



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

О.П. Степанова

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2022

УДК 159,9
ББК 53.57я73

Рецензенты:

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры социальной работы
и психолого-педагогического образования
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Г.В. Слепухина

директор МУ «Центр психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи»
И.А. Шнерх

Степанова О.П.

Методы психотерапии в психологическом консультировании [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ольга Павловна Степанова; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (0,75 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2022. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBMPC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS WindowsXP и выше ; AdobeReader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

ISBN 978-5-9967-2343-0

Учебное пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Методы психотерапии в психологическом консультировании» Содержит краткое изложение классических направлений психотерапии: психоанализ, поведенческая, когнитивная, телесная психотерапия, гештальттерапия, транзакционный анализ и другие.

В учебно-методическом пособии даны упражнения для индивидуальных и групповых занятий. Представлены коррекционные, развивающие программы, а так же раздел контрольно-практических заданий, рекомендации к ним.

Учебное пособие предназначено для магистрантов направлений подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, профиль Психологическое консультирование. Содержание пособия направлено на формирование соответствующих профессиональных компетенций магистрантов.

УДК 159,9
ББК 53.57я73

ISBN 978-5-9967-2343-0

© Степанова О.П., 2022

© ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова», 2022

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.....	5
1.1. Цели и методы психотерапии	5
1.2. Психологическое консультирование и психотерапия.....	6
1.3. Структура психотерапевтического процесса.....	7
1.4. Требования к личности психотерапевта - модель эффективного психотерапевта.....	9
1.5. Модель личности эффективного психотерапевта	10
1.6. Влияние профессиональной деятельности на личность психотерапевта ...	13
1.7. Терапевтический климат. физические компоненты терапевтического климата	15
1.8. Правила поведения психотерапевта в особых ситуациях.....	18
РАЗДЕЛ 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ.....	20
2.1. Психодинамический подход.....	20
2.2. Терапия	21
2.3. Разновидности психоанализа.....	23
2.4. Феноменологический подход	25
2.5. Поведенческий подход.....	28
2.6. Когнитивная терапия.....	32
2.7. Сравнительный обзор методов психотерапии.....	36
РАЗДЕЛ 3 ПЛАНИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ СОЦИАЛЬНЫМ ГРУППАМ И ОТДЕЛЬНЫМ ЛИЦАМ, ПОПАВШИМ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ, РАБОТНИКАМ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ	39
3.1 Групповая психотерапия.....	39
3.2 Цели групповой психотерапии	39
3.3. Феноменология группового процесса	39
3.4. Организация терапевтической группы.....	45
3.5. Образцы составления программ психологической помощи и поддержки	47
3.6. Основное содержание деятельности психолога	53
3.7. Организационные условия проведения групповых форм работы	55
РАЗДЕЛ 4. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ.....	58
Задания к семинарским занятиям.....	58
Примерный перечень тем рефератов:	60
Методические рекомендации по написанию рефератов:.....	61
Тестовое задание к разделу 1.....	62
Тестовое задание к разделу 2.....	65
Тестовое задание к разделу 3.....	67
ГЛОССАРИЙ	71
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	90

ВВЕДЕНИЕ

Знание основ психотерапии необходимо каждому культурному человеку. А представителям профессий, главная задача которых - работа с людьми, - психологам, педагогам, социальным работникам, юристам эти знания профессионально необходимы. Они помогают лучше понимать и оценивать свои и чужие поступки и психические состояния, причины которых не всегда лежат на поверхности и не всегда на самом деле таковы, какими нам представляются.

Важно не просто понимать, но и правильно действовать, корректировать в случае необходимости свое и чужое поведение. Это не так просто, как кажется на первый взгляд. Иначе мы давно бы расстались с мешающими нам и другим привычками.

Одна из задач психотерапии - обучение людей способам мышления и поведения, которые помогут им эффективнее решать и по возможности не создавать личные и межличностные проблемы.

Опытный консультант зачастую сразу видит деструктивные мысли и действия, порождающие и усугубляющие проблемы, которые его клиентам кажутся по вине других людей и обстоятельств.

Часто клиент на осознанном уровне вполне понимает, что нужно делать в сложившейся его ситуации, но не может найти выход и решительности для этих действий, предпочитая смириться с ситуацией как недостижимой.

Психолог-консультант, должен уметь отличить ситуацию, объективно неразрешимую, от ситуации, которую данный человек принимает за неразрешимую, снимая с себя ответственность за принятие решений и действия по ее преодолению. Одновременно практический психолог должен уметь четко отличать случаи, входящие в его компетенцию, от случаев, с которыми данный индивид должен быть направлен к психиатру с подозрением на психическое расстройство.

Пособие адресовано студентам психологам, может быть также полезна учащимся педагогических колледжей, педагогам, практическим психологам, социальным работникам.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

1.1. Цели и методы психотерапии

Общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно:

- 1) терапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы;
- 2) устраняет эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощряет свободное выражение чувств;
- 4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

1. Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

2. Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

3. И, наконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого – терапевтического, хирургического и т.д.) имеют некоторые общие основные черты, или составляющие.

1. Человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы. Это – *клиент*, или пациент.

2. Человек, который благодаря обучению или опыту воспринимается как способный оказывать помощь. Это – *терапевт*, или целитель.

3. *Теория*, которая используется для объяснения проблем пациента. В медицине теория включает, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может включать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает психодинамику, принципы научения или другие психические факторы.

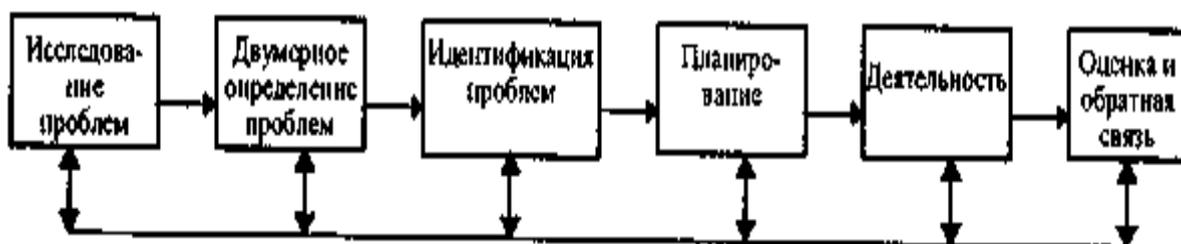
4. Набор *процедур* для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией. Так, знахарь или экзорцист борется со

сверхъестественными силами с помощью специальных церемоний или заклинаний, а врач лечит инфекцию антибиотиками.

5. Специальное социальное *отношение* между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента. Терапевт стремится к созданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем.

1.2. Психологическое консультирование и психотерапия

Распределение этих двух сфер психологической помощи – сложная задача, поскольку в немалом числе случаев профессионалу трудно сказать, занимается он психологическим консультированием или психотерапией. Как в консультировании, так и в психотерапии используются те же самые профессиональные навыки; требования, предъявляемые к личности клиента и психотерапевта, одинаковы; процедуры, используемые в консультировании и психотерапии, тоже подобны. Наконец, в первом и втором случаях помощь клиенту основывается на взаимодействии между психотерапевтом (консультантом) и клиентом. Из-за трудности разделения этих двух областей некоторые практики используют понятия «психологическое консультирование» и «психотерапия» как синонимы, аргументируя свою точку зрения схожестью деятельности психотерапевта и консультанта-психолога.



Но поскольку в большинстве стран данные профессии существуют как отдельные, важно найти основания, по которым их можно было хотя бы частично разделить. Bramer и Shostrom (1982), говоря о соотношении консультирования и психотерапии, прибегают к представлению о двух полюсах континуума. На одном полюсе работа профессионала затрагивает в основном ситуационные проблемы, решаемые на уровне сознания и возникающие у клинически здоровых индивидов. Здесь расположена область консультирования. На другом полюсе – большее стремление к глубокому анализу проблем с ориентацией на бессознательные процессы, структурную перестройку личности. Здесь расположена область психотерапии. Область между полюсами принадлежит деятельности, которую можно называть как консультированием, так и психотерапией.

Gelso, Fretz (1992), Blosner (1966) выделяют специфические черты психологического консультирования, отличающие его от психотерапии:

– консультирование ориентировано на клинически здоровую личность; это люди, имеющие в повседневной жизни психологические трудности и проблемы, жалобы невротического характера, а также люди, чувствующие себя хорошо, однако ставящие перед собой цель дальнейшего развития личности;

– консультирование сориентировано на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения; эта ориентация основана на вере, что «человек может изменяться, выбирать удовлетворяющую его жизнь, находить способы использования своих задатков, даже если они невелики из-за неадекватных установок и чувств, замедленного созревания, культурной депривации, недостатка финансов, болезни, инвалидности, преклонного возраста». (Jordan с соавт.; цит. по: Myers с соавт., 1968);

– консультирование чаще ориентируется на настоящее и будущее клиентов;

– консультирование обычно ориентируется на краткосрочную помощь (до 15 встреч);

– консультирование ориентируется на проблемы, возникающие во взаимодействии личности и среды;

– в консультировании акцентируется ценностное участие консультанта, хотя отклоняется навязывание ценностей клиентам;

– консультирование направлено на изменение поведения и развитие личности клиента.

1.3. Структура психотерапевтического процесса

Ни одна из теоретических ориентации или школ психотерапии не отражает все возможные ситуации взаимодействия психотерапевта и клиента. Поэтому рассмотрим самую общую модель структуры психотерапевтического процесса, называемую эклектической (В.Е. Gilland и сотрудники; 1989). Эта системная модель, охватывающая шесть тесно связанных между собой стадий, отражает универсальные черты психологического консультирования или психотерапии любой ориентации.

1. *Исследование проблем.* На этой стадии психотерапевт устанавливает контакт (раппорт) с клиентом и достигает обоюдного доверия: необходимо внимательно 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 психотерапевт стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая как эмоциональные, так и когнитивные их аспекты. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и психотерапевт не достигнут одинакового понимания; проблемы определяются конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и 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, психотерапевт 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 их было легче сравнивать. Следует найти такие альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно.

4. *Планирование.* На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Психотерапевт 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 много времени; другие могут быть решены лишь частично посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизирующего поведения воздействия. В плане решения проблем 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. Психотерапевт 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 психотерапевтом 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.

Выделение стадий условно, поскольку в практической работе одни стадии смыкаются с другими, и их взаимозависимость сложнее, чем в представленной схеме.

Здесь следует еще раз подчеркнуть то, о чем упоминалось выше, – в процессе психотерапии важны не столько схемы (хотя общее представление и понимание хода психотерапии обязательны), сколько профессиональная и человеческая компетенция психотерапевта. Ее составляют многие элементы, речь о которых пойдет ниже. Перечислим общие правила и установки психотерапевта, структурирующие процесс психотерапии и делающие ее эффективной:

1. Не бывает двух одинаковых клиентов и сеансов психотерапии. Человеческие проблемы только извне могут казаться схожими, однако

поскольку они возникают, развиваются, существуют в контексте уникальных человеческих жизней, то и сами проблемы в действительности являются уникальными. Поэтому каждое психотерапевтическое взаимодействие уникально и неповторимо.

2. В процессе психотерапии клиент и психотерапевт постоянно изменяются сообразно их отношениям; в психотерапевтическом процессе нет статичных ситуаций.

3. Самым лучшим экспертом собственных проблем является клиент, поэтому при психотерапии следует помочь ему принять на себя ответственность за решение его проблем. Видение собственных проблем клиентом не менее, а может быть, и более важно, нежели представление о них психотерапевта.

4. В процессе психотерапии чувство безопасности клиента важнее, чем требования психотерапевта. Таким образом, в психотерапии неуместно добиваться цели любой ценой, не обращая внимания на эмоциональное состояние клиента.

5. Стремясь помочь клиенту, психотерапевт обязан «подключить» все свои профессиональные и личностные возможности, однако в каждом конкретном случае он не должен забывать, что он всего лишь человек и поэтому не способен полностью отвечать за другого человека, за его жизнь и трудности.

6. Не следует ожидать непосредственного эффекта от каждой отдельно взятой психотерапевтической встречи – решение проблем, а также успех психотерапии не похожи на равномерно поднимающуюся вверх прямую; это процесс, в котором заметные улучшения сменяются ухудшениями, потому что самоизменение требует многих усилий и риска, которые не всегда и не сразу завершаются успехом.

7. Компетентный психотерапевт знает уровень своей профессиональной квалификации и собственные недостатки, он ответственен за соблюдение правил этики и работу на благо клиентов.

8. Для обозначения и концептуализации каждой проблемы могут быть использованы различные теоретические подходы, но нет и не может быть наилучшего теоретического подхода.

9. Некоторые проблемы – это сущностные человеческие дилеммы и в принципе неразрешимы (например, проблема экзистенциальной вины). В таких случаях психотерапевт должен помочь клиенту понять неизбежность ситуации и смириться с ней.

10. Эффективная психотерапия – это процесс, который выполняется *вместе с* клиентом, но не *вместо* клиента.

1.4. Требования к личности психотерапевта - модель эффективного психотерапевта

Личность психотерапевта (консультанта) выделяется почти во всех теоретических системах как важнейшее целительное средство в процессе психотерапии.

Психотерапию и психологическое консультирование принято считать необычными профессиями, поскольку многим людям трудно представить, как можно целыми днями выслушивать чужие истории о несчастной жизни и трудностях. Поэтому представителей этих профессий считают или ненормальными, или мирскими святыми, преодолевшими человеческую ограниченность. Ни первое, ни второе не является верным. Отсюда вопрос: «кто такой консультант, а точнее, что представляет собой психотерапевт как человек, какие требования предъявляются к нему как к личности, что делает его профессиональным помощником в запутанных проблемах других людей?»

Прежде всего, следует сказать, что никто не рождается психотерапевтом или консультантом. Требуемые качества не врожденные, а развиваются в течение жизни. Обобщая сказанное, подчеркнем, что эффективность психотерапевта (консультанта) определяется свойствами личности, профессиональными знаниями и специальными навыками. Каждый из этих факторов обеспечивает качественный психотерапевтический контакт, который и является стержнем психотерапии. В итоге от психологического контакта зависит окончательный эффект психотерапии – изменение личности клиента в процессе конструктивных действий психотерапевта. Нисколько не умаляя значения теоретической и практической подготовки, мы все же склонны отдать предпочтение фактору личности психотерапевта. В свое время М. Valint и Е. Valint писали: «Знание можно получить из книг или лекций, навыки приобретаются в процессе работы, но их ценность ограничена без совершенствования личности психотерапевта. Психотерапия становится ремеслом, выможенным добрыми намерениями, если ее не поднимают на профессиональный уровень соответствующие качества личности психотерапевта».

Каким же должно быть сочетание свойств личности, которое в наибольшей степени обеспечивало бы успех психотерапии?

1.5. Модель личности эффективного психотерапевта

Подобный перечень личностных особенностей мог бы послужить основой программы по подготовке психотерапевтов. Речь идет, конечно, о «подвижной» модели, поскольку каждый психотерапевт имеет возможность ее дополнить. Рассмотрим факторы, способные составить остов такой модели.

Аутентичность. Аутентичность - стержневое качество психотерапевта и важнейшая экзистенциальная ценность. Выделяется три основных признака аутентичного существования:

- полное осознание настоящего момента;
- выбор способа жизни в данный момент;
- принятие ответственности за свой выбор. Аутентичность в какой-то степени обобщает многие свойства личности. Прежде всего- это выражение искренности по отношению к клиенту. Аутентичный человек жаждет быть и является самим собой как в своих непосредственных реакциях, так и в целостном поведении. Он позволяет себе не знать все ответы на жизненные

вопросы, если их действительно не знает. Он не ведет себя как влюбленный человек, если в данный момент чувствует враждебность. Трудности большинства людей в том и заключаются, что они много энергии расходуют на проигрывание ролей, на создание внешнего фасада, вместо того чтобы использовать ее на решение реальных проблем. Если психотерапевт большую часть времени будет прятаться за профессиональной ролью, клиент тоже спрячется от него. Если психотерапевт выполняет роль только технического эксперта, отмежевываясь от своих личных реакций, ценностей, чувств, психотерапия будет стерильной, а ее эффективность – сомнительной. Соприкоснуться с жизнью клиента мы можем, только оставаясь живыми людьми. Аутентичный психотерапевт наиболее подходящая модель для клиентов, служащая примером гибкого поведения.

Открытость собственному опыту. Здесь открытость понимается не в смысле откровенности перед другими людьми, а как искренность в восприятии собственных чувств. Социальный опыт учит нас отрицать, отбрасывать свои чувства, особенно отрицательные. Ребенку говорят: «Замолчи, большие дети (или мальчики) не плачут!» Взрослым окружающие говорят то же: «Не плачь!» или «Не нервничай!»

Давление окружающих заставляет вытеснять печаль, раздражительность, злость. Эффективный психотерапевт не должен отгонять любые чувства, в том числе и отрицательные. Только в таком случае можно успешно контролировать свое поведение, поскольку вытесненные чувства становятся иррациональными, источником неконтролируемого поведения. Когда мы осознаем свои эмоциональные реакции, то можем сами выбирать тот или иной способ поведения в ситуации, а не позволять неосознанным чувствам нарушать регуляцию нашего поведения. Психотерапевт способен содействовать позитивным изменениям клиента, только когда проявляет терпимость ко всему разнообразию чужих и своих эмоциональных реакций.

Развитие самопознания. Ограниченное самопознание означает ограничение свободы, а глубокое самопознание увеличивает возможность выбора в жизни. Чем больше психотерапевт знает о себе, тем лучше поймет своих клиентов, и наоборот – чем больше психотерапевт познает своих клиентов, тем глубже понимает себя. Неумение услышать, что творится внутри нас, увеличивает подверженность стрессу и ограничивает нашу эффективность, кроме того, возрастает вероятность пасть жертвой удовлетворения в процессе консультирования своих неосознанных потребностей. Очень важно реалистично относиться к себе. Ответ на вопрос, как можно помочь другому человеку, кроется в самооценке психотерапевта, адекватности его отношения к собственным способностям и вообще к жизни.

Сила личности и идентичность. Психотерапевт должен знать, кто он таков, кем может стать, чего хочет от жизни, что для него важно по существу. Он обращается к жизни с вопросами, отвечает на вопросы, поставленные ему жизнью, и постоянно подвергает проверке свои ценности. Как в профессиональной работе, так и в личной жизни психотерапевту не следует быть простым отражением надежд других людей, он должен действовать,

руководствуясь собственной внутренней позицией. Это позволит ему чувствовать себя сильным в межличностных отношениях.

Толерантность к неопределенности. Многие люди неуютно чувствуют себя в ситуациях, в которых недостает структуры, ясности, определенности. Но поскольку одной из предпосылок становления личности является «прощание» человека с привычным, известным из собственного опыта и вступление на «незнакомую территорию», психотерапевту совершенно необходима уверенность в себе в ситуациях неопределенности. По существу именно такие ситуации и составляют «ткань» психотерапии. Ведь мы никогда не знаем, с каким клиентом и проблемой столкнемся, какие придется принимать решения. Уверенность в своей интуиции и адекватности чувств, убежденность в правильности принимаемых решений и способность рисковать – все эти качества помогают переносить напряжение, создаваемое неопределенностью при частом взаимодействии с клиентами.

Принятие личной ответственности. Поскольку многие ситуации в психотерапии возникают под контролем психотерапевта, он должен нести ответственность за свои действия в этих ситуациях. Понимание своей ответственности позволяет свободно и сознательно осуществлять выбор в любой момент психотерапии – соглашаться с доводами клиента или вступать в продуктивное противостояние. Личная ответственность помогает более конструктивно воспринимать критику. В таких случаях критика не вызывает механизмов психологической защиты, а служит полезной обратной связью, улучшающей эффективность деятельности и даже организацию жизни.

О глубине отношений с другими людьми. Психотерапевт обязан оценивать людей – их чувства, взгляды, своеобразные черты личности, но делать это без осуждения и наклеивания ярлыков. Такой характер отношений с клиентами весьма важен, тем не менее, следует принять во внимание страхи, которые переживает большинство людей, пытаясь завязать близкие, теплые отношения с другими. Некоторым кажется, что выражение положительных чувств обязывает, ограничивает свободу, делает уязвимым. Кого-то страшит неприятие партнером положительных чувств, отклонение их, поэтому более безопасной представляется отсрочка углубления межличностных отношений. Эффективному психотерапевту чужды такие страхи, он способен свободно выражать свои чувства перед другими людьми, в том числе и перед клиентами.

Постановка реалистичных целей. Обычно успех побуждает ставить перед собой большие цели, а неудача, наоборот – опустить ниже планку притязаний. Иногда этот механизм самозащиты нарушается, и тогда слишком большая цель будет заранее обречена на неудачу или стремление к незначительной цели не доставит никакого удовлетворения. Итак, эффективный психотерапевт должен понимать ограниченность своих возможностей. Прежде всего, важно не забывать, что любой психотерапевт независимо от профессиональной подготовки не всемогущ. В действительности ни один психотерапевт не способен построить правильные взаимоотношения с каждым клиентом и помочь всем клиентам разрешить их проблемы. Такой наивный оптимизм может стать причиной «холодного душа» в повседневной психотерапии и

постоянно вызывать чувство вины. Психотерапевт должен отказаться от нереального стремления стать совершенным. В психотерапии мы всегда можем выполнять свою работу «хорошо», но не идеально. Тот, кто не в состоянии признать ограниченность своих возможностей, живет иллюзиями, что способен полностью познать и понять другого человека. Такой психотерапевт постоянно винит себя за ошибки вместо извлечения полезных уроков, и в результате его деятельность неэффективна. Если мы допускаем собственную ограниченность, то избегаем ненужного напряжения и чувства вины. Тогда отношения с клиентами становятся более глубокими и реалистичными. Правильная оценка собственных возможностей позволяет ставить перед собой достижимые цели.

Эмпатия, которая является одной из важнейших черт личности эффективного психотерапевта. Терапевт сосредоточен на том, что чувствует, переживает, думает клиент. Хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Обобщая обсужденные выше требования, предъявляемые к личности психотерапевта можно утверждать, что эффективный психотерапевт – это прежде всего зрелый человек. Чем разнообразнее у психотерапевта стиль личной и профессиональной жизни, тем эффективнее будет его деятельность.

К. Schneider (1992) выделяет три важные постулата квалифицированного психологического консультирования и психотерапии:

1. *Личная зрелость консультанта.* Подразумевается, что консультант успешно решает свои жизненные проблемы, откровенен, терпим и искренен по отношению к себе.

2. *Социальная зрелость консультанта.* Подразумевается, что консультант способен помочь другим людям эффективно решать их проблемы, откровенен, терпим и искренен по отношению к клиентам.

3. *Зрелость консультанта – это процесс, а не состояние.* Подразумевается, что невозможно быть зрелым всегда и везде.

Нарисованная модель эффективного психотерапевта с первого взгляда может показаться слишком величественной и далекой от действительности. При этом напрашивается утверждение, что черты эффективного психотерапевта совпадают с чертами преуспевающего человека. К такой модели и должен стремиться психотерапевт, если желает быть не техничным ремесленником, а художником психотерапевтического процесса. Наконец, свойства личности эффективного психотерапевта могут быть и целью психотерапии – появление этих свойств у клиента в этом случае становится показателем эффективности психотерапии.

1.6. Влияние профессиональной деятельности на личность психотерапевта

Профессия психолога-консультанта или психотерапевта интересна и дает немало полезного самому психотерапевту. Какая другая профессия позволяет так глубоко и близко познать столько разных людей? Нередко она доставляет

чувство удовлетворенности собой, особенно когда тебя ценят клиенты, когда ты уверен, что смог помочь.

Однако, несмотря на полезность профессии, зачастую она стоит занимающимся ею людям довольно дорого. Воздействие не всегда заметно со стороны, но его настоящую цену чувствует сам консультант. Выделяется несколько важных аспектов этой «платы»:

- угроза утратить идентичность и «раствориться» в клиентах;
- отрицательные последствия могут сказаться в личной жизни (семья, друзья);
- угроза психических нарушений из-за постоянных столкновений с темными сторонами жизни и психической патологией.

Излишняя вовлеченность в профессиональную деятельность нередко заставляет страдать семью психотерапевта. Во-первых, требования этики не позволяют психотерапевту делиться с семьей своими «психотерапевтическими» впечатлениями, поэтому члены семьи лишь приблизительно представляют, чем занимается психотерапевт. Такова общая проблема семей, члены которых из профессиональных соображений должны думать, что и как говорить близким о своей работе. Во-вторых, психотерапия требует больших эмоциональных затрат, и иногда это значительно уменьшает эмоциональную отдачу в семье. Когда на работе весь день приходится выслушивать других людей и углубляться в их заботы, вечером бывает трудно проникнуться заботами жены или мужа и детей. И это не единственные проблемы, которые выдвигает профессия психотерапевта.

Психологическое консультирование и психотерапия отнесены к профессиям, требующим большой эмоциональной нагрузки, ответственности и имеющим весьма неопределенные критерии успеха. Представителям этих профессий грозит опасность «синдрома сгорания»

«Синдром сгорания» – сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки. Синдром выражается в депрессивном состоянии, чувстве усталости и опустошенности, недостатке энергии и энтузиазма, утрате способностей видеть положительные результаты своего труда, отрицательной установке в отношении работы и жизни вообще.

Существует немало конкретных способов преградить путь «синдрому сгорания»:

- культивирование других интересов, не связанных с консультированием; 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 самоуничужения 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», психотерапевт должен изредка, но обязательно оценивать свою жизнь вообще – живет ли он так, как ему хочется. Если положительных сдвигов. Только должным образом заботясь о качестве своей жизни, можно остаться эффективным психотерапевтом.

1.7. Терапевтический климат. физические компоненты терапевтического климата

Качество психотерапевтического процесса зависит от двух важных факторов: терапевтического климата, навыков психотерапевта (вербальных и невербальных) в поддержании общения.

Терапевтический климат в свою очередь включает несколько эмоционально значимых компонентов. Из физических составляющих упомянем оборудование места психотерапии, расположение психотерапевта и клиента в пространстве (дистанция, манера сидеть и т.п.), структурирование выделенного для психотерапии времени. К собственно эмоциональным компонентам терапевтического климата относят создание атмосферы обоюдного доверия, искренность психотерапевта, его способность к эмпатии и безусловному уважению клиента.

В этом разделе обсудим физические компоненты терапевтического климата.

Обстановка психотерапевтического процесса.

Во время психотерапевтического процесса клиент с меньшей настороженностью раскрывает и исследует свои проблемы, если психотерапия

происходит в хорошо оборудованном кабинете. Сеанс психотерапии должен проходить в спокойной обстановке, в звуконепроницаемом кабинете. Если клиент слышит происходящее в соседней комнате или коридоре, он усомнится в конфиденциальности общения с психотерапевтом. Это может помешать возникновению терапевтически эффективного контакта.

Кабинет должен быть не очень большим, окрашенным в спокойные тона, уютно обставленным и не слишком вычурным. Свет не должен падать на клиента. В кабинете необходим стол, удобные стулья (три-четыре стула на случай приема нескольких человек, например: родители клиента, супружеская пара и т.п.). Для проведения занятий по релаксации желательно иметь кушетку. На стенах можно повесить несколько картин, на полках расположить книги, но интерьер не должен быть перегружен, чтобы не отвлекать внимание клиента. На рабочем месте не стоит держать слишком личные вещи (например, семейные фотографии) или предметы, отражающие убеждения консультанта (например, крест на стене).

Каждый раз клиента следует принимать в одном и том же кабинете. Это его меньше отвлекает, не занимает время на освоение новой обстановки, кроме того, позволяет чувствовать себя безопаснее.

Иногда между консультантом и клиентом имеется посредник (например, регистратор), выполняющий вспомогательные функции. Однако роль такого человека отнюдь не второстепенна, он настраивает клиента на встречу с психотерапевтом. Поэтому ассистент должен уметь тепло и дружески общаться, быть гостеприимным, но ни в коем случае не подменять психотерапевта и не вмешиваться в жизнь клиента. Он, как и психотерапевт, обязан строго соблюдать требования конфиденциальности.

Структурирование консультативного пространства

Клиент входит в комнату и попадает на «территорию консультанта». Одним из главных аспектов взаимодействия психотерапевта и клиента является то, что обозначают как «структурирование пространства». Уже происходящее при первой встрече оказывает влияние на психологическое самочувствие клиента. Встреча начинается со знакомства. При этом следует придерживаться определенного этикета: встать и встретить клиента на полпути, представиться, попросить клиента назвать имя и фамилию, предложить ему выбрать место и сесть, прежде чем расположиться самому. Чтобы клиент почувствовал непринужденность, психотерапевт с первых минут знакомства должен предстать вежливым, гостеприимным хозяином и вести себя естественно без излишнего напряжения.

Еще один вопрос, связанный со структурированием психотерапевтического пространства, – это расположение психотерапевта и клиента. Если психотерапевт и клиент сидят на противоположных сторонах стола, то между ними сохраняется социальная дистанция, и атмосфера консультирования будет скорее всего официальной. Беспокойным клиентам подходит именно такая позиция – стол служит барьером общению. Для консультирования, наоборот, благоприятна позиция расположения психотерапевта и клиента друг против друга. В этих условиях психотерапевту

доступна вся невербальная информация, исходящая от клиента, кроме того, он может менять (и позволяет менять клиенту) расстояние между ними в зависимости от ситуации психотерапевтического процесса или при изменении консультативного контакта. Расположение друг против друга позволяет в большей мере создавать отношения сотрудничества. Дистанция между психотерапевтом и клиентом отражает известный в социальной психологии феномен «личного пространства». Личное пространство изменяется в зависимости от отношений участников беседы, обсуждаемой темы, культурных различий. Из-за неправильно выбранной дистанции в консультировании (например, несоразмерность социального или возрастного аспекта личного пространства) некоторые темы вообще не могут быть затронуты. С проблемой дистанции тесно связан вопрос о терапевтическом смысле и возможности физического прикосновения к клиенту. Физический неэротический контакт представляется ценным при психотерапии:

- социально и эмоционально незрелых клиентов;
- людей, находящихся в кризисе после психической травмы, особенно связанной с утратой близких;
- при стремлении продемонстрировать эмоциональную поддержку.

Чтобы прикосновение помогло создать безопасный для клиента терапевтический климат, оно должно быть спонтанным и искренним.

Структурирование времени консультирования

Терапевтический климат предполагает и надлежащее структурирование времени. Уже первая встреча с клиентом должна продолжаться столько времени, сколько и все последующие встречи. Иногда первая встреча затягивается из-за необходимости ближе познакомиться с клиентом и вселяет в него надежду на нереальную продолжительность консультирования. Поэтому лучше не вызывать ложных ожиданий.

Обычно консультативная беседа со взрослым человеком длится от 50 минут до одного часа. Такая продолжительность не случайна. Менее продолжительная беседа заставляет нервничать и консультанта, и клиента, создавая впечатление, что они не успеют достаточно глубоко обсудить вопросы, возникшие во время встречи. Более продолжительная беседа, хотя этого иногда желает как клиент, так и психотерапевт, слишком утомит обоих участников консультирования. Психотерапия и консультирование требуют концентрации внимания и бдительности, а, как известно, концентрацию внимания трудно сохранять более 45 – 50 минут. Традиционные 50 минут, регламентирующие консультативную встречу, позволяют продуктивно обсудить несколько вопросов, а затем 10 минут уделить записи основных аспектов прошедшей беседы или просто отдыху за чашечкой кофе. Это также важно при приеме нескольких клиентов подряд. Продолжительность беседы может изменяться в зависимости от возраста клиента. Беседа с 5-7-летним ребенком не должна длиться более 20 минут, с 8-12-летним – около 30 минут, а с детьми старше 12 лет консультативная беседа может продолжаться до 1 часа.

Продолжительность беседы психотерапевт определяет в начале встречи. Клиент должен знать, каким временем он располагает для обсуждения

наболевших проблем. Пределы времени можно устанавливать самыми разнообразными способами:

«В нашем распоряжении 50 минут, и я готов выслушать Вас».

«Полагаю, что Вы могли бы начать с того, что ждете от консультирования. У нас есть 50 минут времени».

«Как бы Вы хотели использовать сегодняшнее наше время? У нас есть 50 минут».

Консультативная встреча подходит к концу спустя почти 40 минут. Чтобы помочь клиенту лучше сориентироваться во времени, мы должны ему напомнить, что время заканчивается: «Сегодня у нас остается около 10 минут, что бы Вы еще хотели обсудить за это время?» Озабоченный клиент часто плохо ориентируется во времени, поэтому такое напоминание может оказаться важным.

На первой встрече необходимо также определить общую продолжительность психотерапии. Конечно, в самом начале трудно установить, сколько времени займет решение тех или иных проблем. Поэтому можно заключить с клиентом определенный контракт на 3-4 встречи, а затем окончательно решить, является ли психотерапевтический контакт продуктивным и сколько времени может продолжаться психотерапия.

В начале психотерапии следует определить и частоту встреч. Обычно полагают, что для установления продуктивного контакта достаточно одной – двух встреч в неделю.

Если встречаться реже, становится значительно труднее ближе узнать клиента, вспомнить, что происходило на прошлой встрече, а также сохранить непрерывность процесса консультирования.

1.8. Правила поведения психотерапевта в особых ситуациях

Правила поведения психотерапевта в особых ситуациях приведены в таблице.

Таблица 1

Особые ситуации и виды собеседования (адаптирована по Kaplan, Sadock)

Пациент	Рекомендации к проведению беседы
Аутичный	Будьте активны, направляйте беседу. Обращайте внимание на невербальные диагностические признаки, на телодвижения. Меняйте тему разговора, если у пациента возникают трудности с обсуждением того или иного предмета
С симптомами депрессии	Выявите суицидальные мысли. Если они есть, то существует ли у пациента определенный план? Попытайтесь повысить самоуважение пациента, позитивно оценив его личность в конце беседы
Агрессивный	Не запирайте комнату. Сядьте рядом с дверью, чтобы можно было быстро выйти. Определите рамки, в которых будет проводиться беседа. Если пациент слишком возбужден, прекратите беседу немедленно.
С психосоматическими расстройствами	Не обсуждайте соматические симптомы по типу «Это лишь в Вашем воображении». Убедите пациента в том, что его жалобы обоснованны (но стойкое улучшение может быть достигнуто лишь в ходе систематической психотерапии)

С бредовыми расстройствами	Не критикуйте ошибочные суждения пациента напрямую, вы можете сказать, что не согласны с его умозаключением, но понимаете его
С маниакальным расстройством	Постарайтесь установить рамки, в которых будет проводиться беседа. Будьте твердыми, но не воинственными

Вопросы для самоконтроля

1. Определение психотерапии
2. Модель деятельности психотерапевта
3. Организационные и содержательные аспекты традиционных методов и технологий психотерапии
4. Организационные и содержательные аспекты диагностических и психотерапевтических задач
5. Правила поведения психотерапевта в особых ситуациях
6. Субъект и объект психотерапии
7. Психотерапевтический процесс
8. Терапевтический климат

РАЗДЕЛ 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Основными направлениями, или подходами, в психотерапии являются три: психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический), поведенческий (когнитивно-поведенческий).

2.1. Психодинамический подход

Для того чтобы понять сущность этого подхода, необходимо обратиться к основам теории личности его создателя Зигмунда Фрейда.

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и не видимую, – бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент – «ид» (оно) – резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. «Ид» включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос – инстинкт удовольствия и секса и Танатос – инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, «ид» действует согласно *принципу удовольствия*.

Второй компонент личности – «эго» (я). Это – разум. «Эго» ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. «Эго» находит компромиссы между неразумными требованиями «ид» и требованиями реального мира – оно действует согласно *принципу реальности*. «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании, импульсов, исходящих из «ид» . «Эго» – исполнительная власть личности.

Третий компонент личности – «суперэго». Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». «Суперэго» включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. «Суперэго» действует на основе *морального принципа*, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (ид), разум (эго) и мораль (суперэго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение – возникают *интрапсихические, или психодинамические, конфликты*. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

В норме, адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или

плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Наиболее важная функция «эго» – образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты – это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций. Это – вытеснение, проекция, образование реакции, интеллектуализация, рационализация, отрицание, сублимация и др. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод – **психоанализ**. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

1. Добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта.
2. Проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытое, подавленное чувство гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Теперь мы можем сформулировать сущность психодинамического подхода в психотерапии: это подход, который подчеркивает важность для понимания генеза и лечения эмоциональных расстройств интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности.

2.2. Терапия

Основная задача психоаналитической терапии состоит в том, чтобы «восстановить в правах» Эго клиента, сделать его способным нормальным образом противостоять как импульсам Ид, так и неадекватным требованиям Супер-Эго. Для этого прежде всего необходимо привести клиента к осознанию вытесненных им самим в область бессознательного влечений или травмирующих воспоминаний, что уже само по себе приводит к исцелению. В результате осознания происходит инсайт, т.е. творческое открытие клиентом глубинных психологических причин своих страданий. Конечно, необходимо

проделать большую работу для того, чтобы индивид смог принять себя таким, каков он есть, прежде всего это работа с теми или иными психологическими защитами.

В ходе терапии надо проявить, исследовать и ясно выделить составляющие влечения, которые отрицаются или искажаются клиентом. Специфическими методами психоанализа следует признать метод свободных ассоциаций, анализ сновидений, анализ трансфера (переноса), анализ сопротивлений, анализ оговорок, ошибок, забываний, случайных действий.

1. Когда применяется *метод свободных ассоциаций*, клиент обычно полулежит на психоаналитической кушетке, расслабившись и произнося любые слова, всплывающие в его сознании. В этих свободно текущих ассоциациях непременно проявляется вытесненный в подсознание материал. Внимательно анализируя этот поток сознания, выявляя в нем систематически проявляющиеся конфигурации, сочетания, можно выявить основную, скрытую в подсознании проблему или некоторую психическую травму, обычно пережитую в детстве и вытесненную из сознания.

2. При *анализе сновидений* Фрейд исходит из того, что во сне неосознанные влечения выражаются в символической, скрытой форме. Во сне слабеет работа внутренней цензуры и информация проникает в сознание, но в завуалированной форме. Так, все предметы удлиненной формы (например змея или кинжал) символизируют мужской половой орган, а все предметы, полые внутри, – женский половой орган (например ваза).

Прежде всего, в сновидениях отражаются нереализованные человеческие желания (но вовсе необязательно сексуальные, может быть агрессивные или связанные со страхами). Желания могут быть как позитивными, т.е. направленными на достижение, так и негативными, направленными на избегание.

3. *Анализ трансфера* состоит в том, что отношения, имеющие критическое значение для клиента, например отношения с собственным отцом или матерью, переносятся на терапевта, благодаря чему последний может их обнаружить и проинтерпретировать для клиента. В обыденной жизни трансфер проявляется, например, в том, что мужчина ищет в своей жене те чувства и отношения, которые у него были с собственной матерью, или относится к любому мужчине старше себя по возрасту или положению с той же враждебностью, как к своему отцу, что, конечно, не осознается. Проанализировав перенесенные детские отношения, можно, например, понять, в чем на самом деле состоит истинная причина семейного конфликта.

4. *Анализ сопротивлений*. В ходе психоаналитической работы клиент обычно сопротивляется осознанию тех неприятных моментов, которые скрыты в его бессознательном, для этого он может, в частности, использовать перечисленные выше способы защиты или другие приемы (например упорное молчание). Но именно факт и форма сопротивления порой очень ясно указывают на то содержание, которое за ним скрыто. Основное правило работы с сопротивлением состоит в том, чтобы помочь клиенту осознать собственное сопротивление, тогда скрытое за ним содержание выйдет на поверхность.

5. *Анализ оговорок, ошибок, забываний, случайных действий.* С точки зрения З.Фрейда, они также не случайны, но происходят по скрытым в бессознательном причинам, поэтому они могут быть проанализированы в контексте жизненных событий и переживаний клиента.

Независимо от конкретного метода анализа главное – это искусство истолкования. Критерием истины служит подтверждение клиентом тех или иных событий или переживаний, о которых психоаналитик не знал, а клиент «забыл», но которые вытекают из приведенного анализа, а также возникающий у клиента инсайт и чувство облегчения после правильной разгадки его проблемы.

Выделяются четыре основные процедуры психоанализа, которые могут циклически повторяться на протяжении всего периода работы, это: конфронтация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка.

Конфронтация означает, что некоторый психический феномен (некоторое чувство, поведение и т.д.) должен стать очевидным для клиента.

Прояснение позволяет четко очертить исследуемое явление, отделить посторонние детали.

Интерпретация считается специфически психоаналитической процедурой, отличающей психоанализ от других форм терапии. Назначение интерпретации – делать неосознанные феномены осознанными, это значит делать сознательным бессознательное значение, источник, историю, форму или причину данного психического события.

Тщательная проработка пролагает путь от инсайта к изменениям, для этого прослеживаются все детали открытого явления и его многочисленные проявления в жизни индивида.

Для успешной терапии в психоанализе считается необходимым установление между пациентом и психоаналитиком рабочего альянса, который делает возможным сотрудничество между ними в ходе работы.

Психоанализ обычно является очень продолжительной формой терапии (от 100 до 400 сеансов) и протекает иногда 5 – 6 лет, хотя в последнее время появились формы краткосрочного и группового психоанализа.

2.3. Разновидности психоанализа

Классический фрейдовский психоанализ сейчас не так популярен, как когда-то. Частично это связано с тем, что теория личности Фрейда, основанная на инстинктах, устарела, частично же с тем, что психоанализ дорог и требует много времени. Больше всего подвергалась критике идея Фрейда о том, что все симптомы являются реакцией на конфликт, вызванный фрустрацией инфантильных сексуальных импульсов. Появилось много разновидностей психодинамических теорий личности и лечения эмоциональных нарушений.

Некоторые из этих разновидностей в меньшей степени, чем фрейдизм, фокусированы на «ид», бессознательном и прошлом. Они уделяют больше внимания актуальным проблемам и тому, как можно использовать «силу эго» для их решения. В этих терапиях клиентам помогают осознать не «эдипов

комплекс», а то, как глубинные чувства тревоги, неуверенности и неполноценности приводят к эмоциональным нарушениям и проблемам в отношениях с другими.

Сюда входит, прежде всего, индивидуальная психология Альфреда Адлера (1927), который подчеркивал роль врожденных *социальных* побуждений в формировании личности. Адлер предположил, что каждый человек рождается в беспомощном, зависимом состоянии, которое создает чувство неполноценности. Это негативное чувство, соединенное с природным желанием стать «оперившимся» членом общества, является стимулом для развития личности. Адлер объяснял этот процесс как *стремление к превосходству*, под которым понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то они приводят к компенсации, даже гиперкомпенсации неполноценности – к «*комплексу неполноценности*». Невроз развивается в том случае, если человек терпит неудачу при преодолении комплекса неполноценности; невроз позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства, относя свою слабость за счет болезни.

Другой разновидностью психоанализа является *эгопсихология* (Анна Фрейд, 1946, Хартман, 1958, Клейн, 1960). Эгопсихологи рассматривали «эго» не просто как посредника в конфликтах между «ид», «суперэго» и средой, а как творческую, адаптивную силу. «Эго» ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Теоретики *неофрейдизма*, такие, как Карен Хорни (1937), Эрих Фромм (1941), Гарри Салливан (1953), следовали путем Адлера, сосредоточившись на изучении того, как социальная среда участвует в формировании личности. Они считали, что наиболее значимым для формирования личности является удовлетворение социальных потребностей – потребностей в защищенности, безопасности, в признании (принятии). Когда эти потребности не удовлетворяются, люди испытывают сильный дискомфорт и стремятся решить проблему, используя других людей, получив от них то, в чем они нуждаются. Стратегии, используемые для этого, – стремление к превосходству над другими или, напротив, чрезмерная зависимость от других – формируют личность. Салливан придавал столь большое значение межличностным отношениям, что определил личность как «паттерн интерперсонального поведения индивида».

В современном психодинамическом подходе линию неофрейдистов продолжают теоретики *объектных отношений*, такие, как Мелани Клейн (1975), Отто Кернберг (1976), Гейнц Кохут (1984).

Теории объектных отношений подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, *как* первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение или, другими словами, удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития

личности. В своем развитии здоровая личность проходит путь от надежной ранней привязанности к матери или ее заменителям через постепенное отдаление от объекта привязанности к способности строить отношения с другими людьми как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения могут создавать проблемы, которые вмешиваются в процессы личностного развития и приводят к неадекватной самооценке, трудностям в межличностных отношениях или более серьезным психическим расстройствам.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. Бехтерева, теоретической основой которой служит *психология отношений* В.Н. Мясищева (1960).

Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации интрапсихические конфликты, что и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии. Концепция личности В. Н. Мясищева и концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии подробно излагаются в отдельных лекциях.

2.4. Феноменологический подход

Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, – феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек – не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой благодаря научению лепится личность, а, как говорил Сартр: «Человек – это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор – выбирать, как думать, и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также *гуманистическим*.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала – в личностном росте, – хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если он не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смысла для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих предположениях (D. Bernstein, E. Roy et al., 1988):

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть, по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт – это осознание текущих чувств и восприятия, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий – установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» Карла Роджерса (1951) и «гештальт-терапия» Фредерика Перлза (1969), также: экзистенциальная терапия, дазайнализ, логотерапия, психоимажинативная терапия Шорра, эмпирическая терапия Витакера, первичная терапия Янова, биоэнергетический

анализ Лоуэна, аутогенная тренировка, трансцендентальная медитация, деэмпсихотерапия, психоделическая терапия и ряд других методов.

Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

1. *«Безусловное позитивное отношение»*. Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, – это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. *Эмпатия*. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как сторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить: «Я понимаю» или: «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая *отражением (рефлексией)*. Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. *Конгруэнтность* – это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не деланными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

Роджерс замечал, что в процессе клиент-центрированной терапии клиенты становятся не только более уверенными в себе, но они начинают лучше осознавать свои подлинные чувства, принимать себя, держаться более комфортно и естественно с другими людьми, в большей степени полагаться на собственную оценку, чем на мнения других, и становятся более продуктивными и спокойными.

2.5. Поведенческий подход

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно – в конце 50-х годов. На ранних стадия развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относилось тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания.

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Watson (1913) и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах.

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Wolpe (1969) определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения. Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются» (цит. по Р. А. Зачевицкому, 1975). При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Frank (1971) заявлял даже, что вскрытие таких причин мало помогает лечению. Сосредоточение внимания на их последствиях, то есть на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непосредственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача. Более того, Eysenck (1960) утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов, и тем самым будет устранен невроз.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения, как по своей природе, так и по размаху. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания.

Технические процедуры.

Систематическая десенситизация.

Д. Wolpe разработал специальную технику, предназначенную для погашения условных автономных реакций – систематическую десенситизацию.

Для объяснения механизма психотерапевтического воздействия Wolpe создал теорию реципрокного торможения. Речь идет о торможении тревожных реакций в результате одновременного вызывания других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антагонистическими по отношению к тревоге, несовместимы с ней. Если несовместимая с тревогой реакция вызывается одновременно с импульсом, который до сих пор вызывал тревогу, то условная связь между этим импульсом и тревогой ослабевает. Такими

антагонистическими реакциями по отношению к тревоге являются прием пищи, реакция самоутверждения, половые реакции и состояние релаксации.

Самым действенным стимулом в устранении тревоги оказалась мышечная релаксация. Обучив пациента технике глубокой релаксации, переходят ко второму шагу – составлению иерархии ситуаций, вызывающих страх. Далее пациенту, находящемуся в состоянии релаксации, предлагается ярко представить себе ситуацию, занимающую самую низкую позицию в иерархии, то есть наименее ассоциированную со страхом.

Методы, основанные на угасании

Эти методы, называемые также *иммерсией* (погружением), основаны на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. В основе этих методов лежит механизм угасания, открытый И. П. Павловым, согласно которому предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. К иммерсионным методам относятся «наводнение», «имплозия», «парадоксальная интенция».

При методике «наводнения» пациент вместе с психотерапевтом оказывается в ситуации, в которой у него возникает страх, но безвредной для него, и находится в этой ситуации до тех пор, пока страх не уменьшится. Важно, что при этом должна быть исключена возможность скрытого избегания страха. Например, во время поездки в транспорте пациент старается отвлечь свое внимание (думать о чем-нибудь приятном или вступать в разговор с окружающими), снижая тем самым интенсивность своего страха. Пациенту следует объяснить, что скрытое избегание подкрепляет поведение избегания. Во время сеанса наводнения пациент должен испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

Имплозия – это методика наводнения в воображении. В общих чертах повторяет методику систематической десенситизации, но проводится без сопутствующей релаксации. Вначале составляется иерархия страхов, затем переходят к собственно имплозии – к представлению ситуаций страха. Уровень вовлеченности пациента и интенсивности испытываемого им страха терапевт оценивает по поведению пациента (по двигательной активности, напряжению мышц, мимике, вегетативным реакциям). Задача терапевта поддерживать достаточно высокий уровень страха. Если уровень тревоги снижается, психотерапевт вводит дополнительные описания ситуации, чтобы усилить страх.

Например, пациента, страдающего фобией змей, просят вообразить, что он берет змею в руки; по мере снижения уровня страха пациента можно попросить представить себе, что змея кусает его в палец, лицо и т. п. Фантазия терапевта здесь может быть безграничной. Необходимо стремиться к тому, чтобы поддерживать достаточно высокий уровень страха в течение 40–45 минут.

Парадоксальная интенция – это метод иммерсии, предложенный Frankl (1966). Существенным патогенным фактором в этиологии неврозов Frankl считал так называемую «опережающую тревогу». Опережающая тревога часто вызывает именно ту ситуацию, которой опасается больной. Другим патогенным фактором в этиологии неврозов, по Frankl, выступает чрезмерно интенсивное

стремление (интенция). Чрезмерное стремление затрудняет осуществление цели. На этих фактах Frankl основывает технику парадоксальной интенции. При этой методике пациенту предлагается прекратить борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его и даже стараться усиливать его. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к своему симптому, своей болезни. Этот метод включает не только перевертывание отношения больного к своей фобии, но также и юмористическую установку при его использовании. Попросту говоря, пациент должен отстраниться от своего невроза, посмеявшись над ним. Frankl приводит слова Allport, который говорил, что «невротик, научившийся смеяться над собой, уже стоит на пути к овладению собой, а может быть, и к излечению».

Моделирование

Терапевты часто обучают пациентов желаемому поведению, демонстрируя или моделируя его. Например, десенситизация *in vivo* может быть особенно эффективной, когда терапевт показывает пациенту, как нужно вести себя спокойно в ситуациях, вызывающих чувство страха.

Тренинг утвердительно (уверенного) поведения и социальных умений

Эта методика предназначена для неуверенных пациентов, которые неспособны открыто выражать свои чувства и не умеют отстаивать свои законные права. Они часто эксплуатируются другими, испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкого самоуважения. Как и техники систематической десенситизации, тренинг самоуверенности также основан на использовании реакции, антагонистической страху: активное, самоутверждающее поведение несовместимо с чувствами страха и тревоги. Человек, страдающий социофобией, избегает встреч с людьми из-за возможных негативных последствий: пассивность, неуверенность, робость, дефензивное поведение, как правило, не вызывают одобрения у других людей.

Тренинг проводится в группах. В процессе занятий пациент убеждается, что самоутверждающее поведение приводит к изменению реакций окружающих. Это в свою очередь подкрепляет такое поведение, приводит к повышению самооценки и еще большей уверенности в себе. Заметим, что самоутверждающее поведение не означает агрессивности, скорее это прямое выражение как позитивных, так и негативных чувств в отстаивании своих прав при уважении прав других.

Моделирование и ролевые игры являются главными техническими средствами тренинга самоуверенности. Терапевт помогает пациентам быть более открытыми и экспрессивными в социальных ситуациях.

Внимание уделяется развитию невербального и вербального экспрессивного поведения, то есть телесным позам, постановке голоса, контакту глаз. Затем терапевт поощряет пациента выполнять утвердительные действия в реальной обстановке для того, чтобы обеспечить генерализацию.

Помимо усиления утвердительно поведения тренинг предназначен для улучшения коммуникативных способностей, включая активное слушание, предоставление обратной связи, установление доверия через самораскрытие.

Позитивное подкрепление

Подкрепление систематически используется терапевтами для изменения проблематичного поведения – от грызения ногтей, детской возбудимости и подростковой делинквентности до шизофрении и отказа от пищи. Поощряются правильные формы поведения.

Жетонный метод

Чтобы улучшить поведение пациентов с выраженными нарушениями личности или умственной отсталостью, находящихся в психиатрических учреждениях, поведенческие терапевты разработали так называемую талонную систему, при которой желаемое поведение награждается талонами (жетоны), которые больные затем обменивают на сладости, прогулки, просмотр телевизора и другие привилегии. Персонал в сотрудничестве с пациентом (когда это возможно) составляет список желаемых целей поведения (мишеней поведения) в зависимости от особенностей поведения каждого пациента. Затем устанавливается прейскурант, согласно которому пациент получает определенное количество жетонов сразу после достижения той или иной цели поведения.

Техника вызывания отвращения (аверзивная терапия) использует принципы классического обусловливания. Так, например, алкоголизм лечат сочетанием небольших доз спиртного с веществами, вызывающими рвоту или другие неприятные ощущения. Удары электрического тока применяют для устранения невротического заикания, дрожания рук, половых извращений, ночного энуреза.

Процедуры самоконтроля

Поведенческие терапевты стремятся к тому, чтобы пациенты (и дети, и взрослые) играли активную роль в определении целей лечения и в выполнении терапевтической программы. Для этого используется много процедур самоконтроля. Самоконтроль является основой успешной саморегуляции поведения. Благодаря ему пациенты начинают лучше осознавать свои специфические проблемы и действия. Терапевт помогает пациенту определять цели или устанавливать стандарты, управляющие поведением. При лечении избыточного веса, например, совместно устанавливается ежедневное потребление калорий.

В качестве одного из методов самоконтроля можно рассматривать прогрессивный релаксационный тренинг, применяемый для преодоления стрессовых реакций, включая бессонницу, головные боли и гипертонию. Методы биологической обратной связи, используемые для лечения различных психосоматических расстройств, также относятся к категории процедур самоконтроля.

Применение поведенческой терапии

1. Тревожные состояния
2. Сексуальные нарушения.
3. Межличностные и супружеские проблемы
4. Хронические психические расстройства
5. Детская психопатология
6. Детский аутизм
7. Энурез и др.

2.6. Когнитивная терапия

Начало когнитивной терапии связывается с деятельностью Джорджа Келли

Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на будущее. Люди становятся депрессивными или тревожными, потому что попадают в западню ригидных, неадекватных категорий собственного мышления. Например, некоторые люди полагают, что авторитетные фигуры всегда правы, поэтому любая критика со стороны авторитетной фигуры действует на них удручающе. Любая техника, приводящая к изменению этого убеждения, будь она основана на теории, которая связывает такое убеждение с эдиповым комплексом, со страхом потери родительской любви или с потребностью в духовном руководителе, будет эффективна. Келли решил создать техники для *непосредственной* коррекции неадекватных способов мышления.

Келли пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является *неадаптивное мышление*. Проблемы невротика лежат в *настоящих* способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием *когнитивная терапия*.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека

Пациент научается исправлять ошибочную когнитивную переработку информации, так, что в конце концов он становится независимым от терапевта. Направляемое открытие подразумевает, что терапевт не призывает пациента принять новый набор убеждений: терапевт поощряет пациента использовать информацию, факты и возможности для формирования реалистического взгляда.

Когнитивная терапия предназначена для того, чтобы научить пациентов:

- а) контролировать дисфункциональные (иррациональные) автоматические мысли;
- б) осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;
- в) изучать аргументы за и против дисфункциональных автоматических мыслей;
- г) заменять дисфункциональные автоматические мысли на более реалистические интерпретации;

д) идентифицировать и изменять убеждения, которые предрасполагают к искажению опыта.

Для решения этих задач в когнитивной терапии используются когнитивные и поведенческие техники.

Когнитивные техники

Когнитивные техники используются, во-первых, для идентификации автоматических мыслей и анализа логики этих мыслей, во-вторых, для идентификации неадаптивных предположений (убеждений) и исследования их обоснованности.

Заполнение пустоты. Для идентификации автоматических мыслей применяется метод под названием «заполнение пустоты». Эта процедура объясняется пациенту с помощью последовательности «А, В, С». «А» – это возбуждающее событие, «С» – это чрезмерная, неадекватная «условная реакция», «В» – это пустота в сознании пациента, которая при заполнении ее самим пациентом служит мостом между «А» и «С». Терапевтической задачей становится заполнение пустоты через элементы системы убеждений пациента. Например, один пациент описал последовательность: «А» – встречу со старым другом и «С» – печаль. Далее пациент сумел постепенно восстановить событие и вспомнить мысли, которые возникли в промежутке. Встреча со старым другом вывала такую цепочку мыслей («В»): «Если я поздороваюсь с ним, он, возможно, меня не вспомнит... Прошло столько времени, у нас нет ничего общего... Он может осадить меня... Встреча не будет похожа на бывшее». Эти мысли вызвали чувство печали.

Метод заполнения пустоты может оказать большую помощь пациентам, расстройство у которых выражается в чрезмерном чувстве стыда, тревоги, гнева или печали в межличностных ситуациях.

Автоматические мысли проверяются с помощью прямого доказательства или логического анализа. Доказательство можно получить из прошлых или настоящих обстоятельств, но оно должно быть очень близко фактам. Доказательства могут быть также получены из результатов поведенческих экспериментов. Такие эксперименты дают возможность пациенту опровергнуть прежнее убеждение. Например, если человек убежден в том, что не может вступать в контакты с другими людьми, то он может попытаться заговорить с малознакомыми ему людьми. Эмпирическая природа поведенческих экспериментов дает возможность пациентам мыслить более объективно.

Если предположение (убеждение) идентифицировано, то оно открыто для модификации. Это осуществляется несколькими способами: а) спросить у пациента, является ли убеждение разумным; б) попросить пациента привести доводы за и против сохранения этого убеждения; в) предоставить доказательство, факты, противоречащие этому убеждению, то есть опровергнуть его.

Специфические когнитивные техники включают декатастрофизацию, реатрибуцию, переформулирование и децентрализацию.

Декатастрофизация. Катастрофизация – это преувеличение последствий негативных событий. Большинство проблем у пациентов возникает в контексте

межличностных отношений. Наиболее распространенным предубеждением тревожных людей является следующее: «Ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне». Пациенты обычно больше всего боятся низкой оценки со стороны сверстников, соучеников, сотрудников или друзей. Однако многие пациенты еще больше боятся перспективы показаться смешным незнакомым людям.

Декатастрофизация – или, как ее еще называют, техника «что если» – предназначена для исследования действительных, фактических событий и последствий, которые в представлении пациента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания.

Реатрибуция. Это техники, которые проверяют правильность автоматических мыслей и убеждений, рассматривая альтернативные причины событий. Реатрибуция особенно полезна в тех случаях, когда пациенты воспринимают себя как причину событий (явление персонализации) или при отсутствии доказательств приписывают причину события другому человеку или какому-то единственному фактору. Техники реатрибуции предполагают проверку реальности и исследование всех факторов, которые повлияли на возникновение ситуации.

Переформулирование. Эта техника предназначена для мобилизации человека, который считает, что проблема не контролируется им. Например, одинокому человеку, который думает: «Никто не обращает на меня внимания», рекомендуется по-новому сформулировать проблему: «Мне нужно протянуть руку другим людям, чтобы обо мне позаботились». При формулировании проблемы по-новому необходимо предусмотреть, чтобы она получила более конкретное и специфичное звучание; кроме того, она должна быть обозначена с точки зрения поведения пациента.

Децентрализация. При различных психологических расстройствах – тревоге, депрессии, параноидных состояниях – главное искажение мышления проистекает из склонности пациента персонифицировать события, которые не имеют к нему отношения. Метод освобождения пациента от свойства видеть в себе точку сосредоточения всех событий называется децентрализацией. Для проверки искаженных убеждений пациентов предлагаются поведенческие эксперименты. Например, один студент, который предпочитал молчать на занятиях, считал, что его товарищи постоянно наблюдают за ним и замечают его тревогу. Ему было предложено понаблюдать за ними, вместо того чтобы сосредоточиваться на своем дискомфорте. Когда он увидел, что одни студенты конспектируют, другие слушают профессора, а третьи мечтают, то пришел к выводу, что его товарищи озабочены другими делами.

Поведенческие техники

Когнитивная терапия использует поведенческие техники для модификации автоматических мыслей и предположений (убеждений). Она прибегает к поведенческим экспериментам, предназначенным для опровержения специфических неадаптивных убеждений и обеспечения нового научения. В

поведенческом эксперименте пациент перед его началом предсказывает результат, основанный на автоматических мыслях, а затем выполняет заранее согласованное с терапевтом поведение и, наконец, оценивает результат в свете нового опыта.

Поведенческие техники используются также для расширения репертуара поведенческих реакций пациента (тренинг умений); для расслабления (прогрессивная релаксация); для стимуляции активности (планирование деятельности); для подготовки пациента к ситуациям, вызывающим тревогу (поведенческая репетиция); для предъявления стимулов, вызывающих страх (экспозиционная терапия).

Так как поведенческие техники используются для когнитивного изменения, очень важно знать восприятие пациента, его мысли и выводы после каждого поведенческого эксперимента.

Домашнее задание дает пациентам возможность применять когнитивные принципы между занятиями. Типичное домашнее задание состоит в самонаблюдении и самоконтроле, в эффективном структурировании времени и выполнении процедур, относящихся к специфическим ситуациям. Самоконтроль применяется к автоматическим мыслям пациента и к его реакциям в различных ситуациях. Дома практикуются также новые когнитивные навыки, такие, как умение опровергать автоматические мысли.

Проверка гипотезы. Эта техника имеет и когнитивный, и поведенческий компоненты. При создании гипотезы необходимо сделать ее специфичной и конкретной. Нельзя пользоваться обобщающими ярлыками, неясными терминами и неопределенными понятиями. Например, пациент настаивал на том, что он плохой врач. Терапевт попросил перечислить аргументы в пользу такого заключения. При перечислении пациент не учел такие факторы, как раппорт с пациентами и способность принимать решения в ситуации цейтнота. Эти критерии были добавлены терапевтом. Затем пациенту было предложено контролировать свое поведение и попросить обратную связь от своих коллег и супервизоров для проверки своей гипотезы. В результате он пришел к выводу, что он «все-таки хороший доктор».

Репетиция поведения и ролевая игра используются для тренировки умений или техник, которые позднее будут применяться *in vivo*. В тренинге умений используется также моделирование. Часто ролевая игра записывается на видеомэгнитофон, чтобы иметь объективный источник информации для оценки исполнения.

Техники отвлечения внимания предназначены для уменьшения сильных эмоций и негативного мышления. Сюда входит физическая деятельность, социальные контакты, работа, игра.

Задания с постепенным усложнением задачи. Эта техника предусматривает начальную деятельность на безопасном уровне, постепенно терапевт увеличивает трудность задач. Например: пациент, испытывающий трудности в общении, может начать взаимодействие с каким-либо одним человеком или с маленькой группой знакомых, или может общаться с людьми

на протяжении короткого периода времени. Затем, шаг за шагом, пациент увеличивает время, которое он проводит с другими.

Экспозиционная терапия дает информацию о мыслях, образах, психологических симптомах и уровне напряжения, испытываемых тревожным пациентом. Специфические мысли и образы могут быть исследованы на искажения, после чего пациентов можно научить специфическим копинг-умениям. Планирование деятельности. Эта процедура сводится к выполнению распорядка дня и оценке исполнения той или иной деятельности (используя шкалу от 0 до 10) и степени удовлетворения от этой деятельности. Планирование деятельности приводит, например, к тому, что пациенты, прежде считающие, что их депрессия держится на постоянном уровне, видят колебания настроения; пациенты, которые считают, что не могут выполнить или получить удовлетворение от какой-либо деятельности, убеждаются в противном; пациенты, которые считают, что они не активны из-за присущего им дефекта, видят, что деятельность можно планировать и что она обладает подкрепляющим эффектом.

Применение когнитивной терапии

Когнитивная терапия является подходом, центрированным на настоящем. Она директивна, активна, ориентирована на проблему.

Первоначально когнитивная терапия использовалась в индивидуальной форме, теперь она используется в семейной терапии и терапии супружеских пар, а также в групповой форме. Она может применяться в сочетании с фармакотерапией в амбулаторных и стационарных условиях.

Когнитивная терапия широко используется для лечения эмоциональных расстройств и униполярной депрессии.

Когнитивная терапия не рекомендуется как единственное средство при лечении биполярных аффективных расстройств или психотической депрессии. Она также не применяется как единственная терапия при лечении шизофрении и других психозов.

2.7. Сравнительный обзор методов психотерапии

Таблица 2

Сравнительный обзор методов психологического лечения (Karasu T. B.).

Основные тематические параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Природа человека	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обусловливания; ведет себя на основании прошлого опыта	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение

Продолжение таблицы 2

Основные тематические параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Концепция патологии	Конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние либидо-нозные влечения	Приобретенные стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление «я», рассогласование между мыслями, чувствами и поведением (потеря аутентичности)
Концепция здоровья	Разрешение интрапсихических конфликтов: победа «эго» над «ид», т. е. сила «эго»	Устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижение тревоги	Актуализация личностного потенциала: рост «я», аутентичность и спонтанность.
Вид изменения	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, т. е. действие, или действие в воображении	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временной подход и «фокус»	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент («здесь-и-сейчас»)
Задачи терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до духовного)
Основные техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление.	Обусловливание: систематическая десенситизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование	«Энкаунтер» («встреча»): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала из бессознательного	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действия	Фасилитатор (ускоритель) роста личности

Продолжение таблицы 2

Основные тематические параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферентная и первостепенная для лечения: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальная и первостепенная для лечения: реальные взаимоотношения
Лечебная модель	Медицинская: врач – пациент. Авторитарная. Терапевтический союз	Образовательная: преподаватель – ученик. Авторитарная. Учебный союз	Экзистенциальная: общение двух равных людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз

Вопросы для самоконтроля

1. Краткий анализ ключевых направлений психотерапии.
2. Формальные, организационные и содержательные стороны психотерапевтического процесса.
3. Основные психотерапевтические техники.
4. Виды психотерапевтической работы по оказанию психологической помощи и психологической поддержки.
5. Сравнительный обзор методов психотерапии

РАЗДЕЛ 3 ПЛАНИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ СОЦИАЛЬНЫМ ГРУППАМ И ОТДЕЛЬНЫМ ЛИЦАМ, ПОПАВШИМ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ, РАБОТНИКАМ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

3.1. Групповая психотерапия

До недавнего времени термин «групповая психотерапия» нередко употреблялся в случае применения гипноза или аутогенной тренировки в группе больных. Однако в этих случаях ведущим групповым феноменом, используемым психотерапевтом, является групповая индукция. Специфика же групповой психотерапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании в лечебных целях *групповой динамики*, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы. Групповая динамика представляет собой развитие или движение группы во времени (S. Kratochvil, 1978). Этим групповая психотерапия отличается от индивидуальной, при которой наблюдаются взаимоотношения между терапевтом и отдельным пациентом.

3.2. Цели групповой психотерапии

Цели групповой психотерапии формулируются по-разному в рамках различных подходов, однако, несмотря на различия, можно указать на общие цели, обусловленные самой спецификой метода групповой психотерапии:

- 1) исследование психологической проблемы каждого члена группы и оказание ему помощи в ее решении;
- 2) изменение неадаптивных стереотипов поведения и достижение адекватной социальной адаптации;
- 3) приобретение знаний о закономерностях межличностных и групповых процессов для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми (повышение социальной компетентности);
- 4) содействие процессу личностного роста, реализации человеческого потенциала, достижению оптимальной работоспособности и ощущения счастья;
- 5) устранение болезненных симптомов.

3.3. Феноменология группового процесса

Нормы группы

В процессе работы группы в ней складываются определенные нормы. Нормы могут быть психотерапевтическими и непсихотерапевтическими. Ведущий группы с самого начала знакомит участников с некоторыми принципами работы, следование которым отвечает психотерапевтическим

задачам. Психотерапевт стремится к тому, чтобы эти принципы последовательно осуществлялись пациентами, превращаясь в нормы группы (психотерапевтические нормы). Реализация этих принципов-норм необходима для защиты участников от негативного группового опыта, возможных травматических переживаний. К этим принципам относятся следующие:

1. *Принцип откровенности и искренности.* В группе надо быть искренним и не скрывать своих чувств, даже если они кажутся «неприличными». Если вы испытываете симпатию или, напротив, неприязненные чувства к какому-нибудь участнику группы, надо говорить об этом. Нельзя говорить неправду. Если вы не хотите о чем-то говорить, то следует просто отказаться.

2. *Отказ от использования «ярлыков».* Участники группы должны стремиться к пониманию, а не к оценке. Оценки – это «ярлыки», которыми мы обозначаем человека в целом. Вместо того чтобы глобально оценивать личность человека, лучше говорить об отдельных ее аспектах, о поведении. Тогда мы избежим оскорблений и унижений достоинства другого человека. Согласитесь, что не одно и то же назвать человека «дураком» или сказать, что он поступил неразумно. «Эгоист», «маменькин сынок», «деспот», «подкаблучник», «размазня», «истеричка», «кисейная барышня» – все эти ярлыки не способствуют лучшему самопониманию, но вызывают у члена группы чувства обиды, оскорбленного самолюбия и желание дистанцироваться от группы. Конструктивная обратная связь выражается в передаче своих чувств, пусть даже негативных. Например: «Я увидел тебя в новом свете, мне это было очень неприятно», «Я испытываю сильное раздражение, когда ты с таким пренебрежением говоришь о своем отце».

3. *Контроль поведения.* Этот принцип выражается формулой: «Обо всем можно говорить, но не все можно делать». Нельзя бесконтрольно проявлять свои эмоции, прежде всего агрессивные и сексуальные. Во время специальных групповых занятий иногда допускается или поощряется реализация своих чувств, но только при условии контроля. Например, отреагирование аффекта в психодраматической сцене, пантомимическое выражение желаний и чувств в психогимнастике, выражение подавляемых чувств при помощи приемов, практикуемых в «энкаунтер-группах»: нанесение ударов кулаками по подушке, заменяющей человека, спровоцировавшего агрессию; поглаживание и укачивание члена группы, который нуждается в жалости и утешении, и т.п.

4. *Принцип ответственности.* Каждый участник группы берет на себя ответственность за других членов группы. Он принимает обязательство не пропускать занятия и не бросать группу. Но если напряжение станет невыносимым и желание покинуть группу перевесит желание освободиться от своих проблем, то участник группы должен сообщить о своем решении, а не исчезать без предупреждения.

5. *Правило «стоп».* Каждый участник имеет право без каких-либо объяснений остановить любой разговор, касающийся его личности. Остальные члены группы обязаны уважительно отнестись к его просьбе. Это право дает участникам уверенность и чувство самозащиты против давления группы. Обладание этим правом приводит к тому, что к нему прибегают очень редко.

6. *Соблюдение конфиденциальности.* Это требование невынесения за пределы группы информации интимного характера. В аналитически-ориентированных группах это правило формулируется еще более определенно: во-первых, члены группы обязаны молчать обо всем, что происходит в группе, во-вторых, не должны обсуждать за пределами группы то, что происходит внутри.

7. *«Толерантность».* Пациенты должны с терпимостью относиться ко всем откровенным суждениям других участников группы, хотя содержание этих суждений может не соответствовать их собственным убеждениям и морали.

Каждая группа может вырабатывать и другие нормы, специфичные для нее. Здесь могут возникать и непсихотерапевтические нормы: утаивание негативных чувств, реакций, избегание конфликтов, конфронтации, острых ситуаций («вежливость») или наигранное преувеличение позитивных чувств; табу на некоторые темы, например сексуальные, или, напротив, стремление усматривать сексуальные мотивы в любой обсуждаемой проблеме; «сокрытие» подгрупп (сексуальных, родственных, профессиональных связей), что формирует фальшивую атмосферу в группе. В группе вся известная участникам информация должна быть обсуждена.

Роли в группе

Создатель социометрии Морено различал в группе две роли лидера – по способности к руководству и по популярности (называемого также «звездой») – и роль «козла отпущения». Получила известность классификация ролей R. Schindler (1957), которые он обозначил буквами греческого алфавита: «альфа» – лидер, «бета» – эксперт (человек, обладающий знаниями, навыками или способностями, необходимыми группе), «гамма» – конформистское большинство группы, «омега» – отстающий член группы, аутсайдер.

Для описания межличностного поведения в группе в литературе используется большой перечень стереотипных ролей. Многие носят яркие названия: добродетельный моралист, жалобщик, страж демократии, тиран, провокатор, мятежный лидер, соблазнитель, эксгибиционист, истерик, сексуальный тип, фаворит, примерный тип и др.

В психотерапевтических группах стремятся распознать роли каждого участника, поскольку невротики в естественных группах часто неосознанно повторяют свои роли – их роли являются стереотипными, стойкими и малоадаптивными. Распознавание ролей в группе достигается посредством обсуждения, предоставлением обратной связи и принятием противоположных ролей. С этой точки зрения задачу групповой психотерапии можно сформулировать как «расширение репертуара ролей» (S.Kratochvil, 1978): необходимо научить индивида различным способам поведения, новым ролям, отличным от тех, к которым он привык. Однако саму возможность нового поведения в жизни, за пределами психотерапевтической среды, нужно оставить на собственное усмотрение пациента. Свобода выбора, следовательно, возникает у него тогда, когда он уже овладел новой ролью, когда она у него «в репертуаре».

Групповая сплоченность

Групповая сплоченность является необходимым условием эффективности групповой терапии. Она является аналогом психотерапевтического отношения терапевт–пациент в индивидуальной терапии.

Среди факторов, содействующих сплоченности, наиболее часто отмечаются следующие:

- 1) совпадение интересов участников группы (ожидание пользы от лечения);
- 2) симпатии между участниками группы;
- 3) дружеская атмосфера;

4) влияние групповой деятельности. С одной стороны – интересные, увлекательные действия, а также совместно переживаемые позитивные эмоции, с другой стороны – использование терапевтом технических приемов, направленных на усиление сплоченности, например образование тесного круга, в котором все участники держатся за плечи и сосредоточиваются на чувстве близости, песни и танцы в этом круге и т.п.;

5) соперничество с другой группой. Сплоченность повышается самим фактом существования других групп, отличающихся и стилем поведения терапевта, и групповой деятельностью, что сравнивается и обсуждается участниками разных групп;

- б) присутствие в группе девианта.

Возникновение сплоченности имеет большое значение для психотерапевтического процесса. Между членами группы возникают искренние, доверительные отношения. Очень важным следствием групповой сплоченности является возможность конструктивного проявления негативных чувств. Члены сплоченной группы готовы поддерживать отношения и продолжать общение даже когда налицо конфликтная ситуация. Если агрессивность не проявляется открыто, то это мешает интерперсональному обучению. Пациент избегает общения с другим человеком, и поэтому нельзя устранить возникающие враждебные чувства. Если же в группе существуют условия, которые позволяют открыто разобрать конфликт, то эффективность психотерапии повышается. Сплоченная группа легко выражает негативные чувства по отношению к руководителю. Эти чувства закономерно возникают на первых порах лечения. Если группа не высказывает свои чувства открыто, то не складываются нормы, обеспечивающие открытость и искренность.

Групповое напряжение

Во время совместной деятельности члены группы могут противостоять друг другу по различным взглядам, отношениям, потребностям. Необходимость приспособления к группе ограничивает потребности отдельных членов группы, расстраивает их планы. В результате появляются антипатия, неприязнь, агрессивность, конфликты между участниками группы, между группой и руководителем. Возникающее напряжение может быть и проявлением протеста против авторитетов, если руководитель действует директивно, и проявлением беспомощности и неуверенности, если руководитель уклоняется от роли лидера. Групповое напряжение связано с внутренним напряжением каждого индивида в группе.

В групповой психотерапии агрессию не подавляют, напротив, ее стремятся выявлять – или вербально, в форме рассказа об агрессивных чувствах, или в символической форме, используя при этом дополнительные объекты: например, пациент с силой бьет кулаками по подушке, символизирующей человека, к которому он чувствует агрессию.

Если напряжение в группе велико и длительно и если оно не компенсируется сплоченностью, то это приводит к негативным явлениям: может возникнуть угроза распада группы. Отрицательные последствия имеет, однако, и слишком слабое напряжение. Если группа достаточно сплочена, ее члены довольны и удовлетворены, то они не стремятся к работе над избавлением от своих невротических комплексов, они стараются их не замечать. Группа тогда не выполняет свою основную лечебную функцию и представляет собой лишь некую социальную организацию. Психотерапевтическая группа нуждается в постоянных конфликтах, взаимной критике и конфронтации своих членов.

В психотерапевтической группе большое значение имеет баланс между сплоченностью и напряжением. Сплоченность является стабилизирующим фактором: под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и относительную безопасность. Напряжение, наоборот, является фактором побуждающим: оно ведет к неудовлетворенности и стремлению что-то в себе изменить. Важно, чтобы эти силы находились в динамическом равновесии. Этот баланс находится под контролем терапевта. Он повышает или снижает напряжение.

Напряжение повышается молчанием терапевта, его холодностью или индифферентностью, провоцированным дискуссией с конфликтной тематикой, критическими замечаниями в адрес отдельных членов группы, отказом от ответа на вопрос, неясными двусмысленными фразами и намеками.

Сплоченности же способствуют сердечность, сочувствие, искренность терапевта, юмор и смех.

Некоторые психотерапевты работают со сплоченностью и напряжением в нескольких фазах. Например, в начальных фазах специально фрустрируют группу, расстраивают ее планы, намеренно поддерживают нарастание напряжения в расчете на то, что это напряжение и разочарование участников группы приведут к нужному конструктивному и самостоятельному функционированию группы.

Другие психотерапевты работают с напряжением только после создания в группе достаточно сплоченных отношений.

Наконец, многие терапевты отдают предпочтение динамическому равновесию между сплоченностью и напряжением: неприятные чувства, вызванные напряжением, компенсируются удовлетворением, получаемым в результате сплоченности. Это делает напряжение приемлемым и сносным (S. Kratochvil, 1978).

Фазы развития группы

Закрытая группа (т.е. такая группа, которая с начала и до конца работает в полном составе и со всеми участниками одновременно) проходит в своем развитии несколько фаз (I. Yalom, 1970; S. Kratochvil, 1978).

1-я фаза: *ориентация и зависимость*.

В первой фазе участники группы ориентируются: о чем идет речь и как это может им помочь, кто как на них реагирует и т.п. Группа встревожена, обеспокоена, неуверенна и одновременно зависима. Участники группы ожидают, что ими будут руководить, они обращаются к терапевту за инструкциями, требуют информации, объяснения целей, намерений. Они полагают, что «спасение» зависит от терапевта, стоит им только правильно понять, что он от них хочет. Они идеализируют терапевта и переоценивают его.

В этой фазе участники полагают, что средством лечения служат взаимные советы: кто-нибудь рассказывает о своей семейной проблеме, а группа пытается дать какой-либо практический совет. Причем к проблемам подходят чисто рационально, иррациональный момент полностью игнорируется. В целом члены группы вначале слишком недооценивают возможности группового лечения и надеются на терапевта.

2-я фаза: конфликты и протест.

Эта фаза характеризуется конфликтами между членами группы и группы с руководителем. Наблюдается соперничество, «борьба за власть», кристаллизация ролей на активные и пассивные, доминирующие и подчиняющиеся. Характерны негативные комментарии и критика между членами группы, готовность выражать скорее враждебные чувства.

В этой фазе возникает вполне обоснованная враждебность, протест и «бунт» против терапевта. Если в первой фазе группа стремится возвести терапевта на пьедестал, то во второй фазе она восстает против своего кумира. Члены группы испытывают глубокое разочарование по поводу необоснованности своих ожиданий и надежд на терапевта. Агрессивные чувства к терапевту возникают либо тогда, когда он принимает роль авторитарного лидера, которая и провоцирует протест, либо когда он отказывается руководить группой традиционным способом и предоставляет ее собственной инициативе. Наиболее отрицательную реакцию вызывают те терапевты, которые не объясняют смысла, не формулируют целей и задач и этим еще сильнее сводят на нет начальные ожидания группы. Группа может считать терапевта своим неприятелем, неспособным и злым человеком. Она переносит на него ответственность за свое разочарование.

3-я фаза: сплоченность и сотрудничество.

В этой фазе снижается напряжение, возрастает сплоченность, потребность в чувстве своей принадлежности к группе. Возникают общие нормы и ценности. Теряет свое значение проблема авторитета и лидера, повышается ответственность и активность членов группы, способность к групповой деятельности и совместной работе.

Центральной темой является разговор о себе и остальных членах группы с открытым выражением чувств. Группа вселяет в индивида чувство безопасности, предоставляет защиту, чтобы он смог открыться.

Некоторые терапевты акцентируют в своей работе все фазы развития группы. Так, в первой фазе, когда пациенты ждут от терапевта совета и помощи в решении своих проблем, терапевт никак не реагирует на их ожидания, сводит на нет их потребность в руководстве и намеренно повышает напряжение в

группе. Во второй фазе терапевт провоцирует группу на открытую конфронтацию с ним путем «раскалывания» постепенно возникающего единства и сплоченности группы, в результате чего группа, окончательно разочаровавшись в нем, начинает обвинять его во всех своих бедах. В третьей фазе, когда формируются групповые нормы и возникает чувство сплоченности, группа уже не зависит от терапевта и может плодотворно работать самостоятельно. Таким образом, групповой терапевт в процессе созревания группы последовательно переходит из позиции «альфа» через позицию «противника» в позицию «бета».

Может быть и другая точка зрения. Например, S. Kratochvil (1978) сомневается в том, что группа ради конструктивной работы должна пройти через стадию агрессивности к терапевту. Возможен альтернативный путь: терапевт, пользуясь своим авторитетом, организует и направляет активность группы, помогает выработать ей собственные нормы и стиль работы, а затем постепенно из активного руководителя (лидера) переходит на позицию наблюдателя. Можно с самого начала стимулировать и групповую сплоченность с помощью различных технических приемов, устранять изначальную неуверенность группы предоставлением ясной и точной информации.

3.4. Организация терапевтической группы

1. Количество человек

Оптимальное количество членов группы зависит от частоты и длительности групповых сеансов. Для амбулаторной группы, которая собирается один-два раза в неделю и ориентируется на интеракцию, оптимальным считается состав из семи–десяти человек. В сущности, при планировании размеров группы нужно стремиться к тому, чтобы обеспечить всех участников достаточным числом интеракций. Необходимых интеракций будет слишком мало, если группа состоит из трех-четырёх человек; с другой стороны, с возрастанием числа участников до двенадцати и выше число возможных интеракций настолько повышается, что они не могут реализовываться в полном объеме. В группе с большим количеством участников растет число тех людей, которые остаются в течение сеанса без внимания, и тех, которые могут сознательно оставаться в тени, если более активные и агрессивные члены группы будут их спонтанно подавлять. Одним словом, в группе должно быть столько человек, чтобы каждый мог найти себе применение.

2. Частота и длительность сеансов Частота сеансов в амбулаторных группах – один или два раза в неделю, при стационарном лечении – от трех до пяти раз в неделю.

Обычно продолжительность сеанса колеблется от 80 до 90 минут. Более краткие сеансы могут лишить группу возможности жарких дискуссий, так как именно в последние полчаса обсуждение находится в самом разгаре, наблюдаются сильные эмоциональные реакции и люди наиболее откровенны.

Если же сеанс длится более полутора часов, то внимание членов группы начинает падать и снижается желание сосредоточиться на каком-либо действии. Сеансы, составной частью которых являются какие-то физические действия, например психодрама, психогимнастика, арттерапия, могут продолжаться около двух часов.

Исключение из этих правил представляют так называемые «марафонские сеансы», в которых усталость и ослабление внимания считается одним из действенных факторов. Марафонские сеансы продолжаются без перерыва 16–18 часов, иногда и ночью, причем с минимальной возможностью отдыха. Участники могут во время сеанса принимать пищу, передвигаться, ненадолго уходить, удобно устраиваться и при сильной усталости даже спать. Считается, что усталость, сонливость, продолжительный тесный контакт без перерыва приводят к сближению, раскованности и ослаблению самоконтроля. Члены марафонских групп слишком устали, чтобы быть учтивыми, поэтому преодоление условностей и социальных «игр» протекает значительно быстрее.

Сторонники марафонских сеансов считают, что развитие группы убыстряется и что ее члены испытывают необыкновенно интенсивные эмоциональные переживания. В конце сеансов участники таких «марафонов» заявляют, что в их жизни произошел «глобальный переворот». Однако до сих пор еще не доказано, насколько продолжительны и постоянны изменения.

Оптимальная продолжительность групповой психотерапии по данным разных авторов составляет от 30 до 70 сеансов.

3. Подготовка к групповой терапии

Вопрос о том, нужно ли предварительно предоставлять пациентам информацию о групповой терапии, остается открытым. Аналитически ориентированные терапевты считают, что неопределенность в ожиданиях, касающихся ролей пациентов и терапевта, просто необходима в начальных фазах терапии. Они основываются на предпосылке, что существенным лечебным фактором является перенос. Поэтому на ранних этапах терапии нужно стараться создать условия для переноса. Неопределенность ситуации, отсутствие информации, фрустрация сознательных и бессознательных желаний поддерживают регрессивные реакции в отношении терапевта и создают условия для осуществления переноса на других членов группы.

Некоторые терапевты, которые полагаются прежде всего на групповую динамику, также выступают против предварительных объяснений групповых целей. Главной задачей они считают анализ напряжения, возникающего в группе. Подавленность и неуверенность, лежащие в основе напряжения, побуждают группу к решению проблем и достижению автономии (Bion W., 1961).

Многие же другие авторы, в том числе I. Yalom, считают, что пациента надо надлежащим образом информировать обо всем происходящем в группе, чтобы он хорошо приспособился к той роли, которую от него ждут в группе. Такую позицию занимают терапевты, которые не считают напряжение самым существенным элементом групповой терапии, а уделяют особое внимание сотрудничеству пациента в группе и групповой сплоченности.

Одним из важных источников беспомощности пациентов в начале групповой терапии является чувство несовместимости целей. Пациент часто не может понять связь групповых целей, а именно, ориентированность на интеракцию и конфронтацию, со своими собственными целями. Во вступительном объяснении терапевт как раз и показывает, как эти цели взаимосвязаны.

Многие терапевты рекомендуют предварительный разговор, главными задачами которого являются: 1) стремление дать пациентам определенную рациональную основу, чтобы они восприняли психотерапию как метод, который может помочь им в решении их внутренних проблем; 2) объяснение роли пациента и роли терапевта в процессе лечения; 3) стремление дать пациенту общее представление о процессе терапии, особенно о проблеме отрицательного переноса. Терапевт должен подчеркнуть, что роль пациента будет достаточно активной, что принятие решений ложится на самого пациента, что в процессе психотерапии у пациента могут возникать сильные чувства по отношению к терапевту, причем в одной стадии положительные, в другой – отрицательные со значительной степенью недовольства и критичности. Особенно необходимо отметить, что состояние пациента во время терапии будет колебаться, и иногда пациенту будет хуже, чем до начала терапии.

Заключая вопрос о подготовке пациента к групповой психотерапии, можно сказать, что решение этого вопроса зависит от того, старается ли терапевт в начальной стадии психотерапии добиться фрустрации и напряжения, или, напротив, с самого начала стремится стимулировать сотрудничество участников в достижении общих целей. Для каждого из этих подходов существуют рациональные доводы. I. Yalom и коллеги (1967), S. Kratochvil (1978) и другие авторы, например, склоняются к мнению, что усиление первоначального напряжения при помощи различных неясностей и недомолвок не является необходимым условием эффективности лечения, а скорее тормозит плодотворную работу группы.

3.5. Образцы составления программ психологической помощи и поддержки

Программа индивидуальной психологической помощи воспитанникам «группы-риска»

Автор-составитель:
педагог-психолог, к.пс.н.
В.Е. Акоста

Пояснительная записка

Ключевым вопросом проблематики социально-психологической адаптации детей-сирот остается профилактика и коррекция их девиантного и делинквентного поведения в подростковом возрасте.

Проблема отклоняющегося поведения подростков широко отражена в научной психолого-педагогической литературе (М.А.Алемаскин, А.С.Белкин,

Н.Н.Верцинская, Л.М.Зюбин, А.И.Кочетов, И.А.Невский и др.). Исследователи рассматривают данную проблему с точки зрения, как возрастного подхода, так и общественной активности подростков.

Под девиантным поведением понимают устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности и сопровождающееся ее социальной дезадаптацией. К основным видам девиантного поведения относятся агрессивное, делинкветное, зависимое и суицидальное поведение. Форма проявления девиантного поведения зависит от индивидуальных особенностей, внешнего физического и социальных условий, а главное от возраста человека. Достаточно часто детей данной группы определяют как трудновоспитуемых, или трудных детей. Само слово трудновоспитуемость указывает на затруднения в воспитании, формировании личности ребенка, на его неспособность или нежелание усваивать педагогические воздействия и активно на них реагировать. Трудновоспитуемый ребенок – это прежде всего тот, кто оказывает активное сопротивление воспитанию, выражает неуважение, недоверие к людям, проявляет негативизм к педагогическому процессу, провоцирует и создает предпосылки для конфликтных ситуаций. Трудновоспитуемость может проявляться как результат возрастного кризиса развития ребенка, неумения найти индивидуальный подход к нему или как следствие дефекта психического и социального развития, а также педагогических ошибок, особенно при проявлении самостоятельности ребенка.

Психолого-педагогические исследования (Галигузова Л. Н., Мещерякова С. Ю., Царегородцева Л. М.) позволили выявить ряд специфических эмоционально-личностных особенностей детей-сирот: несформированность основных коммуникативных умений и навыков, неумение соблюдать социальную дистанцию в общении со взрослым, эмоциональная неустойчивость, неумение распознавать эмоциональные состояния окружающих людей, острая потребность в защите значимого взрослого человека, отсутствие системы ценностно-нравственных представлений, повышенная враждебность к окружающим взрослым, ярко выраженные реакции протеста в сложившихся условиях, отсутствие самоанализа, рефлексии, трудности в выражении собственных чувств.

Дети «группы риска» Центра были выявлены в ходе психолого-педагогического наблюдения, а также психодиагностического исследования. Есть дети, которые поступили к нам в Центр уже имея проблемы с правоохранительными органами и состоящими на учете по прежнему месту жительства. Проблемы в воспитании этих детей связаны с их повышенной возбудимостью, импульсивностью, отсутствием самоконтроля в двигательной и эмоциональной сфере, конфликтностью, упрямством, негативизмом, агрессивностью по отношению ко взрослым и сверстникам, несоблюдением норм и правил поведения.

В группу риска по возникновению социальной дезадаптации входят в основном дети от 12 до 14 лет. Основной особенностью данного возрастного периода является появление «чувства взрослости» у подростка, желание

автономности и независимости, противопоставлению себя миру взрослых, что выражается в нарушении правил, требований и запретов, вербальной агрессии по отношению к взрослым. Бурный физический рост и гормональное развитие обуславливает эмоциональную неустойчивость большинства подростков. Ведущей деятельностью становится общение со сверстниками, авторитетами для подростков являются ровесники или старшие дети. Но в то же время для подростков очень значимо одобрение или порицание старших, в этом возрасте формируется устойчивый образ «Я», самооценка, которая во многом зависит от окружающих, как взрослых, так и сверстников.

Проведенное глубокое психологическое изучение подростков «группы риска» позволили определить следующие особенности их эмоционально-личностной сферы: заниженная или завышенная самооценка, отсутствие навыков конструктивного взаимодействия со взрослыми и сверстниками, несформированность нравственных представлений, высокий уровень тревожности, наличие демонстративных и возбудимых акцентуаций характера, наличие внутреннего напряжения, эмоциональная неустойчивость, отсутствие чувства защищённости, «психологической безопасности», доминирование отрицательных эмоций: грусти, подавленности, обиды, гнева.

Выявленные особенности отражаются в поведении подростков, являясь своеобразным механизмом психологической защиты в сложившейся жизненной ситуации. Они негативно влияют на формирование личности подростков-сирот, что препятствует их дальнейшей благоприятной социальной адаптации.

В связи с этим необходимо создание и реализация в условиях Центра программы работы с трудными подростками по профилактике и коррекции девиантного и делинквентного поведения, а также пропаганды здорового образа жизни, что в дальнейшем, поможет им успешно интегрироваться в социум.

Цель программы: содействие социально-психологической адаптации воспитанников «группы риска» Центра.

Задачи:

1. Оптимизация взаимодействий в системе «воспитатель-воспитанник»;
2. Коррекция агрессивного поведения;
3. Формирование положительной нравственной направленности личности;
4. Развитие коммуникативных и социальных навыков, навыков уверенного поведения;
5. Формирование навыков самопознания, самораскрытия, устойчивой «Я-Концепции», уверенности в себе;
6. Обучение способам саморегуляции, релаксации;
7. Обучение способам выплёскивания гнева и негативных эмоций в социально-приемлемых формах.

Реализация перечисленных задач предполагает овладение подростками следующими **знаниями:**

- о методах и приёмах самоанализа, самопознания, самосовершенствования;
- о приёмах саморегуляции, релаксации;
- об индивидуально-личностных особенностях;

- о способах поведения в конфликтных и стрессовых ситуациях;
- о навыках эффективного взаимодействия с окружающими.

и умениями:

- применять на практике навыки саморегуляции, самоконтроля, релаксации; овладеть способами выплёскивания гнева и негативных эмоций в социально приемлемых формах;
- осознавать, принимать и понимать чувства, эмоции, настроения свои и окружающих людей, проявлять сочувствие, сострадание, эмпатию;
- овладеть навыками уверенного поведения, бесконфликтного общения;
- уметь самостоятельно принимать решения в ситуациях нравственного выбора;
- правильно реагировать в трудных жизненных ситуациях;
- применять навыки социально-психологической адаптации в современном социуме.

Основные принципы построения и реализации программы.

Методологической основой программы стали принципы структурного, когнитивного, личностно-ориентированного подходов.

К принципам построения содержания программы относятся:

- единство диагностических и коррекционных мероприятий;
- учёт психологических и возрастных особенностей воспитанников, их социальной ситуации развития;
- взаимосвязь этапов реализации работы;
- комплексность и системность коррекционно-развивающей и профилактической работы.

Реализация содержания программы основывается на следующих положениях:

- **гуманизма** – утверждение норм уважения и доброжелательного отношения к каждому ребенку, исключение принуждения и насилия над личностью;
- **конфиденциальности** – информация, полученная психологом в процессе проведения работы, не подлежит сознательному или случайному разглашению. Участие воспитанников должно быть сознательным и добровольным;
- **компетентности** – психолог чётко определяет и учитывает границы собственной компетентности;
- **ответственности** – психолог заботится, прежде всего, о благополучии детей и не использует результаты работы им во вред.

Формы организации работы с подростками.

1. Групповая деятельность – социально-психологические тренинги и занятия-беседы, круглый стол, работа в группах, групповые консультации, обучающая психодиагностика.

Особенностью занятий является дискуссионный характер общения с подростками, способствующий возникновению доверительной атмосферы, что позволяет ведущему затрагивать сложные темы, которые обычно подростки обсуждают только между собой, получая искаженную, противоречивую информацию. Доверительные отношения побуждают подростков открыто

высказывать свои мысли, выражать свои чувства, что позволяет ведущему эффективно воздействовать на сознание подростков в процессе проведения занятий.

2. Индивидуальная коррекционная работа с подростками – личные беседы, игры и упражнения, обучающая психодиагностика.

Потребность в одиночестве присуща всем подросткам и необходима для развития личности, самосознания в этом возрасте. Воспитанники детского дома испытывают перегрузку общением, постоянно находясь в коллективе сверстников. В результате чего может возникнуть негативное отношение к групповым занятиям. Таким образом, наряду с групповыми формами работы необходимо предусмотреть и *индивидуальные формы работы с детьми*.

3. Консультативная работа с воспитателями и педагогами Центра с целью оптимизации взаимодействий в системе «воспитатель-воспитанник».

Основные направления работы.

- Диагностические мероприятия с воспитанниками «группы-риска»;
- Коррекционно-развивающие занятия с подростками «группы-риска»;
- Профилактическая работа;
- Взаимосвязанная деятельность с администрацией и воспитателями.

**Краткое содержание программы работы
с детьми «группы-риска»**

Направление (этап)	Задачи	Срок	Мероприятия психологической коррекции
1. Диагностическое	1.Выявление воспитанников, склонных к девиантному и деликвентному поведению постановка их на внутринний учет (анкетирование, личные беседы, тренинги, психологическое тестирование и др.)	Сентябрь – октябрь (По мере поступления новых требований)	Диагностические исследования по экспериментальным методикам программы.
	2. Составление плана работы с подростком. 3. Психодиагностика актуального психологического состояния. 4. Исследование эмоционально-волевой сферы (<i>индивидуальное и групповое занятие</i>).	Сентябрь - октябрь	Разработка планов индивидуального сопровождения детей «группы-риска».
Диагностическое	5. Диагностика уровня стрессового состояния. Определение актуального уровня стресса, выраженности нервно-психической напряженности и тревожности.	Ноябрь - декабрь	Диагностические исследования по экспериментальным методикам программы.

	6. Психодиагностика межличностных отношений.	Декабрь-январь	Социометрический тест. Групповое занятие.
	Диагностика профессиональной ориентации.	Февраль - март	Групповые и индивидуальные занятия
2. Коррекционное и развивающее Коррекционное и развивающее	Коррекция тревожности и агрессивного поведения. Коррекция эмоционально-волевой сферы. Повышение стрессоустойчивости воспитанников. Коррекция негативного отношения к учебе и к жизни в целом.	1 раз в неделю в течение года По-требованию	Групповые психологические занятия и тренинги. Индивидуальные занятия и консультации
	Формирование положительной нравственной направленности	ноябрь-декабрь	Этические и нравственные беседы. Групповые занятия и дискуссии.
	Развитие коммуникативных и социальных навыков, навыков уверенного поведения	Январь-февраль	Групповые психологические занятия и тренинги.
	Формирование навыков самопознания, самораскрытия, устойчивой «Я-Концепции», уверенности в себе	Групповая и индивидуальная работа.	Индивидуальная работа, консультирование.
	Обучение способам саморегуляции и релаксации, снятия негативных эмоций	В течение года 1 раз в неделю	Групповая и индивидуальная работа.
3.Профилактическое	Профилактика и коррекция девиантного поведения.	В течение года 1 раз в неделю	Групповая и индивидуальная работа.
	Профилактика здорового образа жизни	Октябрь, март	Групповая и индивидуальная работа.
	Профилактика безопасности жизнедеятельности	Декабрь, апрель	Групповая работа. Просмотр учебных видеоматериалов
4. Работа с педагогами	Информирование об индивидуально-психологических состояниях подростка. Обучение приемам конструктивного общения с	Сентябрь-май Апрель	Составление и коррекция психологических карт воспитанников. Разработка

	подростками.		рекомендаций для педагогов. Индивидуальные консультации.
5. Диагностико-аналитическое	Оценка эффективности проведённой работы	Конец декабря, Конец мая	Обследование по диагностическим методикам программы. Отчет – анализ.

3.6. Основное содержание деятельности психолога

1. Диагностические процедуры в программе.

Важным аспектом реализации программы сопровождения детей «группы риска» в Центре является проведение психодиагностических исследований с целью получения информации о динамике психического развития воспитанников и планирования дальнейшей сопровождающей работы, выработки рекомендаций по оптимизации воспитательного процесса, оценки эффективности развивающей работы.

Программа диагностики личности подростка

Название, автор	Цель
Рисунок человека (К.Маховер)	Особенности личности
Тест Филлипса	Диагностика свойств личности.
Опросник Леонгарда	Акцентуации характера
Тест Айзенка «Самооценка психических состояний»	Тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность
Шкала тревожности Кондаша	Уровень межличностной, самооценочной, школьной тревожности
Опросник С.Шварца	Ценностные ориентации
Шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю,Л, Ханина.	Диагностика свойств личности и психических состояний
Методика «Пословицы» С.М.Петровой	Сформированность нравственных представлений, особенности ценностных отношений к жизни, к людям, к самим себе
Опросник Басса-Дарки	Агрессивность, враждебность
Тест Айзенка «Тип темперамента»	Особенности темперамента человека
Проективные методики «Прогулка по лесу». Дверь в душу», «Коллективный рисунок»	Изучение эмоциональных, мотивационных и межличностных характеристик личности подростка.
Методика экспресс-диагностики характерологических особенностей	Диагностика профессиональной ориентации.

2. Коррекционно-развивающая работа с подростками.

Цель: формирование навыков социально-психологической адаптации у подростков.

1) Групповая деятельность:

№	Задачи	Содержание
1.	Коррекция и развитие самопознания, саморегуляции. Изучение взаимосвязей телесного и психологического.	Психологический тренинг. Арт-терапия. «Тело. Душа. Разум. Эмоции». Какой твой порядок?
1.	Коррекция стрессового состояния и агрессивного поведения	Тренинги: «Как научиться не унывать». «Все познается в сравнении», «Ник Вуйчич», «Пойми меня».
2.	Развитие когнитивных способностей; внимания, памяти, мыслительных операций.	«Планета Земля. Мир без людей». Научно-док.фильм. Анализ данных и обсуждение.
3.	Формирование положительной нравственной направленности.	Психологические занятия: «Позитивный взгляд на будущее», «Вопросы взросления» «Школа доброты»
4.	Развитие коммуникативных и социальных навыков, навыков уверенного поведения	Тренинги «Мы уже не дети, но еще не взрослые». «Взросление – ответственность», «Влюбленность в подростковом возрасте». «Что плохо, а что хорошо».
5.	Формирование навыков самопознания, самораскрытия, устойчивой «Я-Концепции», уверенности в себе.	Психологические занятия и тренинги: «Я – полноценная личность», «Одиночество, за и против», «Мечта и страх». «Когда я один».
6.	Развитие коммуникативных и социальных навыков	Тренинг «Мы вместе», «Есть хорошие друзья!»
7.	Обучение способам саморегуляции и релаксации, снятия негативных эмоций	Тренинги с элементами арт-терапии и Сказка-терапии. «Изобрази свое «Я»; «Инь-Янь, добро и зло во мне»; «Умей управлять собой».

3.7. Организационные условия проведения групповых форм работы

- Возраст участников: с 10 до 14 лет;
- Численность группы: не более 8 человек;
- Продолжительность занятий: 45 минут (1 академический час);
- Периодичность занятий: 1 раз в неделю на протяжении 6 месяцев, с сентября по апрель;
- Количество занятий: 32;
- Помещение: кабинет психологической разгрузки;
- Материалы: бумага, карандаши, ручки, фломастеры, гуаши, мячи, тихая спокойная музыка;

• Структура занятий: ритуал приветствия, разминка, основное упражнение. Разминки и ритуалы приветствия и прощания выбираются в зависимости от состояния группы и приоритетов ведущего. В конце каждого занятия обязательно проводится рефлексия и саморефлексия (при необходимости рефлексия проводится после или в процессе выполнения упражнения).

• Перед началом занятий или после занятий проводятся индивидуальные консультации с каждым подростком. После окончания групповой работы также проводятся консультации, на которых закрепляются произошедшие с детьми изменения и групповое тестирование, которое позволяет отследить динамику личностных изменений.

Задачи тренинговых занятий:

- **помочь детям ощутить единение с другими.**

Нередко "плохое" поведение возникает из-за того, что ребенок ощущает себя изолированным и беспомощным, с помощью асоциального поведения он пытается привлечь к себе внимание. Чтобы научиться ощущать свою принадлежность к группе, детям, как ни странно, необходимо признание их личной истории (по желанию). Они могут проявить себя, показать, что они гордятся собой, хотят, чтобы все обратило внимание на то, какие они, что они умеют, чему хотят научиться, какими видят своих друзей.

- **вселить в подростков надежду.**

Важно укрепить веру детей в то, что они сами могут управлять своей жизнью. Надежда – это та экзистенциальная установка, которая помогает человеку пережить тяжелые обстоятельства. Когда все в порядке, надежда не нужна. Надежда дает человеку способность наслаждаться жизнью со всеми ее трудностями и поражениями, она дает детям и взрослым внутреннюю силу и целеустремленность.

- **показать подросткам, что значит уважение.**

Уважение взрослого проявляется, например, в том, что он подчеркивает ответственность детей за свое поведение. Ребенок чувствует, что его уважают, когда его спрашивают: "Чему научил тебя этот случай?" или "Что ты сейчас чувствуешь?" и внимательно выслушивают его рассуждения на эту тему.

- **помочь детям ясно мыслить, исследовать и анализировать реальность.**

Именно в школьном возрасте детям важно научиться различать мышление и эмоции, истину и фантазию. Мы должны помочь им жить в мире реальности.

• помочь детям научиться принимать решения – самостоятельно и в группе.

Дети, так же, как и взрослые, стараются поступать правильно, но иногда они торопятся, не знают, что правильно, а что нет, и не всегда замечают все имеющиеся у них возможности. Мы можем выработать у них навык обсуждения и анализа различных вариантов решения.

• учить подростков сочувствию.

Мы можем учить их ставить себя на место другого, понимать и чувствовать внутренний мир человека другого возраста, другой культуры или воспитанного в совершенно другой жизненной позиции.

• помочь расцвету личности подростка.

Мы должны помочь ребенку следовать его собственным внутренним целям и желаниям. Обычно детям бывает легче осознавать свои личные цели, когда они выражают их в творчестве: когда они пишут, сочиняют музыку, играют на музыкальных инструментах, рисуют или ставят детские пьесы.

• развивать в детях открытость и мужество выражать свое отношение к другим.

Желание принадлежать к группе отчасти препятствует общению детей с ровесниками. Боясь испортить отношения со значимыми людьми, дети очень часто ведут себя по примеру взрослых, а именно: молчат, когда им что-то неприятно, подавляют свои желания в угоду желаниям других, не выражают свою точку зрения. Очень важно побуждать детей давать обратную связь взрослым и сверстникам. Это обеспечивает открытое, искреннее и живое общение.

• помочь детям справляться со своими страхами и стрессом.

Для этого нам необходимо предоставить детям возможность говорить и о неприятных для них вещах, внимательно выслушивая их при этом. Мы можем показать им, как рационально распределять свое время, выполнять свои обязательства и расслаблять душу и тело.

• показать детям, как можно жить без насилия.

В ситуации, когда ребенок рассержен или обижен, можно помочь ему выразить свои чувства без агрессии и конфликта.

• помочь детям достичь баланса между стремлением к личной свободе и близким отношениям.

• помочь детям открыть для себя искусство достигать внутренней гармонии и уравновешенности.

выбирая игру, мы должны иметь в виду конкретных детей, которым эта игра поможет больше других.

• помочь детям развить в себе сильные стороны своего характера.

Вопросы для самоконтроля

1. Виды психологических программ
2. Требования, задачи, структура программ психологической поддержки в образовательной деятельности
3. Требования, задачи, структура программ психологической реабилитации лиц, получивших психологические травмы
4. Требования, задачи, структура программ психологической поддержки социальным группам и отдельным лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию

РАЗДЕЛ 4. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ

Задачи к семинарским занятиям

Тема 1. Сущность психотерапевтического процесса

Подготовить доклады с презентацией по темам, для обсуждения на круглом столе

1. Требования, предъявляемые к личности психотерапевта.
2. Требования к профессиональной и личностной готовности психотерапевта к профессиональной деятельности.
3. Значимость личности и индивидуального стиля психотерапевта для эффективности психотерапии.
4. Особенности роли, позиции и поведения психотерапевта во взаимодействии с клиентом (пациентом) в различных традициях.
5. Основные роли терапевта (тренер, учитель, друг, фасилитатор, исповедник, поводырь и др.).
6. Личная ответственность психотерапевта.
7. Этические принципы деятельности психотерапевта.
8. Типы клиентов.

Тема 2. Основные направления психотерапии

Подготовить доклады по теоретическим концепциям психотерапии

1. Психоаналитическая терапия: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 2. Экзистенциалистическая психотерапия: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 3. Трансперсональная психотерапия: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 4. Райхианская терапия: истоки развития, психотерапевтические техники.
 5. Поведенческая терапия: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 6. Гештальттерапия: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 7. Гуманистическая недирективная психотерапия: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 8. Психодрама: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 9. Когнитивная психотерапия: истоки развития, основные представители, психотерапевтические техники.
 10. Эриксоновский гипноз: истоки развития, психотерапевтические техники.
 11. Нейролингвистическое программирование.
 12. Патогенетическая психотерапия В.Н.Мясищева.
- И пр.
Изучить научную литературу

Представить в виде структурно-логической схемы/таблицы и кратких комментариев с презентацией к ней, одну из классификаций направлений психотерапии

Разработать программу по оказанию психологической помощи и психологической поддержки социальным группам и отдельным лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, работникам органов и организаций социальной сферы, с использованием традиционных методов и технологий психотерапии по темам:

- 1.Отставания в развитии от возрастной нормы в дошкольном возрасте:
- 2.Проблемы эмоционально-личностного развития и поведения в дошкольном возрасте.
- 3.Проблема психологической готовности к школьному обучению.
- 4.Отставания в развитии от возрастной нормы в младшем школьном возрасте
- 5.Сложности адаптации к новой социальной ситуации в младшем школьном возрасте
- 6.Варианты эмоционального неблагополучия в младшем школьном возрасте (школьные страхи, тревожность, агрессия).
- 9.Проблемы в сфере общения в подростковом возрасте.
- 10.Проблема взаимоотношений с противоположным полом
- 11.При работе с различными категориями детей с отклоняющимся поведением.
- 12.При невротических расстройствах, детских страхов, агрессивного поведения.
- 13.При развитии детей с нарушениями темпа психического развития.
- 14.При работе с людьми с ограниченными возможностями
- 15.Направления психологической работы со школьниками и их родителями.
- 16.Направления психологической работы с зависимым поведением
- 17.Работа с подростковым кризисом.
- 18.Направления психологической работы с девиантными подростками
- 19.Работа с возрастным кризисом
- 20.Психологическая помощь в трудных жизненных ситуациях
- 21.Психологическая помощь в экстремальных ситуациях
- 22.Психологическое сопровождение человека в кризисных ситуациях (одиночества, утрата смысла жизни, болезнь, страх смерти)
- 23.Коррекция невротических расстройств, детских страхов, агрессивного поведения.
- 24.Особенности программ обучения и развития детей с нарушениями темпа психического развития.
- 25.Специфика психотерапевтической работы по оказанию психологической помощи и психологической поддержки с детьми различных возрастов.

26. Оценка эффективности психотерапевтической работы по оказанию психологической помощи и психологической поддержки

27. Методы психотерапевтической работы по оказанию психологической помощи и психологической поддержки: проблемные игры, притчи, метафоры настраивания, групповые дискуссии, групповые записи, игры разминочного типа.

28. Реализация работы по оказанию психологической помощи и психологической поддержке социальным группам и отдельным лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, работникам органов и организаций социальной сферы

29. Директивная и недирективная психотерапия.

30. Симптоматическая психотерапия и психотерапия, ориентированная на анализ причин возникновения проблемы.

31. Индивидуальная и групповая психотерапия, их специфика.

Образец программы представлен в теоретической части курса (см. Раздел 3)

Примерный перечень тем рефератов:

1. Психотерапия как предмет науки и практики.
2. Классификация психологических средств лечения.
3. Психотерапевтические приемы, техники.
4. Психотерапевтические методы.
5. Психотерапевтические направления.
6. Психотерапия симптоматическая.
7. Психотерапия патогенетическая.
8. Поведенческая психотерапия.
9. Психоаналитическая психотерапия.
10. Трансактная психотерапия.
11. Когнитивная психотерапия.
12. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия.
13. Гештальттерапия.
14. Психосинтез как метод психотерапии.
15. Групповая психотерапия.
16. Психодрама.
17. Позитивная психотерапия.
18. Методы саморегуляции.
19. Гипнотерапия.
20. НЛП.
21. Неотложная психотерапевтическая помощь.
22. Психогигиена.
23. Психопрофилактика.
24. Психологическая защита и сопротивление.
25. Внутренняя картина болезни и внешняя картина здоровья.
26. Семейная психотерапия.
27. Понятие о неврозах и подходы к их лечению.

28. Расстройства адаптации и их психотерапия.
29. Место психотерапии в коррекции школьной дезадаптации.
30. Острые реакции на тяжелый стресс и их психотерапия.
31. Психотерапия при ПТСР.
32. Психотерапия алкоголизма.
33. Психотерапия наркомании.
34. Аномальные поведенческие реакции и их коррекция.
35. Определение и классификация психопатий.
36. Психотерапия при психопатиях.
37. Диссоциальное поведение и его коррекция.
38. Аутоагрессивное поведение и его коррекция.
39. Суицидальное поведение и его коррекция.
40. Психосоматические заболевания и их психотерапия.
41. Онкологические заболевания и психотерапия при них.
42. Психотерапия при СПИДе.
43. Психотерапия при расстройствах психического развития.
44. Психотерапия при сексуальных расстройствах.
45. Депрессии и психотерапия.
46. Особенности психотерапии детей.
47. Особенности психотерапии подростков.
48. Особенности психотерапии пожилых людей.
49. Созависимости и их коррекция.
50. Конфликтные отношения и их коррекция.
51. Баллентовские группы.

Методические рекомендации по написанию рефератов:

Реферат (от лат. *refero* – "сообщаю") – краткое изложение в письменном виде или форме публичного доклада, содержания книги, статьи или нескольких работ, научного труда, литературы по общей тематике. Многие крупные научные результаты возникли просто из попыток привести в порядок известный материал. Реферат – это самостоятельная учебно-исследовательская работа учащегося, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее. Содержание должно быть логичным, а материал носить проблемно-поисковый характер.

Этапы работы над рефератом:

1. формулирование темы (тема должна быть не только актуальной по своему значению, но оригинальной, интересной по содержанию);
2. подбор и изучение основных источников по теме (как правило, не менее 8–10);
3. составление библиографии;
4. обработка и систематизация информации;
5. разработка плана реферата;
6. написание реферата;
7. публичное выступление с результатами исследования (на семинарском занятии).

Содержание работы должно отражать: знание современного состояния проблемы; обоснование выбранной темы; использование известных результатов и фактов; полноту цитируемой литературы, ссылки на работы ученых, занимающихся данной проблемой; актуальность поставленной проблемы; материал, подтверждающий научное либо практическое значение в настоящее время.

Тестовое задание к разделу 1

1. Психотерапия - это

1) Лечение словом

2) Лечение словом и медикаментами, определенными техниками

3) Психотерапия является собой дисциплиной из области гуманитарных наук

4) Лечение гипнозом

2. Цель психотерапии дифференцируется на ряд задач, за исключением одной:

1) терапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы;

2) устраняет эмоциональный дискомфорт;

3) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;

4) терапевт дает рекомендации по решению проблем

3. Психологическое консультирование, отличается от психотерапии:

1) консультирование ориентировано на клинически здоровую личность;

2) консультирование чаще ориентируется на настоящее и будущее клиентов;

3) консультирование обычно ориентируется на краткосрочную помощь

4) консультирование ориентируется на патологические проблемы, возникающие во взаимодействии личности и среды.

4. В психотерапии изменения происходят:

1) в начале терапии

2) в ходе терапии

3) по окончании терапии

4) в ходе анализа варианта решений

5. К модели личности эффективного психотерапевта относятся все за исключением:

1) . Аутентичность.

2) Толерантность к неопределенности.

3) Настойчивость

4) Эмпатичность

6. Аутентичность – это:

1) полное осознание настоящего момента;

2) выбор способа жизни в данный момент;

3) принятие ответственности за свой выбор

4) это выражение искренности по отношению к клиенту.

7. К. Schneider выделяет три важных постулата квалифицированного психологического консультирования и психотерапии, за исключением:

- 1) Личная зрелость консультанта.
- 2) Социальная зрелость консультанта.
- 3) Зрелость консультанта – это процесс, а не состояние.
- 4) Личная зрелость клиента

8. Структурирование времени консультирования:

- 1) 45-50 минут
- 2) 50-60 минут
- 3) 60-120 минут

9. Модель структуры психотерапевтического процесса состоит из этапов:

- 1) 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

10. Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе является роль фактора:

- 1) биологического
- 2) социального
- 3) мотивационного
- 4) психологического

11. Психотерапия выполняет функцию:

- 1) лечения и реабилитации
- 2) профилактики и частично развития
- 3) лечения и частично реабилитации
- 4) профилактики

12. В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывает следующее понятие:

- 1) внушение
- 2) психологическая интервенция
- 3) клиничко - психологическое вмешательство
- 4) психологическая коррекция

13. Степень соответствия между сообщаемым, испытываемым и наличным для опыта определяется как:

- 1) неконгруэнтность
- 2) самоконтроль
- 3) конгруэнтность
- 4) идеальная самость

14. Метод парадоксальной интенции был предложен:

- 1) Роджерсом
- 2) Беком
- 3) Адлером
- 4) Франклом

15. Соппротивление – психоаналитический термин, обозначающий закрытость пациента процессу терапии, которая вызвана нежеланием заново

переживать неприятные чувства, связанные с вытесненными конфликтами это

...

- 1) сопротивление
- 2) перенос
- 3) отрицание
- 4) вытеснение
16. Термин «коррекция» буквально означает

- 1) изучение
- 2) исправление
- 3) лечение
- 4) профилактика

Ответы к разделу 1

1. Лечение словом
2. Терапевт для рекомендации по решению проблем
3. Консультирование ориентировано на клинически здоровую личность
4. В ходе терапии
5. Настойчивость
6. Это выражение искренности по отношению к клиенту
7. Личная зрелость клиента
8. 50-60 минут
9. 6
10. Мотивационного
11. Профилактики и частично развития
12. Клинико-психологическое вмешательство
13. Конгруэнтность
14. Франклом
15. Сопротивление
16. Исправление

Тестовое задание к разделу 2

1. В рамках поведенческой психотерапии невроз является результатом

- 1) неправильного научения
- 2) невозможности самоактуализации
- 3) нарушений в когнитивной сфере
- 4) конфликта между бессознательным и сознанием

2. Основная задача психотерапии в когнитивном направлении состоит в том, чтобы

- 1) осознать бессознательное
- 2) заменить неадаптивные формы поведения на адаптивные
- 3) обучить новым способам мышления
- 4) восстановить личностный рост

3. Основная задача психотерапии в психоанализе состоит в том, чтобы

- 1) осознать бессознательные процессы
- 2) заменить неадаптивные формы поведения на адаптивные
- 3) обучить новым способам мышления
- 4) восстановить личностный рост

4. Определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги – это

- 1) защитные механизмы
- 2) копинг-механизмы
- 3) рациональные установки
- 4) реакции переноса

5. К какому направлению современной психотерапии относится использование техники десенсибилизации?

- 1) Психодинамическое
- 2) Когнитивно-поведенческое
- 3) Гуманистическое
- 4) Экзистенциальное

6. Интроекция – это

1) включение в свой внутренний мир воспринимаемых от других взглядов, мотивов

- 2) провокационное поведение
- 3) вытеснение в физическую сферу психического состояния
- 4) самокопание

7. Гуманистическая терапия-это вид психотерапии, который в качестве основной рассматривает:

1) потребность личности в самоактуализации, а невротическое расстройство-это результат блокирования этой потребности

2) поведение, а невротическое расстройство-это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного поведения

3) детерминанты развития личности и поведения, первичные влечения и потребности

4) нет верных

8. Какие виды психотерапии относятся к гуманистическому подходу?
Верно все, кроме:
- 1) экзистенциальная терапия
 - 2) логотерапия
 - 3) клиент-центрированная
 - 4) психоанализ
9. Перечислите виды психотерапии, которые рассматриваются в рамках психодинамического направления:
- 1) личностно-ориентированная
 - 2) классический психоанализ
 - 3) гуманистический психоанализ
 - 4) верно все
10. Какой метод психотерапии применяют в качестве наиболее эффективного при обсессивно - компульсивный расстройствах:
- 1) поведенческая терапия
 - 2) суггестивные методы
 - 3) рациональная терапия
 - 4) психоанализ
11. Основной составляющей психодрамы не является:
- 1) спонтанность
 - 2) катарсис
 - 3) инсайд
 - 4) заземление
12. Основателем транзактного анализа является:
- 1) Э. Берн
 - 2) К. Роджерс
 - 3) А. Маслоу
 - 4) Скиннер
13. Кто является основоположником психоанализа?
- 1) В. Бехтерев
 - 2) З.Фрейд
 - 3) А. Адлер
 - 4) Куртис
14. Основным понятием телесной психотерапии не является:
- 1) энергия
 - 2) заземление
 - 3) душа / тело
 - 4) мышечная броня
15. Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология
- 1) позитивизма
 - 2) бихевиоризма
 - 3) гуманизма
 - 4) феноменологизма

ответы к разделу 2

1. Неправильного научения
2. Обучить новым способам мышления
3. Осознать бессознательные процессы
4. Защитные механизмы
5. Когнитивно-поведенческие
6. Включение в свой внутренний мир воспринимаемых от других взглядов, мотивов
7. Потребность личности в самоактуализации, а невротическое расстройство – это результат блокирования этой потребности
8. Психоанализ
9. Классический психоанализ
10. Поведенческая терапия
11. Заземление
12. Э. Берн
13. З. Фрейд
14. Душа/тело
15. Бихевиоризма

Тестовое задание к разделу 3

1. Аномалии развития вызванные отставанием в психическом развитии:
 - 1) недоразвитие, задержка психического развития;
 - 2) поврежденное развитие, дефицитарное развитие;
 - 3) искаженное развитие, дисгармоническое развитие;
 - 4) все ответы верны.
2. Аномалии развития вызванные повреждением отдельных функций:
 - 1) недоразвитие, задержка психического развития;
 - 2) поврежденное развитие, дефицитарное развитие;
 - 3) искаженное развитие, дисгармоническое развитие;
 - 4) все ответы верны.
3. Аномалии развития, где ведущим принципом является диспропорциональность или асинхронность развития:
 - 1) недоразвитие, задержка психического развития;
 - 2) поврежденное развитие, дефицитарное развитие;
 - 3) искаженное развитие, дисгармоническое развитие;
 - 4) все ответы верны.
4. ... - это физический и психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития:
 - 1) дефект;
 - 2) предмет;
 - 3) коррекция;
 - 4) компенсация.
5. Нарушение непосредственно вытекающее из биологического характера болезни:
 - 1) дизонтогенез;

- 2) первичный дефект;
- 3) вторичный дефект;
- 4) комбинированный дефект.

6. Сложный, многоаспектный процесс перестройки психических функций при нарушении или утрате каких либо функций организма, включающий восстановление или замещение утраченных функций это - ... :

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) адаптация;
- 4) коммуникации.

7. ... - активное приспособления к условиям окружающей среды:

- 1) абилитация;
- 2) коррекция;
- 3) компенсация;
- 4) адаптация.

8. Процесс усвоения и активного воспроизведения индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений это - ... :

- 1) интеграция;
- 2) реабилитация;
- 3) социализация;
- 4) адаптация.

9. Система медико-педагогических мер, направленных на включение ребенка с ОПФР в социальную среду, в адекватные отношения со сверстниками – это :

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) абилитация;
- 4) реабилитация.

10. Исправление тех или иных недостатков развития называется:

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) абилитация;
- 4) реабилитация.

11. Система медико-педагогических мер, имеющих целью предупреждение и лечение патологических состояний, которое приводит к стойкой утрате возможности учиться и работать – это ... :

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) абилитация;
- 4) реабилитация.

12. Вид интеграции когда дети с уровнем психического и физического развития близким к норме находятся в массовых группах, классах и получают постоянную коррекционную помощь дефектолога:

- 1) частичная;
- 2) комбинированная;

- 3) временная;
- 4) полная.

13. Сложный, многоаспектный процесс перестройки психических функций при нарушении или утрате каких либо функций организма, включающий восстановление или замещение утраченных функций это:

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) адаптация;
- 4) коммуникация.

14. ... – активное приспособление к условиям социальной среды:

- 1) абилитация;
- 2) коррекция;
- 3) компенсация;
- 4) адаптация.

15. Выделяют нарушения по характеру расстройств:

- 1) органические и ранние;
- 2) функциональные и органические;
- 3) врождённые и приобретенные;
- 4) ранние и поздние.

16. Процесс усвоения и активного воспроизведения индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений – это ...

- 1) интеграция;
- 2) реабилитация;
- 3) социализация;
- 4) адаптация.

17. Мнимые, ложные приспособления, возникающие в результате реакции человека на нежелательные проявления к нему со стороны других называются:

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) декомпенсация;
- 4) псевдокомпенсация.

18. Исправление тех или иных недостатков развития называется:

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) абилитация;
- 4) реабилитация.

19. Система медико-педагогических мер, имеющее целью предупреждение и лечение патологических состояний, которые приводят к стойкой утрате возможности учиться и работать – это:

- 1) коррекция;
- 2) компенсация;
- 3) абилитация;
- 4) реабилитация.

20. Декомпенсация – это ...

- 1) рецидив (повторение) функциональных нарушений;

2) мнимые, ложные приспособления, возникающие в результате реакции человека на те или иные нежелательные проявления к нему со стороны окружающих людей;

3) меры по обеспечению и восстановлению функций, снятию функциональных ограничений;

4) система медико-педагогических мер, имеющее целью предупреждение и лечение патологических состояний.

21. Любое необоснованное, немотивированное сопротивление воздействию других людей называется:

- 1) этиология;
- 2) патогенез;
- 3) негативизм;
- 4) мутизм.

22. Групповая психотерапия – это...

1) использование в лечебных целях взаимоотношений и взаимодействий между членами группы, включая психотерапевта

2) воздействия психологическими средствами на большое количество пациентов одновременно, исключая возможности взаимодействия

- 3) групповой процесс обучения
- 4) групповой психоанализ

23. Понятие групповой динамики:

1) развитие, движение группы во времени

2) совокупность групповых действий и взаимодействий между членами группы в процессе ее работы

- 3) создание эффективной системы обратной связи
- 4) верно все

24. В основных и вспомогательных методах групповой динамической психотерапии верно все, кроме:

- 1) психодрама
- 2) психогимнастика
- 3) проективный рисунок
- 4) гипноанализ

Ответы к разделу 3

1. Недоразвитие, задержка психического развития
2. Поврежденное развитие, дефицитарное развитие
3. Искаженное развитие, дисгармоничное развитие
4. Дефект
5. Первичный эффект
6. Компенсация
7. Адаптация
8. Социализация
9. Абилитация
10. Коррекция
11. Абилитация

12. Временная
13. Коммуникация
14. Адаптация
15. Органические и ранние
16. Реабилитация
17. Коррекция
18. Абилизация
19. Реабилитация
20. Рецидив (повторение) функциональных нарушений
21. Негативизм
22. Использование в лечебных целях взаимоотношений и взаимодействий между членами группы, включая психотерапевта
23. Совокупность групповых действий и взаимодействий между членами группы в процессе ее работы
24. Гипноанализ

ГЛОССАРИЙ

Бихевиоризм – направление в психологии, сводящее психику к различным формам поведения. Объективный метод при исследовании животных был применен Э. Торндайком в 1898 году. Первым представителем классического бихевиоризма является Уотсон. Результаты работ И. П. Павлова и В. М. Бехтерева также трактуются на Западе как реализация идей бихевиоризма.

Бихевиоральная терапия – набор терапевтических методик для изменения плохо адаптированного или нездорового поведения посредством применения принципов оперантного научения.

Гуманистическая психология – психология, в первую очередь, сконцентрированная на изучении здоровых и творческих людей. Гуманистические психологи подчеркивают уникальность человеческой личности, поиск ценностей и смысла существования, а также свободу, выражающуюся в самоуправлении и самосовершенствовании. Также называется психологией третьей силы после психоанализа и бихевиоризма.

Когнитивная психотерапия – психотерапевтический метод, разработанный А. Т. Беком (1967–1979) и основанный на отработке оптимальных приемов оценивания и самооценивания. В качестве основы К. п. выступило утверждение, что познание является главной детерминантой возникновения тех или иных эмоций, которые в свою очередь определяют смысл целостного поведения. При этом возникновение психических нарушений (первоначально депрессивных состояний) объясняется, прежде всего, за счет неправильно построенного самопознания: ответы на вопросы "каким я вижу себя?", "какое будущее меня ожидает?" и "каков окружающий мир?" пациентом даются неадекватно. Например, депрессивный больной видит себя как "ни к чему не годное и ничего не стоящее существо", а его будущее предстает перед ним как нескончаемая череда мучений. Такие оценки не соответствуют действительности, но пациент старательно избегает все возможности их проверить, боясь наткнуться на реальное подтверждение своих опасений. В

соответствии с этим в рамках К. п. перед пациентом ставится цель понять, что именно используемые им обычно суждения ("автоматические мысли") определяют его болезненное состояние, и научиться правильным способам познания, отработав их на практике. Термин "неадаптивная когниция" применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные болезненные эмоции и затрудняющей решение какой-либо проблемы.

Процедура данного метода включает в себя три этапа. На этапе логического анализа пациент получает критерии обнаружения ошибок суждений, возникающих в аффектогенных ситуациях. На этапе эмпирического анализа – отработывает приемы соотнесения элементов объективной ситуации. На этапе прагматического анализа – строит оптимальное осознание собственных действий.

Возникнув в клинике депрессивных заболеваний, затем когнитивная психология получила широкое распространение и применяется в настоящее время тогда, когда речь идет о слишком заниженной самооценке клиента.

Парадоксальная коммуникация в семье - стиль воспитания, выражающийся в противоречивости требований родителей и отсутствии эмоционального контакта с ребенком; ведет к формированию шизоидного характера.

Психоанализ психологическая система, предложенная Зигмундом Фрейдом (1856-1939). Возникший вначале как способ лечения неврозов, психоанализ постепенно стал общей теорией психологии. Открытия, сделанные на основании лечения отдельных пациентов, привели к более глубокому пониманию психологических составляющих религии, искусства, мифологии, социальной организации, детского развития и педагогики. Более того, раскрывая влияние бессознательных желаний на физиологию, психоанализ внес значительный вклад в понимание природы психосоматических болезней.

Психоанализ рассматривает человеческую природу с точки зрения конфликта: функционирование человеческой психики отражает борьбу противоположных сил и тенденций. При этом особо подчеркивается влияние бессознательных конфликтов, взаимодействие в психике сил, которые сам индивид не осознает. Психоанализ показывает, как бессознательный конфликт действует на эмоциональную жизнь и самооценку индивида, на его взаимоотношения с другими людьми и социальными институтами. Источник конфликта кроется в самих условиях человеческого опыта. Человек одновременно и биологическое, и социальное существо. В соответствии со своими биологическими наклонностями он стремится к поиску удовольствия и избегает боль. Это очевидное наблюдение известно как "принцип удовольствия", характеризующий фундаментальную тенденцию человеческой психологии. В организме поддерживается состояние психического возбуждения, заставляющее функционировать таким образом, чтобы получить желаемое удовольствие. Возбуждение, которое побуждает к действию, носит название влечения. У младенца влечения властные и категорические; ребенок хочет делать то, что доставляет удовольствие, брать то, что хочется, и устранять все, что препятствует достижению цели. Фрустрация, разочарование, гнев и конфликт возникают немедленно, особенно когда человеческая среда

пытается за несколько коротких лет цивилизовать и окультурить нового члена общества. Ребенок должен принять запреты, нравы, идеалы и табу того особого мира, в котором он родился. Он должен выучить, что разрешено, а что запрещено, что одобряется, а что наказывается. Импульсы детства уступают давлению взрослого мира неохотно и в лучшем случае неполно. Хотя большая часть подобных ранних конфликтов "забывается" (в действительности - вытесняется), многие из этих импульсов и связанных с ними страхов остаются в бессознательной части психики и продолжают оказывать значительное влияние на жизнь человека. Многочисленные психоаналитические наблюдения показали, что детский опыт удовлетворения и фрустрации играет важную роль в формировании личности.

Психодиагностика – раздел психологической науки, изучающей процесс постановки психологического диагноза. Включает в себя разработку требований к измерительным инструментам, конструирование и апробацию методик, выработку правил обследования, обработку и интерпретацию результатов. В основе психодиагностики лежит психометрика, занимающаяся количественным измерением индивидуально–психологических различий и использующая такие понятия, как репрезентативность, надежность, валидность, достоверность. Интерпретация полученных при помощи тех или иных психодиагностических методов данных может осуществляться на основе использования двух критериев: при качественном сравнении с нормой или эталоном, в качестве которого могут выступать представления о непатологическом развитии или социально–психологические нормативы, с последующим заключением о наличии или отсутствии определенного признака; при количественном сравнении с группой с последующим заключением о порядковом месте среди других.

Психологическая коррекция - это направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида. Это направленное психологическое воздействие, которое реализуется не только в медицине, но и в психопрофилактике, педагогике. Психокоррекция, как правило, связывается с вторичной и третичной профилактикой. Если психологический фактор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии как одного из компонентов лечебного процесса. Если психокоррекция включает в себя задачи лечения, тогда психокоррекция называется психотерапией, Если психокоррекция выполняет задачи развития, то основным направлением коррекции - придание учебно-воспитательному процессу развивающего характера, дифференциации и индивидуализации этого процесса. Коррекция как развитие может проявляться в двух видах: интеллектуальной, личностной. Под психологической коррекцией понимается деятельность психолога по исправлению (корректировке) тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют некоей «оптимальной модели».

Психологическое консультирование - профессиональная помощь пациенту в поиске решения проблемной ситуации. Суть психологического консультирования - психолог, пользуясь своими специальными профессиональными знаниями, создает условия для другого человека, в которых он переживает свои новые возможности в решении его психологических задач. Критерий эффективности - появление у другого человека новых переживаний по поводу своей задачи. Психологическое консультирование опирается на психодинамический подход и клиент-центрированную терапию К. Роджерса. Существует три основных подхода к консультированию: 1. Проблемно-ориентированное консультирование (консалтинг) направлено на анализ сущности и внешних причин проблемы, поиск путей разрешения. Подход аналогичен поведенческой психотерапии и предполагает также помощь семье. Личностно-ориентированное консультирование (counseling) центрировано на анализе индивидуальных причин проблемы. Подход аналогичен психодинамической психотерапии, и консультант воздерживается от советов и организационной помощи. Решение-ориентированное консультирование (solution talk) центрировано на выявлении ресурсов для решения проблемы. Примером такого подхода является краткосрочная позитивная терапия. Цели и задачи психологического консультирования: эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям пациента; расширение сознания и повышение психологической компетентности; изменение отношения к проблеме (от «тупика» к «выбору решения»); повышение стрессовой и кризисной толерантности; развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения; повышение ответственности пациента и выработка готовности к творческому освоению мира.

Психопрофилактика и психогигиена. Психопрофилактику относят к области психиатрии, иногда к области профилактики. Психогигиена направлена на сохранение психического здоровья, а психопрофилактика - охватывает область нездоровья, направлена на предупреждение психических расстройств. Социальная этиология психических расстройств ставит задачи психопрофилактики. Согласно классификации ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичная психопрофилактика включает мероприятия, предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств, раннюю диагностику, сокращение числа патологических нарушений и реабилитацию. Первичная психопрофилактика и психогигиена можно рассматривать как синонимы. Вторичная - объединяет мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. Здесь ведущую роль играет комплексная фармако- и психотерапия. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного. При этом основное значение играет социальная реабилитация. Задачи и методы психопрофилактики

определяются особенностями и видами психических расстройств (функциональная или органическая природа; реактивная или процессуальная форма течения; обратимость болезненных явлений; ведущее значение биологического или социального фактора). Следует учитывать разнообразие организационных форм психопрофилактики (стационары, психотерапевтические кабинеты, кризисные центры, консультации семьи и брака, телефоны доверия, кабинеты разгрузки, профотбора и пр.).

Психотерапия – раздел медицины и клинической психологии, связанный с оказанием профессиональной психологической помощи больным и относительно здоровым людям при 1) душевных расстройствах (клиническая П.); 2) при разрешении возникающих у людей проблем и затруднений психологического характера (психологическая П.); 3) при возникающих потребностях изменить отношение к социальному окружению и собственной личности, разрешить семейные проблемы, улучшить качество жизни (прагматическая П.). Подобная помощь оказывается в двух основных формах: индивидуальной (консультирование) и групповой, основывающейся на групповых формах взаимодействия (играх, дискуссиях и т. п.).

Семья и терапевтическая работа с семьей

Распределение ролей в семье. Еще в период ухаживания начинается процесс распределения ролей в семье. Активно этот процесс продолжается при вступлении в брак.

К. Киркпатрик выделяет три вида супружеских ролей: традиционные, товарищеские и партнерские.

Традиционные роли предполагают со стороны жены: рождение и воспитание детей, создание и поддержание дома, обслуживание семьи, преданное подчинение собственных интересов интересам мужа, приспособленность к зависимости, терпимость к ограничению сферы деятельности. Со стороны мужа: преданность матери своих детей, экономическая безопасность и защита семьи, поддержание семейной власти и контроля, принятие основных решений, благодарность жене за ее умение быть зависимой, подчиненной, обеспечение алиментов при разводе.

Товарищеские роли требуют от жены: сохранение внешней привлекательности, обеспечение моральной поддержки и сексуального удовлетворения супруга, поддержание полезных для мужа социальных контактов, живого и интересного духовного общения с мужем и гостями, обеспечение разнообразия жизни и устранения скуки. От мужа: восхищение женой, рыцарское отношение к ней, ответная романтическая любовь и нежность, обеспечение средств для нарядов, развлечений, социальных контактов, проведение досуга с женой.

Роли партнеров требуют и от мужа и от жены: экономического вклада в семью в соответствии с заработком, общей ответственности за детей, участия в домашней работе, распределение правовой ответственности. Кроме того, от жены требуется: отказ от рыцарства супруга, поскольку супруги равны, равной ответственности за поддержание статуса семьи, в случае развода и отсутствия

детей - отказ от материальной помощи мужа. А от мужа: принятие равного статуса жены и согласия с его равным участием в принятии любых решений.

Семья может чувствовать себя спокойно и стабильно, когда исполняемые мужем и женой роли согласованны.

По распределению власти семейные роли могут быть трех типов:

1. Централистический или авторитарный, с оттенками патриархальности, когда во главе стоит один из супругов, в нашей стране роль лидера часто принадлежит жене. Глава или лидер принимает решения по всем основным семейным вопросам, является инициатором, генератором идей.

2. Автономный - муж и жена распределяют роли и не вмешиваются в сферу влияния другого.

3. Демократический – управление семьей лежит на плечах обоих супругов примерно в равной степени.

Структура семьи существует множество различных вариантов состава, или структуры, семьи. Обычно семьи делят на следующие типы:

- нуклеарная семья состоит из мужа, жены и их детей;

- пополненная семья – увеличенный по своему составу союз - супружеская пара и их дети, плюс родители других поколений, например бабушки, дедушки, дяди, тети, живущие все вместе или в тесной близости друг от друга и составляющие структуру семьи;

- смешанная семья является «перестроенной» семьей, образовавшейся вследствие брака разведенных людей. Смешанная семья включает неродных родителей и неродных детей, так как дети от предыдущего брака вливаются в новую единицу семьи;

- семья родителя-одиночки является хозяйством, которое ведется одним родителем (матерью или отцом) из-за развода, ухода или смерти супруга либо потому, что брак никогда и не был заключен (Леви Д., 1993).

Существует также деление семей на типы в соответствии с тем, кому принадлежит власть и право принятия решений. То есть:

- патриархальные семьи, где главой семейного государства является отец;

- матриархальные, где наивысшим авторитетом и влиянием пользуется мать;

- эгалитарные семьи, в которых нет четко выраженных семейных глав, и где преобладает ситуативное распределение власти между отцом и матерью.

Системная семейная терапия - не просто техника, а другой, отличный от индивидуальной психотерапии способ видения и решения проблем. В системном подходе психологические трудности и психические проявления индивида рассматриваются как симптомы проблемных семейных связей, а не только как индивидуальные нарушения или интрапсихические повреждения. Психотерапевты различных школ и направлений давно заметили, что возвращение пациента в семью после курса психотерапии может погубить самые обнадеживающие изменения или вернуть пациента к прежним моделям поведения и стереотипным реакциям. Системная семейная терапия является тем направлением, в котором в качестве объекта терапевтической помощи выступает вся семья целиком, а фокус психотерапии смещается от анализа

внутриличностных конфликтов к обнаружению дисфункциональных способов взаимодействия между членами семейной системы и к внесению необходимых изменений. Таким образом, целью семейной терапии является создание условий для формирования функциональной семейной организации, которая обеспечивает рост потенциальных возможностей каждого ее члена.

Трансактный (транзактный) анализ – теория, считающая взаимодействие между индивидами одним из основных способов выражения и подтверждения людьми своих личностных особенностей.

Разработанный Берном в 1960-х гг. язык трансактного анализа строится на американском сленге. Согласно теории, в структуре человеческой личности можно выделить эго-состояния «родителя», «взрослого» и «ребенка». При каждом взаимодействии одно из эго-состояний человека занимает главенствующее положение и обращается к конкретному эго-состоянию другого человека. Взаимодействие продолжается, пока эго-состояния обоих участников соответствуют друг другу. Так, если «родитель» жены обсуждает с «ребенком» мужа его пьянство, взаимодействие будет продолжаться до тех пор, пока муж согласен на это, пока его «ребенок» отвечает «родителю» жены. Транзакции принимают различные формы, к наиболее деструктивным относятся игры. В играх бывает не меньше двух участников, которые готовы соблюдать определенные правила. Выгода от игры состоит в подкреплении представлений индивида о себе, частичной защите от правды и от установления близких отношений с другими людьми. Например, в игру «Если бы не ты» может играть семейная пара, когда жена заявляет мужу, что если бы не он, она бы стала известной писательницей. В данном случае женщине не нужно считаться с тем, что ее попытки писать, возможно, закончились бы неудачей. Игра может продолжаться до тех пор, пока партнер соглашается нести ответственность за несбывшиеся надежды жены. Дополнительным элементом системы служит возможность индивида считать себя, своих собеседников и окружающих в порядке или не в порядке. Так, депрессивная позиция выглядит следующим образом: «Я не в порядке, но вы в порядке и они в порядке», самонадеянная позиция такова: «Я в порядке, вы и они не в порядке», а предвзятая позиция: «Я в порядке, вы в порядке, а они не в порядке». Берн высказал предположение, что установки детей в отношении себя определяют родители. Цель трансактного анализа – научиться распознавать привычные игры, прекратить в них играть и свыкнуться с тем, что ты сам и окружающие тебя люди в порядке. Только так можно избавиться от навязанных родителями представлений о себе.

Экзистенциальная психология – направление в психологии, которое исходит из уникальности конкретной жизни человека, несводимой к общим схемам, возникшая в русле философии экзистенциализма. Её прикладным разделом является экзистенциальная психотерапия. Экзистенциальную психологию относят к гуманистическим направлениям в психологии.

На возникновение этого направления повлияли философия экзистенциализма Сёрена Керкегора, Мартина Хайдеггера и Жана Поля Сартра и феноменологическая психология Эдмунда Гуссерля.

В настоящее время основными направлениями экзистенциальной психологии считаются: экзистенциальный анализ Людвига Бинсвангера, *dasein*-анализ (дазайн-анализ) Медарда Босса, экзистенциальный анализ (логотерапия) Виктора Франкла, экзистенциальный анализ Альфреда Лэнгле, экзистенциальное консультирование Джеймса Бьюдженталя, Ирвина Ялома, Ролло Мэя.

Методы изучения человека, семьи, межличностных и семейных отношений.

Анализ продуктов деятельности это еще один способ получения информации в психодиагностике. Это количественно - качественный анализ документальных источников, позволяющий изучать продукты человеческой деятельности. Под понятием "документальный источник" понимаются письма, автобиографии, дневники, фотографии, записи на киноплёнке, произведения искусства, материалы средств массовой информации (газеты, журналы и т. п.). Для того чтобы при изучении документов можно было преодолеть субъективизм исследователя, выявить достоверную информацию и достаточно точно ее регистрировать, был разработан специальный метод, получивший название "контент - анализ" (буквально "анализ содержания")

Наблюдение - целенаправленное, организованное и определенным образом фиксируемое восприятие исследуемого объекта.

Научное наблюдение связано с прямым, непосредственным восприятием событий или участием в них.

Оно имеет много общего с обыденным наблюдением, как человек в повседневной жизни воспринимает происходящее, анализирует и объясняет поведение людей, связывает его с характеристиками условий деятельности, запоминает и обобщает события, очевидцем которых он становится.

Отличия научного наблюдения от обыденного: четко сформулированы цели и задачи, объект и предмет наблюдения; осуществляется по заранее продуманному плану; данные наблюдения фиксируются в протоколах по определенной системе; полученная информация подвергается контролю на обоснованность и устойчивость.

Проективные методики – тестовый материал, организованный особым образом и применяемый для исследования личности в целом или отдельных ее сторон. В основе действия данных методик лежит механизм проекции. Этот механизм был впервые обнаружен З.Фрейдом и описан как процесс приписывания своих чувств, желаний, являющихся неприемлемыми для человека, объекту, находящемуся во вне. Проекция носит неосознаваемый характер и выполняет защитную функцию, смягчая противоречия между истинными (неосознаваемыми) стремлениями человека и социальными нормами, оценками, сознательными убеждениями. Непосредственно сам термин «проективные» был введен Л.Френком (L.K.Frank, американский психолог) в 1939 для обозначения целого ряда методик, уже известных к тому времени. Ему удалось также на основании выделенных свойств построить их

классификацию, которая с некоторыми дополнениями используется и в наше время.

Рисунок как средство психодиагностики – совокупность методов, использующих различного рода изображения в исполнении испытуемого в психодиагностических целях (диагностика индивидуально-психологических особенностей). К наиболее распространенным рисуночным методикам относятся: а) спонтанный рисунок, сделанный по собственной инициативе; б) свободный рисунок, выполненный по неопределенной инструкции; в) копирование, срисовывание реального объекта; г) завершение рисунка, дорисовывание некоторых предварительно изображенных элементов; д) конструирование, выполнение изображения с помощью выбора и сложения из набора готовых элементов.

Одной из первых попыток формализации результатов рисуночных методик является исследование Р. Шутейна (1904) в области поиска основ периодизации развития рисунка. Шкалу, по которой можно оценить 51 элемент рисунка фигуры человека разработала Ф. Гудинаф (1926). Затем Д. Харрис (1963) дополнил оценочную шкалу теста "Нарисуй человека", которая уже включала в себя 71 пункт. Принцип, лежащий в основе оценочной шкалы, – нарастание детальности рисунка.

Выделяется еще одна группа рисуночных методик, центральными сюжетами которых являются дерево, дом и т. д. в сочетании с человеческой фигурой и без нее.

Анализу подвергаются результаты так называемых автоматических рисуночных тестов, основное содержание которых составляет срисовывание определенных геометрических фигур, предметов, либо дорисовывание начатых конкретных и абстрактных элементов. Некоторые из этих методик позволяют диагностировать последствия травматических изменений центральной нервной системы, делать предположения о специфике развития субъекта, например, степени зрелости ЦНС.

В ряде исследований, выполненных с позиций проективного подхода, выделяется формальный аспект анализа изображений, связанный с клиническими проявлениями: зачернение фигур у неврастенических обследуемых, установление скошенных осей, характерных для эпилептических и психопатических индивидов.

Интерпретация большинства методик исходит из психоаналитических трактовок человеческого поведения. В контексте существующих теорий развития интерпретация рисунков основывается на двух основных подходах, рассматривающих Р. как проекцию личностных черт и как индикатор эмоциональных состояний. Структурный или формальный подход применительно к анализу графических изображений не исключает изучения феноменов, являющихся следствием влияния механизма проекции.

Тест система специальных заданий, позволяющих измерить уровень развития или состояние определенного психологического качества или свойства отдельного индивида - объекта наблюдения. Стандартизованная методика психодиагностическая, инструмент для объективного измерения

одного или нескольких аспектов целостной личности через вербальные или невербальные ответы или через другие виды поведения. Позволяет получать сопоставимые количественные и качественные показатели степени развитости изучаемых свойств, количественно оценить трудно поддающиеся измерению психологические качества - интеллектуальные или перцептивные способности, двигательные функции или личностные особенности, порог появления тревоги или досады в определенной ситуации, или же интерес, проявляемый к некоему виду активности. Обычно состоит из ряда относительно коротких испытаний, в качестве коих могут выступать различные задачи, вопросы, ситуации. Результаты измерения переводятся в нормированные значения прежде всего на основе межиндивидуальных различий (исключение составляют тесты критериально-ориентированные). Результаты выполнения тестовых заданий служат индикаторами психических свойств или состояний. Из всех методик психодиагностических к тестам применяются самые строгие требования касательно валидности, надежности, точности и однозначности.

Эксперимент исследования некоторого явления в управляемых условиях. Отличается от наблюдения активным взаимодействием с изучаемым объектом. Обычно эксперимент проводится в рамках научного исследования и служит для проверки гипотезы, установления причинных связей между феноменами. Эксперимент является краеугольным камнем эмпирического подхода к знанию. Критерий Поппера выдвигает возможность постановки эксперимента в качестве главного отличия научной теории от псевдонаучной.

Дисгармонии личности.

Акцентуация – находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера (в других источниках – личности), при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим.

Классификация акцентуаций по А. Е. Личко разработана на основе классификации акцентуаций по К. Леонгарду и классификации психопатий по П.Б. Ганнушкину.

Гипертимный (сверхактивный) тип акцентуации выражается в постоянном повышенном настроении и жизненном тоне, неуправляемой активности и жажде общения, в тенденции разбрасываться и не доводить начатое до конца. Люди с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья. Тем не менее, их отличает энергичность, активная жизненная позиция, коммуникабельность, а хорошее настроение мало зависит от обстановки. Люди с гипертимной акцентуацией легко меняют свои увлечения, любят риск.

При циклоидном типе акцентуации характера наблюдается наличие двух фаз – гипертимности и субдепрессии. Они не выражаются резко, обычно кратковременны (1–2 недели) и могут перемежаться длительными перерывами. Человек с циклоидной акцентуацией переживает циклические изменения

настроения, когда подавленность сменяется повышенным настроением. При спаде настроения такие люди проявляют повышенную чувствительность к укорам, плохо переносят публичные унижения. Однако они инициативны, жизнерадостны и общительны. Их увлечения носят неустойчивый характер, в период спада проявляется склонность забрасывать дела. Сексуальная жизнь сильно зависит от подъёма и спада их общего состояния. В повышенной, гипертимной фазе такие люди крайне похожи на гипертимов.

Лабильный тип акцентуации подразумевает крайне выраженную переменчивость настроения. Люди с лабильной акцентуацией имеют богатую чувственную сферу, они весьма чувствительны к знакам внимания. Слабая сторона их проявляется при эмоциональном отвержении со стороны близких людей, утрате близких и разлуке с теми, к кому они привязаны. Такие индивиды демонстрируют общительность, добродушие, искреннюю привязанность и социальную отзывчивость. Интересуются общением, тянутся к своим сверстникам, довольствуются ролью опекаемого.

Астено-невротический тип характеризуется повышенной утомляемостью и раздражительностью. Астено-невротические люди склонны к ипохондрии, у них высокая утомляемость при соревновательной деятельности. У них могут наблюдаться внезапные аффективные вспышки по ничтожному поводу, эмоциональный срыв в случае осознания невыполнимости намеченных планов. Они аккуратны и дисциплинированы.

Люди с сенситивным типом акцентуации весьма впечатлительны, характеризуются чувством собственной неполноценности, робостью, застенчивостью. Зачастую в подростковом возрасте становятся объектами насмешек. Они легко способны проявлять доброту, спокойствие и взаимопомощь. Их интересы лежат в интеллектуально-эстетической сфере, им важно социальное признание.

Психастенический тип определяет склонность к самоанализу и рефлексии. Психастеники часто колеблются при принятии решений и не переносят высоких требований и груза ответственности за себя и других. Такие субъекты демонстрируют аккуратность и рассудительность, характерной чертой для них является самокритичность и надёжность. У них обычно ровное настроение без резких перемен. В сексе они зачастую опасаются совершить ошибку, но в целом их половая жизнь проходит без особенностей.

Шизоидная акцентуация характеризуется замкнутостью индивида, его отгороженностью от других людей. Шизоидным людям недостаёт интуиции и умения сопереживать. Они тяжело устанавливают эмоциональные контакты. Имеют стабильные и постоянные интересы. Весьма немногословны. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями, которые предназначены только для услаждения самого себя. Могут проявлять склонность к употреблению алкоголя, что никогда не сопровождается ощущением эйфории.

Эпилептоидный тип акцентуации характеризуется возбудимостью, напряжённостью и авторитарностью индивида. Человек с данным видом акцентуации склонен к периодам злобно-тоскливого настроения, раздражения с

аффективными взрывами, поиску объектов для снятия злости. Мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм обычно рассматриваются как компенсация собственной инертности. Они не переносят неподчинения себе и материальные потери. Впрочем, они тщательны, внимательны к своему здоровью и пунктуальны. Стремятся к доминированию над сверстниками. В интимно-личностной сфере у них ярко выражается ревность. Часты случаи алкогольного опьянения с выплескиванием гнева и агрессии.

У людей с истероидным типом ярко выражен эгоцентризм и жажда быть в центре внимания. Они слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративному суициду (парасуициду). Для них характерны упорство, инициативность, коммуникативность и активная позиция. Они выбирают наиболее популярные увлечения, которые легко меняют на ходу.

Неустойчивый тип акцентуации характера определяет лень, нежелание вести трудовую или учебную деятельность. Данные люди имеют ярко выраженную тягу к развлечениям, праздному времяпрепровождению, безделью. Их идеал – остаться без контроля со стороны и быть предоставленными самим себе. Они общительны, открыты, услужливы. Очень много говорят. Секс для них выступает источником развлечения, сексуальная жизнь начинается рано, чувство любви им зачастую незнакомо. Склонны к потреблению алкоголя и наркотиков.

Конформный тип характеризуется конформностью окружению, такие люди стремятся «думать, как все». Они не переносят крутых перемен, ломки жизненного стереотипа, лишения привычного окружения. Их восприятие крайне ригидно и сильно ограничено их ожиданиями. Люди с данным типом акцентуации дружелюбны, дисциплинированы и неконфликтны. Их увлечения и сексуальная жизнь определяются социальным окружением. Вредные привычки зависят от отношения к ним в ближайшем социальном круге, на который они ориентируются при формировании своих ценностей.

Классификация акцентуаций по К. Леонгарду выделяет двенадцать типов акцентуации. По своему происхождению они имеют разную локализацию.

К темпераменту, как природному образованию, Леонгардом были отнесены типы:

гипертимный – желание деятельности, погоня за переживаниями, оптимизм, ориентированность на удачу;

дистимический – заторможенность, подчеркивание этических сторон, переживания и опасения, ориентированность на неудачу;

аффективно-лабильный – взаимная компенсация черт, ориентированность на различные эталоны;

аффективно-экзальтированный – воодушевление, возвышенные чувства, возведение эмоций в культ;

тревожный – боязливость, робость, покорность;

эмотивный – мягкосердечие, боязливость, сострадание.

К характеру, как социально обусловленному образованию, он отнёс типы:

демонстративный – самоуверенность, тщеславие, хвастовство, ложь, лесть, ориентированность на собственное Я как на эталон;

педантичный – нерешительность, совестливость, ипохондрия, боязнь несоответствия Я идеалам;

застревающий – подозрительность, обидчивость, тщеславие, переход от подъема к отчаянию;

возбудимый – вспыльчивость, тяжеловесность, педантизм, ориентированность на инстинкты;

К личностному уровню были отнесены типы:

экстравертированный;

интровертированный.

Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и интроверсии, использованные Леонгардом, ближе всего к представлениям Юнга: экстраверт по Леонгарду – это человек, ориентирующийся на внешние, «объективные» стимулы, восприимчивый к влиянию среды и заинтересованный в нём, в то время как интроверт – ориентирован на свои «субъективные» представления, мало подвержен внешнему влиянию и не заинтересован в нём. Такое понимание экстраверсии и интроверсии не является единственно верным – в психологии существуют и другие описания этих характеристик, например, у Айзенка.

Индивидуальные и семейные психологические защиты, установки, копинги.

Групповые защитные стратегии (групповые копинги). Субъектом защитной формы поведения может стать группа в остро конфликтной ситуации или при длительном сохранении тяжелого психологического климата, связанного, к примеру, с невозможностью влияния на принятие решений и поведение лидера с авторитарным стилем руководства. Групповые формы функционируют как на уровне внутригрупповых отношений, так и на уровне межгрупповых связей. Конкретными функциями групповой психологической защиты являются: самоподдержание и самосохранение группы; воспроизведение целостности группы; сохранение и поддержание положительного самоотношения.

В настоящее время выделяют довольно много конкретных форм групповой психологической защиты (11 – 12 форм), среди которых чаще всего рассматриваются семейный миф и групповой дух. Семейный миф формируется на основе неразрешимого внутрисемейного конфликта и включает в себя такие частные психоэмоциональные процессы, как искажение социальных ролей и отношений, формирование скрытых от посторонних глаз жестких семейных правил и традиций и наличие многочисленных запретных для обсуждения тем. Групповой дух аналогичен семейному мифу, но проявляется в поддержании положительного образа группы, не совпадающей с семьей, в ситуации внешнего конфликта.

Кроме этих основных форм описаны еще несколько известных вариантов групповой психологической защиты:

1) табуирование – запрет обсуждения опасных тем, которые могут обострить отношения и нарушить хрупкое равновесие, привести группу к распаду;

2) ритуализация, которая служит целям консервации стилей отношений между членами группы и создает иллюзорные представления о групповом благополучии;

3) фиксация иерархических связей как консервация групповой структуры и стремление затормозить начало групповой динамики;

4) информационная изоляция, вступающая в действие в случае, когда новые сведения и знания несут угрозу разрушения старых связей и отношений между членами группы, а также угрожают власти лидера.

Все формы групповой психологической защиты по своим функциям и результатам входят в состав единой стратегии реагирования отдельных членов и группы в целом, когнитивно-аффективной стратегии на арене межгрупповых отношений в кризисных ситуациях. Когнитивно-аффективная стратегия не способна менять объективные условия развития группы, но приводит к трансформации важной для нее информации и изменению мотивационно-ценностных и смысловых аспектов общения и совместной деятельности. Характерная особенность указанной стратегии заключается в детерминации поведения всех членов группы, которые воспринимают доминирующую форму групповой защиты как норму поведения и реакции для себя и остальных. Если кто-нибудь из членов группы не признает этих способов поведения или начинает сомневаться в их целесообразности и необходимости, то группа проявляет активное и агрессивное отношение и может либо изгнать такую «паршивую овцу из стада», либо, в крайнем случае, способна вначале на моральное, а затем и физическое уничтожение. Подобная борьба за чистоту рядов хорошо известна во всех тоталитарных группах и поддерживается за счет активного манипулирования лидером сознанием ее членов.

Стратегия групповой психологической защиты противопоставляется другой – организационно-деятельностной, которую можно рассматривать в качестве аналога овладевающей формы поведения личности в трудных для нее обстоятельствах.

Выбор группы между этими двумя стратегиями в пользу защитной провоцируется вынужденной и длительной изоляцией от связей с внешним миром, а также условиями острого внешнего конфликта и конкуренции, что все вместе формирует проявления избранной стратегии. Конкретная стратегия детерминирована в значительной степени стилем лидерского руководства и степенью развития внутренней структуры группы. Как правило, к защитной стратегии в большей степени склонны аморфные бесструктурные группы при наличии властного авторитарного лидера.

Обычно выбор какой-либо определенной стратегии – это отклик группы на изменение внешних и (или) внутренних условий существования группы или на наличие угрозы. Угрозы, подразумевающие ликвидацию группы или дискриминацию отдельных членов и результатов деятельности группы, могут быть внешними. Допускается возможность внутренней угрозы, перед лицом

которой группа проявляет защитные гомеостатические механизмы. В этом случае проявление угрозы выглядит как наличие актуальных внутригрупповых конфликтов и распад группы на отдельные компоненты, а также возможность неподконтрольной руководству профессиональной или иной деятельности. Таким образом, в социально-психологических исследованиях последних лет описаны определенные черты группового поведения, характерные для отдельной личности.

Замещение - один из видов психологической защиты; это перенос действия с недоступного объекта на доступный.

Катарсис - один из видов психологической защиты; это психологическая защита, связанная с таким изменением ценностей, которое приводит к ослаблению влияния травмирующего фактора, для чего привлекается некая внешняя глобальная система ценностей. Психическая травма как бы «сгорает» в мощных драматических или шоковых переживаниях.

Идентификация - один из видов психологической защиты; это защитный механизм, при котором человек видит в себе другого, переносит на себя мотивы и качества, присущие другому лицу (сын идентифицирует себя с отцом).

Интроекция – один из видов психологической защиты, связанный с присвоением себе тех характеристик, которые навязываются извне другими (как правило, агрессорами).

Копинг-стратегии, или механизмы совладания с трудной жизненной ситуацией - это активные, прежде всего сознательные усилия личности, предпринимаемые в ситуации психологической угрозы. Впервые термин "копинг" был использован Мерфи в 1962 году в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. К ним относились активные усилия личности, направленные на овладение трудной ситуацией или проблемой. В дальнейших исследованиях копинг-механизмы рассматривались в связи с проблемой психологического стресса. Лазарус определял копинг-механизмы как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы (болезнь, экстремальная ситуация и пр.). Была сделана попытка объединить в единое целое защитные механизмы и копинг-механизмы. Р.М.Грановская делит все стратегии выхода из напряженной ситуации на три группы: 1) изменить или ликвидировать проблему; 2) уменьшить ее интенсивность за счет смещения точки зрения на нее; 3) облегчить ее воздействие с помощью включения ряда способов. Механизмы совладания могут выступать в поведенческой, эмоциональной и когнитивной форме.

Отрицание – один из видов психологической защиты; это процесс устранения, игнорирования травмирующих восприятий внешней реальности («позиция страуса»).

Рационализация - один из видов психологической защиты; это приписывание логических или благовидных оснований поведению, мотивы которого неприемлемы или неизвестны ("виноград зелен").

Реактивные образования - один из видов психологической защиты; это защитный механизм трансформации травмирующего мотива в свою противоположность (неприязнь к другому оборачивается повышенной обходительностью, и наоборот, чувство любви реализуется в агрессивном поведении).

Семейные мифы - термин, предложенный Феррейрой (Ferreira A. J., 1966), означает определенные защитные механизмы, используемые для поддержания единства в дисфункциональных семьях. Синонимами семейных мифов являются понятия "верования", "убеждения", "семейное кредо", "ролевые экспектации", "согласованная защита", "образ семьи, или образ "Мы"", "наивная семейная психология" и др. Адекватный образ "Мы" определяет стиль жизни семьи, в частности супружеские отношения, характер и правила индивидуального и группового поведения. Неадекватный образ "Мы" - это согласованные селективные представления о характере взаимоотношений в дисфункциональных семьях, создающие для каждого члена семьи и семьи в целом наблюдаемый публичный образ. Цель такого мифа - закамуфлировать те неудовлетворенные потребности, конфликты, которые имеются у членов семьи, и согласовать некие идеализированные представления друг о друге. Для гармоничных семей характерен согласованный образ "Мы", для дисфункциональных - семейный миф.

Проекция - один из видов психологической защиты; это процесс приписывания (переноса) собственных чувств, желаний и личностных черт, в которых человек не хочет себе признаваться из-за их неприемлемости на другое лицо. Проекция является одним из основных понятий психоанализа.

Психологическая защита – любой (сознательный или бессознательный) способ, с помощью которого личность предохраняется от воздействия, грозящего напряженностью и ведущего к дезинтеграции личности. Термин введен З. Фрейдом в 1926 году. *Защитные механизмы* – особого рода психическая активность, реализуемая в форме специфических приемов переработки информации, которые могут предотвратить потерю самоуважения и избежать разрушения единства «образа Я». Главной функцией психологической защиты является «ограждение» сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний. Психологическая защита носит по преимуществу деструктивный характер. Защитные механизмы впервые были изучены З. Фрейдом, а затем исследовались его дочерью А. Фрейд.

Сублимация - один из видов психологической защиты; это психологическая защита путем перевода сексуальной или агрессивной энергии человека, избыточной с точки зрения личностных и социальных норм, в другое русло, в приемлемое и поощряемое обществом - творчество.

Фрустрация – психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей.

Типы воспитания в семье и развитие личности ребенка.

Авторитарная семья - характеризуются жестким подчинением жены мужу или наоборот и, как правило, строгой дисциплиной во взаимоотношениях родителей и детей. Из общей массы семей по некоторым данным одну шестую часть составляют семьи матриархатного типа (с женщиной во главе), а одну восьмую – патриархатного типа, с мужским главенством. Семьи этого типа довольно часто раздираются борьбой за власть или «восстаниями рабов», и оттого полны всевозможных конфликтов, чаще всего мелких, «местного» значения. Но среди них встречаются и достаточно «мирные» семьи, когда «подчиненного», «ведомого» вполне устраивает его роль, когда он является человеком безынициативным, несамостоятельным, «управляемым извне» по своей натуре, неуверенным в себе. Наименее стабильными среди авторитарных семей являются семьи, в которых главой является жена.

Биархат - равное главенство мужа и жены в семье.

Воспитание по типу Золушки. Родители, придерживающиеся этого стиля воспитания, чрезмерно придирчивы к своим детям, требуют от них беспрекословного послушания, соблюдения порядка, подчинения семейным традициям. Они враждебны или недоброжелательны к ребенку, не дают ему нужной ласки, теплоты. Забитые, робкие, вечно под страхом наказания и оскорблений, многие из таких детей вырастают в дальнейшем неряшливыми, пугливыми, не способными постоять за себя. В некоторых случаях у детей появляется стремление к самоутверждению через агрессивность и конфликтность. Такие дети с трудом адаптируются к новым условиям. Эти дети, обостренно переживая несправедливое отношение к ним родителей и других взрослых, много фантазируют, уходят в мир фантазий, вместо того, чтобы активно действовать.

Результаты научных исследований, опыт психологов-практиков и педагогов показывают, что такое воспитание не достигает цели; дети не становятся дисциплинированными.

Родители наказывают своих детей за несоблюдение порядка, за плохие школьные отметки, за невыполнение их требований, за нарушение многих других запретов.

Этих родителей мало заботит нравственная сторона, важно, чтобы ребенок был послушным и беспрекословно выполнял требования старших.

При таком воспитании, как правило, родители младших школьников готовят с ними уроки. Они становятся в позицию далеко не лучшего учителя, принимают холодный назидательный тон, всеми силами стараются "выжать" из ребенка самостоятельное действие. Дети отвечают на нажим разнообразными уловками: плачем, неожиданной "тупостью", беспомощностью. Строгость и чрезмерная требовательность родителей нередко оборачивается тем, что дети не хотят учиться, с трудом концентрируют внимание во время объяснения учителя или приготовления уроков. Авторитарные родители создают у детей повышенно тревожное отношение к отметкам, к похвале или порицанию учителя.

Родители, придерживающиеся традиции авторитарного воспитания, убеждены, что имеют все "права на ребенка" - наказывать его по своему

усмотрению, ограничивать его свободу, навязывать ему свои вкусы, контролировать все его действия.

Пошаговый контроль родителей за действиями ребенка исключает не только возможность свободы для него, но и исключает доверие между детьми и родителями. В условиях недоверия и ограничения свободы подавляется поисковая активность детей, гасится инициатива и воображение. Чем старше становится ребенок, тем большую нетерпимость он проявляет к требованиям родителей. На этой почве возникают конфликты, иногда с плачевным исходом. У детей развивается чувство неполноценности, отверженности.

Гиперопека – стиль воспитания и взаимоотношений в семье, при которых ребенка чрезмерно опекают и контролируют. При этом подавляется его самостоятельность и инициатива, замедляется развитие личности. Воспитание в условиях гиперопеки может приводить к повышенному уровню эгоцентризма и к необратимым нарушениям в виде личностного инфантилизма, отсутствия ответственности, снижения социальной адаптации.

Гипоопека (синоним: гипопротекция) – стиль воспитания и взаимоотношений в семье, при которых ребенок оказывается предоставлен самому себе, лишен необходимых ему внимания и заботы. Г. приводит к серьезным нарушениям в развитии личности ребенка, являясь одной из частых причин, порождающих впоследствии девиантное поведение, трудности в построении собственной семьи, правонарушения и т. п.

Ежовые рукавицы – стиль воспитания, когда основным инструментом является наказание, страх. Страх родительского гнева, страх всевозможных санкций, страх наказания. Ребёнка в буквальном смысле держат в «ежовых рукавицах».

Санкции - меры принуждения: оговоренные неприятности, не имеющие личного характера и решающие только поведенческую задачу. А именно, задачу предупредить недопустимое поведение, прекратить недопустимое поведение или возместить нанесенных ущерб.

Например, это может быть лишение ребенка прав: на свободное распоряжение своим временем, на использование определенных предметов, на доступ в некоторые помещения и т.д. Это может быть информирование других людей о поведении ребенка: «Расскажу бабушке» или папе.

Типы власти в семье. Семья как и любой другой социальный институт скрепляется системой власти. Различают три типа властных структур: патриархальная семья, где власть принадлежит мужу, матриархальная семья – власть принадлежит жене, эгалитарная семья – власть равномерно распределяется между мужем и женой.

Эгалитарная семья – семья, где власть равномерно распределяется между мужем и женой.

Эмоциональное отвержение как тип воспитания. Эмоциональное отвержение особенно тяжело сказывается на развитии личности ребенка. Картина усугубляется, когда другие дети в семье принимаются родителями (так называемое положение Золушки). Скрытое эмоциональное отвержение состоит в том, что родители отказываются признаться себе в действительном

эмоциональном отвержении ребенка. Нередко скрытое эмоциональное отвержение по механизму гиперкомпенсации сочетается с подчеркнутой заботой и утрированным вниманием родителей к ребенку, которые, однако, носят формальный характер.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основная литература:

1. Андронникова, О.О. Основы психологического консультирования: Учебное пособие [Электронный ресурс]/ О.О. Андронникова. - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 415 с.: 60x90 1/16. Режим доступа: <http://znanium.com/bookread.php?book=342107> ISBN 978-5-9558-0255-8
2. Златогорская О. На тропе доверия. Программа коррекции агрессивного поведения подростков. // Школьный психолог, 2013. – №№30, 31
3. Мандель, Б.Р. Общая психокоррекция: [Электронный ресурс]: Учебное пособие / Б.Р. Мандель. - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 349 с.:
4. Непомнящий Н.И. Становление личности ребенка. – М., 2014
5. Разумова Е. М. Психологическое консультирование [Электронный ресурс] : учеб-ное пособие / Е. М. Разумова ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2016. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=2740.pdf&show=dcatalogues/1/1132683/2740.pdf&view=true>
6. Слепухина Г. В. Семейное и кризисное консультирование [Электронный ресурс] : учебное пособие / Г. В. Слепухина ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2017. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=3403.pdf&show=dcatalogues/1/1139624/3403.pdf&view=true> 60x90 1/16. (переплет) Режим доступа: <http://znanium.com/bookread.php?book=374949> ISBN 978-5-16-006387-4.

Дополнительная литература:

1. Гребнева, В.В. Теория и технология решения психологических проблем:[Электронный ресурс]: Учебное пособие / В.В. Гребнева. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. - 192 с.: 60x90 1/16 + (Доп. мат. znanium.com). - (Высшее образование: Бакалавриат). Режим доступа: <http://znanium.com/bookread.php?book=374537> ISBN 978-5-16-006363-8
2. Когнитивная психология: [Электронный ресурс]: Учебное пособие / А.П. Лобанов. - 2-е изд. - М.: НИЦ Инфра-М; Мн.: Нов. знание, 2012. - 376 с.: ил.; 60x90
3. Прикладная психология: [Электронный ресурс]: Учебное пособие / Н.П. Рапохин. - М.: Форум: ИНФРА-М, 2013. - 432 с.: 60x90 1/16. - (Высшее образование). Режим доступа: <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=371247> ISBN 978-5-91134-153-4
4. Профессиональные заболевания нервной системы: [Электронный ресурс]: Практическое руководство / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. - 142 с.: 60x88 1/16.-(Клиническая практика). Режим доступа: <http://znanium.com/bookread.php?book=418980> (обложка) ISBN 978-5-16-009027-6
5. Разумова Е. М. Психологическое консультирование в образовании [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. М. Разумова ; МГТУ. -

Магнитогорск : МГТУ, 2016. - 1 элек-трон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа:

<https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=2741.pdf&show=dcatalogues/1/1132684/2741.pdf&view=true>

6.Телесность как эпистемологический феномен [Электронный ресурс] / Рос. акад. наук, Ин-т философии ; Отв. ред. И.А. Бескова. – М. : ИФРАН, 2009. – 231 с. - Режим доступа: <http://znanium.com/bookread.php?book=354391> ISBN 978-5-9540- 0140-2.

Рекомендуемые Интернет источники

1.Самостоятельная работа студентов вуза: Т. Г. Неретина, Н. Р. Уразаева, Е. М. Разумова, Т. Ф. Орехова ; Магнитогорский гос. технический ун-т им. Г. И. Носова. - Магнитогорск : МГТУ им. Г. И. Носова, 2019. - 1 CD-ROM. - Загл. с титул. экрана. - URL:

<https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=3816.pdf&show=dcatalogues/1/1530261/3816.pdf&view=true> - Макрообъект. - Текст : электронный. - Сведения доступны также на CD-ROM.

Учебное текстовое электронное издание

Степанова Ольга Павловна

**МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ
КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

Учебное пособие

Ответственность за содержание возлагается на авторов
Издается полностью в авторской редакции

0,75 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2022 год
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Кафедра психологии
Библиотечно-информационный комплекс
e-mail: bik@magtu.ru