить отношения с самим собой. Первые признаки разлада в себе – психосоматические заболевания, (болит голова, сердце, кишечник, не пойму почему), а затем и соматические. Но вспомните свои попытки самоанализа, – чем больше думаешь о себе, тем сложнее ответить на вопрос: “ Кто Я?” Иногда подозреваешь в себе гения, а уже на другой день ощущаешь, что ты – самое презренное существо на свете. Умело выходя из запутанной жизненной ситуации, пасуешь почему-то в незначительном уличном инциденте. Смелый и раскованный в одном случае, неожиданно становишься робким и пассивным в другом. Так кто же я на самом деле?

На самом деле Я являюсь “совершенством” и “ничтожеством” одновременно. Эти две части совершенно равноправные. Настоящий самоанализ заключается не в нахождении какой-то главной части моего Я и отождествлении с ним. Например: “Я понял, что Я – трус, или Я – волевой человек”. То, с чем человек себя отождествляет, сразу же его поработает. Более верным является принятие всех качеств и проявлении своей личности как ценных.

К сожалению, пока еще мало известно о законах нашей психической жизни, о душе. Хотя уже сейчас можно выделить некоторые открытия “из жизни наших Я”:

– Они изолированы друг от друга, т.е. в обычных условиях мы не допускаем встречи наших Я. Наши части включаются попеременно, и нередко часть, которой хочется приключений и находит их, но расплачивается за это другая наша часть.

– Если какая-то наша часть резко выделяется (доминирует), то это говорит о том, что противоположная ей часть так же сильно в нас развита, но вытеснена. Если мы являемся застенчивыми, то внутри нас сидит настоящий нахал. В один прекрасный день он себя обнаружит. Возвысившийся раб становится еще более властным господином. Иванушка-дурачок оказывается всех умнее – этих примеров множество.

– Те части, которых мы не признаем в себе и не считаем своими, очень хорошо замечаются в других, а чаще просто им приписываются. Человеку с подавленной агрессией другие люди видятся очень грозными. Люди, которые нас сильно раздражают, имеют общие с нами проблемы.

– В виду отсутствия контакта между нашими частями они ничего не знают друг о друге. Поэтому работают так, что называется “вразнойбой”, а иногда прямо противоположно друг другу. Скованный человек, это тот, у которого части его Я упорно враждуют друг с другом. Вся энергия такого человека уходит лишь на то, чтобы сдерживать их. Секрет же естественности и обаяния – в согласованной работе наших частей. Я говорю “люблю” и текстом, и тоном, и движением. Чаще же бывает иначе. Слова говорят одно, интонация – другое, жесты – третье.

Если говорить о познании себя, то это, скорее, расширение зоны принятия себя в целостную систему. Познав и приняв себя, полюбив себя человек будет действительно хозяином себе, где каждой своей части он найдет применение, где ни одно из наших Я не будет отбрасываться как вредное, бесполезное или опасное.

7. Ритуал прощания.

Мы завершаем нашу работу. Сейчас каждый по очереди будет ставить перед собой этот стул. Остальные участники группы по желанию и в любом порядке будут подходить, садиться перед вами на стул и называть одно качество, которое, на их взгляд, помогает вам в общении, и одно, которое мешает. При этом надо помнить, что называть следует те качества, которые проявились в ходе работы группы и поддаются коррекции.

Т е м а 2

Семейная психотерапия

Цель занятия: ознакомить слушателей с методами и техниками семейной терапии на примере использования базовых психодраматических техник в работе с семьей.

Техника «**Психодрама**» разработана Якобом Леви Морено (1889–1974).

Участники классической психодрамы: протагонист, режиссер или директор, вспомогательные лица, зрители.

В групповой работе выделяют 3 этапа психодрамы:

- 1) Разогрев.
- 2) Действие: состоит из нескольких сцен.
- 3) Шерринг.

Этапы психодраматической сессии в семейной или супружеской психотерапии:

- 1) Инсценировка проблемы для ее представления, портрет проблемы.
- 2) Исследование проблемы:
 - 2.1. Обмен ролями.
 - 2.2. Сцена в новой интерпретации.
 - 2.3. Желаемая по мнению одного из супругов.
 - 2.4. Желаемая по мнению другого супруга.
 - 2.5. Новая сцена.
- 3) Шерринг.

Базовые психодраматические техники:

1) *Самопрезентация* – протагонист играет себя, в своей обычной жизни, он может играть себя маленького, в разных ролях, в разных ситуациях. Протагонист вводит вспомогательных лиц для ролевой игры.

2) *Исполнение роли* – акт принятия роли кого-то другого: человека, предмета, чувства и т.д.

3) *Монолог* – протагонист излагает свои мысли, чувства, как будто бы советуется с самим собой. Размышляет вслух.

4) *Диалог* – изображение в ролевой игре отношений между двумя людьми, где каждый играет самого себя.

5) *Обмен ролями* – протагонист играет «другого человека», тогда как вспомогательное «Я» выступает в роли протагониста.

6) *Дублирование* – присоединение к протагонисту другого члена группы. В семейной психотерапии дублером выступает сам психотерапевт.

7) *Психодраматическое зеркало* – психодрама разворачивается без протагониста. Его двойник, его вспомогательное «Я» работает вместо него, протагонист наблюдает. Вспомогательным «Я» может быть семейный психотерапевт.

8) *Реплики в сторону* – функция – извлечение внутренних мыслей и чувств протагониста.

9) *Техника пустого стула* – стул служит заместителем вспомогательного лица.

Т е м а 3

Кризисное вмешательство. Психологическая реабилитация

Цель занятия: ознакомить слушателей с методами и техниками кризисной интервенции и психологической реабилитации.

В ходе занятия отрабатывается техника «Сочинение рассказов в 6 частях» (6 PSM).

Данный метод, разработанный М. Лаад, основан на использовании библиотерапии – техники терапии, при которой используется выдуманная история или рассказ с целью помочь человеку.

Основная посылка описываемого метода состоит в том, что пострадавшему не всегда легко (обычно это ребенок, но иногда подросток или взрослый) рассказать о том, что произошло (особенно, когда речь идет о стрессовом событии). Метод может оказаться очень полезным при необходимости быстро оценить наличествующие способы совладания и осуществить вмешательство в срочном порядке.

Таким образом, данный метод состоит в следующем: рассказывается «проецированная» история, включающая элементы волшебной сказки или мифа; в рассказе проявляются методы, с помощью которых личность проецирует себя на организованную действительность и таким образом осуществляет контакт с миром. Описываемый подход соответствует необходимости быстрой оценки совладания и помогает консультанту понять клиента, найти с ним общий язык и наладить контакт. При использовании данного метода это можно проделать за очень короткий промежуток времени.

Методика проведения.

Необходимые ресурсы: карандаши, бумага, стиральная резинка.

Инструкция.

Вы сейчас расскажете историю, не пользуясь словами. Расскажите историю при помощи рисунков в соответствии с полученными инструкциями и вопросами. Не беспокойтесь о качестве рисунков и о степени их понятности: вы всегда можете дополнить их объяснениями. Имейте в виду – впоследствии история может быть рассказана словами.

А. Разделите страницу (А-4) на шесть частей, каким угодно способом, но только не разрезайте ее.

Б. Возьмите главное действующее лицо – героя или героиню из какого-либо рассказа, легенды, фильма или придумайте героя сами. Решите, где герой живет – это и будет первой частью вашей истории.

В. На второй картинке будет представлена миссия или задача, выполняемая персонажем. В каждой сказке или легенде герой выполняет какую-то задачу. Какова задача вашего героя/героини?

Г. Третья картинка описывает – кто или что помогает герою, если помогает?

Д. Четвертая – какое препятствие стоит на пути у героя?

Е. Пятая – как герой преодолевает препятствие?

Ж. Шестая – что происходит вслед за этим? Закончена ли цепь событий, продолжается ли она?

Таковы шесть частей рассказа. Теперь расскажите его с помощью линий, форм, символов или изображений. Закончив, объясните, что происходит на бумаге (ограничений времени нет). Когда клиент рассказывает свою историю, консультант должен выслушать рассказ и понять его на нескольких уровнях:

- 1) тон, в котором ведется рассказ;
- 2) контекст рассказа и его конечная цель (тема);
- 3) главные методы совладания со стрессом, отразившиеся в рассказе (BASIC Ph).

Предложенная структура рассказа, а также тематика вопросов, используемых консультантом, основываются на исследованиях Ф. Франц. Сторонница методов К. Юнга и крупная исследовательница волшебных сказок и рассказов, Ф. Франц обнаружила, что описанные шесть элементов представлены в волшебных сказках всех народов. Она приводит следующую цитату из К. Юнга: «Именно по волшебным сказкам лучше всего изучать сравнительную анатомию человеческой психики». Основной, и возможно единственный архетип личности, отражается в сказке различными путями. Сама Ф. Франц говорит, что сказки – это чистейшая и простейшая форма выражения коллективных бессознательных психических процессов и далее она утверждает: «Лично я думаю, что чаще всего архетипальные рассказы рождаются из индивидуально пережитых испытаний».

Таким образом, считается, что, рассказывая проецированную историю, основанную на элементах волшебной сказки и мифа, клиент описывает метод, с помощью которого он проецирует себя на организованную реальность и, таким образом, осуществляет контакт с миром.

Можно предположить, что обнаружить пути совладания можно только на картинке 5, но это не так. Каждая картинка дает необходимую информацию. Если, например, герой – волшебник, в этом содержится намек на роль воображения. Цель повествования может быть воображаемой, она может принять форму внутреннего убеждения. Препятствие может быть социальным, фантастическим или, наоборот, вполне реальным и требующим реального, физического преодоления.

«Совладание» с ситуацией может осуществляться во множестве разных форм, а заключение может быть эмоциональным, интеллектуальным, социальным или фантастическим. Важно поэтому быть внимательным к методам действий, которыми пользуется рассказчик, и инициировать контакт в соответствии с этими методами.

На основе рассказа психолог конструирует наиболее развитую модель «совладания», подсчитывая, сколько раз каждая модель встречается в рассказе: именно эта модель и используется рассказчиком чаще всего.

Приведем примеры, которые представляют собой буквальные цитаты; они могут показаться до некоторой степени запутанными.

Первая история (ученик 3-го класса Александр).

Обращение с запросом по поводу проблем социального характера, вызванных трудностями в отношениях с родителями. В скобках стоят начальные буквы компонентов BASIC Ph (см. таблицу 3).

1) Был когда-то цветок (C), и он был маленький (Ph).

2) Когда он вырос (Ph), он захотел добраться к другому цветку (S).

3) У него был помощник (S, Ph), который вырастил его, и у него были лук и стрела (C, I).

4) Препятствием был человек (S-) с ружьем.

5) У него был шланг (C), поэтому цветку удалось добраться к другому цветку (S).

6) В конце хороший человек (A) принес оба (Ph) цветка в свой сад (C). Я нарисовал также и его следы.

Содержание интервью после рассказа:

Вопрос: Почему он решил, что ему нужен этот цветок?

Ответ: Потому, что он не хотел быть в одиночестве, вокруг была пустыня, сначала он думал, что трава – его друг, но когда он вырос, он понял, что он – другой, и что он одинок. Когда они сражались, трава выросла, и это ему помогло, то есть трава тоже может помочь человеку против пустыни, но он все равно хочет кого-нибудь похожего на него самого.

Вопрос: Что говорили ему цветы?

Ответ: Они сказали, что они долго ждали его, и что без него им было скучно. Цветы будут друзьями.

Вопрос: Что они почувствуют, если они разлучатся?

Ответ: Если они разлучатся, им будет грустно, но тогда он пойдет искать другой цветок, только не в этом районе.

Анализ рассказа в соответствии BASIC Ph дал следующие результаты:

1. C. Ph.

2. Ph. S.

3. S, Ph. C. I.

4. S-.

5. C. S.

6. A. C. Ph.

B...0, A...1, S...3, S-...1, I...1, C... 4, Ph...4.

Резюме: У Александра ресурсы в преодолении кризисной ситуации сосредоточены в сфере практической деятельности (физическое) и сфере знаний (когниций). Отмечается ресурс в социальной сфере, и в тоже

время, наличие отрицательного S – указывает на конфликтную ситуацию в социальной сфере. Воображение развито слабо, не является ресурсом в преодолении ситуации. Чувства также выражены слабо. Самоценность низкая, пока не сформирована собственная жизненная позиция, возможно наличие депрессивных состояний.

Вторая история (рассказанная участником курса драматерапии Крисом).

1. Был человек, которого звали Чарли, и он не любит школу, и его выгнали сто лет назад. Так вот, был этот человек Микрочип, и он шпионил в пользу врага Чарли, но притворяется другом Чарли.

2. Он должен был сделать вот что, он пытается раздобыть ключ, потому что он потерял свой ключ от входной двери. Он потерял его здесь (указывая на рисунок), на другой стороне моря. Но они добавили новое оружие, чтобы помешать ему добыть этот ключ.

3. Помощник позвал Марко, и они попытались остановить (его?), Марко и Чарли, с помощью школьных обедов, потому что Чарли не любил в то время школьные обеды. А предводитель злых людей – это Минотавр.

4. И вот что они делают: помощник залезает на стену, и Чарли залезает на стену, и Марко поджигает динамитную шашку. И тогда, когда они взорвались, Чарли прыгает в море.

5. Когда он заходит в море, там есть обедометатель, которого он не заметил, и он швыряет школьный обед в небо, и (обед) падает прямо за обедометателем. И то же самое происходит с помощником. И тогда помощник берет динамитную шашку и взрывает дыру в стене.

6. И тогда в конце Микрочип-шпион (потому что Чарли добыл ключ, и Микрочип был этому не рад, и он был шпион), он Чарли застрелил.

Анализ рассказа в соответствии BASIC Ph дал следующие результаты:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. C. A. I. C. S- | 2. C. Ph. C. Ph. C. (Ph-?) |
| 3. S. C. S. I. C. A. C. S. I. | 4. S. Ph. C. Ph. C. Ph. C. C. Ph. |
| 5. Ph. I. C. Ph. Ph. C. S. | 6. S. C. Ph. S. C. A. C. Ph- |

В...0, А...3, S...7, S-...1, I...4, С... 18, Ph...10, Ph-2.

Резюме: у Криса большие ресурсы борьбы со стрессом в когнитивной области, поддерживаемые его воображением и способностью чувствовать. Рекомендуемый подход – сбор информации и творческое решение проблем (поиски неочевидных решений проблемы). Отрицательная оценка указывает на конфликт как в физической, так и в социальной области, и свидетельствует о трудностях, которые Крис испытывает в жизни и в своих отношениях с людьми. У него нет ясных ценностных понятий о жизни (на что указывает отсутствие «В» в рассказе). Обертоны рассказа – деятельность и

насилие. Темы: предательство, обида, убийство, школа как плохое место, так как школьная еда плохая. Доверять нельзя никому, жизнь есть борьба, она полна конфликтов. Вы можете сражаться, но, в конце концов, потерпите поражение. Враг затаился. Как раз в тот момент, когда вам кажется, что вы победили – разразится катастрофа.

Рекомендуется работа со следующими параметрами:

Конфликты: предательство...верность/дружба

Травма и убийство ...воспитание и забота.

Доверие...недоверие.

Бой...помощь.

Потеря...победа/выигрыш.

Нелюбовь к еде...наслаждение едой.

Успех/достижение...неудача.

В клинической работе компоненты BASIC Ph могут обозначаться прописными и строчными буквами. Прописные буквы обозначают доминирующие характеристики и модальности, в то время как буквы строчные представляют менее интенсивные качества; кроме того, строчные буквы могут использоваться, если нет уверенности в правильности интерпретации качества. Эта интерпретация проверяется путем устных разъяснений со стороны клиента в виде рассказа.

**Программы вмешательства,
как результат оценки ресурсов борьбы со стрессом**

Программы вмешательства, как результат оценки ресурсов совладения с кризисной ситуацией, строятся на основе комплексных методов, разработанных в соответствии с обнаруженной у пациента моделью совладения и ее конфигураций.

Например, если установлено, что клиент относится к модели «В» (верования и нравственные ценности), и что его основные ресурсы связаны с уяснением ценностей, то наиболее подходящими формами вмешательства для данного личностного типа будет всевозможные виды деятельности, связанной, так или иначе, с поисками значения. Например, логотерапия или различные методы уяснения ценностей и порядка предпочтений.

В другом случае, где процесс оценки обнаружил следующую конфигурацию: «S» (социальное) «C» (когнитивное) и «I» (воображение) – мы сможем предложить следующие методы работы. Когнитивная модель включает, в первую очередь, сбор информации и решение проблем. Поскольку выяснилось, что человек обладает развитым воображением, обычного решения проблем для него недостаточно. В его случае понадобятся импровизации, поиски решений, выходящие за пределы обычного. Это оз-

начает: развивать находчивость и способность находить альтернативные решения, или, образно говоря, «решения второй степени». Кроме того, поскольку речь идет о человеке, чьи методы совладания носят социальный характер, решения проблем должны быть направлены на социальные цели – такие, как, например, выполнение ответственных функций в той или иной группе или организации.

Есть и другие применения для шестичастного рассказа. Например, использование содержания этого рассказа: оценив темы, предметы, конфликты и размышления героев, исследователь может понять внутреннюю позицию и текущее эмоциональное состояние рассказчика. Это может быть проделано как на интерпретационном уровне, так и на аналитическом уровне, динамически или с помощью гештальт-психологического подхода. Речь идет о том, чтобы предоставить рассказчику возможность отождествиться с различными частями рассказа и таким образом самому понять особый смысл собственного повествования.

Шестичастный рассказ не только обладает множеством аспектов с точки зрения ресурсов совладания со стрессом; многогранность этого инструмента помогает психологу осуществить как быстрое кризисное вмешательство, так и долгосрочную терапию в динамически развивающихся условиях.

Основные конфигурации BASIC Ph и их интерпретация

B – самоуверенность, ясные ценности, взгляды и верования.

BC – негибкие и очень однозначные верования и мнения.

BA – подверженные влияниям верования и мнения, иногда воображаемые верования.

BS – социальные ценности.

A – аффекты всех видов.

(A-) – агрессивность по отношению в себе, общая деструктивность.

AS – социальная эмоциональность (сходство с BS) или социальная поддержка.

AI – смесь из эмоций, воображаемых персонажей, ужасных драконов, чудовищ и т.п.

AC – склонность к пониманию эмоций путем концептуализации, время от времени нейтрализация эмоций или контроль над ними с помощью интеллекта.

S – социальный тип, готовность взять на себя задачу, потребность в компании, иногда не для получения помощи, а просто из чувства цели. Источник поддержки – социальное окружение или организации.

SC – социальная осознанность, способность решать проблемы, практичность в стрессовых условиях.

SI – социальная поддержка, получаемая от воображаемых персонажей (вроде Супермена).

(S-) – чувство отчужденности и отверженности, враждебность.

I – широта воображения, как по содержанию, так и по охвату.

IS – способность к импровизации, основанной на знании фактов.

(I-) – болезненное воображение

C – когниции, знание, организация и мысль. Деятельность в соответствии со здравым смыслом и конкретными фактами.

CPh – конкретные методы мышления, ориентированные на деятельность.

(C-) – видимые причины для деятельности при отсутствии логики, например: пойти на пляж, потому что зима! Мысли не сверяются с реальностью.

Ph – физический тип, экспрессивность и энергия: двигаться, есть, страдать, плясать, путешествовать и т.п.

(Ph-) – психосоматические расстройства, желание совершить самоубийство.

Примечание: знак минуса означает конфликт в данной конкретной категории. Он относится к ресурсу совладания, который вследствие определенных обстоятельств отражает внутреннюю боль индивидуум.

Таблица 3

Многомерная модель BASIC Ph

Самоценность	Эмоции	Роль других Организация	Интуиция Юмор	Реальность Знание	Действие Практичность
В	А	S	I	C	Ph
Вера	Аффект	Социальное	Воображение	Когниция	Физическое
Франкл Маслоу	Фрейд Роджерс	Эриксон Адлер	Юнг Де Боно	Лазарус Эллис	Павлов Уотсон
Позиция Вера Продолжитель- ность жизни Уяснение ценностей	Слуховое восприятие Эмоции Вентиляция Принятие Выражение	Социальная роль, исполнение роли Структура Умения Группы ассертивности	Дух творчества Порядок игр Психодрама Символы «Как будто» Ведомый	Информация Предпочтение Решение проблем Самонавигация Разговор с собой	Деятельность Упражнение Релаксация Еда Работа

Тема 4

Психологическое консультирование

Цель занятия: ознакомить слушателей с методами и техниками психологического консультирования на примере метода свободных ассоциаций, анализа сновидений, анализа сопротивления, анализа содержания переноса.

1. Метод свободных ассоциаций.

Инструкция. Постарайтесь достаточно раскрепостить свои творческие способности для свободного ассоциирования. Возьмите лист бумаги и запишите все слова, которые приходят вам в голову, когда вы слышите слово «пенис». Сделайте список как можно более длинным. Теперь проделайте аналогичную процедуру со словом «влагалище». Сравните оба списка. Какие предметы повседневного обихода напоминают вам пенис и влагалище? Какие типы людей, понятия, предметы из вашей квартиры? Если у вас есть время, составьте ассоциации на слова «смерть», «любовь», «грудь», «тело», «рождение», «мастурбация» и др. Нахождение своих ассоциаций помогает вам осознать символы, с помощью которых вы репрезентируете картину повседневной жизни.

2. Метод толкования ошибочных действий, оговорок, описок (Фрейдовская ошибка).

Инструкция. Описки, обмолвки, ошибки – это возможность проникнуть в подсознание. Ошибки указывают нам на забытые места; мысли, прерванные на самом важном месте; поведение, которое постоянно бессознательно повторяется и др. Иногда их сложно расшифровать, но свободное ассоциирование позволяет с большой вероятностью понять скрытый смысл оговорок.

Вспомните свои речевые ошибки, обмолвки и попытайтесь с помощью свободных ассоциаций понять их значение.

3. Метод толкования сновидений.

Фрейд называл сны «королевской дорогой в бессознательное».

Инструкция.

Первый вариант: вспомните и запишите содержание своего сна. Затем сядьте, расслабьтесь и сфокусируйте внимание на одном из эпизодов сна. Позвольте мыслям свободно течь. Пусть они идут в любом направлении. Затем посмотрите, появились ли новые идеи, позволяющие вам понять смысл сна.

Второй вариант: припомните весь сон и расслабьтесь. Перенеситесь мысленно в детство и отдайтесь потоку ассоциаций. Примерно третья ассоциация будет информативной. Мысленно вернитесь к своему сну и попытайтесь установить связь между содержанием сна и ассоциациями.

4. Анализ сопротивления.

Инструкция. Под сопротивлением понимают все слова и поступки клиента, которые препятствуют проникновению в его подсознание. Например, выполняя вышеперечисленные задания, вы на чем-то споткнулись и не смогли сказать дальше ни слова. Эта блокировка – маленький пример

сопротивления. Вспомните человека, чувства к которому вы хотели бы понять более глубоко. Напишите на листке бумаги все слова, приходящие вам в голову при воспоминании об этом человеке. Отмечайте заблокированные слова. По этому списку можно представить общую картину чувств. Затем вернитесь к заблокированным словам и сделайте следующее:

- 1) свободно ассоциируйте, взяв блокировку в качестве отправного пункта (возможно нахождение ключа к пониманию сопротивления);
- 2) расслабьтесь, спойте первую, пришедшую на ум, песню и затем свободно ассоциируйте на тему спетой песни;
- 3) сделайте любой рисунок и снова подберите ассоциации;
- 4) возьмите книгу или словарь и выберите слово, далее снова свободно ассоциируйте (иногда ответ приходит немедленно).

5. Анализ содержания переноса.

Инструкция. Иногда мы встречаем людей, которые нам сразу не нравятся. Предполагается, что мы переносим на этот новый объект опыт наших прежних негативных чувств. Выберите какого-нибудь человека, с которым у вас проблемы во взаимоотношениях, и попробуйте свободно ассоциировать по вышеприведенным правилам.

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ п/п	Наименование темы	Форма самостоятельной работы
1.	Методологические основы учебного курса «Основы психологической помощи». Закон РБ «Об оказании психологической помощи»	Схемы-конспекты первоисточников с краткими комментариями
2.	Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: основные понятия, требования к квалификации специалиста, виды и цели психологической помощи	Подготовка выступления для участия в дискуссии
3.	Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: принципы оказания психологической помощи	Схемы-конспекты первоисточников, решение психотерапевтических задач
4.	Основные положения Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»: формы, способы, порядок оказания психологической помощи; права и обязанности психологов и клиентов	Работа с видеоматериалами, работа с электронными учебными пособиями, решение психотерапевтических задач
5.	Теоретические основания психологической помощи	Работа с видеоматериалами, работа с электронными учебными пособиями, разработка алгоритма оказания психологической помощи в различных психотерапевтических ситуациях
6.	Психологический тренинг	Работа с видеоматериалами, работа с электронными учебными пособиями, разработка алгоритма организации и проведения психологического тренинга
7.	Методологические основы психотерапии	Работа с видеоматериалами, работа с электронными учебными пособиями, решение методологических задач

Окончание таблицы

№ п/п	Наименование темы	Форма самостоятельной работы
8.	Групповая психотерапия	Работа с электронными учебными пособиями, работа с видеоматериалами, разработка алгоритма организации и проведения групповой психотерапии в различных психотерапевтических ситуациях
9.	Индивидуальная психотерапия	Работа с электронными учебными пособиями, работа с видеоматериалами, разработка алгоритма организации и проведения индивидуальной психотерапии в различных психотерапевтических ситуациях
10.	Семейная психотерапия	Работа с электронными учебными пособиями, работа с видеоматериалами, разработка алгоритма организации и проведения семейной психотерапии в различных психотерапевтических ситуациях
11.	Кризисное вмешательство. Психологическая реабилитация	Работа с видеоматериалами, работа с электронными учебными пособиями, разработка алгоритма организации и проведения кризисной интервенции в различных психотерапевтических ситуациях
12.	Психологическое консультирование	Работа с электронными учебными пособиями, работа с видеоматериалами, разработка алгоритма организации и проведения психологического консультирования в различных психотерапевтических ситуациях

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ (ЭКЗАМЕНА)

1. Понятие «психологическая помощь», его сущность и содержание.
2. Становление психологической помощи как социального института и профессии.
3. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире.
4. Становление психологической помощи в Республике Беларусь. Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи».
5. Основные термины, используемые в Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи», их определения.
6. Квалификация специалиста. Требования, предъявляемые к психологу.
7. Виды психологической помощи.
8. Цели психологической помощи.
9. Проблема множественности этико-профессиональных кодексов психолога.
10. Различные классификации принципов деятельности психолога в работах российских психологов (Ю.Е. Алешина, В.В. Столин, И.В. Дубровина и др.).
11. Анализ содержания основных принципов деятельности психолога, представленных в Законе РБ «Об оказании психологической помощи».
12. Проблема обеспечения конфиденциальности при оказании психологической помощи.
13. Формы, способы и порядок оказания психологической помощи.
14. Условия оказания психологической помощи.
15. Права и обязанности клиентов.
16. Права и обязанности психологов.
17. Психоанализ. Основные теоретические положения психоанализа. Техники психоанализа.
18. Поведенческий подход. Основные теоретические положения поведенческого подхода. Техники поведенческого подхода.
19. Рационально-эмотивный метод. Основные теоретические положения данного подхода. Техники рационально-эмотивного метода.
20. Гештальт-подход. Основные теоретические положения гештальт-подхода. Техники гештальт-подхода.
21. Теория и практика консультативной и психотерапевтической работы К. Роджерса.
22. Определение понятия «психологический тренинг».

23. Области применения психологического тренинга.
24. Виды и цели тренинга в современной психологии.
25. Принципы работы тренинговой группы.
26. Эффект и специфика психологического тренинга.
27. Определение психотерапии и содержание основных понятий.
28. Психотерапевтическое вмешательство.
29. Классификация методов психотерапии.
30. Направления психотерапии.
31. Формы психотерапии.
32. Основные правила психотерапии.
33. История психотерапии.
34. Личность психотерапевта.
35. Проблема присутствия психотерапевта в контакте.
36. Основные положения и понятия групповой психотерапии.
37. Преимущества и ограничения групповой психотерапии.
38. История развития групповой психотерапии.
39. Принципы, роли и нормы в групповой психотерапии.
40. Стил ь руководства группового психотерапевта.
41. Виды психотерапевтических групп.
42. Этапы группового процесса.
43. Факторы, обеспечивающие эффективность терапевтического воздействия в групповой психотерапии.
44. Индивидуальная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.
45. Цели и факторы лечебного воздействия индивидуальной психотерапии.
46. Фазы индивидуального психотерапевтического процесса.
47. Долгосрочная и кратковременная формы индивидуальной психотерапии.
48. Эффективность методов индивидуальной психотерапии.
49. Психотерапевтический контакт.
50. Семейная психотерапия как форма психотерапевтического воздействия.
51. Объект и цели семейной психотерапии.
52. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.
53. Техники структурной семейной психотерапии.
54. Принципы и задачи кризисной психотерапии.
55. Этапы кризисной психотерапии.
56. Формы кризисной психотерапии.

57. Методы индивидуальной психотерапии кризисных психических состояний.

58. Особенности консультирования при суицидальных намерениях.

59. Консультирование в случае смерти близкого человека.

60. Переживание утраты при разводе.

61. Особенности беседы с умирающим человеком.

62. Психологическая реабилитация.

63. Определение понятия «психологическое консультирование».

64. Цели психологического консультирования.

65. Этические нормы в консультировании.

66. Модели процесса психологического консультирования.

67. Основные микротехники внимания (выслушивания) и воздействия.

68. Условия успешного консультирования.

69. Процессуальные аспекты консультирования. Консультативный контакт. Первая встреча с клиентом.

70. Трудный клиент в психологическом консультировании.

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Основная литература

1. *Абрамова, Г.С.* Практическая психология / Г.С. Абрамова. – М.: Академия, 1997. – 368 с.
2. *Алешина, Ю.Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина. – М., 1994. – 178 с.
3. *Алешина, Ю.Е.* Спецпрактикум по социальной психологии: опрос, семейное и индивидуальное консультирование / Ю.Е. Алешина. – М.: Изд. МГУ, 1989. – 89 с.
4. *Бачков, И.* Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учебное пособие / И. Бачков. – М.: Ось-89, 1999. – 176 с.
5. *Бондаренко, А.Ф.* Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика / А.Ф. Бондаренко // Моск. психотерапевт. журнал. – 1993. – № 1. – С. 63–76.
6. *Бондаренко, А.Ф.* Психологическая помощь: теория и практика / А.Ф. Бондаренко. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 336 с.
7. *Братусь, Б.С.* Опыт обоснования гуманистической психологии / Б.С. Братусь // Вопр. психологии. – 1990. – № 6. – С. 9–16.
8. *Бурно, М.Е.* Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – М.: Академический проект, 2000. – 719 с.
9. *Бэндлер, Р.* Семейная психотерапия / Р. Бэндлер. – Воронеж: Модэк, 1993. – 128 с.
10. *Василюк, Ф.Е.* От психологической практики к психотехнической теории / Ф.Е. Василюк // Моск. психотерапевт. журнал. – 1992. – № 1. – С. 15–32.
11. *Василюк, Ф.Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
12. *Горностай, П.П.* Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход / П.П. Горностай, С.В. Васьковская. – Киев: Наук. думка, 1995. – 128 с.
13. *Емельянова, Е.В.* Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. — СПб.: Речь, 2004. — 368 с.
14. *Зейгарник, Б.В.* Теории личности в зарубежной психологии / Б.В. Зейгарник. – М.: МГУ. – 1982. – С. 128.
15. *Каннабих, Ю.* История психиатрии. Репринтное издание / Ю. Каннабих. – М.: ЦТР МГП ВОО, 1994. – 528 с.
16. *Карвасарский, Б.Д.* Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
17. *Кочюнас, Р.* Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
18. *Куликов, Л.В.* Практическая психология: советы и рекомендации / Л.В. Куликов. – СПб.: Изд. журнал «Звезда», 1994. – 160 с.
19. *Меновицков, В.Ю.* Введение в психологическое консультирование / В.Ю. Меновицков. – М.: Смысл, 2000. – 109 с.

20. *Мэй, Р.* Искусство психологического консультирования / Р. Мэй. – М.: Класс, 1994. – 144 с.

21. *Олиферович, Н.И.* Индивидуальное психологическое консультирование / Н.И. Олиферович. – Минск: Тесей, 2005. – 264 с.

22. *Пергаменщик, Л.А.* Психология страдания / Л.А. Пергаменщик // Журнал практического психолога: научно-практический журнал; ред. А.Г. Лидерс, М.Н. Федоров. – 2006. – № 6 ноябрь-декабрь 2006. – С. 119–132.

23. *Петровская, Л.А.* Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга / Л.А. Петровская. – М.: Изд-во МГУ, 1982. – 168 с.

24. Правовое регулирование психотерапевтической деятельности в Австрии: Закон о психотерапии от 7 июня 1990 г. // Моск. психотерапевт. журнал. – 1993. – № 3. – С. 140–156.

25. Практические рекомендации по составлению программы и ведению групп социально-психологического тренинга. – СПб.: СПб. гос. техн. ун-т, 1994. – 44 с.

26. *Роджерс, К.* Консультирование и психотерапия: новейшие подходы в области практической работы / К. Роджерс. – М.: Психотерапия, 2006. – 512 с.

27. *Рудестам, К.* Групповая психотерапия / К. Рудестам. – М.: Прогресс, 1990. – 310 с.

28. *Сатир, В.* Как строить себя и свою семью / В. Сатир. – М.: Педагогика-Пресс, 1992. – 192 с.

29. Тренинг профессионального общения и личностного роста: учебно-методические материалы / авт.-сост.: И.В. Черепанова, И.Т. Кушнер. – Могилев: МГУ имени А. А. Кулешова, 2013. – 92 с.

30. *Эйдемиллер, Э.Г.* Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкас. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

31. Этические стандарты для психолога. Мадрид. Испания. 1987 // Вопр. психологии. – 1990. – № 5. – С. 158–162.

32. *Ярошевский, М.Г.* История психологии / М.Г. Ярошевский. – М.: Мысль, 1985. – 576 с.

33. *Ярошевский, М.Г.* История психологии. От античности до середины XX века / М.Г. Ярошевский. – М.: Академия, 1997. – 416 с.

34. *Ялом, И.* Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом. – М.: Класс, 2000. – 576 с.

Дополнительная литература

1. *Автономова, Н.С.* Рассудок, разум, рациональность / Н.С. Автономова. – М.: Наука, 1988. – 288 с.

2. *Алберти, Р.Э.* Самоутверждающее поведение. Распрямись! Выскажись! Возрази! / Р.Э. Алберти, М.Л. Эммонс. – СПб.: Академический проект, 1998. – 190 с.

3. *Берн, Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – М.: Прогресс, 1988. – 540 с.

4. *Большаков, В.Ю.* Психотренинг. Социодинамика. Упражнения. Игры / В.Ю. Большаков. – СПб.: Соц.-психол. центр, 1996. – 380 с.

5. Бэйли, Р. НЛП-консультирование / Р. Бэйли. – М.: Изд-во «КСП+», 2000. – 320 с.
6. Вагин, И.О. Заяц, стань тигром! Практическая психология / И.О. Вагин. – М.: Рипол Классик, 1999. – 368 с.
7. Гайда, В.Л. Развитие коммуникативной компетентности. Методические указания / В.Л. Гайда, Е.Ю. Кимпеляйнен. – Омск, Областной совет Педагогического общества РСФСР, 1990. – 80 с.
8. Гинзбург, М.Р. Психологическое содержание личностного самоопределения / М.Р. Гинзбург // Вопросы психологии. – 1994. – № 4 – С. 43–53.
9. Квинн, В. Прикладная психология / В. Квинн. – СПб.: Питер, 2000. – 569 с.
10. Клюева, Н.В. Программы социально-психологического тренинга / Н.В. Клюева, М.А. Свистун. – Ярославль: Содействие, 1992. – 68 с.
11. Пергаменщик, Л.А. Список Робинзона: психологический практикум / Л.А. Пергаменщик. – Минск: Ильин В.П., 1996. – 128 с.
12. Перлз, Ф. Внутри и снаружи мусорного ведра / Ф. Перлз // Моск. психотерапевтич. журнал. – 1992. – № 1. – С. 123–136.
13. Петровская, Л.А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг / Л.А. Петровская. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 216 с.
14. Психологическое сопровождение подготовки специалистов в вузе. Материалы научно-практической конференции, Новосибирск, 10–14 января 1988 г. / отв. ред. П.Е. Рыженков; Новосибирский университет, Новосибирск, 1988. – 164 с.
15. Сидоренко, Е.В. Мотивационный тренинг / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2000. – 234 с.
16. Сидоренко, Е.В. Опыты реориентационного тренинга / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Институт тренинга, 1995. – 249 с.
17. Сидоренко, Е.В. Психодраматический и недирективный подходы в групповой работе с людьми. Методические описания и комментарии / Е.В. Сидоренко. – СПб., 1992. – 74 с.
18. Смид, Р. Групповая работа с детьми и подростками / Р. Смид. – М.: Генезис, 1999. – 272 с.
19. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья / А.С. Спиваковская. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – Т. 2. – 464 с.
20. Фрейд, З. Введение в психоанализ. Лекции / З. Фрейд. – М.: Наука, 1991. – 456 с.
21. Фрейд, З. Психология бессознательного: сб. произведений / З. Фрейд. – М.: Просвещение, 1989. – 448 с.
22. Фрейд, З. Толкование сновидений / З. Фрейд. – К.: Здоровье, 1991. – 384 с.
23. Фромм, Э. Психоанализ и этика / Э. Фромм. – М.: Республика, 1994. – 415 с.
24. Харин, С.С. Искусство психотренинга. Заверши свой гештальт / С.С. Харин. – Минск: Изд. В.П. Ильин, 1998. – 352 с.
25. Ялом, И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти / И. Ялом; пер. с англ. А. Петренко. – М.: Эксмо, 2009. – 352 с.
26. Ялом, И. Дар психотерапии / И. Ялом. – М.: Эксмо, 2009. – 352 с.
27. Ялом, И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы / И. Ялом. – М.: Класс, 1997. – 288 с.

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Об оказании психологической помощи

1 июля 2010 года № 153-З

Принят Палатой представителей 4 июня 2010 г.

Одобен Советом Республики 15 июня 2010 г.

Настоящий Закон направлен на определение правовых и организационных основ оказания психологической помощи в целях обеспечения прав и законных интересов граждан при ее получении.

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основные термины, используемые в настоящем Законе, и их определения

Для целей настоящего Закона используются следующие основные термины и их определения:

психологическая помощь – комплекс мероприятий, направленных на содействие гражданам в предупреждении, разрешении психологических проблем, преодолении последствий кризисных ситуаций, в том числе путем активизации собственных возможностей граждан для самостоятельного предупреждения, разрешения возникающих психологических проблем, преодоления последствий кризисных ситуаций и создания необходимых для этого условий, на информирование граждан о причинах психологических проблем и способах, средствах их предупреждения и разрешения, на развитие личности, ее самосовершенствование и самореализацию;

психологическая проблема – состояние душевного дискомфорта гражданина, вызванное неудовлетворенностью собой, своей профессиональной деятельностью, межличностными отношениями, обстановкой в семье и (или) другими проблемами личной жизни; кризисная ситуация – условия и (или) факторы, приводящие к жизненным изменениям и возникновению психологических проблем, с которыми гражданин не может справиться привычными для него способами;

кризисное вмешательство – безотлагательное оказание психологической помощи.

Статья 2. Законодательство в сфере оказания психологической помощи

Законодательство в сфере оказания психологической помощи основывается на Конституции Республики Беларусь и состоит из настоящего Закона, актов Президента Республики Беларусь и иных актов законодательства.

Если международным договором Республики Беларусь установлены иные правила, чем те, которые предусмотрены настоящим Законом, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Субъекты, осуществляющие деятельность по оказанию психологической помощи

Субъектами, осуществляющими деятельность по оказанию психологической помощи, являются организации и индивидуальные предприниматели.

Статья 4. Психолог. Требования, предъявляемые к психологу

Психолог – лицо, непосредственно оказывающее психологическую помощь и отвечающее требованиям, предъявляемым настоящей статьей. При осуществлении деятельности по оказанию психологической помощи, требующей получения соответствующего специального разрешения (лицензии), психолог должен соответствовать также иным требованиям, предусмотренным законодательством о лицензировании. Психолог оказывает психологическую помощь в качестве индивидуального предпринимателя либо работника субъекта, осуществляющего деятельность по оказанию психологической помощи.

Психологом может быть лицо: имеющее высшее психологическое образование; имеющее высшее медицинское образование с квалификацией врач-психолог, медицинский психолог, клинический психолог; имеющее высшее педагогическое образование с квалификацией психолог, педагог-психолог, практический психолог в системе образования; имеющее ученую степень доктора или кандидата психологических наук; *прошедшее переподготовку на уровне высшего образования по специальности практическая психология, медицинская психология, психология.*

Лицо, получившее соответствующее образование за рубежом, имеет право на оказание психологической помощи при наличии выданного Министерством образования Республики Беларусь свидетельства о признании документа об образовании, выданного в иностранном государстве, и установлении его эквивалентности (соответствия) документу об образовании Республики Беларусь.

Не допускаются к непосредственному оказанию психологической помощи лица, указанные в частях третьей и четвертой настоящей статьи, которые: имеют судимость за совершение умышленного преступления против человека; ранее выполняли воспитательные функции и были уволены за совершение аморального проступка, несовместимого с продолжением такой работы; состоят на учете в психоневрологическом и (или) наркологическом диспансерах.

Статья 5. Виды психологической помощи

К видам психологической помощи относятся:

психологическое консультирование – комплекс мероприятий, направленных на содействие гражданину (группе граждан) в разрешении психологических проблем, в том числе в принятии решений относительно профессиональной деятельности, межличностных отношений, на развитие личности, ее самосовершенствование и самореализацию, а также на преодоление последствий кризисных ситуаций;

психологическая коррекция – комплекс мероприятий, направленных на исправление (корректировку) особенностей личности гражданина и его поведения, которые приводят к психологическим проблемам;

психологическая профилактика – комплекс мероприятий, направленных на своевременное предупреждение возможных нарушений в становлении и развитии личности гражданина и межличностных отношений, содействие гражданину в сохранении и укреплении состояния его душевного равновесия;

психологическое просвещение – комплекс мероприятий, направленных на распространение психологических знаний, повышение степени информированности граждан о психологии и возможностях психологической помощи в целях повышения уровня их психологической культуры и качества личной жизни.

Составной частью любого вида психологической помощи может являться психологическая диагностика, выражающаяся в оценке индивидуально-психологических свойств личности гражданина и направленная на выявление психологических проблем гражданина, уточнение их особенностей.

ГЛАВА 2

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 6. Государственное регулирование в сфере оказания психологической помощи

Государственное регулирование в сфере оказания психологической помощи осуществляется Президентом Республики Беларусь, Советом Министров Республики Беларусь, Министерством здравоохранения Республики Беларусь, Министерством образования Республики Беларусь и иными государственными органами, в том числе местными исполнительными и распорядительными органами, в пределах их полномочий.

Статья 7. Полномочия Президента Республики Беларусь в сфере оказания психологической помощи

Президент Республики Беларусь определяет государственную политику и осуществляет иное государственное регулирование в сфере оказания психологической помощи в соответствии с Конституцией Республики Беларусь, настоящим Законом и иными законодательными актами.

Статья 8. Полномочия Совета Министров Республики Беларусь в сфере оказания психологической помощи

Совет Министров Республики Беларусь обеспечивает проведение государственной политики в сфере оказания психологической помощи, координирует деятельность государственных органов в данной сфере, определяет в части, не урегулированной настоящим Законом и иными законодательными актами, порядок и условия оказания психологической помощи.

Статья 9. Полномочия Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства образования Республики Беларусь и иных государственных органов, в том числе местных исполнительных и распорядительных органов, в сфере оказания психологической помощи

Министерство здравоохранения Республики Беларусь в сфере оказания психологической помощи в пределах своей компетенции: проводит государственную политику, за исключением государственной политики в сфере оказания психологической помощи в системе образования; осуществляет выдачу специальных разрешений (лицензий) на осуществление

деятельности по оказанию психологической помощи; вносит предложения о совершенствовании правового регулирования; осуществляет совместно с Министерством образования Республики Беларусь методологическое руководство; развивает международное сотрудничество; осуществляет иные полномочия в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства.

Министерство образования Республики Беларусь в сфере оказания психологической помощи в пределах своей компетенции: проводит государственную политику в системе образования; вносит предложения о совершенствовании правового регулирования; осуществляет совместно с Министерством здравоохранения Республики Беларусь методологическое руководство; осуществляет методологическое руководство в области подготовки, переподготовки и повышения квалификации психологов; развивает международное сотрудничество; осуществляет иные полномочия в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства.

Иные государственные органы, в том числе местные исполнительные и распорядительные органы, реализуют государственную политику в сфере оказания психологической помощи в пределах своих полномочий.

Статья 10. Межведомственный координационный совет по оказанию психологической помощи

В целях обеспечения координации деятельности государственных органов в сфере оказания психологической помощи Советом Министров Республики Беларусь создается Межведомственный координационный совет по оказанию психологической помощи.

Межведомственный координационный совет по оказанию психологической помощи является консультативным органом. Положение о Межведомственном координационном совете по оказанию психологической помощи и его персональный состав утверждаются Советом Министров Республики Беларусь.

Статья 11. Лицензирование деятельности по оказанию психологической помощи

Лицензирование деятельности по оказанию психологической помощи осуществляется в соответствии с законодательством о лицензировании.

ГЛАВА 3

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 12. Организация оказания психологической помощи

Оказание психологической помощи осуществляется на основании методов и методик, разрешенных к применению Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Министерством образования Республики Беларусь.

Порядок и условия применения методов и методик оказания психологической помощи определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Министерством образования Республики Беларусь.

Статья 13. Цели оказания психологической помощи

Целями оказания психологической помощи являются: предупреждение психологических проблем; разрешение психологических проблем; преодоление последствий кризисных ситуаций; информирование граждан о причинах психологических проблем и способах, средствах их предупреждения и разрешения; развитие личности, ее самосовершенствование и самореализация.

Статья 14. Принципы оказания психологической помощи

Психологическая помощь оказывается на основе принципов: законности; уважения и соблюдения прав, законных интересов и свобод граждан; добровольности получения психологической помощи; доступности получения психологической помощи; конфиденциальности; научной обоснованности; профессионализма.

Статья 15. Обеспечение конфиденциальности при оказании психологической помощи

Информация, полученная при оказании психологической помощи, а также факт обращения за оказанием психологической помощи являются профессиональной тайной, охраняемой настоящим Законом. Документация психолога об оказании гражданину психологической помощи применяется только для служебного пользования. Выписка из документации психолога об оказании гражданину психологической помощи предоставляется по запросу этого гражданина или его законного представителя, за исключением случаев оказания психологической помощи анонимно. Выписка из документации психолога об оказании гражданину психологической помощи предоставляется в форме, доступной для понимания лицом,

не обладающим специальными познаниями в области психологии. Сведения, составляющие профессиональную тайну, могут быть сообщены психологом третьим лицам только с согласия гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи, или его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

Предоставление сведений, указанных в части первой настоящей статьи, без согласия гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи, или его законного представителя допускается по письменным запросам:

органов, ведущих уголовный процесс, в связи с проведением предварительного расследования или судебным разбирательством; руководителей органов или учреждений, исполняющих наказание и иные меры уголовной ответственности, для обеспечения личной безопасности и ресоциализации граждан;

руководителей государственных организаций здравоохранения, оказывающих психотерапевтическую, психиатрическую, наркологическую, сексологическую помощь, для оказания такой помощи; руководителей учреждений образования в целях улучшения условий организации обучения и воспитания обучающихся (воспитанников) этих учреждений;

научных работников в связи с проведением ими научных исследований или специалистов, занимающихся педагогической деятельностью в области психологии, психотерапии, психиатрии, сексологии, в связи с осуществлением ими педагогической деятельности – в форме, исключающей наличие сведений личного характера, позволяющих идентифицировать конкретного гражданина.

Психологи обязаны сообщать в правоохранительные органы информацию, составляющую профессиональную тайну, если она содержит сведения о совершенном особо тяжком преступлении либо о готовящемся тяжком, особо тяжком преступлении.

Психологи обязаны информировать законных представителей несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, о психологических проблемах несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, при которых существует вероятность совершения ими суицидальных действий. Предоставление такой информации не является разглашением профессиональной тайны.

Обязанность сохранять профессиональную тайну наравне с психологами распространяется также на лиц, которым она стала известна в соответствии с настоящим Законом.

Статья 16. Формы и способы оказания психологической помощи

Оказание психологической помощи может осуществляться в очной и заочной формах.

Очная форма оказания психологической помощи – оказание психологической помощи без использования средств электросвязи.

Заочная форма оказания психологической помощи – оказание психологической помощи с использованием средств электросвязи. Оказание психологической помощи гражданину осуществляется индивидуально или в составе группы. Оказание психологической помощи гражданину (группе граждан) для преодоления последствий кризисных ситуаций может осуществляться путем кризисного вмешательства.

Статья 17. Порядок оказания психологической помощи

Психологическая помощь оказывается на безвозмездной или возмездной основе.

Оказание психологической помощи *на безвозмездной основе* обязаны обеспечивать:

государственные учреждения здравоохранения гражданам по месту их жительства (месту пребывания) либо пациентам – при оказании бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения; учреждения образования участникам образовательного процесса; государственные организации, осуществляющие предупреждение и ликвидацию чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, гражданам, оказавшимся в чрезвычайной ситуации природного и техногенного характера;

следственные изоляторы уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь несовершеннолетним, содержащимся под стражей;

лечебно-трудовые профилактории гражданам, находящимся в лечебно-трудовых профилакториях;

учреждения уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь осужденным, отбывающим наказание в таких учреждениях;

комитет по образованию Минского городского исполнительного комитета, управления (отделы) образования областных, городских, районных исполнительных комитетов либо органы, организации, уполномоченные органом опеки и попечительства, несовершеннолетним, находящимся на воспитании в приемных, опекунских семьях, детских домах семейного типа, а также усыновленным несовершеннолетним по

обращениям усыновителей; государственные учреждения социального обслуживания малообеспеченным и находящимся в трудной жизненной ситуации гражданам – на основании государственных минимальных социальных стандартов в области социального обслуживания;

местные исполнительные и распорядительные органы лицам, пострадавшим в результате акта терроризма, иного тяжкого или особо тяжкого преступления;

государственные органы, иные государственные организации при осуществлении ими деятельности по оказанию психологической помощи для выполнения целей и задач, возложенных на них законодательством.

Психологическая помощь *исключительно на безвозмездной основе* оказывается:

организациями своим работникам;

с использованием средств электросвязи;

несовершеннолетним в случаях, предусмотренных частью второй статьи 18 настоящего Закона.

Психологическая помощь *на возмездной основе* может оказываться организациями и индивидуальными предпринимателями, за исключением случаев, предусмотренных частями второй и третьей настоящей статьи.

Оказание психологической помощи на возмездной основе осуществляется на основании письменных договоров об оказании психологической помощи, за исключением психологической помощи, оказываемой анонимно. К договору об оказании психологической помощи применяются правила, установленные законодательством для договора возмездного оказания услуг.

Психологическая помощь может оказываться анонимно на возмездной или безвозмездной основе.

Анонимно психологическая помощь оказывается по желанию гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи. На гражданина, обратившегося за оказанием психологической помощи анонимно, оформляется специальная карта, в которой указываются названные гражданином фамилия, возраст и место жительства (место пребывания), без предъявления документа, удостоверяющего личность. Документами, подтверждающими факт оплаты услуг при оказании психологической помощи анонимно на возмездной основе, являются кассовый чек или иной документ, предусмотренный законодательством.

Статья 18. Условия оказания психологической помощи

Психологическая помощь гражданину оказывается с его согласия, а несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет – также с согласия

одного из законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

При оказании психологической помощи несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет согласия законных представителей не требуется:

- при установлении фактов жестокого обращения, физического, психического, сексуального насилия в отношении несовершеннолетнего;

- в случае признания несовершеннолетнего находящимся в социально опасном положении, в том числе нуждающимся в государственной защите;

- при оказании психологической помощи в виде психологического просвещения и психологической профилактики в учреждениях образования и организациях здравоохранения;

- в случае принудительного оказания медицинской помощи несовершеннолетним, страдающим психическими и поведенческими расстройствами, в государственных учреждениях здравоохранения;

- несовершеннолетним, оказавшимся в чрезвычайной ситуации природного и техногенного характера;

- несовершеннолетним, находящимся в специальных лечебно-воспитательных учреждениях, специальных учебно-воспитательных учреждениях;

- при обращении несовершеннолетнего за оказанием психологической помощи анонимно.

ГЛАВА 4

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН

ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПСИХОЛОГОВ

Статья 19. Права и обязанности граждан при оказании им психологической помощи

Граждане при оказании им психологической помощи имеют право на: уважительное и гуманное отношение;

- получение психологической помощи независимо от пола, расы, национальности, имущественного положения, религиозных убеждений и других обстоятельств;

- выбор психолога, формы и способа оказания психологической помощи; сохранение профессиональной тайны с учетом требований настоящего Закона;

- отказ на любой стадии от оказания психологической помощи, а также от фото-, видео-, аудиозаписей при оказании психологической помощи;

получение выписок из документации психолога об оказании им психологической помощи, за исключением случаев оказания психологической помощи анонимно;

возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью вследствие оказания психологической помощи, в том числе компенсацию морального вреда, в порядке, установленном законодательством;

иные права, предусмотренные законодательством. Граждане при оказании им психологической помощи обязаны выполнять рекомендации психолога, сотрудничать с ним.

Статья 20. Права и обязанности психологов

Психологи имеют право на:

защиту своих профессиональных прав;

объединение в профессиональные союзы, иные общественные объединения;

отказ от оказания психологической помощи в случае, если обращение гражданина за оказанием психологической помощи не обусловлено наличием у него психологических проблем и (или) необходимостью преодоления последствий кризисных ситуаций;

иные права, предусмотренные законодательством.

Психологи обязаны:

квалифицированно выполнять свои должностные обязанности;

не допускать негуманных и дискриминационных действий при оказании психологической помощи;

уважать и соблюдать права, свободы и законные интересы граждан при оказании им психологической помощи;

сохранять профессиональную тайну с учетом требований настоящего Закона;

соблюдать нормы профессиональной этики;

выполнять иные обязанности, возложенные на них актами законодательства.

ГЛАВА 5

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 21. Меры по реализации положений настоящего Закона

Совету Министров Республики Беларусь в шестимесячный срок: привести решения Правительства Республики Беларусь в соответствие с настоящим Законом;

обеспечить приведение республиканскими органами государственного управления, подчиненными Правительству Республики Беларусь, их нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Законом;

принять иные меры, необходимые для реализации положений настоящего Закона.

Местным исполнительным и распорядительным органам в шестимесячный срок привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Законом и принять иные меры, необходимые для реализации положений настоящего Закона.

Статья 22. Вступление в силу настоящего Закона

Настоящий Закон вступает в силу через шесть месяцев после его официального опубликования, за исключением настоящей статьи и статьи 21, которые вступают в силу со дня официального опубликования настоящего Закона.

Президент Республики Беларусь Александр Лукашенко

1 июля 2010 года, г. Минск

№ 153-З

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	3
ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН	5
СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	6
КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИЙ	9
ТЕМАТИКА СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ	263
ТЕМАТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ	268
ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	282
ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ (ЭКЗАМЕНА)	284
ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	287
ПРИЛОЖЕНИЕ	290