

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАКСИМА ТАНКА

Факультет психологии
Кафедра прикладной психологии

(рег. № УМ-34-01-№ 81/2014)

Согласовано
Заведующий кафедрой
прикладной психологии
Н.Л. Пузыревич
6 ноября 20 14 г.

Согласовано
Декан факультета
Д.Г. Дьяков
6 ноября 20 14 г.

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ»

для специальности 1-23 01 04 Психология

1-03 01 03 Практическая психология

Составитель: В. В. Монтя, кандидат психологических наук; А.С. Матуляк,
преподаватель кафедры прикладной психологии БГПУ.

Рассмотрено и утверждено
на заседании Совета университета 24.12 2014 г.
Протокол № 3

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дисциплина «Основы психотерапии» включена в систему учебных предметов, обеспечивающих профессиональную подготовку студентов-психологов для практической работы в системе образования, так как создает методологическую, научно-методическую и практическую базу для организации и проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы. Теоретическая подготовка в рамках данной дисциплины дает возможность студентам сформировать профессиональную позицию по ряду вопросов важных для любого практикующего психолога.

Электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК) по дисциплине «Основы психотерапии» *предназначен* для студентов для специальностей 1-23 01 04 Психология, 1-03 04 03 Практическая психология

ЭУМК включает: пояснительную записку, материалы для проведения лекционных и лабораторных занятий, критерии текущего и итогового контроля знаний, а также список рекомендуемой литературы для самообразования студентов.

Цель создания ЭУМК – в соответствии с образовательным стандартом, улучшить методическое обеспечение учебного процесса на факультете психологии БГПУ по дисциплине «Основы психотерапии».

Поскольку изучение курса предполагает знание таких дисциплин, как социальная психология личности, социальная психология группы, история психологии, теория и методика психологического тренинга, семейная психотерапия, психология развития, то в результате работы с ЭУМК студент должен

знать:

- теоретические и методологические основы индивидуальной и групповой психотерапии;
- основные требования к личности психотерапевта, к его профессиональным знаниям, умениям и навыкам, этике психотерапевтического взаимодействия;
- идеологические основания и методики индивидуальной и групповой работы различных психотерапевтических направлений;
- преимущества и ограничения различных психотерапевтических подходов и область их применения;

уметь:

- владеть внутренней логикой психотерапевтического процесса, знать его структурные стадии и взаимосвязи между ними;
- рефлексивно сопоставлять и анализировать психотерапевтические методы из различных теоретических школ и направлений;
- устанавливать психотерапевтический контакт с клиентом, формулировать и решать терапевтические задачи, выбирая целесообразные в данных условиях средства и методы, а также анализировать эффективность оказанной психотерапевтической помощи;

- рефлексировать собственный опыт психотерапевтической практики.

В ходе практических занятий приобрести **навыки**:

- решения различных задач, предлагаемых в форме проблемных психотерапевтических ситуаций;
- установления психотерапевтического альянса и сбора анамнестических данных;
- группового обсуждения с целью развития профессионального самосознания и творческого мышления практического психолога;
- психологического описания причинно-следственных связей и закономерностей, интерпретации проблемы;
- аналитического наблюдения и обсуждения формы возможной психотерапевтической помощи в ходе игрового моделирования психологической проблемы.

Основные понятия дисциплины: психотерапевтическая помощь, клиент, психотерапевт, этапы психотерапевтического процесса, психотерапевтическое взаимодействие, сопротивление, перенос и контрперенос, психотерапевтическое интервью, эффективность психотерапии, феноменологический подход, психотерапевтическая этика, личностно-ориентированные и поведенческие направления психотерапии, групповая психотерапия, психология группы, психокоррекционная группа, тренинговые и терапевтические группы, механизмы и феномены групповой психотерапии, «групповая динамика».

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИЮ

История появления современной психотерапии. Научные и «донаучные» этапы в развитии психотерапии: спиритический или шаманский; ранний гипноз (А. Месмер); психоанализ (З. Фрейд, К. Юнг); психосинтез (Р. Ассаджиоли); современная недирективная психотерапия (М. Эриксон); синтетические, эклектические обобщения различных методов психотерапии.

Междисциплинарные аспекты психотерапии. Интеграция психотерапии и «соматической» медицины. Использование психотерапии в диагностическом процессе клинической медицины. Междисциплинарная кооперация при интеграции психологических подходов в диагностику и терапию.

Определение психотерапии. Цели и задачи психотерапии.

Тема 2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Многоосевая классификация: ось цели, ось объекта, ось модели, ось места терапии в лечебном, коррекционном или воспитательном процессе, ось продолжительности терапии, ось основных технологий психотерапии, описательная ось.

Шесть моделей психотерапии: медицинская, психологическая, педагогическая, философская, социальная, недифференцированная.

Индивидуальная психотерапия и индивидуальное психологическое консультирование: сходства и различия. Психотерапия и психологическое консультирование как два полюса психологической помощи. Психотерапия и психиатрия.

Тема 3. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Факторы, определяющие эффективность психотерапии: ожидания клиента; значение для клиента лечения и излечения; характер проблем клиента; готовность к сотрудничеству; ожидания терапевта; опыт терапевта; специфическое воздействие конкретных методов психотерапии. Показания и противопоказания для психотерапии.

Своеобразие личности в разные возрастные периоды: работа с детьми, с беременными, с пожилыми людьми. Социально-экономические, этнические, гендерные различия. «Трудный» клиент. Типологический и феноменологический подходы в диагностике клиентов. Психопатические (асоциальные), нарциссические, шизоидные, параноидные, депрессивные и маниакальные, мазохистические (пораженческие, саморазрушительные), обсессивные, компульсивные, истерические (или театральные), диссоциативные личности.

Выбор психотерапевта. Ограничения и ресурсы психотерапевтической помощи.

Тема 4. ЛИЧНОСТЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Терапевт и его профессиональный рост. Условия успешного обучения и непрерывного профессионального развития. Специфика профессиональной деятельности психотерапевта.

«Синдром эмоционального выгорания» психотерапевта (причины, фазы развития, последствия и профилактика). Регламентация нагрузки психотерапевта.

Личностные качества психотерапевта. Модель личности эффективного психотерапевта: аутентичность, открытость собственному опыту, развитие самопознания, сильное Эго, профессиональная и личностная идентичность, толерантность к неопределенности, глубина отношений с другими людьми, постановка реалистичных целей.

Профессиональная этика психотерапевта. Границы конфиденциальности. Установление терапевтического альянса и разделение ответственности с клиентом. Профессиональная компетентность психотерапевта. Реклама профессиональной деятельности. Частные этические проблемы в психотерапии.

Супервизорство и личная психотерапия в профессиональном становлении психотерапевта. Характеристика отношений между участниками супервизорского процесса. Очная и заочная супервизии.

Тема 5. СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЕССИИ. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Психотерапевтическое интервью. Профессиональное поведение психотерапевта, ведущего интервью (предъявление себя клиенту, интуиция, эмпатия, апперцепция, рефлексия, конгруэнтность, самораскрытие).

Структурные модели психотерапевтического процесса.

Общие принципы эффективного психотерапевтического процесса. Формы творческой активности в терапевтической сессии. Баланс фрустрации и поддержки в работе психотерапевта.

Стапы психотерапевтического процесса: первая встреча с клиентом (установление контакта), определение проблемы, желаемые изменения, поиск альтернативных путей решения проблемы, поиск ресурсов, завершение психотерапевтического процесса (экологическая проверка).

Терапевтический контакт. Факторы эффективного терапевтического контакта. Опора на содержание и процесс психотерапии.

Психотерапевтический контракт. Формы контракта. Условия заключения контракта.

Тема 6. СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ

Терапевт как модель для клиента. Основные стратегии работы психотерапевта. Тактика терапевта и направленность интервенций. Стилиевые особенности проведения психотерапевтической сессии.

Структурирование межличностного пространства. Динамика терапевтической сессии. Парадоксальная теория изменений в психотерапии. Диалогическая и «отстраненная» позиция терапевта. Качественные характеристики диалогических отношений: присутствие, включенность, подлинное и откровенное общение, признание-подтверждение.

Происхождение невроза. Тревога и ее роль в блокировании саморегуляции клиента. Основные принципы работы с симптомом.

Тема 7. ФЕНОМЕНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Основные подходы к профессиональным отношениям в рамках ведущих концепций и теорий личности.

Психотерапевтические отношения: установление рабочего альянса.

Перенос в психотерапии. Позитивный и негативный перенос. Возникновение переноса. Ценность переноса.

Контрперенос в психотерапии. Причины контрпереноса. Виды контрпереноса.

Сопротивление и его клинические проявления. Подходы к характеристике сопротивления в различных психотерапевтических направлениях. Источники сопротивления. Формы сопротивления. Работа с сопротивлением. Вскрывающие техники при работе с клиентами невротического уровня. Поддерживающие техники при работе с клиентами психотического уровня. Экспрессивные техники при работе с пограничными клиентами.

Тема 8. МОДЕЛИ ПОДХОДА К ТЕЛЕСНЫМ И ПСИХИЧЕСКИМ ФЕНОМЕНАМ В ПСИХОТЕРАПИИ

Феномены тела в контексте его развития и дифференциации. Контактное и возникновение паттернов. Концепция «адаптивной телесной структуры» Дж.Кепнера.

Телесный процесс и терапевтические стратегии работы с сопротивлением. Дыхание и голос и их роль в терапевтической сессии. Прикосновение как межличностное событие.

Использование вербальных и невербальных методов работы с феноменологией тела. Условия формирования прерываний в первичной поддержке контактирования. Процесс-ориентированные направления в психотерапии и философия работы с телесной метафорой. Психотерапия как творчество. Связь психотерапии и искусства.

Тема 9. ВВЕДЕНИЕ В ГРУППОВУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ

Предпосылки возникновения групповой психотерапии. Научные основания групповой психотерапии. Определение понятия «групповая психотерапия». Современные теории групповой психотерапии. Психология группы и эффект группового воздействия.

Организационно-методические основания групповой психотерапии. Потребности членов коррекционных и терапевтических групп. Общие

требования к комплектованию групп: состав группы (численность; возрастной, половой, психологический состав), критерии однородности–разнородности; показания–противопоказания; частота и длительность занятий. Подготовительные процедуры групповой психотерапии. Поэтапная модель групповой работы. Руководство группой: стиль, личность, функции и этические принципы руководителя.

Тема 10. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Теоретические основы групповой психотерапии. Основные типы исследовательских ориентаций межличностных отношений: личностная и межличностная, межгрупповая, групповая.

Классификация психокоррекционных групп по функциям руководителя (рациональные и аффективные), эмоциональной стимуляции (центрированные на руководителе и центрированные на участнике) и получению информации о «Я».

Виды психокоррекционных групп.

Модель тренинговых групп: определение, этапы обучения (представление себя, обратная связь, экспериментирование). Функции руководителя группы, приобретение коммуникативных умений (описание поведения, коммуникация чувств, активное слушание, обратная связь, конфронтация).

Модель групп встреч как терапевтической группы: определение, основные принципы (открытость и честность; осознание своего Я; ответственность; внимание к чувствам; «здесь и теперь»), техника занятий (установление контакта, построение доверительных отношений; изучение конфликтов; анализ сопротивления; соучастие и поддержка).

Психокоррективное влияние групповой терапии. Адаптивные возможности психокоррекционной группы: психологическая взаимосвязанность членов группы, динамические связи в группе, восстановление нарушенного равновесия, адаптивные действия группы, стремление к максимальному использованию ресурсов.

Механизмы групповой психотерапии: тестирование реальности, перенос, стимуляция переноса, множественные переносы, коллективный перенос, невротизация переноса, идентификация, универсализация, сплоченность, групповое давление, интеллектуализация, катарсис.

Тема 11. ОСНОВЫ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ

Понятие «групповая динамика» и ее основные законы (доминирование целого над частями, объединение элементов в целое).

Основные элементы групповой динамики: цели и нормы группы, структура группы и проблемы лидерства, сплоченность группы (факторы, содействующие сплоченности) и ролевое поведение в группе (обособляющий, ведомый, лидирующий, сотрудничающий типы поведения), фазы развития группы.

Психокоррекционное влияние групповой терапии: сплоченность, внушение надежды, обобщение, альтруизм, предоставление информации, множественный перенос, межличностное обучение, развитие межличностных умений, имитирующее поведение, катарсис (по И.Ялому); участие в работе группы, эмоциональная поддержка, помощь другим, самопроявление, отреагирование, обратная связь, инсайт, коллективный эмоциональный опыт, проверка и обучение новым способам поведения, получение новой информации и социальных навыков (по Кратохвилу С.).

Тема 12-13. ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Психодинамический подход в психотерапии. Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии. Ранняя модель психического конфликта. От топографической к структурной модели. Ранние объектные отношения по М.Кляйн. Концепции Балинта, Винникотта, Хартмана, Кернберга. Теория привязанности и ее значение для психотерапии. Значение аффекта в диагностике и психотерапии. Методы групповой психотерапии, применяемые в рамках аналитической психотерапии. Специфика групповой динамики в группанализе.

Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии. Современный этап развития экзистенциальной психотерапии (Ирвин Ялом). Современные тенденции в психоаналитической теории групп.

Гештальт-подход в психотерапии. Теоретические истоки гештальт-терапевтического направления. Понятие о механизмах прерывания контакта. Концепция полярностей. Специфика работы с группой. Применение и эксперименты.

Клиент-центрированная психотерапия. Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной и групп-центрированной терапии.

Телесно-ориентированные подходы в психотерапии. Работа с телесной феноменологией и телесным процессом.

Психодрама. Концепция психоанализа в рамках психодрамы. Терапевтические техники. Творческий аспект психотерапии.

Арт-терапия. Современное положение и успешность применения метода. Использование арт-терапевтических техник в других подходах.

Калатимно-имажинативная психотерапия. Актуальное состояние теоретической базы. Общность с психоаналитической терапией. Методы и техники символдрамы в индивидуальной и групповой психотерапии. Использование стандартных мотивов.

Составляющие классического транзактного анализа. Подходы к основным жизненным позициям в транзактном анализе. Структура личности в транзактном анализе. Виды транзакций. Типы коммуникации. Психологические игры.

Тема 14-15. НЕЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ

Гипноз и аутотренинг. Психологические и физиологические результаты, достигаемые посредством гипноза.

Краткосрочный подход в психотерапии. Подходы, базирующиеся на форме и функции (Дж. Хейли). Подходы, концентрирующиеся на процессе и замкнутом круге (В. Сатир, П. Вацлавик). Концепция эриксоновской психотерапии (М. Эриксон). Краткосрочная мультимодальная психотерапия (Арнольд Лазарус). Нейролингвистическое программирование (Ричард Бэндлер, Джон Гриндер).

Стратегии психотерапевтического процесса. Этапы работы. Основные техники краткосрочной терапии.

Основные положения мультимодальной психотерапии (BASIC.I.D). Показания и противопоказания краткосрочной терапии. Первичное интервью в краткосрочной терапии. Отношения между психотерапевтом и клиентом: универсальные и специфические. Основные техники мультимодальной терапии.

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

Когнитивная психотерапия. Основные черты когнитивной терапии. Основные теоретические положения рационально-эмотивного подхода. АУП-теория личности (АВС). Терапевтические отношения в РЭПТ. РЭПТ как активно-директивная форма психотерапии. Психотерапевтический процесс в РЭПТ. Две формы РЭПТ. РЭПТ предпочтения и общая РЭПТ.

Основные терапевтические техники РЭПТ. Когнитивные техники (научный опрос, обсуждение, домашнее задание, селекция иррациональных убеждений, сократовский диалог). Эмотивные техники (энергичное дискутирование, безусловное принятие, рациональная ролевая игра, эмоционально-наглядное разубеждение). Поведенческие техники (тренинг навыков, вознаграждение и наказания, моделирование).

Тема 16. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Потребность в психотерапии и формирование мотивации клиента. Психотерапевтическая кризисная интервенция в терапевтической практике. Этапы интервенции при наличии психосоциального кризиса. Предпосылки для терапии, сопровождающей соматический уход за пациентом. Консультации и сотрудничество с другими специалистами. Проблемы междисциплинарной кооперации при интеграции психологических подходов в диагностику и терапию. Общая модель психотерапевтического влияния. Сравнение индивидуальных и групповых методов работы в психотерапии. Ограничения и ресурсы. Общие и специальные факторы психотерапии.

**ПРИМЕРНЫЙ ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ»**

№ пп	Темы занятий	Лекции	Практические (семинарские)	Управляемая самостоятельная работа студента (лекц.)	Управляемая самостоятельная работа студента (семинар.)	Всего часов
1.	Введение в психотерапию	4	-	-	-	4
2.	Классификация психотерапевтических подходов.	2	-	-	-	2
3.	Общие положения психотерапии	4	-	-	-	4
4.	Личность и профессиональное развитие психотерапевта	2	-	-	-	2
5.	Структура и динамика терапевтической сессии. Психотерапевтический процесс	2	4	-	-	6
6.	Стратегия и тактика психотерапии	-	2	-	2	4
7.	Феномены профессионального взаимодействия	-	2	-	-	2
8.	Модели подхода к телесным и психическим феноменам в психотерапии	-	2	-	-	2
9.	Введение в групповую психотерапию	2	-	-	-	2
10.	Теоретические основы групповой психотерапии	2	-	-	-	2
11.	Основы групповой динамики	2	-	-	-	2
12-13.	Личностно-ориентированные направления индивидуальной групповой психотерапии	3	4	3	1	11
14-15.	Неличностно-ориентированные подходы в психотерапии	3	4	3	1	11
16.	Междисциплинарные аспекты психотерапии	-	2	-	-	2
Всего часов		26	20	6	4	56

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ТЕМА I. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИЮ (4 часа)

ЛЕКЦИЯ 1. История появления современной психотерапии (2 часа).

Цель – изучить этапы появления современной психотерапии, ее цели и задачи.

Вопросы для рассмотрения:

1. Научные и донаучные этапы в развитии психотерапии
2. Определение психотерапии
3. Цели и задачи психотерапии

Основные понятия: психотерапия, история психотерапии, цели и задачи психотерапии.

Литература:

1. Романин, А.Н. Основы психотерапии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Н. Романин. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 208 с.
2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: рук. для врачей/ В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. - 4-е изд., перераб. и доп. - Мн.: Выш. шк., 1999. - 524 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук [и др.]. — СПб. Питер, 2007. — 480 с.

1 вопрос. В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия XIX-XX вв. — научный период психотерапии. История отечественной включена составляющей частью в развитие мировой психотерапии. Описание истории психотерапии опирается на два основных критерия — внутреннюю логику развития самой науки и влияние внешних социально-экономических, культурных факторов (так называемый исторический фон) на развитие психотерапии как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, философии.

Донаучный период психотерапии пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка, и появились попытки соответствующего их лечения.

Впоследствии, в средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в период раннего Ренессанса с его процессами психически и

нервнобольных и казнями ведьм. И лишь в XVIII в., во времена Великой французской революции, стимулировавшей прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. Именно в этот период закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии в целом и психотерапии. По разрешению Центрального бюро коммуны Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., В это же время, в 1776 г., была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Месмера (Mesmer F. A., 1734-1815). На выступлении магнетизера Лафонтена с целью разоблачить мошенничество месмериста присутствовал английский врач Брэд (Breid J.). Увиденное им заставило Брэда посетить эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда Брэд довольно быстро усыпил своего знакомого и тщательно описал происходящие изменения с испытуемым. (Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Фариа, который описал ее как метод фиксации еще в 1813 г. Состояние, вызываемое фасцинацией, он называл «люцидным сном».) В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени. К 80-м гг. XIX в. относится усиленная научная разработка гипноза как лечебного метода, что оказало, в свою очередь, большое влияние на выяснение этиологической роли психических факторов в развитии неврозов.

В разработку метода лечебного самовнушения внесли вклад И.Р. Тарханов, В.М. Беглеров, А.Я. Боткин, разработав собственные оригинальные приемы.

С конца 90-х г. XIX в., как реакция на чрезмерную экспансию гипноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог Дюбуа (Dubois P.), он был знаком с работами Шарко и Льебо, посещал Берггейма в Анси, одно время был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод рациональной психотерапии, противопоставил его гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение» (рациональная терапия противопоставляется, так как избегалась эмоциональная поддержка пациента).

Оригинальный психотерапевтический метод — «арететерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом А. И. Яроцким. Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Марциновским (Marcinowski J.) в 1909 г., суть которого заключалась в формировании у пациентов целительного духовного мирозерцания, в результате чего пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей человечества в целом и вообще всей Природы.

Большим авторитетом в психиатрических кругах Москвы пользовался известный психотерапевт С.И. Консторум (1890-1950). Он разработал оригинальный подход, названный им активизирующей психотерапией В СССР

только к 1962 г. сложились более благоприятные условия для развития медицинской психологии и психотерапии. При Академии медицинских наук СССР в 1962 году была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую возглавил В. Н. Мясищев. На базе патогенетической психотерапии Мясищева была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, являющаяся пока единственной отечественной системой динамической психотерапии. Московскими учеными (Рожнов В. Е., Бурно М. Е. и др.) была создана эмоционально-стрессовая психотерапия. Ученые Харькова (Вельвовский И. З., Гелевская М. Е., Липгарт Н. К., Филатов А. Т.), развивая наследие К. М. Платонова, внесли значительный вклад в гипнотерапию, аутогенную тренировку и другие методы суггестивной психотерапии.

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

2 вопрос. Психотерапия (от греч. *psyché* – душа, *therapeia* – лечение) – особый вид межличностного взаимодействия, при котором клиенту оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при возникновении у него проблем или затруднений психического характера. (R. Bastine, 1982). Это способ лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм человека. Психотерапия – это средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными; это специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья.

В настоящее время словом "психотерапия" (П.) часто называют крайне различные действия, осуществляемые при этом разными особами. Нередко на практике психотерапия не функционирует согласно своему истинному лечебному назначению, исходя из понимания его основы: (*therapia* – означает лечение).

С различным пониманием «психотерапии» говорит и множество существующих определений этого понятия.

Так по определению С.Кратохвила: "Психотерапия – это целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами".

К. Роджерс: "Это такой способ пребывания с другой особой, который способствует здоровым изменениям и облегчает развитие".

В современной психологической литературе сложилось несколько подходов, которые характеризуют соотношение между психологическим консультированием и психотерапией (Дуткевич):

1) психотерапия и психологическое консультирование — это разные по содержанию и задачам виды деятельности;

- 2) психотерапия и психологическое консультирование тождественны, имеют идентичные теоретические и практические основы, но отличаются в деталях;
- 3) психологическое консультирование имеет дело с межличностными проблемами, а психотерапевт — с внутренне личностными.

О.Ф.Бондаренко утверждает, что основные различия психологического консультирования от психотерапии оказываются относительно трактовки человека как объекта воздействия.

В процессе психотерапии люди меняются вместе с их моделями мира. Сегодня известно около 100 различных психотехник психотерапии. Все они не только находят сторонников, но и позволяют эффективно оказывать психологическую помощь. Каждая из разновидностей психотерапии направлена на то, чтобы помочь клиентам успешно действовать в мире.

3 вопрос. Психотерапия направлена на глубинное проникновение в личность и осуществления прогрессивных сдвигов в ее взаимодействии с миром через изменение само- и мировосприятия и предусматривает создание условий для полноценного становления личности.

Цель психотерапии — содействие в становлении полноценной личности, способной занимать активную и творческую позицию относительно себя и своей жизнедеятельности, справляться с травмирующими ситуациями и переживаниями, принимать решения и продуктивно, нешаблонно и достойно действовать в соответствующих социально-культурных условиях.

Задачи психотерапии включают:

1. Выбор наиболее адекватных методов воздействия на пациента;
2. Совместный поиск психотерапевтом и пациентом причин возникновения психологических проблем;
3. Эмоциональную поддержку пациента и искреннее внимание к его переживаниям;
4. Изменение отношения пациента к психологической проблеме в позитивную сторону;
5. Повышение толерантности пациента к кризисам и стрессам, формирование навыков психологического преодоления жизненных трудностей;
6. Установку на гибкость в установках и поведении пациента;
7. Формирование у индивида способности самостоятельно и адекватно принимать важные решения;
8. Развитие коммуникативных возможностей пациента, обучение построению межличностных отношений.

ЛЕКЦИЯ 2. Междисциплинарные аспекты психотерапии (2 часа).

Цель – изучить междисциплинарные аспекты психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Интеграция психотерапии и «соматической» медицины

2.Использование психотерапии в диагностическом процессе клинической медицины.

3.Междисциплинарная кооперация при интеграции психологических подходов в диагностику и терапию.

Основные понятия: психотерапия, диагностический процесс, клиническая медицина, междисциплинарная кооперация.

Литература:

1. Кори, Дж. Теория и практика группового консультирования / Дж. Кори. – М., 2003. – 638 с.

2. Блайзер, А. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход / А. Блайзер [и др.]. – М.: Класс, 2001. – 212 с.

3. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, ОПИЛ, 2002. – 464 с.

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

5. Макаров, В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В. Макаров. – М.: Академический Проект, 2000. – 432 с.

1 вопрос. В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания и прежде всего так называемые психосоматические расстройства.

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Основная литература посвящена применению гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Согласно Каллинке, больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда,

например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью.

2 вопрос. Элементы первого психотерапевтического интервью имеют существенное значение также и в области клинической медицины, помогая прояснению влияния психосоциальных факторов на патогенез и патопластику. Следующие факторы могут быть прямо или косвенно связаны с симптоматикой, выступать в качестве причины или следствия симптомов или и того и другого:

- ситуативные факторы в смысле или острых тягостных жизненных событий (утраты, разрывы), или длительных жизненных ситуаций (брак, учеба, профессия);
- конфликты в отношениях с референтными личностями и группами (проблемы зависимости, позиция отверженного и т. д.);
- установки пациента, которые могут пониматься как значимые в патогенетическом отношении диспозиции (типичные непереносимые формы защиты, гиперкомпенсаторная установка на успех и т. д.);
- отношение к здоровью, отношение к болезни.

Должны быть четко выявлены структуры жизнедеятельности пациента, которые приводили, приводят и, возможно, будут приводить к болезни.

Тем самым внимание направляется в первую очередь на определенные основные модели представляющего угрозу заболевания. Наряду с генетическими факторами, физическими и иными вредными воздействиями и в связи с ними следует отметить следующие препятствия в преобразовании и разрешении жизненных ситуаций, имеющие психосоциальную природу:

- жизнь в зависимости от других личностей;
- жизнь в зависимости от внутренних конфликтов;
- жизнь под постоянным напряжением;
- жизнь в разлуке;
- жизнь в изоляции.

Беседа - это совместный поиск истины. Формулирование гипотезы о психосоциальных факторах, способствовавших заболеванию, должно базироваться на определенной общности точек зрения: лишь в этом случае терапия может оказаться успешной.

3 вопрос. Происходящий от латинского *integrare* («восстанавливать», «сделать целым») наш термин «интеграция» подразумевает возникновение целого в результате добавления к чему-либо по-настоящему ему принадлежащей, но до сих пор отсутствовавшей части.

Но «соматический» врач имеет в этом отношении свои притязания.

Прежде всего рассмотрим способы отношения к предложению психотерапевта. В соответствии с личностью «соматического» врача и той «моделью сопротивления», с которым он реагирует на более или менее опасное предложение сотрудничества со стороны психотерапевта или специалиста в области психосоматики, можно, согласно Ротманну и Карстенсу (Rotmann und Karstens, 1974), выделить четыре типа отношения

врача к требованию учитывать психосоциальную ситуацию.

1. Нечувствительный и откровенно скептически настроенный врач, который не делает тайны из своих сомнений в пользу психологической точки зрения и который не слишком готов к кооперации.

2. Амбивалентно настроенный врач, колеблющийся между отрицанием и интересом. В этом случае имеют место различные нарушения в отношениях между психотерапевтом и клиницистами. Склонность такого врача выдвигать большие претензии к специалисту-психосоматику таит опасность появления между ними своего рода соперничества по отношению к пациенту.

3. С мотивированным врачом, проявляющим активный интерес к социальным процессам, затрагивающим пациента, два ли возникнут принципиальные проблемы. Проявляемая и консультантом, и консультируемым врачом забота о пациенте при определенных обстоятельствах может привести к тому, что между ними возникнет конкуренция за пациента.

4. Любезный, но не идущий на контакт врач располагает, очевидно, наиболее эффективным способом уклонения от сотрудничества с консультантом, заключающимся в форме нарциссического отхода от контактов с психотерапевтом. Он вежливо и любезно выслушивает предложения и рекомендации психотерапевта, не принимая их в дальнейшем во внимание. Врач-консультант также едва ли будет реагировать на такого рода деликатное игнорирование nervно или раздраженно.

Сам психотерапевт или специалист в области психосоматики, который иногда, чтобы работать на «границе между двумя профессиями и двумя концепциями понимания человеческой болезни», профессионально идентифицирует себя как «специалист в области психического» (Joraschky und Köhle, 1986), при этом естественно, в значительной теряет уверенность и должен обладать ярко выраженной способностью переносить связанные с этим проблемные ситуации. По оценке Паснау (Pasnau, 1975) для достижения соответствующей готовности требуется не менее 5 лет. Последний, как и Липовски (Lipowski, 1967), подчеркивает среди прочего и важность фазы «вхождения в доверие», во время которой требования к консультируемому коллеге или его команде относительно невелики, а сам врач-консультант активно приспосабливается к ожиданиям этой группы.

ТЕМА II. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ (7 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Классификация психотерапевтических подходов (1 час).

Цель – рассмотреть классификацию психотерапевтических подходов.

Вопросы для рассмотрения:

1. Многоосевая классификация
2. Модели психотерапии

Основные понятия: многоосевая классификация психотерапевтических подходов, модели психотерапии.

Литература:

1. Романин, А.Н. Основы психотерапии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Н. Романин. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 208 с.

2. Кори, Дж. Теория и практика группового консультирования / Дж. Кори. — М.: Эксмо, 2003. — 640 с.

3. Шекеди, И. Супервизия — сложный инструмент психоаналитической подготовки / И. Шекеди и [др.] // Московский психотерапевтический журнал. — 1994, № 4. — С. 117 — 147.

1 вопрос. В данной классификации, психотерапия рассматривается по семи осям:

1. Ось цели;
2. Ось объекта;
3. Ось модели;
4. Ось места психотерапии в лечебном, коррекционном или воспитательном процессе;
5. Ось продолжительности;
6. Ось основных технологий психотерапии;
7. Описательная ось.

Ось цели.

Терапия может преследовать цели лечения и предупреждения заболеваний, развития личности, решения проблем и т.д.

Ось объекта.

У терапии может быть только три объекта:

- личность,
- семья, или
- группа

Ось модели.

Можно выделить шесть моделей терапии:

- медицинскую,
- психологическую,
- педагогическую,
- философскую,
- социальную, и
- недифференцированную.

Ось места психотерапии.

Рассмотрим эту ось на примере медицинской модели.

Здесь выделяются четыре варианта.

В первом из них психотерапия только сопровождает лечебный процесс, занимая лишь второстепенное место.

В другом варианте психотерапия занимает одно из важных мест в лечении наряду с другими подходами.

В третьем варианте психотерапия является главным методом, тогда как другие оказываются вспомогательными.

В четвертом варианте она является единственным методом лечения.

Перечисленное относится также к коррекционному или воспитательному процессам.

Ось продолжительности.

Выделяются четыре варианта:

- сверхкороткая (сверхбыстрая) терапия,
- короткая (быстрая) терапия,
- длительная (медленная) терапия,
- сверхдлительная (сверхмедленная) терапия.

Ось основных технологий.

Здесь расположены базовые техники и приемы каждого подхода. Такие, как суггестия, гипнотическое состояние, технология интервью в вербальной психотерапии, рефреминг, отреагирование эмоций и т.д.

Описательная ось.

Исследователи называют от 500 до 700 зарегистрированных в мире методов терапии. В нашей стране их, разумеется, значительно меньше.

2 вопрос. По мнению В. В. Макарова (1999), основная цель психотерапии - воспитание гибкости, умения находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм; изыскивать, сохранять и развивать ресурсные состояния. Психотерапия по большей части занимается не постановкой целей, а средствами их достижения. Поэтому для многих психотерапия в первую очередь - набор технологий для достижения поставленных целей. Несомненно, что приведенное высказывание больше характеризует цели консультирования, нежели клинической лечебной практики. Неслучайно в самой психотерапии выделяют «шесть моделей»: медицинскую, психологическую, социальную, педагогическую, философскую и недифференцированную.

Работая в медицинской модели, психотерапевт занят лечением и профилактикой заболеваний и расстройств здоровья. К данной модели относится классическое понимание психотерапии, как отрасли медицины, как специальности, практикуемой в лечебном учреждении совместно с врачами других специальностей.

Психотерапия в ее психологической модели занята психологическими проблемами, нарушениями адаптации и, условно говоря, неуспешностью человека, группы, семьи. Словом, такими нарушениями, которые не достигают степени выраженных расстройств здоровья.

Психотерапия в педагогике в нашей стране только начинает развиваться. Здесь - два основных направления: терапевтическая работа с личностью педагогов, а также - с учащимися и их семьями.

Психотерапия в ее социальной модели направлена на формирование адаптивного поведения человека в изменяющемся обществе. Философская модель психотерапии занята мировоззрением личности. Глубинная

психотерапия редко обходится без анализа мифологии. Такая работа часто приводит к формированию новой иерархии мифов и системы верований, что, в свою очередь, может изменить адаптивные возможности человека, повлиять на его чувство гармонии с самим собой и окружающим миром.

ЛЕКЦИЯ 2. Психотерапия и консультирование (1 час).

Цель – сформировать представление о сходствах и различиях психотерапии, психологического консультирования и психиатрии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Сходства и различия психотерапии и психологического консультирования
2. Психотерапия и психиатрия
3. Неврозы и фрустрация как объекты работы психотерапевта

Основные понятия: психотерапия, индивидуальное психологическое консультирование, психиатрия.

Литература:

1. Романин, А.Н. Основы психотерапии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Н. Романин. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 208 с.

2. Кори, Дж. Теория и практика группового консультирования / Дж. Кори. — М.: Эксмо, 2003. — 640 с.

3. Браун, Д. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. — М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 224 с.

4. Берн, Э. Лидер и группа: о структуре и динамике организаций и групп / Э. Берн; пер. с англ. А. Груздева. — М.: Эксмо, 2009. — 512 с.

5. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков: коллектив. моногр. / под общ. ред. Ю.С. Шевченко. — СПб.: Речь, 2003. — 552 с.

6. Блайзер, А. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход / А. Блайзер [и др.]. — М.: Класс, 2001. — 272 с.

1 вопрос. Разграничение 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 консультантом (психотерапевтом) 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.

Gelso, Fretz (1992), Blosher (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.

2 вопрос. **Психотерапия** - система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных, и т. п.). Проводится как правило специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применением различных техник и методик.

Психиатрия – отрасль клинической медицины, изучающая психические (душевные) расстройства, занимающаяся их лечением, профилактикой и оказанием помощи психически больным, а также изоляцией лиц с психическими расстройствами и лиц с отклонениями в поведении, представляющих потенциальную опасность для себя или для окружающих либо нарушающих те или иные общественные нормы.

Психиатрия занимается вопросами психической патологии, использует медикаментозное лечение в отличие от психотерапии и клинической психологии. Таким видом лечения занимается дипломированный специалист – врач психиатр.

Таким образом, общим для психолога, психотерапевта и психиатра является человек, его психические процессы и свойства, механизмы и функционирования психики, психическое состояние. Различие заключается в подходах, методах воздействия на психику и специфического лечения.

3 вопрос. Психотерапевт, практический психолог, консультант, высококвалифицированный (по международным стандартам) социальный работник

постоянно имеют дело с клиентами, страдающими неврозами, а само страдание от этих неврозов вызывается так называемой фрустрацией, с которой они сами не в силах справиться.

Фрустрация (от англ. frustration - расстройство планов, крушение надежд) - это состояние сильной неудовлетворенности, которое возникает, когда наши желания и стремления наталкиваются на сопротивление, не сбываются, не оправдываются, планы срываются. Состояние фрустрации ассоциируется с психической (а если вдаваться глубже - то и с психофизической) напряженностью, сопровождается депрессивными состояниями. Можно сказать, что фрустрация это всегда страдание определенной интенсивности - от терпимого до практически непереносимого. Фрустрация возникает, когда сильное желание или стремление человека наталкивается на преграду, которая является или кажется ему непреодолимой.

Вот здесь мы и выходим на главную исходную позицию психотерапии. Психотерапевту следует отличить самому и помочь отличить своему клиенту, какие из преград, вызвавших фрустрацию, действительно непреодолимы, а какие только кажутся непреодолимыми.

Именно неврозы - это состояния, когда преграды, вызывающие фрустрацию, кажутся непреодолимыми для клиента, а не являются таковыми объективно.

Таковыми «непреодолимыми» преградами чаще всего являются постоянно повторяющиеся нервно-психические состояния клиента и его поведенческие реакции, от которых он хотел бы избавиться, но не только не может этого сделать, а во многих случаях и не пытается, убеждая себя и других в их непреодолимости или, напротив, необходимости.

Важнейшее условие преодоления невроза и избавления от связанной с ним фрустрации (неудовлетворенности, напряженности): разоблачить невроз как иррациональное, мешающее поведение, перестать его оправдывать перед другими, а главное - перед собой, захотеть от него избавиться.

Только после признания невротической (то есть иррациональной, но постоянно повторяющейся) модели собственного поведения могут быть сформированы и постепенно закреплены новые модели, приносящие успех в данной ситуации, избавляющие от страдания или по крайней мере снижающие дискомфорт до уровня, терпимого как для внутреннего состояния клиента, так и для его внешней жизнедеятельности.

ТЕМА III. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ (4 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Факторы, определяющие эффективность психотерапии (2 часа).

Цель – определить факторы эффективной психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Ожидания клиента

2. Значение для клиента лечения и излечения
3. Характер проблем клиента, готовность к сотрудничеству
4. Ожидания терапевта, опыт терапевта
5. Специфическое воздействие конкретных методов психотерапии
6. Показания и противопоказания для психотерапии
7. Выбор психотерапевта
8. Ограничения и ресурсы психотерапевтической помощи

Основные понятия: эффективность психотерапии, ожидания клиента и психотерапевта, показания для психотерапии.

Литература:

1. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: рук. для врачей/ В.Т. Кондрашенко [и др.]. – Мн.: Выш. шк., 1999. – 524 с.
2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, СПбЛ, 2002. – 464 с.
3. Фурманов, И.А. Основы групповой психотерапии: учеб. пособие / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова. – Мн.: Тесей, 2004. – 256 с.
4. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков: коллектив. моногр. / под общ. ред. Ю.С. Степаненко. – СПб.: Речь, 2003. – 552 с.
5. Блайзер, А. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход / А. Блайзер [и др.]. – М.: Класс, 2001. – 272 с.

В. В. Макаров выделяет семь факторов, влияющих на эффективность психотерапии:

- ожидания пациента,
- значение для пациента лечения и излечения,
- характер проблем и заболевания пациента,
- то, насколько клиент готов к сотрудничеству,
- ожидания терапевта
- опыт терапевта
- специфическое воздействие конкретных методов психотерапии.

Ожидания психотерапевта

1. Клиент отнесется ко мне с уважением, наша встреча произведет на него сильное впечатление.
2. Клиент четко и ясно изложит суть проблем и скажет, в чем может заключаться моя помощь.
3. Клиент изложит факты в определенной последовательности, так, чтобы легко было понять суть проблемы.
4. Клиент будет периодически прерывать свой монолог, чтобы дать мне возможность высказать свое видение, которое с точки зрения клиента будет способствовать взаимопониманию и близости.
5. Клиент будет иметь реалистичные ожидания от процесса.
6. Клиент будет доверять мне.
7. Клиент будет благодарен за мое желание ему помочь.

Ожидания клиента

1. Психолог знает и умеет абсолютно все.
2. Психолог должен обладать безграничным терпением.
3. Профессия психолога относится к сфере обслуживания, я плачу ему за то, чтобы он терпел все, что я делаю, потому, что «клиент всегда прав».
4. Психолог вооружен секретными приемами, позволяющими мгновенно избавить меня от боли так, чтобы мне самому ничего не приходилось делать.
5. Психолог должен полностью предоставить в мое распоряжение свое рабочее и личное время, думать только обо мне и беседовать со мной, когда бы мне это ни потребовалось.
6. Психолог не должен рассчитывать на регулярное посещение, переживать по поводу пропусков, ведь в моей жизни есть еще важные вещи.
7. Психолог не должен придавать значения размеру регулярности оплаты, сетовать по поводу неоплаченных счетов, ведь он выбрал профессию из желания помогать, а не для личной выгоды.
8. Психолог похож на врача, поэтому он должен сразу поставить диагноз и сказать, что мне делать.

Показания для терапии очень широки. Комплексный подход к лечению различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), обуславливает необходимость корректирующих воздействий, которые соответствовали бы природе каждого фактора. Это означает, что психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Однако удельный вес психотерапевтических воздействий, их общая направленность, объем, и глубина определяются рядом факторов, которые и рассматриваются как показания (индикация) к психотерапии.

Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, а также возможными последствиями перенесенного ранее или текущего заболевания.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более выражена психогенная природа заболевания (то есть, чем более понятна связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов. Итак, психотерапия показана в тех случаях, когда отсутствуют противопоказания для ее проведения. Можно назвать три таких главных противопоказания: - по жизненным показаниям необходимо иное, непсихотерапевтическое воздействие; психотерапия не эффективна; психотерапия противопоказана в связи с морально - этическими ограничениями.

ЛЕКЦИЯ 2. Своеобразие личности в разные возрастные периоды (2 часа).

Цель – изучить возрастные, социально-экономические, этнические, гендерные факторы, проявляющиеся в работе с клиентом.

Вопросы для рассмотрения:

1. Работа с детьми, с беременными, с пожилыми людьми
2. Социально-экономические, этнические, гендерные различия.
3. «Трудный» клиент
4. Типологический и феноменологический подходы в работе с клиентом.

Основные понятия: психотерапия в разные возрастные периоды, социально-экономические, этнические, гендерные различия, «трудный клиент», типология и феноменология в психотерапии.

Литература:

1. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: рук. для врачей / В.Т. Кондрашенко [и др.]. - Мн.: Выш. шк., 1999. - 524 с.
2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
3. Кейд, Б. Краткосрочная психотерапия / Б. Кейд, В.Х. О'Хэнлон – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 240 с.
4. Перлз, Ф. Внутри и вне полой ведра. Практикум по гештальт-терапии / Ф. Перлз. – СПб.: Петербург—XXI век, 1995. – 448 с.
5. Хейли, Д. Что такое психотерапия / Д. Хейли. – СПб.: Питер, 2002. – 224 с.
6. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков: коллектив. моногр. / под общ. ред. Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2003. – 552 с.

1 вопрос. Работа детского психолога- это работа со всей семьей и она включает, прежде всего, консультирование родителей с целью прояснения волнующих проблем; затем, в зависимости от запроса проводится психологическая коррекция, а в более сложных случаях, терапия ребенка или семейная терапия, которая начинается с психологической диагностики, позволяющей прояснить причины сложившейся ситуации.

Работа с беременными женщинами. Психологическая помощь должна быть адекватна переживаемой женщиной ситуации, в связи с чем целесообразно выделять следующие группы пациенток:

1. женщины, желающие родить ребенка и воспитывать его в семье;
2. женщины, собирающиеся родить ребенка и имеющие намерение оставить его в роддоме;
3. женщины, решившие по разным причинам прервать беременность;
4. женщины, чей брак оказался бесплодным.

Психологическая работа с пожилыми людьми имеет свои особенности. Исследования показывают, что существует несколько способов компенсации того эмоционального напряжения, в котором находятся пожилые люди, повышения уровня их социально-психологической адаптации. Это общение с

природой, увлечение искусством (как в плане творчества, так и в плане восприятия), появление новой значимой деятельности, новых интересов, перспективы (это особенно важно для людей старше 70 лет).

Самостоятельное творчество, независимо от его уровня, так же как и любое другое увлечение (хобби), тоже становится смыслообразующим мотивом, который, возглавляя иерархию мотивов личности, помогает придать смысл другим стремлениям и потребностям пожилого человека.

Погруженность в собственную или чужую творческую деятельность увеличивает социально-психологическую устойчивость пожилых и в связи с тем, что повышает их креативность, стимулирует инновационные стремления, которых часто недостает людям старших возрастных групп в силу их возрастных особенностей. Это необходимо пожилым для реализации их социальной активности, для адекватного разрешения непредвиденных, неопределенных ситуаций, из которых нельзя выйти с помощью стереотипного поведения. Весь предпенсионный и начало пенсионного периода фактически представляют собой новую и неопределенную ситуацию, требующую проявления творчества, неадаптивной стратегии поведения, прогрессивного развития тех личностных качеств, которые не ослабевают даже в пожилом возрасте при общении с искусством.

Специальное обучение позволяет сформировать необходимые для новых занятий навыки и умения даже в преклонном возрасте. Это обучение основано на концепции непрерывного образования, исходящей из того, что учение является нормальной и необходимой для человека деятельностью во все периоды его жизни.

2 вопрос. Работая с людьми из различных социальных слоев, терапевт должен быть гибким. Иногда трудно научиться понимать диалект, отличный от того, на котором говоришь ты сам. Бывает, приходится выучивать выражения, которыми пользуются члены семьи, принадлежащие к другому социальному слою или поколению. Если терапевту непонятен диалект, на котором говорит семья клиента, семья обычно переходит на язык терапевта (и возвращается к более естественному для себя языку, как только терапевт выходит из комнаты). Терапевту не стоит притворяться, что он понимает неизвестный ему язык клиента, поскольку это было бы проявлением вранья. Лучше постараться донести до него тот факт, что терапевт делает все возможное, чтобы понять сказанное.

Задача супервизора состоит в том, чтобы обучить терапевта работать с представителями различных этнических групп и быть достаточно гибким для того, чтобы от сеанса к сеансу менять приемы и методы. Например, первый сеанс терапевт может провести с молодой американской парой, которая уверена, что партнеры в браке равны, а следующий — с мужем с Ближнего Востока, который не желает, чтобы его интервьюировали вместе с женой. Супервизор должен помочь обучающемуся в проведении терапии, несмотря на ограниченные знания культуры клиента. Возможны два разных подхода: антропологический и системный подход к семье.

Антропологический подход. Супервизор может взять за образец антрополога и выучить все, что известно о клиентах, с которыми работает его подопечный. Затем он должен заострить внимание обучающегося на культурных особенностях.

Системный подход к семье. Альтернативное обучение терапевта обращению с культурными различиями — это общее видение организации семьи и применение этих знаний с целью найти способ эффективного вмешательства в конкретную семейную ситуацию. В первую очередь предполагается, что именно межкультурные проблемы часто приводят семьи иммигрантов на терапию.

3 вопрос. Тема «трудный клиент» всегда является одной из главных в работе практикующего психолога. И неважно, в какой сфере он работает, он обязательно сталкивается с некими проблемами в общении с клиентом. Для начинающих психологов трудный клиент является одним из самых «ужасных ужасов», особенно, когда он встречается в группе. Давно и успешно работающие специалисты вырабатывают определенный набор средств, найденных чаще всего интуитивно, и создают свою, удобную для собственного пользования классификацию. Этим объясняется, скорее всего, такая пестрота различных подходов к определению трудного клиента и способов работы с ним.

Наиболее часто встречающиеся основания для классификаций следующие:

Для клиентов:

1. Наблюдаемое поведение.
2. Тревога, ее различные источники.
3. Соперничество и его различные причины.
4. Скрытые мотивы, намерения.
5. Защитные механизмы, маски, роли и т.д.
6. Глубинные бессознательные процессы.
7. Мотивационные составляющие.
8. Черты характера.

Для психологов, психотерапевтов:

1. «Непроработанность» специалиста.
2. Перенос и контрперенос.
3. Попадание в манипуляцию.
4. Отсутствие эмпатии.
5. Черты характера.
6. Незнание технических приемов.
7. Позиция и установки.
8. Скрытые мотивы и намерения.

Е.Г. Вельская [1998, с. 70-73] выделила и описала особый тип клиентов, которых она назвала «трудными» клиентами.

С точки зрения Е.Г. Вельской существуют три предпосылки

возникновения нормальных психотерапевтических отношений:

1. У клиента есть проблема.
2. Психотерапевт является экспертом.
3. Что-то должно быть сделано с проблемой.

«Трудные» клиенты имеют склонность на вербальном (словесном) уровне соглашаться с вышеуказанными предпосылками, на метакоммуникационном уровне они отвергают хотя бы одну из них.

Метакоммуникационный уровень - уровень подоплеки, того, что лежит за словами, того, что существует реально, помимо слов.

Е.Г. Вельская [1998, с. 70-73] выделяет в метакоммуникационном уровне коммуникации три аспекта:

1. Экспрессивный. Это то, что партнеры выражают помимо вербалики, то, как они хотят, чтобы их поняли.
2. Атрибутивный. То, как они понимают друг друга, какой образ видят в другом, какие качества склонны приписывать друг другу.
3. Командный. Это то, каких действий они хотят друг от друга, какого поведения они неявно требуют друг от друга.

В соответствии с этими аспектами можно выделить три возможных типа отрицания предпосылок нормальных консультативных отношений:

1. «Это не моя проблема».
2. «Я сомневаюсь в вашей компетентности».
3. «Это безнадежно, здесь ничего изменить нельзя».

Для работы с «трудными» клиентами используются различные техники контрпарадокса:

1. Согласие и поддержка. Главный принцип здесь - прекратить бороться с клиентом. Занять позицию: «Да, вы эксперт», «Да, вы лучше знаете».
2. Экстраполяция. Сущность этой техники заключается в том, что вместо того чтобы бесить неконструктивное поведение клиента, ему поддаются. Клиента подталкивают к тому, чтобы, продолжая вести себя по-прежнему, он вышел до логического и окончательного конца, после чего почувствовал необходимость смягчить, ослабить свои «отрицания».
3. Предписывание проблемы. Консультант сам сопротивляется всем возможным вариантам решения проблемы. Клиента не только просят продолжать то, что он делает, но и подразумевается, что (по крайней мере, некоторое время) иного выбора нет.

4 вопрос. Типологический подход.

При типологическом подходе исходят из положения, что тип личности является целостным образованием, не сводимым к комбинации отдельных личностных факторов (черт). Его содержание раскрывается описанием типичного или усредненного представителя группы лиц, относимых к данному типу. Например, такой тип личности, как «авторитарная личность», - конгломерат по крайней мере четырех факторов личности, не сводящийся к одному из них - доминантности. Одно из самых разительных отличий авторитарности от доминантности заключается в том, что авторитарная личность угнетает находящихся на более низкой ступени и раболепствует

перед вышестоящими, в то время как доминантная личность является лидером для занимающих более низкое положение и борется за более высокое положение. Карен Хорни в зависимости от отношения к общению с другими людьми выделила три психологических типа личности.

«Привязчивый тип» - человек обладает повышенной потребностью в общении, для него важнее всего быть любимым, уважаемым. Чтобы кто-то о нем заботился, - такой человек подходит к оценке другого человека с вопросом: «Будет ли он меня любить, заботиться?»

«Агрессивный тип» - характерно отношение к другим людям как к средству достижения своих целей - такие люди стремятся доминировать, не терпят возражений, рассматривают другого человека с такой точки зрения: «Будет ли он мне полезен?»

«Отчужденный тип» - для таких людей необходима определенная эмоциональная дистанция с другими людьми, т.к. они рассматривают общение как неизбежное зло, не склонны участвовать в групповой деятельности и считают, что признание им должно быть обеспечено уже в силу их достоинств; встречаясь с другими людьми, они втайне задают себе вопрос: «Оставит ли он меня в покое?»

Феномен — это и ощущение, и восприятие, и представление, и мысль. Изначально феноменологический подход родился в недрах философии, его создатели - Ф.Брентано и Э.Гуссерль, но настоящий расцвет феноменологический подход получил в поле практической психологии. Развивая феноменологический подход, сами философы все больше и больше перемещаются на поле психологии, известное эссе философа Ж.-П.Сартра "Очерк теории эмоций" более всего интересно именно феноменологическим подходом при анализе эмоций.

В практической психологии под "феноменологическим" подразумевают исследование, ориентирующееся не на объективный факт, а на его уникальное субъективное переживание конкретным человеком.

Феноменологический подход в практической психологии - противоположность и дополнение поведенческого подхода. Учитывая их базисный характер и чтобы не путать с другими многочисленными, более мелкими, но тоже подходами (гештальт-подход, НЛП-подход), представляется более точным и удобным говорить о феноменологической парадигме в практической психологии.

ТЕМА IV. ЛИЧНОСТЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА (2 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Терапевт и его профессиональный рост (1 час).

Цель – рассмотреть условия успешной профессиональной деятельности психотерапевта.

Вопросы для рассмотрения:

1. Специфика профессиональной деятельности психотерапевта

2. «Синдром эмоционального выгорания» психотерапевта (причины, фазы развития, последствия и профилактика)
3. Влияние профессиональной деятельности на личность психолога-психотерапевта.
4. Личностные качества психотерапевта
5. Супервизорство и личная психотерапия в профессиональном становлении психотерапевта

Основные понятия: успешная профессиональная деятельность, эмоциональное выгорание, личностные качества психотерапевта, супервизорство.

Литература:

1. Романин А.Н. Основы психотерапии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 208 с.
2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас. — М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. — 464 с.
3. Казачкова, В.Г. Пациент психолога-психотерапевта / В.Г. Казачкова, Е.А. Рождественская // Московский психотерапевтический журнал. — 1994. — № 4. — С. 47 – 52
4. Энрайт, Дж. Позиция слушателя-терапевта / Дж. Энрайт // Институт Психотерапии Клинической Психологии [Электронный ресурс]. — 2014. — Режим доступа : <http://www.psychologylibrary.php?part=article&id=1467>. — Дата доступа : 15.05.2014.
5. Алешина, Ю.Е. Консультативная беседа / Ю.Е. Алешина // Введение в практическую социальную психологию / Под ред. Ю.М. Жукова [и др.]. — М.: Смысл, 1996. — С. 230 – 248
6. Гордон, Т. Лидерство и управление: группцентрированный подход / Т. Гордон // Роджерс, К. Клиентцентрированная терапия / К. Роджерс. — М.: Рефл-бук, 1997. — С. 245 – 250.

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

Психотерапевт — лицо, непосредственно оказывающее психологическую помощь и отвечающее требованиям, предъявляемым настоящей статьей. При осуществлении деятельности по оказанию психологической помощи, требующей получения соответствующего специального разрешения (лицензии), он должен соответствовать также иным требованиям, предусмотренным законодательством о лицензировании.

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

2 вопрос. Выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса. Отечественный ученый В.В.Бойко характеризует синдром эмоционального выгорания следующим образом: «это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме исключения эмоций (понижение энергетике) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия; также расширение сферы отрицательных, негативных эмоций и уменьшение положительных эмоций».

Внешние причины, провоцирующие сгорание:

1. Хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность.
2. Дестабилизирующая организация деятельности.
3. Повышенная ответственность за исполняемые функции и операции.
4. Неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности.
5. Психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения (нарушители дисциплины, умирающие больные и т.п.).

Следующий список причин выгорания включает в себя внутриличностные проблемы психолога, влекущие за собой появление данного синдрома.

1. Склонность к эмоциональной ригидности.
2. Интенсивное восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности.
3. Слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности имеет два аспекта. Во-первых, профессионал в сфере общения не считает для себя необходимым или почему-то не заинтересован проявлять соучастие и сопереживание субъекту своей деятельности. Во-вторых, человек не умеет поощрять себя за сопереживание и соучастие, проявляемые по отношению к субъектам профессиональной деятельности.

3 вопрос. Профессия психолога принадлежит к числу социомных профессий и связана с другими людьми, на которых психолог оказывает воздействие и которые, в свою очередь, оказывают воздействие на психолога.

Профессия психолога-консультанта нередко приводит к следующим негативным последствиям:

- угрозе утратить идентичность и раствориться в клиентах;
- отрицательному воздействию на личную жизнь; С возможности психических нарушений из-за постоянных столкновений с темными сторонами жизни и психической патологией.

Появлению данного синдрома препятствуют следующие составляющие:

- сочетание работы консультанта с другими видами профессиональной деятельности (научная работа, участие в семинарах и исследованиях, педагогическая деятельность);
- забота о своем здоровье, соблюдение режимов сна и питания;

- наличие в референтном круге лиц нескольких друзей, желательно других профессий;
- открытость новому опыту;
- умение давать себе адекватную оценку;
- умение проигрывать без аутоагрессии и саморазрушительных действий;
- чтение не только профессиональной, но и другой литературы для собственного удовольствия;
- взаимодействие с коллегами, дающее возможность обсудить профессиональные и личные проблемы;
- наличие хобби (Р. Кочюнас).

4 вопрос. Выделить критерии, которым должен соответствовать «хороший психотерапевт» очень сложно. В 1947 году Комитет Американской ассоциации по подготовке в области клинической психологии (American Psychological Association's Committee on Training in Clinical Psychology) предложил 15 характеристик, которыми должен обладать психотерапевт (Shakow D., 1947). Затем R. R. Holt, L. Luborsky (1958) расширили этот список до 25 пунктов.

Эффективность психотерапии зависит не только от действенности метода и степени овладения его теорией и техникой выполнения отдельных приёмов, но и от эмоциональной зрелости психотерапевта, его гибкости и способности осознавать и выражать собственные эмоции и их содержание. А. Remmers (1997) дифференцировал необходимые способности психотерапевта, определяемые применимостью в рамках различных стадий метода N. Peseschkian (1956). Каждая из этих собирательных способностей является сочетанием нескольких актуальных способностей и, таким образом, обозначает направление желательного развития личности психотерапевта.

Первая из этих способностей – «способность к терпеливому, эмпатичному выслушиванию и добавлению различных точек зрения» – предполагает реализацию условий, описанных К. Роджерсом (эмпатия, аутентичность, принятие) и представление пациенту альтернативных точек зрения (транскультурный подход, позитивное толкование симптома, фольклорные и ситуативные метафоры по Н. Пезешкиану). Это требует от психотерапевта умения быть чутким к эмоциям пациента и к своим собственным чувствам, способности отмечать и осознанно использовать их для прогресса в психотерапии.

Вторая – «способность задавать точные вопросы, определять содержание, историю, динамику и возможности» (Remmers A., 1997) – предполагает умение видеть за эмоциональными проявлениями переноса и контрпереноса содержание конфликта, актуальные способности и паттерны отношений. Это умение обеспечивается в основном аналитико-логическими ресурсами вторичных способностей (справедливость, точность, порядок, открытость).

Третья в этом ряду – «способность сопровождать пациента и поощрять его ресурсы самопомощи: стадия самопомощи означает доверие к

обнаруженным ресурсам пациента, знание способов поддержки с вовлечением социальных групп».

Четвёртая способность – «способность фокусировать обсуждение на конфликтах и распределить ответственность за достижение изменений». Эта способность предполагает активную практику открытости и честности, терпения и учтивости в разрешении конфликтов, что трудно себе представить без навыков использования аффективно-эмоциональных ресурсов в достижении изменений, например, без баланса открытости и осознанной ответственности за проявление эмоциональных реакций.

Пятая – «способность видеть в центре работы будущее после разрешения конфликта», умение отрешиться от своего психотерапевтического нарциссизма и увидеть в проблеме и терапии шанс пациента на самонаправление и начало обновления.

Эффективные психотерапевты видят пациента как человека, а не как проблему, стрессовый актив пациента не как его слабость, внимательны к его самооценке, с пациентом ведут себя естественно и фокусируются на безопасных и доверительных отношениях. Практика психотерапии требует обладания особыми качествами, которые дают возможность устанавливать и поддерживать качественные отношения с пациентами. Эти характеристики могут быть грубо классифицированы в пять категорий: чувствительность, гибкость, объективность, эмпатия и свобода от серьезных характерологических расстройств. Личностные составляющие (ингредиенты) психотерапевта имеют важнейшее влияние на направление и исход лечения.

5 вопрос. Изданная в нашей стране в 1997 г. книга «Супервизорство» начинается следующими словами: «Если не овладеете искусством психотерапии, читая книги, работая на компьютере, просматривая видеозаписи и перебирая бумаги; этому искусству вы должны научиться у других людей в процессе глубокого внутреннего общения с ними... Наставничество (или супервизорство) — анахронизм в современном мире, поскольку оно связано с традицией устной некровенной передачи знания» (Дж. Смит, 1990).

Супервизия (supervision) в переводе с английского — это надзор, наблюдение, заведование, руководство. Использование данного термина предполагает, что существует человек — супервизор, который наблюдает «сверху» за консультативным процессом и при этом понимает и знает о происходящем гораздо больше и глубже, чем основные участники этого процесса — психолог и клиент. Однако в реальности супервизия представляет собой встречу, контакт, диалог, в ходе которого один человек — супервизируемый (психотерапевт) — рассказывает о процессе работы с клиентом, делится своими планами, задает вопросы, а другой — супервизор — помогает найти ответы, поддерживает, делится знаниями и т.д.

Супервизия является уникальным творческим методом обучения консультированию и терапии, базирующимся на традициях устной передачи знания. Успешное прохождение супервизии способствует обретению профессиональной идентичности, которая в дальнейшем служит стабильной системой координат для поиска экзистенциальных и профессиональных

СМЫСЛОВ.

Низкоформализованное знание плохо поддается передаче через учебники, поэтому при подготовке психотерапевтов большое значение приобретает личное взаимодействие между супервизором и начинающим консультантом. По своему значению для профессионального роста психолога-психотерапевта супервизорство занимает вторую позицию после непосредственно самой консультативной сессии, а супервизор и личный психотерапевт — две ключевые фигуры в его профессиональном становлении. Именно супервизор имеет возможность отрегулировать профессиональное действие в процессе его освоения, не давая возможности закрепиться неверному навыку, неправильной установке.

ЛЕКЦИЯ 2. Профессиональная этика психотерапевта (1 час).

Цель — изучить компоненты профессиональной компетентности и этики психотерапевта.

Вопросы для рассмотрения:

1. Границы конфиденциальности
2. Установление терапевтического альянса и распределение ответственности с клиентом
3. Этические проблемы в психотерапии

Основные понятия: конфиденциальность, терапевтический альянс, профессиональная компетентность, этика психотерапевта.

Литература:

1. Браун, Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. — М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 224 с.

2. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской. — М., 1997. — 464 с.

3. Шекели И., Кехели Х., Дрейвер К. Супервизия — сложный инструмент психоаналитической подготовки // Московский психотерапевтический журнал. — 1994, № 4. — С. 117 — 147

1. вопрос. В работе психотерапевту необходимо осознавать, что конфиденциальность имеет следующие границы:

1. Обязательство соблюдать конфиденциальность не абсолютно, а относительно, поскольку существуют определенные условия, способные изменить такое обязательство.

2. Конфиденциальность зависит от характера представленных клиентом сведений, тем не менее доверительность клиента несравненно строже связывает консультанта, нежели "секретность" событий, о которых сообщает клиент.

3. Материалы консультативных встреч, которые не могут причинить вред интересам клиента, не подпадают под правила конфиденциальности

4. Материалы консультативных встреч, необходимые для эффективной работы консультанта, также не подпадают под правила конфиденциальности

(например, возможно предоставление эксперту материалов консультирования по договоренности с клиентом)

5. Конфиденциальность всегда основывается на праве клиента на доброе имя и сохранение тайны. Консультант обязан уважать права клиентов и в определенных случаях даже поступать противозаконно (например не предоставлять информацию о клиенте правоохранительным органам, если этим не нарушаются права третьих лиц).

6. Конфиденциальность ограничена правом консультанта на сохранение собственного достоинства и безопасности своей личности.

7. Конфиденциальность ограничена правами третьих лиц и общественности

2 вопрос. Психотерапевтический альянс можно определить как реальные сознательные объектные отношения, в рамках которых и клиент, и терапевт согласны сотрудничать в целях оказания помощи клиенту посредством большего понимания и контроля. Поскольку он представляет собой реальные объектные отношения, терапевтический альянс основан на способностях обеих сторон к тому, что мы называем целостными объектными отношениями: быть в состоянии видеть друг друга в качестве совершенно отдельных фигур, целостных объектов как с положительными, так и с отрицательными признаками.

С самого начала первой встречи психотерапевт должен заботиться о том, чтобы клиент принял на себя ответственность за свои проблемы, т.е. признал в их происхождении свое авторство. Клиент несет ответственность и за осмысленное использование времени консультирования. Консультант разделяет с клиентом ответственность и указывает, что он заинтересован в обсуждении проблем клиента и возможных альтернатив их решения. Наше воспитание нередко противоречит требованию совместной с клиентом ответственности за консультирование. Психотерапевт полагает, что сможет лучше справиться со своими обязанностями, переживая из-за проблем клиента сильнее, чем сам клиент. Однако мы принесем клиенту большую пользу, побуждая его глубже поразмыслить над своими проблемами. Вместе с тем не следует стараться полностью избавить клиента от тревоги, связанной с принятием на себя ответственности. Клиенту следует обучаться толерантности к некоторым дозам беспокойства, поскольку жизнь полна ситуаций, в которых приходится быть лично ответственным.

Если работа с клиентом не закончилась первой встречей, важно обратить внимание на некоторые особенности следующей встречи. На первой встрече в основном собиралась информация о проблемах, трудностях клиента, происходило выделение основной проблемы или проблем. Для первой встречи характерна большая активность консультанта. Следующая встреча должна нагляднее показать клиенту характер разделения ответственности.

3 вопрос. В большинстве стран разработаны и применяются кодексы этических принципов, в которых определены границы ответственности и конфиденциальности психолога, его профессиональная компетентность,

решение вопросов оплаты и рекламы. Мы приведем основные этические принципы.

1. Конфиденциальность.
2. Ответственность психолога перед клиентом.
3. Профессиональная компетентность психолога.
4. Вопросы оплаты.
5. Реклама профессиональной деятельности.

ТЕМА V. СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЕССИИ (2 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Структура и динамика психотерапевтической сессии (2 часа).

Цель – сформировать представление о структурных и динамических компонентах психотерапевтической сессии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Психотерапевтическое интервью
2. Психотерапевтический контракт, формы и условия его заключения

Основные понятия: психотерапевтическое интервью, психотерапевтический контракт, процесс психотерапии.

Литература:

1. Кори, Дж. Теория и практика группового консультирования / Дж.Кори. – М., 2003. – 638 с.
2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: рук. для врачей / В.Т. Кондрашенко [и др.]. – Мн.: Выш. шк., 1999. – 524 с.
3. Кочюнас, Г. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Г.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
4. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К.Рудестам. – М., 1990. – 368 с.
5. Макаров, В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический Проект, 2000. — 432 с.

1 вопрос. Основным в данном отношении является "Структурное интервью" О.Кернберга, которое позволяет разграничить невротическую личность от пограничной и пограничную от психотической. Но...Как проводить традиционный опрос психотического клиента Кернберг не много пишет, делая отсылку на то, что это стандартная врачебная процедура которая описана во все учебниках по психиатрии.

Вот то, что нужно собрать с клиента, если первый этап структурного интервью О.Кернберга говорит вам о том, что перед вами психотическая личность или человек с синдромом органического поражения мозга.

Анамнез жизни

1. Были ли родственники с психическими заболеваниями? (алкоголизм, шизофрения, МДП, суицид)?

2. Другие хронические заболевания родственников (гипертония, язва, псориаз и т.д.)?
3. Семейное положение клиента (братья, сестры, родители). Полная семья, какой ребенок из...

Детские и юношеские воспоминания и что сейчас

Период с 1 года до 6 лет

1. Когда заговорил, пошел?
2. С какого возраста помнит себя?
3. Хорошие воспоминания или плохие? **Школьный период**

1. Во сколько лет пошел в школу?
2. Легко ли давались точные науки? Какие предметы тяжело давались?
3. С какими оценками окончил школу?

Юность

1. Интересы, увлечения, планы?
2. Друзья?
3. Интерес к противоположному полу? **Настоящее время**

1. Есть ли суицидальные мысли?
2. Что читаете?
3. Психологические травмы, насилие?
4. Наркотики, алкоголь, прочие зависимости.

Анамнез заболевания

1. Что произошло?
2. Концепция клиента по поводу страданий.
3. Когда это началось и как долго длилось? Как развивалось? **Сомато-неврологический статус (органика, неврология)**

1. Неврологический тест. Поднимать от 100 по 7. (Прыгает через десятки-тревога, ошибается и не замечает - органика)
2. В чем разница. Самолет и птица. Ребенок и кукла. Стол и стул. Ананас и помидор. (Не принципиальные признаки - шизофрения, не знает и стыдно - органика)

Психические процессы

Восприятие.

1. Иллюзии (часто, устрашающие, вычурные)
2. Галлюцинации (показалось или видели?) Наблюдаются ли у клиента беспечные действия (прислушивается, озирается). Обонятельные, слуховые (снаружи/вовне), визуальные, приказывающие, бред.

Мышление

1. Ускоренное, замедленное, обстоятельное, скудное.
2. Отвечает на вопросы - медленно, быстро, нормально.
3. Резонерство - есть / нет.
4. Символическое мышление - есть/нет.

Эмоциональная сфера

1. Преобладание эмоций - Стенические: гнев, ярость, радость. Астенические: печаль, тоска.
2. Есть ли угнетенное настроение. Как долго?

3. Эйфория, дисфория, слабодушие (плаксивость, недержание эмоций), эмоциональная тупость.

Внимание

1. Удерживает - да/нет
2. Соскальзывает (перескакивает с тему на тему) - да/нет
3. Патологически сосредоточен.

Волевые процессы

1. Ослабление волевой активности
2. Механизм выученной беспомощности
3. Угроза социальной адаптации
4. Гипобулия/гипербулия

2 вопрос. Разработанная система психотерапевтического контракта (ПК) позволяет учитывать различные факторы, определяющие качество участия пациентов в программах психотерапевтического лечения, таких как внутренняя картина болезни, особенности мотивации, особенности взаимодействия с микросоциальным окружением, тяжесть состояния пациента и выбор соответствующего вида помощи, определение ожидаемого результата и др.

ПК направлен на повышение эффективности лечения и большую свободу для пациента в выборе стиля взаимодействия с врачом-психотерапевтом, ведущего метода психотерапии и содержания индивидуальной психотерапевтической программы.

Предлагаемый алгоритм заключения психотерапевтического контракта для пациентов с психотическими расстройствами (и в других случаях) имеет значение для повышения эффективности созданной для конкретного пациента индивидуальной психотерапевтической программы в рамках выбранной модели психотерапевтической помощи.

Алгоритм процедуры заключения ПК

Технологически психотерапевтический контракт — это последовательное достижение следующих договоренностей врача-психотерапевта и пациента.

1. «Идентификация пациента».
2. Семья (супружеская пара).
3. Группа.
4. Микросоциальное окружение пациента, отказавшегося от обращения за помощью.
5. Отказ.
6. Описание критериев окончания (эффективности) психотерапевтической помощи.

ТЕМА IX. ВВЕДЕНИЕ В ГРУППОВУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ (2 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Научные основания групповой психотерапии (1 час).

Цель – изучить предпосылки возникновения и научные основания групповой психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Научные основания групповой психотерапии
2. Определение понятия «групповая психотерапия»
3. Современные теории групповой психотерапии
4. Психология группы и эффект группового воздействия

Основные понятия: групповая психотерапия, теории групповой психотерапии, психология группы.

Литература:

1. Браун, Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. – 224 с.

2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: рук. для врачей / В.Т. Кондрашенко [и др.]. – 4-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Выш. шк., 1999. – 524 с.

1 вопрос. Еще Аристотель называл человека “общественным животным” и рассматривал его потребность в установлении контактов с себе подобными в качестве источника его силы. Научные исследования влияния группы на человека начались с 1895 г., когда французский социальный психолог Густав Лебон ввел понятие “группового сознания”. Основная идея Г. Лебона заключалась в том, что, когда люди объединяются в группы, у них ослабевают присущие им определенные человеческие функции. Он считал, что большие группы людей отличаются регрессивным, примитивным и нецивилизованным поведением.

Английский психолог Уильям Мак-Даугалл в 1920 году опубликовал свою работу “Групповое сознание”, в которой пришел к тем же выводам, что и Г. Лебон, полагая, что нахождение людей в группе определенным образом изменяет их поведение. Вместе с тем У. Мак-Даугалл высказал новую идею, заключающуюся в том, что, хотя нахождение в группе делает поведение людей менее цивилизованным, оно не исключает проявления индивидуальных особенностей. Таким образом, У. Мак-Даугалл одним из первых указал на имеющиеся в группе возможности положительного изменения поведения членов группы.

Еще одним из крупных психологов, который внес существенный вклад в развитие этих исследований, был Зигмунд Фрейд. Напрямую работы З. Фрейда никак не затрагивают функционирование малых групп; его наблюдения в большей степени касались больших групп, как, например, “Групповая психология и анализ Эго” (1948). З. Фрейд предположил, что группа формируется тогда, когда у ее членов возникает либидозная зависимость от лидера и друг от друга. Наиболее близкой к реальной групповой психотерапии, считают Дж. Рутан и У. Стоун (2002) (Психодинамическая групповая психотерапия), была работа в рамках

Вечернего общества по средам. В течение первого десятилетия этого века группа психоаналитиков регулярно встречалась для того, чтобы обсуждать теоретические положения психоанализа, приводя в качестве иллюстрации свою работу с клиентами. Такие пионеры психоанализа, как Альфред Адлер, Лу Андреас-Саломе, Пол Федерн, Макс Граф, Вильгельм Райх, Герман Нюнберг, Альфред Саенгер и Франк Виттельс регулярно посещали эту группу. Поначалу группа носила обучающий характер, однако ее основатель Вильгельм Штекель был клиентом З. Фрейда, благодаря чему создавался прецедент использования психоанализа с психотерапевтической целью в рамках таких сессий. Члены общества регулярно обменивались личными впечатлениями. При этом З. Фрейд выступал в качестве лидера группы. В конце концов, как следует из протоколов Венского психоаналитического общества, встречи приобрели слишком эмоциональный характер. Члены группы перестали встречаться, когда конфликт возникший между А. Адлером и З. Фрейдом, достиг наивысшего накала. Подобные деструктивные проявления в группе между ее членами, между членами и лидером в настоящее время рассматриваются как естественные и типичные метаморфозы групповой жизни.

2 вопрос. Со времен возникновения человечества люди собирались в группы, чтобы выживать в мире, развигивать, растить детей, передавать знания. Однако только в 20 веке группа стала предметом социально-психологического исследования.

Ранняя история психологических групп может рассматриваться как американское явление. Одним из первых специалистов в области так называемой “репрессивно-вдохновляющей” групповой терапии первой волны был Джозеф Пратт.

Вторая волна развития групповой терапии связана с психоанализом. В 1925 году Т.Барроу, работавший с группами психоаналитическими методами, применил термин “групповой анализ”. Психоаналитически-ориентированную групповую практику развивали С.Славсон – организатор первых групп для детей и подростков и А.Вольф, в пику Барроу считавший более верным термин “анализ в группе”.

Введение термина “групповая психотерапия” в 1932 году приписывается Я.Морено, основателю психодрамы. Морено также принадлежит приоритет в создании первого профессионального объединения групповых психотерапевтов в 1942 году.

Большой вклад в развитие групповой психотерапии внес Курт Левин. Третий импульс развития групповой терапии связан с гуманистическим направлением в 60-е годы. Такие терапевты, как К.Роджерс, были ориентированы на глубокое личностное взаимопонимание между членами группы и психологом. Широко используются идеи К.Левина (теория поля), В.Райха, Ф.Перлза, А.Эллиса.

Отечественная групповая психотерапия с начала своего зарождения (середина 20-х) развивалась в основном в русле медицинской модели. Советские ученые, особенно гипнологи и физиологи, внесли большой вклад в

изучение механизмов внушения, гипноза. При этом не использовались разработки зарубежных ученых в области психоанализа, гештальт-терапии, психодрамы и т.д. В Беларуси групповое движение начало развиваться с середины 80-х годов. Идет процесс анализа теоретической базы зарубежной психотерапии, сущности зарубежных психотерапевтических методик. Многие модели групповой психотерапии базируются на зарубежных теоретических концепциях и их модификациях. В узком смысле групповая психотерапия – психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая группового психотерапевта, в лечебных целях. В широком смысле групповая психотерапия – это прикладная отрасль современной терапевтической психологии, использующая групповую динамику для разрешения актуальных жизненных проблем, развития, социализации и самореализации личности.

Мы будем пользоваться именно этим более широким пониманием групповой психотерапии. Данное пособие предназначено для психологов, которые в основном будут работать с нарушениями не тяжелее невротических, и использовать групповую психотерапию в качестве инструмента разрешения внутриличностных и межличностных проблем.

3 вопрос. Совершенно очевидно, что первоначально деятельность психотерапевтических групп осуществлялась методом проб и ошибок. При этом для объяснения наблюдаемых феноменов специалисты использовали идеи Г. Лебона, У. Мак-Дугалла, К. Левина и других, опираясь на различные теории личности, прежде всего идеи З. Фрейда. Тем не менее, им не удавалось в достаточной степени интегрировать оба подхода; разные исследователи делали акцент либо на групповых феноменах, либо на индивидуальных психических проявлениях. Для того, чтобы более основательно разбираться в отличительных особенностях разнообразных подходов, есть смысл остановиться на них более подробно.

Общегрупповой подход

Группа как единое целое. Вильфред Бион разработал свой подход к групповой психотерапии в 40-е годы прошлого столетия (Британская школа психоанализа). В это время, приходящееся на годы Второй мировой войны, многие выдающиеся ученые уделяли большое внимание малым группам.

В. Бион (1960) рассматривал любую группу в двух аспектах. Первый из них связан с теми групповыми проявлениями, которые ориентированы на решение членами группы общих задач. При этом ведущий не является единственным опытным членом группы. Он выполняет лидерские функции лишь до тех пор, пока помогает группе решать ее основные задачи.

Психоаналитическая групповая психотерапия. Генри Эзриел (1973) заинтересовался групповой психотерапией благодаря участию в первой из проводимых В. Бионом групп. Вскоре, однако, он понял, что основанные на работах Мелани Кляйн идеи Биона его не совсем устраивают. Он приступил к разработке свою теорию, базирующуюся на работах других

психоаналитиков – В. Фейрберна (1952) и Г. Гантрипа (1969). Г. Эзриел сделал упор на связанных с теорией объектных отношений представлениях о том, что людям свойственно вытеснять сложные переживания и избегать конфронтации с неосознаваемыми фантазиями. В связи с этим он вводит в обиход выражение “обычная групповая напряженность” для описания группового конфликта.

Групповой анализ. Термин “групповой анализ” используется для обозначения разработанного британским психоаналитиком С. Г. Фулксом (1948) психотерапевтического подхода (Зигмунд Генрих Фулкс).

Большое влияние на С. Фулкса оказала классическая гештальтпсихология, в особенности идея о том, что группа – это нечто большее, чем сумма составляющих ее частей. Изучение переживаний членов группы не может быть успешным без учета внутригрупповых отношений, поскольку все люди являются частью сложных систем, представленных различными социальными группами. Первичной социальной группой является семья, в которой происходит формирование идентичности. Невротик, по мнению С. Фулкса, – это тот, кто изолирован от семейной группы и неспособен адекватно выразить связанные с этим негативные переживания.

Межличностные теории

Ирвин Ялом (2000) разработал собственную теорию межличностного научения, имеющего место в групповой психотерапии. Многие положения его теории связаны с межличностной ориентацией (Г. С. Салливан, 1999). Он считает, что основным фактором психотерапевтических изменений является групповое взаимодействие, происходящее в контексте “здесь-и-сейчас”. Он не обсуждает то, что происходит вне группы, и считает группу основной ареной для научения. При соответствующем структурировании группа образует социальный микрокосм, отражающий многообразие социальных связей членов группы.

Внутрипсихические подходы

Эти подходы к групповой психотерапии делают акцент на значении внутрипсихических конфликтов и связаны с использованием психоаналитической модели в групповом психотерапевтическом контексте. При таком подходе групповая работа представляет собой индивидуальный анализ в группе. Проявления групповой динамики рассматриваются как связанные с сопротивлением и поэтому становятся предметом психотерапевтического воздействия. (С.Р. Славсон (1995) и др.). В группе создаются условия для переживания регрессивных состояний, что позволяет анализировать переносы и сопротивления.

Анализ особенностей психического развития имеет первостепенное значение: он помогает клиентам осознать присущие им особенности. Групповой аналитический психотерапевт помогает клиентам осознать скрытые мотивы, лежащие в основе их взаимодействия. На происходящее здесь и сейчас накладывают свой отпечаток прошлые события, а межличностное взаимодействие отражает внутриспсихические конфликты.

Общая теория систем

В последние годы большинство теоретиков и практиков групповой психотерапии все чаще отмечают недостатки психодинамического подхода и пытаются использовать более широкую теоретическую платформу для объяснения человеческого поведения. Это, в частности, привело к использованию в групповой психотерапии теоретических положений общей теории систем разработанной австрийским биологом Людвигом фон Берталанфи (1966). Общая теория систем может служить моделью для понимания взаимодействий между внутрисистемным, межличностным и общегрупповым подходами, а также для анализа социальных аспектов функционирования психотерапевтических групп.

Ряд положений общей теории систем делает ее весьма привлекательной теоретической моделью:

1. Все системы характеризуются общими принципами организации, в частности изоморфностью (сходностью).
2. Все они относятся к так называемым живым системам, претерпевают ряд трансформаций, связанных с изменением границ.
3. И при этом характеризуются способностью к саморегуляции (Дж. Рутан, У. Стоун, 2002).

Интегративный подход

Групповая психотерапия формировалась в целом на основе психодинамической теории. Однако эта теория была разработана в большей мере в рамках идеологии и методики индивидуальной психотерапии. Поэтому и в настоящее время прилагается немало усилий для того, чтобы объединить теории индивидуальной и групповой психотерапии.

4 вопрос. Группа – это социально-психологическое понятие, обозначающее совокупность людей, связанных общей целью и включенных в типичные для них виды деятельности, регулируемые общими ценностями и нормами.

Группа отличается и от случайного скопления людей, и от коллектива как высшего уровня группового развития.

Одним из основных признаков, который отличает группу от случайного объединения людей, является способность ее участников выполнять согласованные действия, благодаря которым могут быть удовлетворены их индивидуальные потребности.

В социальной психологии традиционно выделяют следующие основные признаки группы:

- осознание участниками своей принадлежности к группе;
- установление определенных отношений между ними;
- внутренняя организация, включая распределение обязанностей, лидерство, иерархию статусов;
- действие “группового давления”, побуждающего участников вести себя в соответствии с принятыми в группе нормами;
- наличие определенных изменений во взглядах и поведении

отдельных участников, обусловленных их принадлежностью к группе.

Группы условно делят на большие и малые, условные и реальные, лабораторные и естественные.

Психокоррекционная группа — это искусственно созданная (лабораторная) малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Это неструктурированное взаимодействие *здесь и теперь*, при котором участники изучают происходящие с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Психокоррекционные группы, так же как и другие малые группы, могут быть центрированы преимущественно на руководителе (группа тренинга умений) или на членах группы (группа встреч).

Эффект группового воздействия. Позитивным, наградой за членство в терапевтической группе может стать удовлетворение группой различных потребностей ее членов. Малая группа — это общество в миниатюре. Такие скрытые факторы, как социальное влияние и давление партнеров, действие которых мы повседневно ощущаем в жизни, на работе, в семье, проявляются и в психокоррекционной группе. Принципиальное преимущество психокоррекционной группы — это возможность получения по законам обратной связи эмоциональной поддержки от участников группы, имеющих общие проблемы и общие цели.

ЛЕКЦИЯ 2. Организационно-методические основания групповой психотерапии (1 час).

Цель — рассмотреть организационно-методические основания групповой психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Потребности членов коррекционных и терапевтических групп
2. Общие требования к комплектованию групп
3. Организационные основы групповой психотерапии
4. Подготовительные процедуры групповой психотерапии
5. Поэтапная модель групповой работы
6. Личность, функции группового руководителя
7. Этические принципы работы группового руководителя

Основные понятия: организационные основы групповой психотерапии, этапы групповой работы, личность и функции группового руководителя, этика группового руководителя.

Литература:

1. Браун, Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. — М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 224 с.
2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: рук. для врачей / В.Т. Кондрашенко [и др.]. — Мн.: Выш. шк., 1999. — 524 с.
3. Роджерс, К. Клиентцентрированная терапия / К. Роджерс. — М.: Рефлбук; Киев: Ваклер, 1997. — 320 с.

1 вопрос. Клиенту в процессе отбора следует отводить существенную роль. Предпочтительнее, чтобы клиент сам отказался от участия в группе, чем начал посещать встречи и затем испытал дискомфорт от преждевременного выхода из группы. Однако клиент может принять взвешенное решение только в том случае, если он достаточно информирован о природе группового опыта, предполагаемой длительности терапии, о том, чего ждут от него в группе.

Позитивным, наградой за членство в терапевтической группе может стать удовлетворение группой различных потребностей ее членов. В качестве наград или детерминант групповой сплоченности, которые имеют отношение к отбору клиентов для групповой терапии, И.Ялом предлагает следующее:

- 1) восприятие участниками группы как места, где они могут удовлетворить свои личные потребности, т. е. достигнуть цели в терапии;
- 2) получение удовлетворения от отношений с другими участниками группы;
- 3) получение удовлетворения от участия в выполнении задач группы;
- 4) получение удовлетворения из членства в группе в противовес неудовольствию внешним миром.

При выполнении этих условий, как правило, участники останутся довольными своими группами, будут тяготеть к ним и, по всей вероятности, останутся в них.

Отсутствие или негативная оценка любого из названных факторов может перевесить положительную ценность остальных и привести к уходу клиента из группы.

2 вопрос. Состав группы определяется направленностью, формой и содержанием предполагаемой психотерапевтической работы (группа встреч, группа умений и т. п.).

Наиболее важным вопросом, который приходится решать терапевту при формировании группы — это вопрос о показаниях и противопоказаниях для участников групповой психотерапии.

Диапазон показаний к групповой психотерапии достаточно широк — от неврозов до ремиссии шизофрении. Однако соотношения показаний и противопоказаний всегда представляют большую трудность. Показания зависят от типа группы и метода психотерапии.

Принято считать, что обычные жизненные трудности легко преодолеваются “разговорной” терапией (К.Роджерс); при изолированных симптомах (фобии) более целесообразна поведенческая психотерапия; характерологические нарушения легче корригируются гештальттерапией или с помощью психодрамы; при алкоголизме и наркоманиях более эффективна недирективная групповая психотерапия и т. д.

Противопоказаниями для групповой психотерапии являются низкий интеллект и психозы. Особую сложность, как отмечают В.Т.Кондрашенко и Д.И.Донской создают клиенты, склонные к образованию бредовых идей отношения, преследования и физического воздействия.

По численному составу группы могут быть большими (до 30 чел.) и малыми (3–4 чел.). Большинство отечественных и зарубежных психотерапевтов отдают предпочтение группам из 8—12 человек. Такие группы достаточны, чтобы обеспечить эмоциональную близость ее участников и создать между ними обратную связь.

В основе определения однородности или неоднородности группы обычно лежат три основных критерия:

- 1) демографический (возраст, пол, образование);
- 2) клинический (симптомы, синдромы, диагноз);
- 3) личностный (характер, интеллект, интересы).

Однородность означает отсутствие существенных различий между участниками группы по вышеназванным критериям. Сначала, как и любое явление однородность группы имеет свои достоинства и ограничения.

Неоднородность означает существенные различия между участниками группы — например, различное социальное положение или культурное воспитание, различия в установках и навыках общения, различные способы работать и справляться с проблемами. Неоднородные группы также имеют свои достоинства и недостатки.

3 вопрос. Открытые и закрытые группы. Создавая группу, психотерапевт организует ее как открытую или закрытую.

Закрытая группа, начав работу, “закрывает двери”: не принимает новых участников, а количество сессий с ней заранее определено. В открытой группе поддерживается постоянная численность участников — за счет замены покинувших ее участников новыми. В общем и целом открытые группы функционируют в течение неопределенного отрезка времени, несмотря даже на то, что порой через год-два состав участников полностью обновляется, а на смену прежнему ведущему приходит другой.

Длительность и частота встреч. До недавнего времени считалось, что длительность терапевтической сессии должна быть фиксированной — 45 минут индивидуальной терапии и 80-90 минут групповой — и это относилось к области глубоко укоренившейся “догмы” психотерапии. Большинство групповых терапевтов сходятся во мнении, что даже в твердо стоящих на ногах группах требуется по крайней мере 60 минут для “разогрева”, развешивания и проработки основных тем сессии. Среди терапевтов также в целом достигнуто единодушие мнений по поводу того, что после двух часов работы эффективность снижается: группа устает, начинает повторяться и работать с меньшей отдачей. Кроме того, многие терапевты, по-видимому, функционируют лучше всего в продолжение 80-90 минут; более длительные сессии часто приводят к утомлению, и в последующие сессии, проводимые в тот же день, терапевт работает с меньшей эффективностью. Хотя частота встреч варьируется от одного до пяти раз в неделю, подавляющее большинство групп встречаются один раз в неделю. Как правило, организационно трудно составить удобный для всех участников график встреч группы, и большинство терапевтов отдают предпочтение именно этой модели.

4 вопрос.

Общая идеология групповой работы

Психологический риск. Есть определенные категории клиентов, которые обладают повышенной психологической восприимчивостью. Часто уровень их социального и психического развития и недостаток жизненного опыта могут помешать им понять реальную глубину возможных отрицательных переживаний, связанных с групповой работой. Поэтому групповому психотерапевту еще до начала работы необходимо тщательно продумывать каждый шаг, чтобы максимально уменьшить риск намеренной или непреднамеренной психологической травмы.

Регулирование свободы поведения. Термин “свобода поведения” означает стремление рассмотреть в рамках групповой работы самые разнообразные варианты поведения и дать членам группы возможность выбрать те из них, которые подходят им и приемлемы для них самих, их семей, профессиональных или социальных групп. Важно создать условия для реализации возможности вести себя так, как им хочется, если при этом их поведение не выходит за рамки принятых правил и не доставляет неприятностей другим.

Готовность служить примером. Специалист, ведущий группы, должен ценить в людях искренность, честность, работливость, компетентность, мудрость. Но при этом он и сам должен быть готов проявлять эти качества в общении с клиентами, “моделируя” желаемое поведение. Необходимо помнить, что большинство людей, особенно детей, очень чувствительно к обману и быстро перестают воспринимать других, если те говорят одно, а делают другое.

Психологическая устойчивость психотерапевта. Способность стойко переносить разочарование и ситуации неопределенности является ценным качеством ведущего. Необходимость взаимодействовать одновременно со всеми участниками группы и контролировать множество переменных может иногда приводить к эмоциональной перегрузке.

Получение психологической помощи. Каждый практикующий психотерапевт сталкивается со своими сложностями, и временами может потерять почву под ногами из-за навалившихся на него житейских проблем. В таких ситуациях, как показывает опыт, способность концентрировать внимание, здраво мыслить и эмоционально откликаться значительно снижается. Психотерапевт уже не может работать так же успешно и эффективно, как обычно. В этом случае психотерапевту необходимо получить соответствующую психотерапевтическую помощь с тем, чтобы восстановить свои человеческие и профессиональные ресурсы, иначе ведущий не сможет эффективно продолжать работу.

5 вопрос. Групповая работа – это определенная последовательность взаимосвязанных шагов, которые можно разбить на три этапа.

I этап. Предварительная подготовка. Включает оценку потребностей возможных клиентов, подготовку проекта групповой работы, рекламу группы, выбор методов оценки работы группы, процедура отбора участников

группы, подготовка материалов.

II этап. Проведение групповых занятий.

III этап. Завершение работы. Включает проведение заключительного анкетирования, итоговую оценку результатов, проведение заключительной встречи группы.

Ниже излагается содержание каждого из этапов. Нет необходимости напоминать, выделенные шаги не следует рассматривать как нечто неизблемое и неизменное. В зависимости от ситуации, цели и задачи групповой работы вполне допустимо объединение нескольких шагов в один или изменение их последовательности.

6 вопрос. Стиль руководства. К. Левин со своими коллегами выделили три стиля руководства группой: авторитарный, демократический и попустительский.

Авторитарный стиль. Все виды поведения клиентов в группе определяются руководителем (психотерапевтом). Он дает задания, побуждает к действию, критикует или поощряет, разъясняет, руководит дискуссией и т. п. Психотерапевт при этом стиле — самый активный и авторитарный участник работы группы.

Демократический стиль. Деятельность группы определяется коллективным разумом. Психотерапевт направляет деятельность группы через дискуссию, групповое решение, а сам занимает позицию активного партнера.

Попустительский стиль. Психотерапевт полностью устраняется от руководства группой и занимает роль наблюдателя или беспристрастного комментатора. В крайних случаях он только задает наводящие вопросы, но не дает советов и не оценивает ход событий.

Специально проведенные исследования показывают, что оптимальный стиль руководства в психотерапевтической группе — демократический. Однако опытные психотерапевты знают, что стиль руководства может меняться в зависимости от психологического климата и экстраординарных ситуаций, которые нередко возникают в группе. В таких случаях авторитарное руководство может быть более эффективным, чем позиция невмешательства. Существует определенная закономерность: чем более сложна группа, тем менее активен и авторитарен руководитель. Во всяком случае, даже при полном, казалось бы, невмешательстве в работу группы опытный психотерапевт никогда не теряет контроля над группой и держит нить управления в своих руках.

Личность руководителя. Определенное влияние на эффективность руководства группой оказывают личные качества психотерапевта. Этому вопросу посвящено огромное количество литературы. Не вызывает сомнения и тот факт, что, для того чтобы стать неформальным лидером, нужно обладать определенными личностными качествами. Ясно также и то, что ни одна, даже самая яркая, черта личности еще не может определять личность, а тем более ее лидерские качества.

Тем не менее С. Славсон (1962) выделяет следующие основные качества, которые, по его мнению, необходимы для лидера: уравновешенность, рассудительность, зрелость, сила Я, высокий порог возникновения тревоги, восприимчивость, интуиция, эмпатия, богатое воображение, решительность, желание помочь людям, терпимость к фрустрации и неопределенности.

К. Рудестам (1990) к специфическим лидерским качествам относит: энтузиазм, умение убеждать и подчинять себе окружающих, уверенность в себе и ум.

Функции руководителя. Психотерапевт в группе обычно играет одну из следующих поведенческих ролей: эксперта, катализатора, дирижера, активного партнера.

Эксперт обычно комментирует поступки и диалоги участников, стараясь связать ситуации, возникающие здесь и теперь, с ситуациями и проблемами из повседневной жизни. Чрезмерное увлечение ролью комментирующего эксперта может нарушить групповой процесс и превратить терапевтическую группу в учебный класс.

В роли катализатора психотерапевт, по образному выражению М. Фиберта (1968), “как бы держит перед группой зеркало для того, чтобы участники могли видеть свое поведение”. Используя свой профессионализм и интуицию, а главное, такие качества, как искренность и эмпатия, психотерапевт в роли катализатора стимулирует к действию здесь и теперь, помогает наладить обратную связь и быстрое реагирование участников группы на создаваемые ситуации.

В роли дирижера психотерапевту обычно приходится выступать на первых этапах формирования группы или в трудных ситуациях, когда участники группы заходят в тупик. Тупиковая ситуация в группе обычно сопровождается повышением уровня тревожности. Умеренная тревожность является хорошим терапевтическим фактором. Задача психотерапевта в роли дирижера состоит в том, чтобы вывести группу из тупиковой ситуации, все время сохраняя невысокий уровень тревожности.

В группах с попустительским стилем руководства психотерапевт выступает обычно в качестве активного партнера, образцового участника. В этой роли он может олицетворять образец открытости, аутентичности и на своем примере продемонстрировать процесс самораскрытия. Пример самораскрытия терапевта положительно влияет на поведение участников группы, подталкивая их к подражанию, но здесь психотерапевту, как ни в какой другой роли, необходимо соблюдать чувство меры, так как интимное самораскрытие лидера может грубо нарушить групповой процесс.

7 вопрос. Краеугольным камнем любой профессии является профессиональная этика. Психологи, работающие с любыми категориями клиентов, оказывают на их личность сильное влияние, и потому обязаны следовать определенным этическим правилам. Ниже обсуждаются некоторые профессиональные вопросы, которые возникают в процессе практического

применения этических правил.

Правило 1. Предоставление клиенту полной информации

Правило 2. Отбор участников

Правило 3. Конфиденциальность

Правило 4. Добровольность/принудительность участия

Правило 5. Выход из группы

Правило 6. Сдерживание и принуждение (границы жесткости ведения группы)

Правило 7. Система ценностей ведущего при работе в группе

Правило 8. Непредвзятость

Правило 9. Двойственные взаимоотношения

Правило 10. Использование техник и приемов

Правило 11. Выработка целей

Правило 12. Консультации между занятиями

Правило 13. Окончание групповой работы

Правило 14. Оценка состояния группы и завершающие действия

Правило 15. Помощь других специалистов

Правило 16. Профессиональная компетентность группового консультанта.

ТЕМА X. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Классификация психокоррекционных групп (1 час).

Цель – изучить классификацию видов и моделей психокоррекционных групп.

Вопросы для рассмотрения:

1. Виды психокоррекционных групп

2. Модель треугольной группы: определение, этапы обучения 3. Функции руководителя группы

3. Модель групп встреч как терапевтической группы: определение, основные принципы, техники занятий

Основные понятия: психокоррекционная группа, тренинговая группа, группа встреч.

Литература:

1. Браун, Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. – 224 с.

2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: рук. для врачей/ В.Т. Кондрашенко [и др.]. – Мн.: Выш. шк., 1999. - 524 с.

3. Роджерс, К. Клиентцентрированная терапия / К. Роджерс. – М.: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1997. – 320 с.

4. Энрайт, Дж. Позиция слушателя-терапевта / Дж. Энрайт // Институт Психотерапии Клинической Психологии [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа : <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1467>. –Дата доступа : 15.05.2014.

5. Алешина, Ю.Е. Консультативная беседа / Ю.Е. Алешина // Введение в практическую социальную психологию / Под ред. Ю.М. Жукова [и др.]. – М.: Смысл, 1996. – С. 230 – 248.

1 вопрос. До сих пор не существует однозначной типологии психологических групп. Даже среди профессионалов в области образования, психологии и психотерапии такие термины как группа поддержки, групповая терапия, групповое консультирование и групповое руководство не имеют однозначного толкования. Эта же неоднозначность понимания и трактования распространяется и на классификацию психокоррекционных групп.

С нашей точки зрения, наиболее удачной является типология, принятая Ассоциацией специалистов по групповой работе Американской психологической ассоциации, подразделяющая группы на рабочие (группы, созданные специально для решения какой-то конкретной не психологической задачи), обучающие, консультационные, психотерапевтические Рабочие группы

Обучающие группы обычно формируются в учреждениях системы образования или различных детских и молодежных образовательно-воспитательных и социально-педагогических центрах

Консультационные группы. Этот тип групп, обычно называемый “групповым консультированием”, существенно отличается от упомянутых выше. Консультационные группы ориентированы на процесс, в то время как предыдущие два типа групп ориентированы на содержание. Основным инструментом достижения цели является процесс межличностных отношений внутри группы, все проблемы решаются в процессе взаимодействия.

Психотерапевтические группы нацелены на решение серьезных психологических проблем и ставят целью глубокие изменения в личностной сфере и в поведении участников. К этой категории относятся группы лиц с асоциальным и противоправным поведением или терапевтические группы детей, переживших травмирующие жизненные события (например, смерть близких или насилье) и пр. Подобного рода группы обычно создаются в специализированных психологических центрах или клиниках. Ведущий психотерапевтической группы должен предварительно пройти курс специальной подготовки.

2 вопрос. История создания и развития групп тренинга тесно связана с именем психолога Курта Левина и целой плеяды его учеников. Занимаясь экспериментальной, а затем практической социальной психологией он пришел к выводу, что люди в группе постоянно воздействуют друг на друга. Его динамическая “теория поля” заложила основы для изучения процессов “групповой динамики” и стала краеугольным камнем в создании групповой психотерапии.

Первая группа тренинга (Т-группа) возникла случайно. Несколько специалистов в области естественных наук, в число которых входил и Курт Левин), создали группу из деловых людей и бизнесменов, целью которой

было совместное изучение основных социальных законов и “проигрывание” различных ситуаций, связанных с их применением. Помимо этого, эта группа была ориентирована на опыт самораскрытия и самоосознания с помощью получения обратной связи.

Родоначалники Т-групп считали, что “группа” – это реальный мир в миниатюре, со всем присущим ему многообразием и сложностью социальных связей. В ней существуют те же, что и “в жизни”, проблемы межличностных отношений, поведения, принятия решений и т.д. Тем не менее от реального мира Т-группа как все же искусственно созданная лаборатория “человеческих отношений” отличается тем, что:

- ♦ в ней каждый может быть и экспериментатором, и предметом эксперимента;
- ♦ в ней возможно решение задач, которые неразрешимы в реальной жизни;
- ♦ занятия в группе предполагают “психологическую безопасность”, что обеспечивает “чистоту” эксперимента.

Этапы группового процесса.

Представление самого себя – это процесс самораскрытия. Наиболее эффективной моделью самораскрытия является “окно Джогари”, названное так в честь его изобретателей Джозефа Лафла и Гарри Инграма. Обратная связь осуществляется в тех случаях, когда одни участники группы сообщают о своих реакциях на поведение других с целью откорректировать модель их поведения. В свою очередь участники получившие такой “сигнал” от других, имеют возможность самостоятельно откорректировать свое поведение.

Экспериментирование в группе основано на активном поиске различных вариантов поведения в одинаковых (или различных) ситуациях.

Такой поиск может быть успешным лишь в том случае, если экспериментирующие участники могут получить от группы ясную и точную обратную связь без страха за последствия своего поведения в той или иной ситуации.

Приобретение коммуникативных умений.

Целевое назначение Т-группы в психокоррекционном плане двояко: 1) самосовершенствование личности и 2) обучение умениям межличностного общения (коммуникативным умениям).

Коммуникативные умения в свою очередь включают: описание поведения (своего и партнера); коммуникацию чувств; активное слушание; обратную связь; конфронтацию.

Описание поведения – умение сказать о поведении другого без анализа его мотивов и без любого вида критики, как конструктивной, а тем более деструктивной (обвинений, оскорблений и пр.). Коммуникация чувств – умение ясно и четко сказать о своих чувствах. Внешний вид и жесты не всегда адекватно отражают чувства партнера. Румянец на щеках может свидетельствовать и быть выражением как удовольствия, так и проявлением гнева. Участники группы должны учиться передавать суть своих чувств таким образом, чтобы они были правильно поняты другими. Лучше всего

научиться передавать свои чувства адекватными словами, не прибегая к непонятным и сложным метафорам. Умение слушать. Случайно собравшиеся собеседники редко умеют слушать друг друга. Говорить всегда лучше, чем слушать. Карл Роджерс считал, что научиться слушать намного труднее, чем научиться говорить.

Конфронтация — одна из активных форм коммуникации, при которой действия одного человека направлены на то, чтобы заставить другого осознать, проанализировать или изменить свои межличностные отношения.

Умелая конфронтация требует чуткости к психическому состоянию оппонента и убежденности в своих контрдоводах.

3 вопрос. Группы встреч в отличие от групп тренинга являются терапевтическими психокоррекционными группами.

Как уже отмечалось, существуют два основных направления в понимании психокоррекционных групп:

1. Ориентация групповой работы на решение конкретных задач, отработку навыков межличностных отношений. Руководитель не устраняется от лидерства полностью и нередко выступает в роли наставника, учителя, тренера. Сторонники этого направления более склонны работать с Т-группами или группами тренинга умений.

Ориентация на гуманистический, демократический стиль руководства группой. Во главу угла ставится не авторитарность руководителя, а чувство общности, аутентичности и открытости в отношениях между членами группы. У. Шутц выделил следующие основные признаки группы встреч:

- открытость и честность в общении ее членов;
- осознание самого себя, своего Я (психического и физического);
- ответственность за себя и членов группы;
- внимание к чувствам;
- принцип: здесь и теперь.

Этапы группового процесса

Основными психотерапевтическими шагами в группе встреч являются: установление контактов; построение доверительных отношений; изучение конфликтов; анализ сопротивления; соучастие и поддержка.

- Установление контактов (знакомство). На первых этапах группового процесса усилия членов группы направляются на установление доверительных межличностных контактов. Эти усилия У. Шутц называл “стремлением к включению в ситуацию”, которое определяется желанием каждого члена группы ощутить свою принадлежность к ней.

- На первом занятии можно представиться друг другу с помощью псевдонимов, что облегчает межличностный контакт. Знакомство начинается с контактов в мини-группах или в парах. Это могут быть как физические контакты – исследование рук, лица партнера, так и вербальное общение.

- Построение доверительных отношений. В группе всегда есть несколько участников, которые на первых порах испытывают чувство одиночества из-за трудности в установлении контактов. Не каждому легко

сразу доверить свои чувства и переживания малознакомому человеку.

- Изучение конфликтов. Очень часто конфликтные ситуации возникают на той стадии группового процесса, когда на первый план выходят соревнования, соперничество, борьба за лидерство. Чаще всего конфликты изучаются на вербальном уровне. Психотерапевт поощряет членов группы, вступивших в конфронтацию, способных внимательно выслушивать друг друга, прямо и откровенно высказываться, пытающихся осознать не только свои чувства и поведение, но и соперника.

- Анализ сопротивления. Обычно осуществляется посредством специальных упражнений в которых особое внимание уделяется обсуждению сновидений, снов наяву, фантазий, грез и пр. В дальнейшей работе весь полученный материал нуждается в прояснении и интерпретации.

- Соучастие и поддержка. Чтобы правильно осознать свое поведение и полностью раскрыться, каждый участник нуждается в положительной поддержке всей группы. Вначале такая поддержка осуществляется с помощью ведущего. Со временем группа становится способной обеспечить своего участника положительной обратной связью самостоятельно.

- Следует учитывать, как отмечает В.Т. Кондрашенко (1997), что стремление выразить поддержку, утешение или одобрение в адрес своего партнера по группе очень часто отражает эмоциональное состояние (неуверенность, тревогу) не столько поддерживаемого, сколько поддерживающего.

ЛЕКЦИЯ 2. Психокоррекционное влияние групповой терапии (1 час).

Цель – сформировать представление о психокоррекционном воздействии групповой психотерапии на участника группы.

Вопросы для рассмотрения:

1. Адаптивные возможности психокоррекционной группы
2. Механизм групповой психотерапии

Основные понятия адаптивные возможности и механизмы групповой психотерапии.

Литература:

1. Олифирович, Н.И. Индивидуальное психологическое консультирование. – М.: Тесей, 2005. – 264 с.

2. Роджерс, К. Клиентцентрированная терапия / К. Роджерс. – М.: Рефл-бук, Киев: Ваклер, 1997. – 320с.

1 вопрос. Формулируя теоретические основания группоцентрированного подхода к лидерству и управлению, Т.Гордон предлагает ряд утверждений, не предполагающих их экспериментальной проверки, которые можно обозначить как адаптивные способности группы.

Психологическая взаимосвязь членов группы. Можно дать следующее определение группы. Группой являются двое или большее число индивидов, имеющих психологическую взаимосвязь. То есть можно сказать, что члены

группы существуют в качестве группы в психологическом поле друг друга и находятся в некоторой динамической взаимосвязи друг с другом.

Динамические изменения. В определенный период группы проявляют некоторую степень нестабильности или разбалансированности в результате действия внутригрупповых сил. Следовательно, можно сказать, что группа представляет собой динамическую систему сил. Изменения в какой-либо одной части группы, вызывают соответствующие изменения в группе в целом.

Восстановление нарушенного равновесия. Поведение группы, направленное на восстановление нарушенного равновесия, вызванного действием внутригрупповых сил, можно назвать адаптивным поведением. Степень адаптивности группового поведения, можно определить как функцию адекватности методов, выбранных группой, с точки зрения их соотношения с природой внутреннего дисбаланса.

Адаптивные действия группы. Адаптивное поведение группы будет наиболее адекватным тогда, когда группа будет использовать максимум ресурсов всех своих членов. Это означает максимальное участие всех членов группы, каждый из которых должен вносить наиболее эффективный вклад.

Стремление к максимальному использованию ресурсов. Группа обладает собственными внутренними адаптивными способностями, необходимыми для обретения большей внутренней гармонии, производительности, а также для достижения более эффективного приспособления к окружению. При соблюдении определенных условий, группа будет стремиться к максимальному использованию этих способностей.

2 вопрос.

Групповая формация. Каждый клиент по-своему привыкает к группе, и в этом смысле группа является микрокосмом. Клиенты используют типичные адаптивные способности, защитные механизмы и способы общения, которые тут же отражают группой, что позволяет клиентом вести самонаблюдение в отношении их собственных действий. **Терапевтические факторы.** Следующие групповые процессы лежат в основе терапевтического эффекта.

Тестирование реальности. Группа выступает как суд для каждого члена относительно вербализации его мыслей и чувств по отношению с другими, которые исследуются лидером и всей группой.

Перенос. Чувства, возникающие среди членов группы и между членами группы и терапевтом, могут переноситься, если они иррациональны и не созвучны с реальностью.

Стимуляция переноса. По мере того как клиенты наблюдают друг у друга взаимодействие, могут возникать чувства, которые ранее были подавлены ими. В целом, негативные чувства скорее выражаются в группе, чем при индивидуальном лечении. Клиент из группы видит неосуждающую реакцию терапевта на ярость другого клиента, это его воодушевляет и он осмеливается высказать и свои сходные чувства.

Множественные переносы. Целый ряд членов группы, каждый со

своими генетическими, динамическими и поведенческими паттернами, могут оказаться для людей значительными в связи с определенной жизненной ситуацией в прошлом или настоящем. Члены группы могут брать на себя роль жены, матери, отца, сиблинга или начальника. Коллективный перенос. Патологическое перевоплощение членов группы в единую фигуру переноса, обычно в мать или отца, является феноменом, уникальным для групповой терапии. Или же член группы может видеть терапевта как одну фигуру, а группу в целом как другую. Невроз переноса. Когда при переносе привязанность клиента к терапевту или, в групповой терапии, к другому клиенту становится чрезвычайно сильной, говорят, что имеет место невроз переноса. Сильный негативный перенос клиентом по отношению к терапевту может требовать индивидуального сеанса психотерапии, чтобы это нарушение разрешилось. Идентификация. В индивидуальной терапии многие клиенты пытаются обучиться новому способу адаптации, овладевая качествами терапевта. В группе в распоряжении имеется целый ряд других моделей, и клиенты идентифицируют с некоторыми из этих качеств других членов—процесс, который может осуществляться сознательно путем простой имитации или подсознательно. Универсализация. Находясь в группе, клиенты понимают, что они не одиноки в том, что страдают эмоциональными проблемами и что другие имеют и борются с теми же проблемами. Все согласны с тем, что процесс универсализации является одним из наиболее важных в групповой психотерапии. Простой обмен опытом, независимо от того, будет ли он расценен как патологический, является важной потребностью человека.

Сцепление. Все группы, не только психотерапевтические, испытывают некоторую степень сцепления. Члены чувствуют как “мы”, развивается чувство сопричастности друг другу. Они ценят группу, что развивает лояльность и дружелюбность среди них. Они хотят работать вместе и брать на себя ответственность друг за друга в достижении своих общих целей. Они хотят также вывести определенную степень фрустрации для того, чтобы поддержать интегрированность группы. Групповое давление. Все члены группы подвержены групповому давлению, которое изменяет их поведение, мышление или чувства; насколько они подвержены, зависит от того, насколько они привязаны к другим членам группы и как высоко ценят свои взаимоотношения с группой.

Интеллектуализация. Интеллектуализация означает когнитивное осознание самого себя, других и различных жизненных ситуаций -как хороших, так и плохих которые лежат в основе деятельности клиента в настоящее время. Подкрепление, в котором каждый член сталкивается с другими при своих мгновенных реакциях на события, служит как способ обучения. Все члены таким образом помогают оценить свои собственные защитные механизмы и другие способы справляться с ситуацией. Конфронтующие группы полагаются исключительно на механизмы подкрепления.

Облегчение и катарсис. В каждой группе развиваются свои

собственные смешанные процессы облегчения и катарсиса, причем смесь зависит от композиции группы, стиля руководства и теоретических рамок. Некоторые групповые терапевты придерживаются стиля руководства, который воодушевляет эмоциональное облегчение почти всегда; другие, в равной степени обнаруживая свои ригид-ные позиции, активно подавляют выражение сильного эффекта. Отреагирование. Отреагирование приносит осознание, часто в первый раз, степени эмоций, ранее блокированных от сознания. Часто оно представляет собой высокотерапевтическое событие, даже если оно продуцирует неизбежное чувство горя для всех членов группы по мере того, как этот процесс открывается.

ТЕМА XI. ОСНОВЫ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ (2 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Групповая динамика как дисциплина (1 час).

Цель – изучить основные законы групповой динамики.

Вопросы для рассмотрения:

1. Понятие «групповая динамика» и ее основные законы
2. Психокоррекционное влияние групповой психотерапии

Основные понятия: групповая динамика.

Литература:

1. Кондрашенко, В.Т. Социальная психотерапия: рук. для врачей / В.Т. Кондрашенко [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Мн.: Выш. шк., 1999. - 524 с.

2. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций – СПб.: "Академический проект", 1997. — 336 с.

1 вопрос. Впервые термин “групповая динамика” был использован Куртом Левиным в статье “Эксперименты в социальном пространстве” в журнале “Гарвардское педагогическое обозрение” в 1939 г. в США. В этой статье К.Левин впервые сформулировал вывод о том, что в группах людей каждый член призван свою зависимость от других членов группы. По определению К.Левина, групповая динамика – это дисциплина, исследующая положительные и отрицательные силы, которые действуют в данной группе.

При описании и объяснении принципов групповой динамики К.Левин опирался на законы гештальт-психологии. Если рассматривать группу как нечто целостное, то некоторые закономерности групповой динамики, вскрытые К.Левиным можно объяснить действием двух основных законов гештальт-психологии:

1. Целое доминирует над частями.

1) Группа не является просто суммой индивидов: она модифицирует поведение отдельных членов.

2) Извне легче повлиять на поведение группы в целом, чем на поведение отдельного ее члена (так в экспериментах на Харвудском заводе было установлено, что невозможно повлиять на производительность труда

отдельного работника до тех пор, пока вся группа, к которой он принадлежит, не включена в эту перемену).

3) Каждый член группы признает, что он зависит от всех других членов.

2. *Отдельные элементы объединяются в целое.*

1) Не сходство, а взаимозависимость членов является основой для формирования группы. (Группа может быть гештальтом, состоящим из несхожих частей: муж, жена, ребенок).

2) Человек склонен становиться членом группы, с которой он себя отождествляет, а вовсе не группы, от которой он более всего зависит.

3) Человек остается среди тех, к кому он чувствует себя принадлежащим, даже если их поведение кажется несправедливым, а давление – недружественным.

2 вопрос. В отечественной психотерапии принято выделять адаптационную, фрустрирующую, конструктивную и реализационную фазы групповой динамики (Слущкий А.С. и Цапкин В.И. (1985), и др.). В принципе, эта динамика ничем не отличается от динамики, описанных К.Роджерсом, С.Кратохвилем и др. Каковы же лечебные факторы психотерапевтической группы? По мнению И. Ялома, их десять.

Сплоченность. Это характеристика степени связанности, единства межличностных отношений в группе. Возрастание сплоченности способствует усилению взаимодействия между членами группы, интенсифицирует процессы социального влияния, повышает удовлетворенность каждого исходом терапии.

Внушение надежды. Вера в успешность группового процесса уже сама по себе имеет терапевтическое воздействие. Вселение и укрепление надежды — краеугольный камень любой психотерапии. Надежда нужна не только для того, чтобы удержать клиента в терапии и, таким образом, дать возможность подействовать другим терапевтическим факторам, вера в лечение и сама по себе может давать терапевтический эффект. Полученные в ходе нескольких опросов данные подтверждают, что ожидание помощи от предстоящего лечения значительно коррелирует с позитивным результатом терапии.

Универсализация переживаний (обобщение). Люди склонны считать свои личные проблемы и болезни уникальными. В процессе группового развития они начинают осознавать, что и другие имеют подобные же проблемы и болезни. Эта идентификация собственных проблем и переживаний имеет терапевтическое воздействие.

Альтруизм. Поведение, ориентированное на удовлетворение чужих потребностей без сознательного учета их выгоды для себя, на оказание бескорыстной помощи любому члену группы независимо от того, какое социальное положение он занимает вне группы.

Предоставление информации. Имеются в виду информация и рассуждения, необходимые члену группы для самосознания и самораскрытия.

И.Ялом выделяет обучающее инструктирование и прямой совет.

Большинство клиентов, после успешного завершения курса терапии в группе межличностного взаимодействия, уже многое знают о функционировании психики, о значении симптомов, о межличностной и групповой динамике, так же как и о самом психотерапевтическом процессе. В общем и целом, обучение носит скорее неявный характер; большинство терапевтов — ведущих групп не прибегают к явному обучающему инструктированию в процессе групповой терапии межличностного взаимодействия.

Корректирующая рекапитуляция (воспроизведение сессии). Любые трудности в области общения и социальной адаптации, будучи детерминированными событиями настоящего и прошлого, обязательно проявляются в групповом общении. Эмоциональная привязанность клиента к психотерапевту и к другим участникам группы рассматривается, исследуется и при необходимости подвергается рациональной и реалистической оценке.

Развитие навыков социализации. Социальное научение — развитие базовых социальных умений — является терапевтическим фактором, действующим во всех терапевтических группах, хотя природа преподаваемых навыков и степень открытости процесса обучения значительно варьируются, в зависимости от типа групповой терапии. Иногда делается явный упор на развитии социальных навыков — скажем, в группах, призванных подготовить находящихся на стационарном лечении клиентов к выписке, или в подростковых группах. В подобных случаях участников группы просят сыграть роль — как будто они приходят, например, к потенциальному работодателю или назначают кому-нибудь свидание.

Имитационное поведение (идентификация). Обучение адекватному поведению посредством наблюдения и имитации поведения других.

В начале группового процесса имитируется поведение психотерапевта или других членов группы, получивших его одобрение. Постепенно участники группы начинают экспериментировать, используя множество образцов поведения предлагаемых в группе для подражания.

Катарсис. Обсуждение в группе скрытых или подавленных (“непримлемых”) потребностей, сосредоточение на таких неформализованных эмоциях, как чувство вины или враждебности, ведут к самопониманию, самораскрытию и в конечном итоге к облегчению.

Межличностное (интерперсональное) научение представляет собой усвоение человеком того, как его воспринимают другие люди. Это узнавание является решающим и первым шагом в терапевтической последовательности фактора межличностного научения

Экзистенциальные факторы. Экзистенциальная терапия — это динамический подход, основанный на проблемах, корни которых уходят в само бытие. И.Ялом исходит из постулата о том, что глубинные структуры личности заключают в себе конфликтующие силы и эти силы существуют на различных уровнях осознания, а некоторые находятся вне сферы сознания

ЛЕКЦИЯ 2. Элементы групповой динамики (1 час).

Цель – рассмотреть элементы групповой динамики.

Вопросы для рассмотрения:

1. Цели и нормы группы
2. Структура группы и проблема лидерства
3. Сплоченность группы
4. Фазы развития группы

Основные понятия: групповая динамика, структура группы, сплоченность, лидерство, фазы развития группы.

Литература:

1. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия: Рук. для врачей/ В.Т. Кондрашенко [и др.]. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: РИИО, 1999. – 524 с.
2. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций – СПб.: Академический проект, 1997. — 336 с.
3. Олифирович, Н.И. Индивидуальное психологическое консультирование / Н.И. Олифирович. – М.: Тейс, 2005. – 264 с.
4. В понятие групповой динамики входят 5 основных и несколько дополнительных элементов.
5. Основные элементы:
6. 1) Цели группы.
7. 2) Нормы группы.
8. 3) Структура группы и проблема лидерства.
9. 4) Сплоченность группы.
10. 5) Фазы развития группы.
11. Дополнительные элементы:
12. 1) Создание подгрупп (развитие п.3).
13. 2) Отношения индивидуума с группой (развитие п.3).

Основные элементы групповой динамики

В понятие групповой динамики входят 5 основных и несколько дополнительных элементов.

Основные элементы:

- 1) Цели группы.
- 2) Нормы группы.
- 3) Структура группы и проблема лидерства.
- 4) Сплоченность группы.
- 5) Фазы развития группы.

Дополнительные элементы:

- 1) Создание подгрупп (развитие п.3).
- 2) Отношения индивидуума с группой (развитие п.3).

Цели группы – психотерапевтической, психокоррекционной, профилактической, тренинговой и т.п., – определяются тем, в какую более общую систему работы с людьми включена группа. Планируемый результат

группы зависит также от того, на какую психотерапевтическую методологию опирается ведущий группу специалист. Цель психодраматической группы – достижение катарсиса через повторное проживание ситуации в ролевой игре и, благодаря этому, – новой ступени интеграции личности; цель групп встреч – достижение более полного личностного потенциала, личностный рост; цель гештальт-терапии – просветление, расширение зоны психологического видения Нормы группы.

Нормы — это принятые правила поведения, руководящие действиями участников и определяющие санкции наказания при их нарушении. Типичными нормами психокоррекционных групп являются самораскрытие и честность. Подчинение групповым нормам связано со статусом участника группы и сплоченностью группы.

Структура группы и проблема лидерства.

Процессы, имеющие место в социальной группе или в семье, в искусственно созданной группе происходят в концентрированной форме. Участники попадают в незнакомую групповую ситуацию, в которой руководитель может оказывать или не оказывать им помощь. Опираясь на собственное понимание или прошлый опыт, люди приходят в группу с определенными ожиданиями относительно роли, которую будут в ней играть. Р.Шиндлер (1957) описал четыре наиболее часто встречающиеся групповые роли и одну менее часто встречающуюся роль:

1)α(альфа) – лидер, который инициатирует группе, побуждает ее к действиям, составляет программу и придает отвагу.

2)β(бета) – эксперт, который имеет специальные знания, навыки или способности, которые группе всегда требуются или которые группа просто уважает. Он анализирует, рассматривает ситуацию с нескольких сторон; его поведение самокритично и рационально.

3)γ(гамма) – пассивные и легко приспосабливающиеся члены, старающиеся сохранить свою анонимность; большинство из них отождествляется с альфой.

4)ω(омега) – самый крайний член, который отстает от группы в силу собственной бездарности, какого-то отличия от всех остальных или от страха; иногда он отождествляется или объединяется с Р, чем провоцирует группу.

5)Р – противник, оппозиционер, активно выступающий против лидера.

Сплоченность группы. И.Ялом (2000) понятие сплоченности относит к степени привлекательности для человека группы и ее участников. Члены сплоченных групп принимают и поддерживают друг друга и склонны строить значимые отношения в группе. По всей видимости, сплоченность является фактором, оказывающим существенное влияние на исход терапии. По мнению С.Кратохвила, сплоченности содействуют:

1.Удовлетворение личных потребностей индивидуумов в группе или при помощи группы.

2.Цели всей группы, которые находятся в согласии с индивидуальными

потребностями; взаимная зависимость при работе над конкретными задачами.

3.Выгоды, вытекающие из членства в группе и ожидание несомненной пользы от него.

4.Разного рода симпатии между членами группы, их взаимное тяготение.

5.Мотивировка каждым участником своего членства, включая усилия, которые он приложил, чтобы попасть в группу.

6.Дружески располагающая атмосфера.

7.Престиж группы при одновременном повышении престижа индивидуума во время его членства в группе.

8.Влияние групповой деятельности 9.Соперничество с одной группой или группами.

10.Вражда, неприязнь и отрицательное отношение общества (замкнутость сект и фракций).

Фазы развития группы

Психокоррекционная группа с момента ее создания до завершения работы проходит несколько стадий (фаз) своего развития.

Большинство исследователей этого вопроса приходят к выводу о том, что групповой процесс, начинаясь со стадии адаптации, через разрешение внутригрупповых конфликтов (вторая стадия) приходит в конечном итоге к сплоченности и эффективному решению проблем .

С.Кратохвил выделяет четыре фазы группового развития.

Первая фаза (ориентация и зависимость). Происходит адаптация к новым людям и ориентация: “Что это за лечение?”, “Что будем делать?” “Как мне это поможет?” Члены группы встревожены, неуверенны, зависимы. Одни замыкаются в себе, другие рассказывают про свои заболевания, но при этом все ждут информации и указаний от психотерапевта.

Вторая фаза (конфликты и протест). Появляется тенденция к самоутверждению, начинается распределение ролей: активные и пассивные, лидирующие и “униженные”, “любимчики” и “нелюбимчики” и т. п. Возникает недоверие как друг другом, так и психотерапевтом, а в конечном результате — разочарование в самом методе лечения.

Третья фаза (развитие и сотрудничество). Снижается эмоциональная напряженность, уменьшаются число и частота конфликтов. Наступает консолидация групповых норм и ценностей. Борьба за лидерство отступает на задний план. Появляется потребность в своей принадлежности к группе, актуальным становится чувство ответственности за общие интересы. Четвертая фаза (целенаправленная деятельность). Группа становится рабочим коллективом, зрелой социальной системой. Ее члены размышляют, советуются, принимают решения. Налаживается положительная обратная связь, которая не нарушается даже в тех случаях, когда к обсуждению сознательно допускаются отрицательные эмоции и конфликты.

ТЕМЫ XII-XIII. ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ГРУППОВОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (3 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии (1 час).

Цель – сформировать представление об основных понятиях и концепциях в психодинамической терапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Психодинамический подход в психотерапии
2. Значение аффекта в диагностике и психотерапии
3. Специфика групповой динамики в группанализе
4. Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии
5. Современный этап развития экзистенциальной психотерапии (Ирвин Ялом)

Основные понятия: психодинамический подход в психотерапии, аффект, группанализ, экзистенциальная психотерапия.

Литература:

1. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.

2. Психотерапия женщин / Под ред. М. Боуренс, М. Магуир. — СПб.: Питер, 2003. – 208 с.

3. Александров, А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2009. – 352 с.

1 вопрос. Последователи психодинамического подхода утверждают, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Основы этого подхода были заложены Зигмундом Фрейдом, который сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и невидимую, – 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 мы люди рождаемся, а именно: Эрос – инстинкт удовольствия и секса и Танатос – инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. 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*. 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.

Столкновение инстинктов (Ид), разума (Эго) и морали (Суперэго) приводят к возникновению *интрапсихических, или психодинамических, конфликтов*. Личность отражается в том, как человек решает задачу широкого спектра потребностей.

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.

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

2 вопрос.

Если обратить внимание на то, каким аффектам преимущественно уделялось внимание в ходе развития психоаналитической теории, то получается следующее: Фрейд с самого начала изучал аффект, который выполняет при внутриспсихической переработке конфликта сигнализирующую функцию, а именно аффект страха, запускающего защиту, к которому позже Бреннер (Brenner, 1974, 1975, 1986) добавил равным образом запускающий защиту репрессивный аффект неудовольствия. Наряду с этим, в связи с разработанной им моделью конфликта, в ранних построениях Фрейда уже играли роль аффекты вины и стыда, особенно аффект неосознанной вины. В первых работах Фрейд также занимался аффектами, которые проявляются в отношениях к объектам и имеют значение независимо от инстинктов, аффекты любви и ненависти.

В постфрейдистской фазе в связи с концепцией самости и нарциссизма, а также идеального Я, Эго-идеала и Суперэго в поле внимания вернулись аффекты вины и стыда.

Для *описания и диагностического понимания* аффективных нарушений при различных психогенных формах заболеваний в диагностике и терапии оказалась полезной предложенная Краузе ориентировочная схема деления аффективной системы на подсистемы:

- 1) *экспрессивный* компонент на периферии тела в виде выражений лица и вокализаций; при этом речь идет о тех неречевых сигналах, информационное содержание которых решающим образом продолжает и дифференцирует сигналы речевых сообщений;
- 2) *психофизиологический* компонент активации или деактивации автономной эндокринной системы; на этот компонент следует обратить внимание при выпадении экспрессии, как это нередко проявляется, например, при психосоматических нарушениях;

3) *мотивационный* компонент с его реализацией на уровне поведения с помощью телесной мускулатуры и манеры держать туловище, который оказывает тот же эффект, что и экспрессивный сигнал; на него особенно следует обратить внимание при истерических симптомах в произвольной мускулатуре, когда, как правило, выпадает или слабо представлена мимическая экспрессия;

4) *осознанное восприятие* телесных компонентов;

5) *обозначение и оценка* восприятия сложившейся ситуации, а также присоединение к области самости или объекта; четвертый и пятый компонент являются важным потому, что если они выпадают, то снова должны стать доступными в ходе терапевтического процесса (Krause, 1990, с. 635-636).

В основном, в диагностических целях следует прояснить следующие вопросы.

1. Имеется ли генерализированный синдром вытеснения аффективного выражения или нет? При этом следует обратить внимание прежде всего на верхнюю часть лица; не проявляется ли фронтальная иннервация, движения глаз, а также морщины на лбу при концентрации или злобе в общем, или это происходит прежде всего тогда, когда есть связь с содержанием разбираемых тем какие-либо аффективные движения следовало бы сдержать?

2. При выявлении генерализированного синдрома аффективной пустоты, остается ли и как долго продолжается описанный негативный аффект, замеченный не в контрпереносе и не в переживании, о котором рассказывает пациент, но в его сигнализировании? Здесь речь может идти об отвращении, презрении, ярости, страхе.

3. Можно ли на основе рассказа определить когерентную тему центрального конфликта отношений?

4. Следует ли раскрывать оставшийся ведущий аффект при помощи этого центрального конфликта отношений?

В целом, нужно отметить следующее: в *психоаналитической терапии* аффекты всегда играли важную роль. С тех пор как Фрейд открыл сигнал страха, запускающий защиту, а Бреннер (Brenner, 1974) ввел понятие депрессивного аффекта неудовольствия, тоже запускающего защиту, при терапии больных с невротическими конфликтами речь идет о том, чтобы помочь им сделать эти аффекты неудовольствия (прежде всего в контексте переноса) приемлемыми и, тем самым, осознанно переживаемыми: таким образом им может быть открыт доступ к их конфликтам, защищенным с целью уменьшения неудовольствия (страх или депрессивный аффект). Для раскрытия контекста конфликта нельзя обойтись без тщательной идентификации и прояснения всех участвующих аффектов.

3 вопрос.

Стадии групповой динамики.

Начальная стадия соответствует началу терапии и включает в себя обсуждение причин, из-за которых человек обратился к психоаналитику, определение приемлемой для клиента продолжительности курса терапии, а также размеров терапевтического гонорара. После того как данные вопросы выяснены, в группе сообразно с характером нарушений клиентов начинает развиваться специфический процесс, при условии, что психоаналитик не вторгается в него с преждевременными интерпретациями.

Начальная стадия работы группы — наиболее трудная, проблемная и сложная в группанализе. Это период, похожий на первые три месяца младенчества, когда происходит интеграция отдельных частей Я. В данном контексте интеграция означает удовлетворение матерью абсолютной зависимости ребенка, как основного условия его дальнейшего развития. Однако если возникают периоды депривации или тревоги, то ребенок может “вернуться” к фазе дезинтеграции. Без адекватной поддержки со стороны матери у младенца проявляется неосмысленная тревога по поводу того, что он оставлен один. Приведенная выше аналогия по сути является некоторым объяснением состояния тревоги клиентов, когда они впервые собираются вместе.

Кроме того, вхождение в группу связано с переживанием потери индивидуального контакта с психотерапевтом и слабой защищенностью в неопределенной ситуации. Процессы дезинтеграции и дефрагментации (рассогласования не с самим собой, а с окружением) переживаются как реальные, и члены группы могут испытывать уровни тревоги, ассоциирующиеся с ранними стадиями их собственного развития. Такая тревога называется психической и рассматривается как закрытость опыту, что в прочем активизирует работу группы.

Таким образом, на стадии групповой начальной динамики члены группы характеризуются состоянием тревожных предчувствий. Не определена точка для контактов, но вместе с тем у многих есть надежда на установление доброжелательных отношений, на возможность найти поддержку, избавиться от страданий, установить эмоциональные связи и близость и, часто бессознательно, отыскать “полное понимание” которое выйдет и за пределы групповых занятий. Но эти предварительные, позитивные надежды быстро исчезают при нахождении в группе. Вместо сплоченного союза людей человек видит перед собой “коллекцию” индивидов, что вызывает тревогу и страх подвергнуться враждебной атаке или нападению с их стороны.

Кроме того, обычно люди “входят” в группу с надеждой обнаружить и понять разрушительные силы своей внутренней жизни, но это сопровождается страхом разоблачения. У некоторых этот страх может быть на протяжении всего периода работы группы, но наиболее актуализируется обычно на первых занятиях, т. к. “разоблачение” предполагает риск быть

“атакованным”. По мере того, как у участников, формируются первые впечатления от группы, они начинают бороться за ее “любовь”. Борьба эта может привести к конфронтации в группе, которая проявляется, например, в форме инфантильного гнева на ведущего за то, что он собрал именно данных людей, что он не структурирует группу, или что он не проводит “специальную” градацию ее — не устанавливает “кто есть кто”. Одновременно с этим гневом существует страх перед деструктивными его проявлениями, что в свою очередь вызывает тревогу, имеющую разрушительные последствия для взаимоотношений в группе.

Характерна для данного этапа работы и установка на зависимость от дирижера — эффект стремления к подчинению. Она может широко варьироваться: от образа ведущего как источника власти до образа ведущего — администратора. Такая установка является оборотной реакцией на тревогу, возникающую в группе. Например, расщепление между плохой группой и хорошим психотерапевтом, когда группа воспринимается как враждебная и опасная, а ведущий — как объект поклонения и восхищения. Это расщепление — один из механизмов психополитической защиты, который ограничивает терапевтическое продвижение группы, но одновременно играет и позитивную роль, позволяя группе “работать” с основными тревогами ее членов.

Важным на начальном этапе работы группы является феномен, который называется “исчезновением”. По аналогии с начальным развитием в детстве “исчезновение” является как бы частью тела или психики (ума), которые теряются. В группе это проявляется как страх потери, ухода членов группы, страх утратить понимание смысла происходящего в группе и т. п.

Начальный период формирования группы заканчивается тогда, когда группа объединяется путем самоопределения. Так, ребенок в условиях благоприятного окружения достигает состояния самоопределения Я, т. е. становится способным различать “Я” и “не-Я”. А в группе этому соответствует возникновение собственного опыта бытия в групповом окружении. При этом С. Фулкс считал понятие “границы группы” аналогичным коже человека, которая и отделяет и объединяет человека с внешним миром. И для группы, и для индивида эта граница является фактором, определяющим дальнейшее развитие Я ребенка или самоопределение группы. Такое самоопределение проявляется в так называемой депрессивной позиции, которая характеризуется чрезмерной ответственностью и интересом. Теперь группа способна глубоко анализировать личностные и межличностные проблемы, чувства стыда, вины, страха и т. п., возникающие от познания собственных деструктивных импульсов.

На основной стадии терапевтического процесса завершается формирование групповой структуры. Для данной стадии характерны процессы “воспоминания, повторения и переработки”, которые включают в себя переработку сопротивления, а также развитие, осознание и толкование переносов. Заключительная стадия. Это стадия интеграции опыта.

4 вопрос.

...Мы - живущие существа, и потому в определенной степени все мы - экзистенциалисты (J. Bugental, R. Kleiner).

Экзистенциально-гуманистический подход не относится к числу простых. Сложности начинаются уже с самого названия. Чтобы разобраться с этим, немного истории. Экзистенциальное направление в психологии возникло в Европе в первой половине XX века на стыке двух тенденций: с одной стороны это неудовлетворенность многих психологов и терапевтов господствовавшими тогда детерминистскими взглядами и установкой на объективный, научный анализ человека; с другой стороны это мощное развитие экзистенциальной философии, которая проявляла большой интерес к психологии и психиатрии. В результате в психологии появилось новое течение - экзистенциальное, представленное такими именами как Карл Ясперс, Людвиг Бинсвангер, Медард Босс, Виктор Франкл и др.

Недавно в Санкт-Петербургской Ассоциации тренинга и психотерапии создана секция экзистенциально-гуманистической терапии. Точнее было бы сказать - официальный статус получила группа психологов и терапевтов, реально работавшая в этом направлении с 1992 года, когда в Москве в рамках Международной конференции по гуманистической психологии произошла наша встреча с Дэборой Рэхман, ученицей и последовательницей Дж. Бюджентала. Итак важнейшие положения подхода Дж. Бюджентала, который он сам называет жизнеизменяющей терапией.

1. За любыми частными психологическими трудностями в жизни человека лежат более глубокие (и не всегда ясно осознаваемые) экзистенциальные проблемы свободы выбора и ответственности, изолированности и взаимосвязанности с другими людьми, поиска смысла жизни и ответов на вопросы Что я есть? Что есть этот мир? и т. д. В экзистенциально-гуманистическом подходе терапевт проявляет особый экзистенциальный слух, позволяющий ему за фасадом заявленных проблем и жалоб клиента услышать эти скрытые экзистенциальные проблемы и призывы.

2. Экзистенциально-гуманистический подход основывается на признании человеческого в каждом человеке и изначальном уважении к его уникальности и автономии. Это также означает осознание терапевтом того, что человек в глубинах своей сущности безжалостно непредсказуем и не может быть познан до конца, так как сам может выступать источником изменений в собственном бытии, разрушающих объективные предсказания и ожидаемые результаты.

3. В центре внимания терапевта, работающего в экзистенциально-гуманистическом подходе, находится субъективность человека, та, как говорит Дж. Бюджентал, внутренняя автономная и интимная реальность, в которой мы живем наиболее искренне.

4. Не отрицая большого значения прошлого и будущего, экзистенциально-гуманистический подход ведущую роль отводит работе в

настоящем с тем, что в данный момент действительно живет в субъективности человека, что актуально здесь и теперь. Именно в процессе непосредственного проживания в том числе и событий прошлого или будущего могут быть услышаны и полноценно осознаны экзистенциальные проблемы.

5. Экзистенциально-гуманистический подход задает скорее определенную направленность, локус осмысления терапевтом происходящего в терапии, нежели определенный набор техник и предписаний. По отношению к любой ситуации можно занять (или не занять) экзистенциальную позицию. Поэтому этот подход отличается удивительным разнообразием и богатством используемых психотехник, включая даже такие, казалось бы, нетерапевтические действия как спорт, требование, инструктаж и т. д.

5 вопрос.

Современный этап развития экзистенциальной психотерапии характеризуется попытками строгих научных исследований тех областей человеческого бытия, которые поддаются эмпирическому изучению, а также систематизацией имеющихся методов психотерапевтического вмешательства. Его наиболее ярким представителем является Ирвин Ялом.

В своей фундаментальной работе «Экзистенциальная психотерапия» Ялом дает следующее определение тому, о чем он пишет: «Экзистенциальная психотерапия — это динамический подход, фиксирующий на базисных проблемах существования индивидуума» (Ялом, 1999, с. 8). Такими проблемами (экзистенциальными факторами) он считает смерть, свободу, изоляцию и бессмысленность жизни. Соответственно экзистенциальная психотерапия в его понимании основана на модели психопатологии, согласно которой тревога и ее дезадаптивные последствия представляют собой реакцию на эти четыре данности.

Ялом так же считает, что существуют два типа механизмов психологической защиты, которые могут быть как бессознательными, так и вполне осознанными. Во-первых, это традиционные механизмы защиты (проекция, реакция, отрицание, идентификация и т. п.), которые работают независимо от источника тревоги. Во-вторых, существуют специфические механизмы защиты от каждого из четырех основных беспокойств. Эти механизмы не только помогают защититься отдельным пациентам, но и поддерживаются целыми культурами.

Смерть — основной источник тревоги и невротической, и нормальной, и экзистенциальной. Причем эти виды тревоги, связанные со смертью [Многие авторы отмечают, что силу связанного со смертью беспокойства точнее выражает термин «ужас смерти», а не «тревога, связанная со смертью».], могут быть как осознанными, так и бессознательными. В отличие от многих своих предшественников Ялом на основе обширных и продолжительных эмпирических исследований доказывает, что с самого раннего детства люди чрезвычайно озабочены неизбежностью смерти. Для

того чтобы справиться с ужасом потенциального несуществования, люди воздвигают психологическую защиту, базирующуюся на отрицании смерти. Кроме того, Ялом считает, что развитие психической патологии в значительной степени обусловлено совершением неудачных попыток выйти за рамки смерти. По его мнению, первый интрапсихический экзистенциальный конфликт — это конфликт между осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить, конфликт между боязнью несуществования и желанием быть.

И у детей, и у взрослых Ялом выделил два главных механизма защиты от тревоги, связанной со смертью. Прежде всего это вера в свою особенность. В основе механизма веры в спасителя, который придет на помощь в последний момент, лежит представление человека о том, что хотя с ним может случиться что-то плохое, он не одинок в огромной равнодушной Вселенной и некий вездесущий служитель добрых сил в трудный момент придет на помощь и спасет его. Свобода прежде всего предполагает, что не существует никакой падежной основы, поддерживающей человеческое существование. Это порождает тревогу и страх, а также необходимость ответственности. Свободные люди ответственны не только за придание миру смысла, но и за свою жизнь, за свои действия и неудачи при совершении действий. Поэтому второй экзистенциальный конфликт — это конфликт между столкновением людей с отсутствием опоры и свободой и их стремлением к обретению основы и структуры.

Механизмы защиты от тревоги, связанной со свободой, помогают индивидам избежать осознания своей ответственности за собственную жизнь. Осознание ответственности влечет за собой развитие состояния, в котором человек «осознает, что создал самого себя, свою судьбу, затруднительное положение, чувства и, если таковое имеет место, собственное страдание». Основной вид защиты — компульсивность или навязчивость, проявляющаяся в разных сферах жизни и деятельности.

В изоляции Ялом выделяет три формы. При наличии межличностной изоляции, часто переживаемой как одиночество, люди в различной степени отрезаны от других. Возникновение межличностной изоляции может быть обусловлено недостаточным развитием социальных навыков, наличием психических отклонений, собственным выбором или необходимостью.

При наличии внутриличностной изоляции у людей заблокировано сознание частей самих себя или же люди как бы отделены от некоторых своих частей. Если межличностная изоляция может быть не связанной с патологией, то внутриличностная изоляция подразумевает патологию по распределению.

В основе экзистенциальной изоляции лежит положение, согласно которому каждый человек вступает в мир, живет в нем и покидает его одиноким. В конечном счете существует непреодолимая пропасть между «Я» и другими. Ялом отмечает, что экзистенциальную изоляцию можно даже отнести к более фундаментальной форме изоляции, а именно к «отделению от мира». Соответственно третий экзистенциальный конфликт — это

конфликт между осознанием людьми их фундаментальной изоляции и их желанием устанавливать контакты, искать защиту и существовать в качестве части большего целого.

Используя механизмы защиты от тревоги, связанной с изоляцией, люди не относятся к другим как к самим по себе, а используют их для защиты себя. Так, одним из видов защиты людей от одиночества является попытка утвердить себя в глазах других. Такие люди существуют настолько, насколько являются частью сознания других и получают их одобрения. Поэтому часто под видом любви они скрывают свою неспособность любить. Но окружающим рано или поздно надоедает удовлетворять чужую потребность в самоутверждении.

Бессмысленность жизни приводит к возникновению четвертого внутреннего экзистенциального конфликта — конфликта между потребностью людей в смысле и безразличным миром, в котором нет никакого смысла. Многие факторы современной постиндустриальной культуры способствуют ослаблению ощущения смысла жизни у людей (по сравнению с их предками в доиндустриальном сельскохозяйственном мире).

Механизмы психологической защиты от бессмысленности также разнообразны. Это может быть все та же компульсивная деятельность (накопление денег, получение максимального удовольствия, абсолютной власти, полного признания, высшего статуса и т. п.), которая рано или поздно заканчивается сомнениями и разочарованием в ее результатах. Это могут быть проблемы, которые позволяют занять и структурировать время (например, хобби, споры, семейные ссоры, общественная и политическая деятельность, «самосовершенствование» и т. п.). Еще один вариант — уже упоминавшийся нами нигилизм, проповедуя который люди относятся с пренебрежением ко всем источникам смысла, которые другие находят в своей жизни (например, к любви, альтруизму, религиозному служению и т. п.).

ЛЕКЦИЯ 2. Методологические и методические основания в различных направлениях личностно-ориентированной психотерапии (2 часа).

Цель — сформировать представление о методологии направлений в личностно-ориентированной психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Гештальт-подход в психотерапии. Теоретические истоки гештальт-терапевтического направления. Понятие о механизмах прерывания контакта. Концепция полярностей. Специфика работы с группой. Применение и эксперименты
2. Клиент-центрированная психотерапия. Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной и групп-центрированной терапии

Основные понятия: гештальт-подход, клиент-центрированная психотерапия.

Литература:

1. Браун, Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. – 224 с.
2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук [и др.]. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с.
4. Гингер, С. Гештальт: искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям / С.Гингер. – М., 2002. – С. 17 – 18.
5. Киппер, Д. Клинические ролевые игры и психодрамма / Д.Киппер. – М., 1993.
6. Урсано, Р. Психодинамическая психотерапия / Р. Урсано, [и др.]. – М., 1992. – С.34 – 45.

1 вопрос. Основателем гештальттерапии является Ф.С.Перлз. В отличие от З.Фрейда, К.Юнга, А.Адлера и других, он внес вклад в психологию личности скорее в области психотерапевтической практики, нежели в области собственно теории личности. К концу своей жизни он начал понимать, что, несмотря на опасность излишней интеллектуализации, нужно все же дать некоторое теоретическое обоснование его подхода.

Опубликованная в 1942 году в Южной Африке работа Ф.Перлза “Эго, голод и агрессия” фактически является первой попыткой изложения теории гештальттерапии. Акт рождения и официального крещения Гештальта приходится на 1953 год – время появления в Нью-Йорке основной книги “Гештальттерапия”.

Основными интеллектуальными тенденциями, оказавшими непосредственное влияние на Ф. Перлза, были психоанализ (прежде всего З.Фрейд и В.Райс), гештальттерапия (В. Келер, М. Вертгеймер, К.Левин, К.Гольдштейн и др.), экзистенциализм и феноменология. Ф. Перлз также использовал некоторые идеи Дж.Л.Морено, развивавшего идеи спонтанности и ролевых игр в психотерапии. Несколько менее явно влияние на Ф. Перлза философии дзен-буддизма (минимум интеллектуализации и фокусирование на осознании настоящего), особенно в поздний период.

Ф. Перлз определял психологическое здоровье и зрелость как способность перейти от опоры на среду к опоре на себя и саморегуляцию. Терапевтический процесс, в частности, направлен на создание этой способности, а именно — равновесия внутри себя и между собой и средой, условием достижения которого является беспрепятственное сознание иерархии потребностей. Терапевт же — это экран проекций, на котором клиент видит свой недостающий потенциал, а также искусный фрустратор.

В настоящий момент гештальттерапия используется в самых разных контекстах и имеет самые разные цели:

- в индивидуальной психотерапии (лицом к лицу с терапевтом),
- в супружеской психотерапии (когда работают вместе оба супруга),
- в групповой терапии или группах развития личностного потенциала,

- внутри организаций (школы, учреждения для адаптивных молодых людей, психиатрические больницы и т.д.),
- внутри предприятий индустриального или коммерческого сектора (для улучшения контакта, укрепления связей, предотвращения конфликтов, стимуляции креативности).

Концепция полярностей.

Полярности в гештальт-терапии - крайности человеческого поведения, противоположные и конфликтующие между собой образы жизни, между которыми выбирает или мечется клиент. Гештальт-подход стремится к гармоничному единству всех взаимодополняющих крайностей (полярностей) человеческого поведения, но не к отказу от одной полярности в пользу другой и не к золотой середине, считая поиск ее ложной и иллюзорной, ведущей к бледному подобию живых чувств.

В практике гештальт-терапии при встрече с полярностями терапевт работает с чувствами, предлагает рассказать свои ощущения с обеих сторон и задает вопросы типа: "В твоей повседневной жизни, кем ты себя больше ощущаешь - всезнающей правильной приземленной мамой или свободной творческой натурой, позволяющей себе летать, ничем себя не ограничивая? Какую твою испостась тебе удастся лучше реализовать?"

Механизмы прерывания контакта.

На практике все протекает не так просто: велико количество незакрытых Гештальтов, циклов, образованных из-за нарушений границы-контакт, внутренних или внешних по отношению к субъекту нарушений, мешающих свободному проявлению self. Такие механизмы защиты или избегания контакта могут быть здоровыми или патологическими в зависимости от их интенсивности, гибкости, момента их проявления, короче говоря, от того, насколько они оказываются уместными или своевременными. Гудман выделяет четыре основных механизма: конфлуэнцию, интроекцию, проекцию и ретрофлекссию. Он же описывает и пятый механизм несколько особым статусом — эготизм. Другие авторы добавляют еще дефлекссию, профлекссию и т.д., которые представляют, из себя скорее сочетания первых четырех механизмов, чем самостоятельные процессы. Конфлуэнция. Речь идет о состоянии отсутствия контакта, слияния вместе, о временном отсутствии границы-контакт. При этом self не может быть выделен. Маленький ребенок находится в нормальной конфлуэнции со своей матерью (симбиоз), влюбленный — со своей возлюбленной, взрослый — с группой духовно близких ему людей, любой человек — со всей Вселенной в моменты мистического единения с ней («океанское» чувство слиянности или экстаза). Как правило, за конфлуэнцией следует отступление, позволяющее субъекту вновь обрести свою собственную границу-контакт, возвратиться к себе самому — особому и не похожему на других. Способ функционирования, при котором отступление оказывается настолько затруднительным, что конфлуэнция становится хронической, может быть квалифицирован как патологический (невротический или даже психотический).

Интроекция.

Она лежит в самой основе воспитания ребенка и процесса роста: мы сможем вырасти только в том случае, если будем усваивать то, что идет из окружающего мира, определенные питательные вещества, идеи, принципы...

Но если элементы внешнего мира проглатываются непережеванными, то они останутся непереваренными, продолжая существовать внутри нас в виде посторонних паразитов. Любое усвоение начинается с разрушения, слома установившейся структуры: мы разгрызаем яблоко, прежде чем проглотить его, мы критикуем идею, прежде чем принять ее.

Патологическая интроекция возникает, когда идеи, привычки или принципы «проглатываются целиком», без предварительной переработки, необходимой для их усвоения.

Проекция.

Перлз определяет ее как обратную сторону интроекции: «если интроекция — это тенденция переносить на self ответственность за то, что на самом деле является частью окружающей среды, то проекция — это тенденция приписывать окружающей среде ответственность за то, что берет свое происхождение в self». Другими словами, если при интроекции self поглощен внешним миром, то в случае проекции self выходит из берегов и сам поглощает внешний мир.

Проекция — это хорошо знакомый всем психологам механизм сопротивления, в своем крайнем проявлении встречающийся у подозрительного параноика, упрекающего всех окружающих за ту агрессивность, которую он сам проецирует на других людей.

Однако здоровая проекция необходима: именно она поможет мне установить контакт и понять другого человека. Ретрофлексия.

В случае ретрофлексии субъект оборачивает мобилизованную энергию против самого себя, приписывая себе то, что он хотел бы сделать другим (например, я кусаю себе губы или сжимаю руки, чтобы не ударить другого человека), или делая самому себе то, что он хотел бы получить от других (например, мастурбация или бахвальство). Перлз так обобщил все эти виды поведения: «Интроецирующий делает себе то, что он желал бы получить от других, проецирующий делает другим то, что, как он считает, они делают ему, страдающий от патологической конfluэнции не знает, кто кому и что делает, а ретрофлексирующий делает самому себе то, что он хотел бы сделать другим».

Дефлексия.

Некоторые авторы называют другие виды сопротивлений. Дефлексия или девиация (Польстеры) — уклонение от прямого контакта путем отведения энергии от того объекта, на который она первоначально была направлена. Такое поведение выражается в избегании, бессознательных отвлекающих маневрах. Иногда за некоторыми увертками может скрываться эффективная адаптивная стратегия (например, политические маневры, предназначенные отвлечь внимание широкой общественности в период кризиса). Однако если дефлексия становится систематической, то она будет

препятствовать любому подлинному контакту и, в крайних случаях, даже может предположительно указывать на психоз: субъект постоянно не соответствует ситуации, все, что он говорит, — невпопад, некстати, а его действия никак не связаны с окружающей действительностью.

Профлексия.

Профлексия (Сильвия Крокер) проявится как сочетание проекции и ретрофлексии: сделать другому то, что самому хотелось бы от него получить. Например, я расхваливаю чужой костюм только затем, чтобы его обладатель обратил внимание на мой собственный. Можно было бы продолжать перечень других форм, оттенков или комбинаций различных видов поведения, уклонения или механизмов сопротивления, однако их практическое значение мне представляется ограниченным.

Если у субъекта обнаруживаются четыре основных механизма, то, как мне кажется, этого уже достаточно для проведения серии терапевтических интервенций, направленных, однако, не на подавление этих механизмов, а на улучшение их осознания, а значит, и на их более разумное использование клиентом.

Схема С. Гингера вышеперечисленных основных механизмов защиты:

	конфлу- энция	интросек- ция	проек- ция	ретро- флексия	дефлек- сия	про- флексия	эготизм
другие — окружающая среда			↑		↑		
граница-кон- такт	~	↓	↑	↓	↓	↑	○
я — организм							

Эготизм.

Речь идет об осознанном усилении границы-контакт, гипертрофии эго. Кстати, усиление эго связано с практикой разного рода терапий, и в особенности Гештальта. Ведь в ходе терапии клиент занят прежде всего самим собой и своими проблемами, посвящая многие часы самонаблюдению, рассказывая о себе, внимательно исследуя себя, жертвуя своим временем и деньгами ради собственного развития и лучшего самочувствия, он проходит таким образом через период эготизма или эгоцентризма, когда особенно нелегко приходится семьям таких клиентов!

Гештальт придает особое значение чувству личной ответственности каждого. Он борется с некоторыми социальными нормативными интросектами, снижает эффект внутреннего контроля, рассматриваемый как проявление ретрофлексии, обличает конфлуэнцию и, таким образом, разрушает давно установившееся *неустойчивое равновесие*.

Специфика работы с группой.

П. Гудмен говорит о том же: “Первейшее лекарство состоит в том, чтобы не относиться к большому обществу слишком серьезно и интересоваться тем, с кем имеешь дело”.

Группа как экспериментальная экологическая ниша. П. Гудмен (1972) вводит понятие “эко-ниши” для обозначения реального окружения, ограниченного и отобранного, структурированного и освоенного каждым индивидом. Пусть сравнение экспериментальной ситуации в терапевтической группе с обычной средой, в которой живет каждый человек и в которой действуют другие факторы, представляется некорректным. Все равно, в такой группе создаются условия пространства и времени, чрезвычайно благоприятные для сотрудничества в создании системы связей и правил, которые соотносимы с системами “большого мира”. Существует некий общий алгоритм обсуждения психотерапевтического случая в группе (В.Шлей, С.Папе, 1995).

1. ФАЗА.

Клиент: сообщает случай (сообщение спонтанное, неподготовленное, ассоциативное).

Понятие “случай” не связывается с представлениями о том, что это должно быть нечто особенно драматичное и проблемное, напротив, под случаем понимается сцена или опыт из нормальной жизни. Содержательно случай может касаться любой проблемы или любого человека, с которым мы сталкиваемся в повседневности. Рассказчик сообщает то, что ему вспоминается, не структурированно, не столько объективные события, сколько субъективные переживания. Противоречия, неясности, пропуски, могут указывать на бессознательные части переживания, которые вытесняются, “забываются”.

Группа: активно слушает, внимательно наблюдает, регистрирует собственные реакции.

2. ФАЗА

Клиент: слушает.

Группа: выражает чувства, которые вызвал в них этот случай. Каждый (по кругу) отвечает на вопрос: “Что я чувствую сейчас?” (Вопросы не задаются, выражаются только чувства, члены группы субъективно остаются в рамках собственного состояния, комментарии очень короткие).

Важно, чтобы каждый участник очень коротко рассказал в одном предложении или 2-3 словах о своих чувствах в настоящий момент.

Смысл этого: устанавливается подлинная эмоциональная вовлеченность. Участники часто чувствуют то, что рассказывающий в себе подавляет и не замечает.

Переживание скуки также важно: она может быть сигналом того, что чувства в сообщаемой ситуации вытесняются, рационализируются и дистанцируются, что существует тайная стратегия “неучастия”.

Очень важно, чтобы в конце круга сообщающий случай коротко сказал, какие высказывания для него *важны, неожиданны, новы*.

3. ФАЗА.

Клиент: слушает.

Группа: отвечает на вопрос: “Что мне бросилось в глаза при представлении случая?”, сообщает внешние восприятия и наблюдения по поводу сообщения случая, не давая советов и толкований.

Здесь важно, чтобы участники сообщили свои наблюдения о том, как рассказывался этот случай: *акценты, пропуски, неясности, противоречия* (например, сообщающий случай с улыбкой говорил о горе), *тон, темп речи, бессознательные телесные сигналы*.

Представление случая не должно оцениваться или толковаться. Многим трудно дается различие между наблюдением и оценкой. Эта фаза помогает сообщающему случай точнее себя воспринимать т.к. взгляд группы направлен на него.

4. ФАЗА.

Клиент: слушает и воспринимает.

Группа: поглощена внутренним восприятием случая (фантазиями, чувствами, образами и идентификациями, включая направленные, с персонажами данного случая).

Во время рассказа все участники бессознательно эмоционально переносятся в описываемую сцену, реагируют позитивным или негативными идентификациями. В этой фазе взгляд направлен вовнутрь.

Можно целенаправленно вызывать как идентификации так и фантазии членов группы: их просят вчувствоваться в персонажей рассказа и в “Я” - форме рассказать, что они при этом чувствуют или думают. Можно организовать также подгруппы, которые идентифицируются с различными участниками конфликта. Очень важны образы, возникающие у членов группы.

Это игровое воспроизведение ситуации сопровождается на метакоммуникативном уровне рефлексией участников группы. При этом аффективном воспроизведении исходной ситуации в работе группы важны идентификация и дистанция, чтобы не скатиться на уровень общего бесполезного сопереживания. Важно, чтобы сообщающий случай не оправдывался, не защищался.

5. ФАЗА

Клиент: слушает и осознает, занимается самоисследованием.

Группа: прорабатывает, она занята углублением отдельных аспектов, теоретическим толкованием, диагностическими заключениями, институциональными, общественными, политическими взаимосвязями, интерпретацией реакций членов группы на случай.

Этот круг служит прежде всего углублению отдельных аспектов, касающихся или личности сообщающего случай или происходящего в сообщаемой ситуации. Проработка означает поиск с помощью ролевой игры возможных решений и таким образом переход к 6 фазе.

В этой фазе существует богатая палитра возможностей, начиная от углубленного самоисследования представляющего случай, выяснения вопросов относительно типичных ситуаций, до печали по поводу

ограниченности собственных возможностей развития. Эта фаза, таким образом, пересекается с 4 фазой и плавно переходит в 6. Во временном интервале она как правило может длиться очень долго.

6. ФАЗА.

Клиент: осознает происходящее с ним (иногда дает короткую обратную связь на отклик группы, которая может быть высказана в виде несогласия или, напротив, благодарности).

Группа: принимает возможные решения (собирает банк идей, предложения по поводу поведения, альтернативы к поступкам и т.д.).

Здесь обобщаются все аспекты предыдущей работы, поскольку шаги для решения проблемы включают как личностные, так и институциональные изменения, а также возможные социально-политические действия. Необходимо искать пути решения, направленные на преодоление личностных трудностей, учитывая возможности на стратегическом уровне и понимание взаимосвязей.

Эксперименты. Виды.

Эксперимент в рамках гештальттерапии – это попытка противостоять тупику; он побуждает клиента к активному действию. В ситуации эксперимента человек может мобилизовать себя перед лицом актуальных требований жизни, отыгрывая свои невысказанные чувства и действия в относительной безопасности. Безопасность достигается тем, что рискованные действия клиента получают поддержку от терапевта или группы, которые то поощряют его, то побуждают к риску в зависимости от того, что уместно в конкретный момент.

1. Положение о незавершенных ситуациях
2. Работа с горем
3. "Горячий стул" или Столкновение Противоположностей
4. Фантазия
5. Работа со сном
6. Возвращение с оторванных частей себя
7. Межличностное столкновение
8. Работа с телом

2 вопрос. Карл Рэнсом Роджерс начал научную карьеру в 1927 г. в Институте детского воспитания в Нью-Йорке. Через год он поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк. С 1940 г. Роджерс занимал должность профессора психологии в университете штата Огайо. Там он привлек внимание к своей системе психотерапии, особенно после выхода в 1942 г. книги «Консультирование и психотерапия: новые концепции в практике». С 1945 г. он был исполнительным секретарем в Чикагском университете, а затем работал в университете Висконсина. В 1951 г. Роджерс опубликовал книгу «Клиент-центрированная терапия: современная практика, смысл и теория».

Днем публичного рождения теории Роджерса явилась его встреча с

американскими психологами в 1940 г. В раннем варианте психотерапии, названном «недирективной психотерапией», акцент был сделан на технике рефлексии — словесном отражении терапевтом чувств клиента (терапевтическое зеркало). Посредством такой обратной связи последний получает возможность осознать свои чувства и без терапевтического руководства, самостоятельно прийти к определенным выводам и решениям. Д. Мирнс (1980) указывал, что вышеприведенное название является неудачным, так как любая психотерапия директивна по своей сути. В 1951 г. Роджерс изменил название терапии — она стала именоваться «клиент-центрированной» или «клиент-ориентированной» (*client-centered*). Этим подчеркивалось, что психотерапия не ориентирована ни на теорию (когда имеется концептуальный аппарат анализа клиента, и в этом смысле терапевт выступает в качестве эксперта, лучше понимающего проблему клиента, чем сам клиент), ни на проблему (когда признается, что единственный способ решить проблему — это погрузиться в нее), а на клиента: он свободен в терапии делать и говорить то, что хочет, он равноправен с психотерапевтом, он — ключевая фигура в создании психотерапевтических изменений. Термин «клиент» в большей мере, чем термин «пациент», адекватен неманипулятивной, немедицинской модели психотерапии, отражает важность уважения к человеку, который приходит за помощью. Такой человек сам ответствен за свое изменение и не рассматривается как объект диагностики и лечения. Роджерс и Э. Сэнфорд (1985) указали на следующие основные черты человеко-центрированной терапии: 1) гипотеза о том, что определенные установки психотерапевта образуют необходимые и достаточные условия терапевтической эффективности; 2) основной акцент на феноменологическом мире клиента (отсюда определение психотерапии как «клиент-центрированной»); 3) терапевтический процесс ориентирован на изменения в переживаниях, на достижение способности более полно жить в данный момент; 4) внимание в большей степени к процессам изменения личности, а не к статической структуре; 5) гипотеза о том, что одни и те же принципы психотерапии применимы ко всем людям, независимо от того, к какой клинической категории они отнесены — к лицам, страдающим психозами, неврозикам или к психически здоровым людям; 6) интерес к фундаментальным проблемам, вытекающим из практики психотерапии.

Генезис невроза

Если ребенок не живет в климате безусловно позитивного отношения и переживает хорошее отношение к себе лишь тогда, когда оправдывает ожидания значимых лиц (родителей, учителей и т. п.), то он находится в постоянном, часто неосознаваемом опасении утраты позитивного отношения к себе. В сознании ребенка внутренний опыт разделяется на «хороший» и «плохой», как соответственно согласующийся и несогласующийся с ожиданиями окружающих. Переживаемый ребенком страх потери одобрения и принятия является патогенным и блокирует тенденцию самоактуализации. Ребенок начинает избегать или отрицать собственный опыт самоактуализации, или, другими словами, свой естественный организменный

опыт. Например, родители могут не принимать агрессивное поведение ребенка, его плач, крик, шумное поведение и т. п. Естественно возникающий гнев ребенка блокируется. Формируется личность с ретрофлексированным (см. главу о гештальт-терапии) гневом и сверхразвитым чувством вины, в Я-концепции которой совершенно отсутствует гнев и которая испытывает значительные трудности при необходимости сказать другим «нет». Помимо этого, из-за подавленного гнева такая личность испытывает и физические проблемы (напряженные мышцы шеи и спины). Возможны и другие варианты инконгруэнтности между сознанием и бессознательным, чувствами и словами, поведением и чувствами и т. п. Например, вербально клиент сообщает, что был любимым ребенком в семье, но психотерапевт улавливает у клиента чувства одиночества и заброшенности; клиент говорит, что не чувствует тревоги, а психотерапевт улавливает ее очевидные признаки. Такая инконгруэнтность охраняет Я-концепцию личности: человек воспринимает себя таким (и ведет себя так), каким его хотят видеть близкие. Отказ от себя в угоду другим, инконгруэнтность со своим естественным, организменным опытом — патогенетический механизм развития невроза. Инконгруэнтность поддерживают два механизма психологической защиты: отрицание и искажение. Первый механизм состоит в недопущении в сознание психотравмирующего опыта, который личность бессознательно получает благодаря способности к субцепции (бессознательному восприятию). Искражение представляет собой такую интеллектуальную переработку материала, которая делает его безопасным для Я-концепции. Тревога сопровождает инконгруэнтность Я-концепции и организменного опыта. Опыт, не согласованный с Я-концепцией, может «врываться» в сознание человека очень неожиданно, так что защиты не справляются. Тогда происходит «разрывание» Я-концепции, что очень болезненно переживается человеком, так как он не в состоянии ассимилировать инконгруэнтный опыт и полон внутреннего напряжения и конфликтов.

Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной терапии

Различные психотерапевтические походы и направления нередко описывают как харизматические: во-первых, во главе каждого такого направления стоит явный харизматический лидер, имеющий «свое» мировоззрение, в концентрированном виде отражающее одно из «биений» эпохи; во-вторых, язык психотерапии (концепции личности, формирования психопатологии и психотерапевтического изменения клиента) каждого направления настолько специфичен и метафоричен, что непереводим на другие психотерапевтические языки. Метафорическое описание человека и психотерапевтического процесса очень мало напоминает то, что можно было бы назвать «объективными» закономерностями психотерапевтического процесса. Именно поэтому в научном (особенно медицинском) сообществе предпринимаются попытки описать процесс формирования и терапии психопатологических и психосоматических расстройств на языке нейрофизиологии. Это вовсе не значит, что психологическая психотерапия

находится на «донаучном» этапе формирования психотерапии или что она в принципе неверна. Напротив, в реальном живом процессе психотерапии происходит то, что объективное научное знание сегодня описать не может. Такой статус психологической психотерапии объясняет ее некоторый консерватизм — трудно отойти от харизматической традиции. Отход от традиции субъективно воспринимается как «измена отцу», как невысказанные претензии и амбиции сыновей (последователей). Кроме того, система подготовки психотерапевтов сильно канонизирована, опирается на достаточно жесткие традиции. Вместе с тем в последние годы намечалась тенденция радикальных преобразований различных психотерапевтических направлений.

Современное состояние человек-центрированного подхода (РСА) представлено в нижеприведенных тезисах. Причем это взгляд человека не извне РСА, а, напротив, того, кому близок этот подход, кто работает в его рамках, кто разделяет его ценности.

Во-первых, для современного человек-центрированного подхода характерна размытость концептуальных границ. Подход Роджерса является хорошей метафорой человека, и вряд ли его основополагающие понятия («самоактуализирующая тенденция», «полностью функционирующая личность» [В работе Роджерса «Взгляд на психотерапию: Становление личности» (М., 1994) понятие *full function personality* было переведено как «полноценно функционирующая личность», что, на наш взгляд, неправомерно, так как Роджерс подчеркивал момент объема реализующихся личностных функций, а не давал оценку качества функционирования личности.], «эмпатия», «независимое позитивное отношение к клиенту» и т. п.) имеют теоретический статус.

Второй характерной чертой современного человек-центрированного подхода является терапевтический эклектизм. Это совершенно нормальное явление для психотерапевтов, но оно создает ряд проблем для самой психотерапии. Сочетаются совершенно противоположные, несочетаемые подходы. Так, известный голландский клиент-центрированный терапевт Й. Хейзинга сочетает РСА-терапию с бихевиоральной. Думается, что такой эклектизм является показателем класса терапевта.

Еще одной характерной чертой является безразличие к патогенезу и структуре расстройств. РСА-терапия не имеет списка показаний, т. е. перечня тех видов расстройств, при которых она эффективна. Выясняется, что ее используют при решении супружеских проблем, терапии сексуальных расстройств, пограничных состояний и выраженной психопатологии. На VI форуме РСА (Греция, 1995) Г. Стопени-Наста в своем докладе рассматривала клиент-центрированную терапию транссексуализма. Если РСА-терапия является не техникой, а системой качественных отношений, то, очевидно, что проблема показаний к данному виду терапии вообще не стоит: хорошие отношения полезны в любом случае и при любой патологии. Вместе с тем конкретная практика требует обсуждения пределов и возможностей клиент-центрированной терапии.

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

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

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

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

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

Цель – изучить основы краткосрочного подхода в психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

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

Основные понятия: краткосрочная терапия, гипноз, аутотренинг.

Литература:

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

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

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

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

Историческое развитие

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

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

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

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

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

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

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

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

3 вопрос.

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

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

Подход, ориентирующийся на форму и функцию симптома.

Симптом понимается как:

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

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

Основной вопрос: «зачем» нужен симптом?

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

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

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

Вопросы для рассмотрения:

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

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

Основные понятия: бихевиоральный подход, когнитивная психотерапия.

Литература:

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

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

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

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

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

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

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

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

Методы.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Терапевтическая модель группы тренинга умений.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Методика репетиции поведения может быть условно разделена на следующие этапы:

- * постановка задачи, т.е. определение поведения, которое нуждается в коррекции и тренинге;
- * инструктаж и обучение участников исполнению сцены запланированной ситуации;
- * разыгрывание ситуации;
- * моделирование желательного поведения;
- * отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- * получение обратной связи: поведение активных участников разыгрываемой сцены после занятий обсуждают остальные участники группы.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

РЭТ базируется на двух главных принципах:

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

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

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

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

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

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ
ПРАКТИЧЕСКИЕ (СЕМИНАРСКИЕ) ЗАНЯТИЯ

ТЕМА 1. СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЕССИИ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

- 1.Терапевтический контакт
2. Факторы эффективного терапевтического контакта

Литература:

1. Кори, Дж. Теория и практика группового консультирования / Дж.Кори. – М., 2003. – 638 с.
2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т.Кондрашенко, Д.И.Донской. – Мн., 1997. – 464 с.
3. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
4. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К.Рудестам. – М., 1990. – 368 с.
5. Макаров, В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В. Макаров. — М.: Академический Проект, 2000. – 452 с.

ТЕМА 2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

- 1.Структурные модели психотерапевтического процесса
- 2.Общие правила эффективного психотерапевтического процесса
3. Формы творческой активности в терапевтической сессии
- 4.Баланс фрустрации и поддержки в работе психотерапевта

Литература:

1. Браун Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамического / Д. Браун, Дж.Педдер. – М., 1998. С. 116-131.
2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
3. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К.Рудестам. – М., 1990. – 368 с.
4. Хайгл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии / А.Хайгл-Эверс [и др.]. – СПб.: «Речь», 2001. – 784 с.
5. Александров, А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. / А.А. Александров – СПб.: "Академический проект", 1997. – 336 с.
6. Кан, М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения / М.Кан // Айви, Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство / Е. Айви [и др.]. – М., 1999. – 487 с.
7. Роджерс, К. Клиентоцентрированная терапия / Прикл.разделы: Э.Дорфман, Н.Хоббс, Т.Гордон; Пер.с англ. В.В.Лях, А.П.Хомик. - М.: Релф-бук;Ваклер, 1997. – 320 с.

ТЕМА 3. СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Терапевт как модель для клиента
2. Стилиевые особенности проведения психотерапевтической сессии
3. Структурирование межличностного пространства
4. Динамика терапевтической сессии

Литература:

1. Роджерс, К. Клиентоцентрированная терапия / Психол.разделы: Э.Дорфман, Н.Хоббс, Т.Гордон; Пер.с англ. В.В.Лях, А.П.Хармиков. - М.: Релф-бук;Ваклер, 1997. - 320 с.
2. Берн, Э. Структура и динамика организаций и групп / Э.Берн. – Мн., 2008. – 352 с.
3. Нельсон-Джоунс, Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс. – СПб: Издательство "Питер", 2009. – 464 с.

ТЕМА 4. ФЕНОМЕНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Установление рабочего альянса
2. Перенос в психотерапии
3. Контрперенос в психотерапии
4. Подходы к характеристике сопротивления в различных психотерапевтических направлениях
5. Формы сопротивления
6. Различные техники в работе с сопротивлением

Литература:

1. Браун Д. Вмешение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д.Браун, Дж.Педдер. – М., 1998. С. 116-131.
2. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т.Кондрашенко, Д.И.Донской. – Мн., 1997. – 464 с.
3. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
4. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии / И.Ялом. - СПб., 2000. – 576 с.
5. Бурцева Е.А. Размышляя о супервизии // Гештальт-2000. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1999 г. – С. 56 – 67
6. Гулина М. Терапевтическая и консультативная психология. — СПб.: Речь, 2001. — 352 с.
7. Уолен С., ДиГусепп Р., Уэсслер Р. Рационально-эмотивная терапия. М., 1997. С. 7 – 27, 71 – 82, 229 – 247
8. Чернявская А.Г. Психотерапия: шаг за шагом. Учебно-практическое

руководство. — Мн.: ТетраСистемс, 2005

9. Ключева, Н.В. Программа социально-психологического тренинга / Н.В.КлючеваМ.А.Свистун. — Ярославль, 1992.

ТЕМА 5. МОДЕЛИ ПОДХОДА К ТЕЛЕСНЫМ И ПСИХИЧЕСКИМ ФЕНОМЕНАМ В ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Феномены тела в контексте его развития и дифференциации
2. Контактное взаимодействие и возникновение паттернов
3. Концепция «адаптивной телесной структуры» Дж.Кепнера
4. Условия формирования прерываний в первичной поддержке контактирования
5. Процесс-ориентированные направления в психотерапии и философия работы с телесной метафорой
6. Дыхание и голос и их роль в терапевтической работе

Темы для рефератов:

1. Психотерапия как творчество
2. Связь психотерапии и искусства
3. Прикосновение как межличностное общение

Литература:

1. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэн-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. М., 1999
2. Райх В. Анализ личности. — М.: «КСП+», 1999. — С. 12 – 87
3. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия. — М.: "Рефл-бук", К.: "Ваклер", 1997
4. Уолерс С., Ди-Усепп Р., Уэслер Р. Рационально-эмотивная терапия. М., 1997. С. 71 – 27, 71 – 82, 229 – 247
5. Хейли Д. Что такое психотерапия. — СПб.: Питер, 2002. — 224 с.

ТЕМА 6. ЭВОЛЮЦИЯ ПОНЯТИЙ И КОНЦЕПЦИЙ ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Ранняя модель психического конфликта
2. Теория привязанности и ее значение для психотерапии

Литература:

1. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. — М.: Академический проект, ОПЛ, 2002. — 464 с.
2. Психотерапия женщин / Под ред. М. Лоуренс, М. Магуир. — СПб.: Питер, 2003. — 208 с.

ТЕМА 7. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ЛИЧНОСТНО - ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Телесно-ориентированные подходы в психотерапии. Работа с телесной феноменологией и телесным процессом
2. Психодрама. Концепция психоанализа в рамках психодрамы. Терапевтические техники. Творческий аспект психотерапии

Литература:

1. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОПЛ, 2002. – 464 с.
2. Браун Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д.Браун, Дж.Педдер. – М., 1998. С. 116-131.
3. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия. — СПб. Питер,
4. Гингер, С. Гештальт: искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям / С.Гингер. – М., 2002. — С. 17 – 18.
5. Киппер, Д. Клинические ролевые игры и психодрама / Д.Киппер. - М., 1993.
6. Урсано, Р. Психодинамическая психотерапия / Р.Урсано, С.Зонненберг, С.Лазар. – М., 1992. – С.34 – 45.

ТЕМА 8. КРАТКОСРОЧНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Подходы, концентрирующиеся на процессе и замкнутом круге (В. Сатир, П. Вацлавик)
2. Концепция эриксоновской психотерапии (М. Эриксон)
3. Краткосрочная мультимодальная психотерапия (Арнольд Лазарус).
4. Нейролингвистическое программирование (Ричард Бэндлер, Джон Гриндер)
4. Стратегии психотерапевтического процесса. Этапы работы

Литература:

1. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К.Рудестам. – М., 1990. – 368 с.
2. Хайл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии / А.Хайл-Эверс, Ф.Хайгл, Ю.Отт, У.Рюгер. – СПб., 2001.
3. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональной травмы с помощью движений глаз / Ф.Шапиро. – М., 1998. – 496 с.

ТЕМА 9. СПЕЦИФИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПОВЕДЕНЧЕСКИ – ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПОДХОДАХ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Терапевтические отношения в РЭПТ. РЭПТ как активно-директивная форма психотерапии. Психотерапевтический процесс в РЭПТ. Две формы РЭПТ: РЭПТ предпочтения и общая РЭПТ
2. Основные терапевтические техники РЭПТ

Литература:

1. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К.Рудестам. – М., 1990. – 368 с.
2. Польстер, И. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики / И.Польстер, М.Польстер. – М., 1997. – 394 с.
3. Хайл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии / А.Хайл-Эверс, Ф.Хайгл, Ю.Отт, У.Рюгер. – Спб., 2001.
4. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональной травмы с помощью движений глаз / Ф.Шапиро. – М., 1998. – 456 с.

ТЕМА 10. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа)

Вопросы для обсуждения:

1. Психотерапевтическая кризисная интервенция в терапевтической практике
2. Этапы интервенции при развитии психосоциального кризиса.
3. Предпосылки для терапии, сопровождающей соматический уход за пациентом
4. Общая модель психотерапевтического влияния
5. Сравнение индивидуальных и групповых методов работы в психотерапии

Темы для рефератов:

1. Консультации и сотрудничество с другими специалистами
2. Ограничения и ресурсы
3. Общие и специальные факторы психотерапии

Литература:

1. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии / И.Ялом. – СПб., 2000. – 576 с.
2. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций – СПб.: "Академический проект", 1997. — 336 с.
3. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра. Практикум по гештальт-терапии: Пер. с англ. — М., 1997. — 304 с.
4. Берн, Э. Структура и динамика организаций и групп / Э.Берн. – Мн., 2008. – 352 с.

ПРАКТИЧЕСКИЕ (ЛАБОРАТОРНЫЕ) ЗАНЯТИЯ

ТЕМА 1. ГЕШТАЛЬТ – ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ(2 часа)

Цель: ознакомить студентов с основами гештальт - терапии

Задачи:

1. Закрепить знания по основным понятиям и принципам гештальт – терапии
2. Познакомить студентов с базовыми техниками гештальт – терапии

Ход занятия:

1. **Групповое обсуждение основных понятий гештальт терапии:**
фигура, фон, осознание, сосредоточение на настоящем, поляриность, защитные функции, зрелость и ряд других.
2. **Выполнение упражнений**

Упр.1 Осознание

Упражнение выполняется в парах. Сидя лицом к партнеру, обратите внимание на то, что вас окружает. Выберите какой-нибудь предмет и вслух детально опишите его, используя выражение «сейчас я осознаю...» Закончите это предложение описанием цвета или формы выбранного вами предмета. Старайтесь по возможности давать простые описания и отмечать наиболее очевидные детали окружения. Осознайте свою склонность интерпретировать эти первичные осознания и придавать им вторичную форму.

Например:

Сейчас я осознаю овал серого цвета, очерченный ободком более светлого тона.

Сейчас я осознаю длинный желтый предмет.

Сейчас я осознаю круглую часть ваших карих глаз, отблески света в них.

Интерпретацией последнего наблюдения может быть: «Вы внимательно смотрите на меня».

«Будьте объективны и изобретательными в своих описаниях: используйте ваши глаза, уши, обоняние и обоняние».

«Мне кажется весьма полезным полное погружение в это упражнение на некоторое время — например, на пять минут. Обычно в какой-то момент я ловлю себя на том, что мысли мои витают неизвестно где, и тогда я мягко, но настойчиво возвращаю себя к формуле «сейчас я осознаю, что...»»

«Обращая внимание на такую первичную сенсорную информацию, я начинаю осознавать, что же на самом деле происходит, в отличие от того, как вы мои представления о происходящем. В результате я начинаю взаимодействовать с окружающей меня реальностью, а не с собственными фантазиями о ней».

«Окружающий меня мир становится более полным».

Мы зачастую склонны говорить: «Я вижу твою серьезную улыбку» или «счастливый вид» или «ты хорошо выглядишь». Старайтесь по возможности не прибегать к таким оценочным суждениям: они толкают вас в русло собственного жизненного опыта, ибо используют сравнения, взятые из прошлых воспоминаний и переживаний. Для вас же важно осознать,

что происходит именно сейчас. «Сейчас я вижу твои глаза, они прекрасны и напоминают мне туман в лунную ночь» — это, конечно, красиво сказано и, возможно, правда. Но совсем не это мы имеем в виду, когда говорим об ощущениях и осознании. Проведите грань между тем, что вы видите на самом деле и тем, где вы делаете выводы и представляете себе что-то. Такие первичные сенсорные данные — это основа всех переживаний и они из немногих четко определенных примет в нашей жизни. Очень важно уметь разделять реальность воспринимаемого нами и наши представления и мысли об этом. Между ними есть качественное различие. Эта грань — есть то, что стоит между реальностью и воображаемым миром.

Упр. 2 Чувства и Фигура-Фон

Упражнение выполняется в парах. Закройте глаза и представьте себе свою мать разговаривающей с вами. Постарайтесь вспомнить, как она выглядит, во что одета, запах ее духов, ее позу, побудьте некоторое время вместе с этим воспоминанием.

Когда вы четко поймете, что хорошо ее себе представили, скажите своему партнеру по упражнению о своих чувствах к ней, но при этом не старайтесь быть логичным.

Перечисляйте чувства по одному: выказав очередное, сделайте передышку и побудьте, поживите немного с этим чувством. Что вы ощущаете в своем теле, когда перечисляете любовь, теплоту, гнев, разочарование? Ощутите переходы от одного чувства к другому.

Намеренно измените скорость, с которой вы перечисляете свои чувства к матери. Сравните свои ощущения, отличаются ли они в случае, когда вы прислушиваетесь к себе, и тогда, когда вы не даете себе прочувствовать сказанное.

Вы заметили сходство между размытой картиной внешнего мира, когда взгляд быстро скользит с одного предмета на другой, и размытым видением своего внутреннего мира? Вы заметили изменения в чувстве волнения от происходящего, когда заставляли себя остановиться на каждой из фигур?

Позволяя себе полностью прочувствовать какое-либо ощущение, мы обнаруживаем существование поворотной точки, где оно достигает наивысшего, а затем растворяется, исчезает, и другое чувство заменяет его. Если же мы блокируем определенное чувство, оно не исчезает. И мы как бы его чувствуем, хотя его нет в настоящем, вместо того чтобы по-настоящему пережить это чувство и закончить с ним. Для этого необходимы усилия, хотя мы можем и не отдавать себе отчета в том, что их прилагаем.

Упр.3 Интроекция: «Должен»

Здесь дано несколько предложений, закончите их. Конечно вы можете добавить и свои. Начиная читать предложение, постарайтесь не думать — позвольте проявиться чему бы то ни было и затем закончите предложение. Немного задержитесь над каждым предложением, пока не

всплывет нечто новое для вас — постарайтесь захватить это появившееся чувство, прежде чем перейти к следующему предложению.

- Хороший муж (хорошая жена) должен (должна)...
- Женщина (мужчина) моего положения должна (должен)...
- Хороший отец (хорошая мать) должен (должна)...
- Когда я злюсь, я должен...

Ощущая влечение, я должен,... Вам, возможно, удастся осознать процесс интроекции по тому, как вы реагируете на явно высказанное «должен»; всякий раз, когда вы переносите на себя подобное ожидание, вы, очевидно, чувствуете напряжение в нижней части живота или еще где-то в теле. После того как вы осознаете, что имеете дело с интроекцией, вам удастся наиболее простым способом принять приемлемое и отвергнуть неподходящее, взяв на себя ответственность за интроецируемую ценность путем замены слова «должен» выражением «я выбрал это» или «я хочу».

Чтобы быть сознающим и ответственным за свои чувства, мы должны не только осознавать их, но и выражать кому человеку, который вызвал их появление. Направляя раздражение в сторону от человека, спровоцировавшего его появление, мы подавляем самих себя. Иногда идея перенаправления не так уж плоха, но как и в случае других избеганий, она работает против нас. Мы можем получить удовлетворение от выражения эмоций, но ценой ограничения своей эффективности.

Иногда вместо переадресации нежелательных чувств другим людям мы адресуем их себе и против себя: например, вместо того чтобы рассердиться на официанта, принесшего холодный кофе, я могу рассердиться на самого себя за то, что обедаю в таком дурацком ресторане, или вместо того, чтобы рассердиться на обидевшего меня партнера, я могу рассердиться на себя за то, что слишком чувствителен и уязвим. Такая переадресовка чувств на себя называется ретрофлексией.

Ретрофлексия часто связана с интроекцией — оба эти способа избегания выражаются при общении с другими людьми. (При интроекции мы принимаем внутрь чужие ценности и мнения, перенимая вместе с ними и поведение, часто не удовлетворяющее наши собственные потребности и не отвечающее нашим собственным представлениям. В таком случае мы отделены от самих себя и можем замкнуться на внутренней борьбе с собой.) Ретрофлексия может появиться, когда прямое выражение наших чувств не позволяет получить желаемого от окружающих. Например, если подросток проявляет раздражение против родителей, не разрешающих ему пойти в кино, реакция родителей может иногда быть еще более бурной. В следующий раз вместо того, чтобы выразить в споре с родителями свое недовольство, молодой человек может рассердиться на себя за «неблагодарность» или еще за что-нибудь из тех ценностей, которые он интроецировал от родителей.

Упр. 4 Ретрофлексия

Вспомните ситуацию, когда вы были на себя рассержены. Внимательно визуализируйте эту ситуацию в деталях и проверьте, нет ли в ней кого-то еще, на кого вы могли рассердиться, вместо того чтобы рассердиться на себя. Задержитесь в ней немного и, прежде всего не позволяйте своему рассудку увести вас от проявления злости наружу (хотя, конечно, в реальной жизни некоторое благоразумие всегда необходимо).

Например: «Когда я обнаружил, что некий неизвестный водитель помял мою машину, я позволил себе ругать за это его, вместо того чтобы ругать себя за глупость, что припарковал машину в небезопасном месте».

Когда вы представили себе человека, на которого могли рассердиться, продвиньтесь в своем эксперименте еще на один шаг и подумайте о соответствующем наказании для этого человека; теперь вообразите, что оно выполняется. Вы все еще на себя злитесь.

Почти всегда существует физический компонент ретрофлексии. Например, всякий раз, когда мы запрещаем себе сердиться на других, возникает напряженность в теле. Не удивительно, что эти напряжения часто находятся в мускулах, которые мы использовали бы, чтобы выразить свой гнев. Вместо того чтобы использовать мускулы рук и плеч для удара, мы сами их сдерживаем или их сдерживают окружающие. Это вызывает боль в шее, в пояснице, боли в плечах и руках. Уделяя внимание тем способам, которыми мы сдерживаем свои тела, мы можем вернуть ранее забытые воспоминания и начать уничтожать ретрофлексии.

Упр. 5 Демонстрационная работа с техникой пустого стула (по запросу студентов).

Компетенции, приобретаемые на лабораторном занятии. В результате работы студенты должны:

знать: о новых понятиях и термины гештальт - терапии.

уметь: подобрать и использовать процедуры и техники, соответствующие специфике консультативной задачи.

владеть: пониманием структуры психотерапевтического процесса в рамках гештальт – терапии

Литература:

1. Гингер, С. Гештальт: искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям / С.Гингер. – М., 2002. – С. 17 – 18.
2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
3. Я. Старак, Т. КЕЙ, Д. Олдхейм ТЕХНИКИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ НА КАЖДЫЙ ДЕНЬ: Рискните быть живым / Пер. с англ. родред. Г.П.Бутенко. — М.: Психотера-пия, 2009. - 176 с.

ТЕМА 2. ТЕХНИКИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ(2 часа)

Цель: ознакомить студентов с методами психоаналитического воздействия

Задачи:

1. Закрепить знания по основным понятиям и принципам психоаналитической психотерапии
2. Познакомить студентов с основными техниками психоаналитического направления

Ход занятия:

3. **Групповое обсуждение основных понятий психоаналитической психотерапии:** свободные ассоциации, перенос и интерпретация.
4. **Выполнение упражнений**
- 5.

Упр.1 Молчаливое невмешательство

Пары «клиент-терапевт» рассаживаются по периметру помещения так, что исполняющий роль клиента сидит лицом к стене, а «терапевт» за его плечом, так близко, чтобы ему было слышно «пациента». Инструкция «пациенту»: говорить о чем угодно в режиме свободных ассоциаций. Инструкция «терапевту»: слушать молча и только в тех случаях, когда по его мнению, «пациент» нуждается в поддержке при касаться к его плечу.

Упр.2 Контрвопросы

Упражнение выполняется в малых группах по 6-7 человек. Каждый участник (из роли клиента) задает группе вопросы обозначает просьбу:

- Сколько замечет.
- Как долго работаете?
- Замужем ли вы? И т.д.

Остальные участники группы должны «перевести» эти вопросы в предположения, которые могли возникнуть у клиента в данном терапевтическом контакте. Чем больше будет разных предположений, тем лучше и глубже можно будет понять суть контрпереноса.

Упр. 3 Контрперенос

Упражнение выполняется в тройках «клиент-терапевт-супервизор». Все студенты делятся на три группы: К/Т/С. Терапевты выбирают себе супервизора для участия в этом упражнении. Терапевты и супервизоры садятся друг напротив друга на достаточном расстоянии, деля пространство на условные терапевтические кабинеты.

Задание «терапевтам»: поддерживать терапевтический диалог с клиентами, ориентируясь на понимание собственных чувств больше чем на интерпретации или другие интервенции.

Задание «супервизорам»: отслеживать взаимодействие терапевта с клиентами, обращать внимание на возникающие в диалоге трудности, следить за временем.

Задание «клиентам»: рассказывать о какой-либо проблеме, меняя терапевтов переходя из «кабинета» в «кабинет».

Вторая часть упражнения. Участвуют только «терапевты-супервизоры». Задание терапевтам: обсудить с супервизором наиболее сложные ситуации взаимодействия, проанализировать собственные чувства и то, каким образом такой эмоциональный резонанс мог быть вызван собственными проблемами.

Третья часть упражнения. Упражнение обсуждается со всей группой, последовательно анализируются отзывы: клиентов, терапевтов, супервизоров

Компетенции, приобретаемые на лабораторном занятии. В результате работы студенты должны:

знать: основные понятия и термины психоаналитического направления психотерапии.

уметь: использовать процедуры и техники, соответствующего направления.

владеть: пониманием целостной структуры психотерапевтического процесса в рамках психоанализа

Литература:

1. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
4. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа. — М, 2003
5. Шекеди И., Кохелл Х., Дрейвер К. Супервизия – сложный инструмент психоаналитической подготовки // Московский психотерапевтический журнал. – 1994, № 1. – С. 117 – 147

ТЕМА 3. СПЕЦИФИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (2 часа)

Цель: ознакомить студентов с методами когнитивной психотерапии

Задачи:

1. Закрепить знания по основным понятиям и принципам когнитивной психотерапии
2. Познакомить студентов с основными техниками когнитивной психотерапии

Ход занятия:

6. **Групповое обсуждение основных понятий когнитивной психотерапии:** автоматические мысли, базовые (глубинные) убеждения, условные правила, компенсаторные (копинг) стратегии, формула ABC.

Мини-лекция о формулах А-С и А-В-С

Упр.1 Негативные ярлыки

Ведущий: слова – это символы более широких понятий и эти символы часто имеют негативный подтекст, который вызывает неприятную эмоциональную реакцию. Попробуйте навесить негативные ярлыки на свои мысли, а не на себя. Например: «Я умный, но эта мысль идиотская». Попробуйте продолжить это со словами: тупой, беспочвенный, бессмысленный, глупый, дурацкий, нелепый, смешной, лепет, бред.

Упр. 2. В следующих примерах описаны ситуации АВС, но во всех отсутствует В. Вам нужно угадать, какие мысли (В) нужно сделать, чтобы связать ситуацию (А) и эмоции (С). Определите в каждом случае А и С и впишите В.

1. Начальник Альфреда отчитал его за опоздание. После этого Альфред чувствовал себя подавленным.
2. Мэри прошла два сеанса терапии и бродила по городу потому что посчитала, что она не действует.
3. У Сьюзи заболел живот. Ей стало страшно.
4. Джо оштрафовали за превышение скорости, и он сильно разозлился.
5. Джейн смутилась, когда ее друзья заметили, что она плачет на романтических сценах фильма.
6. Фриц был разъярен, когда служащий попросил его документы в то время, как он обналичивал чек.

Упр.3. Приведите пять примеров из своей жизни, в которых ваши мысли (В) вызвали болезненные эмоции (С). Опишите их в терминах АВС.

Компетенции, приобретаемые на лабораторном занятии. В результате работы студенты должны:

знать: основные понятия и термины когнитивно - поведенческой психотерапии.

уметь: использовать процедуры и техники, соответствующего направления.

владеть: пониманием целостной структуры психотерапевтического процесса в рамках когнитивно – поведенческой психотерапии

Литература:

1. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППД, 2002. – 464 с.
2. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков: Коллектив. моногр. / Под общ. ред. Ю.С.Шевченко. – СПб. : Речь, 2003. – 552 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

УПРАВЛЯЕМАЯ САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Тема и номер задания	Номер первоисточника	Форма контроля знаний
1. Основные стратегии работы психотерапевта 1.1. Построение терапевтической гипотезы 1.2. Происхождение невроза 1.3. Тревога и ее роль в блокировании саморегуляции клиента 1.4. Основные принципы работы с симптомом	[31], [39]	Проведение техник
2. Тактика терапевта и направленность интервенций 2.1. Парадоксальная теория изменений в психотерапии 2.2. Диалогическая и «отстраненная» позиция терапевта 2.3. Качественные характеристики диалогических отношений	[25]	Конспект первоисточников
3. Методологические и методические основания в различных направлениях личностно-ориентированной психотерапии 3.1. Кататимно-имажинативная психотерапия. Актуальное состояние теоретической базы. Общность с психоаналитической терапией. Методы и техники сценической психодрамы в индивидуальной и групповой психотерапии. Использование стандартных мотивов 3.2. Составляющие классического транзактного анализа. Подходы к основным личностным позициям в транзактном анализе. Структура личности в транзактном анализе. Виды транзакций. Типы коммуникации. Психологические игры	[3] [5] [15] [43] [45] [75]	Методическая разработка: библиография, реферат, устное сообщение
4. Специфика психотерапевтического процесса в поведенчески-ориентированных подходах 4.1. Эмотивные техники (энергичное дискутирование, безусловное принятие,	[6] [65] [81] [77]	Конспект первоисточников. Проведение техник.

рациональная ролевая игра, эмоционально насыщенное разубеждение) 4.2. Поведенческие техники (тренинг навыков, вознаграждение и наказания, моделирование)		Рецензирование сообщений.
--	--	----------------------------------

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

- устный опрос на практических занятиях;
- конспектирование первоисточников;
- взаимное рецензирование рефератов;
- составление глоссария по темам;
- групповая дискуссия;
- методическая разработка: библиография;
- проведение техник под супервизией;
- тестирование;
- устный экзамен.

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. История появления современной психотерапии. Научные и «донаучные» этапы в развитии психотерапии.
2. Определение психотерапии. Цели и задачи психотерапии.
3. Показания и противопоказания для психотерапии.
4. Своеобразие личности в разные возрастные периоды. Социально-экономические, этнические, гендерные различия. «Трудный» клиент.
5. Выбор психотерапевта.
6. Ограничения и ресурсы психотерапевтической помощи.
7. Условия успешного обучения и непрерывного профессионального развития психотерапевта.
8. Личностные качества психотерапевта. Модель личности эффективного психотерапевта.
9. Профессиональная этика психотерапевта.
10. Частные этические проблемы в психотерапии. Границы конфиденциальности.
11. Установление терапевтического альянса и разделение ответственности с клиентом.
12. Профессиональная компетентность психотерапевта.
13. Супервизорство и личная психотерапия в профессиональном становлении психотерапевта.
14. Характеристика отношений между участниками супервизорского процесса. Очная и заочная супервизии.
15. Психотерапевтическое интервью. Профессиональное поведение психотерапевта, ведущего интервью.
16. Общие правила эффективного психотерапевтического процесса.
17. Формы творческой активности в терапевтической сессии. Баланс фрустрации и поддержки в работе психотерапевта.
18. Терапевтический контакт. Факторы эффективного терапевтического контакта.
19. Терапевт как «модель» для клиента.

20. Основные стратегии работы психотерапевта.
21. Тактика терапевта и направленность интервенций.
22. Стилиевые особенности проведения психотерапевтической сессии.
23. Динамика терапевтической сессии.
24. Происхождение невроза. Специфика психотерапевтической помощи.
25. Тревога и ее роль в блокировании саморегуляции клиента.
26. Основные принципы работы с симптомом.
27. Основные подходы к профессиональным отношениям в рамках ведущих концепций и теорий личности.
28. Психотерапевтические отношения: установление рабочего альянса.
29. Перенос в психотерапии. Позитивный и негативный перенос. Возникновение переноса и его ценность.
30. Контрперенос в психотерапии. Причины контрпереноса. Виды контрпереноса.
31. Сопротивление и его клинические проявления. Подходы к характеристике сопротивления в различных психотерапевтических направлениях.
32. Работа с сопротивлением. Источники и формы сопротивления.
33. Техники работы с клиентами невротического, нарциссического и пограничного уровней.
34. Феномены тела в контексте его развития и дифференциации. Контактное и возникновение контактов.
35. Предпосылки возникновения групповой психотерапии. Научные основания групповой психотерапии. Определение понятия «групповая психотерапия».
36. Современные теории групповой психотерапии. Психология группы и эффект группового воздействия.
37. Общие требования к комплектованию групп: состав группы, критерии однородности–разнородности; показания–противопоказания; частота и длительность занятий.
38. Подготовительные процедуры групповой психотерапии.
39. Поэтапная модель групповой работы. Руководство группой: стиль, личность, функции и этические принципы руководителя.
40. Виды психокоррекционных групп.
41. Модель тренинговых групп: определение, этапы обучения.
42. Функции руководителя группы, приобретение коммуникативных умений.
43. Модель групп встреч как терапевтической группы: определение, основные принципы, техника занятий.
44. Понятие «групповая динамика» и ее основные законы.
45. Основные элементы групповой динамики: цели и нормы группы, структура группы и проблемы лидерства, сплоченность группы и ролевое поведение в группе, фазы развития группы.
46. Психодинамический подход в психотерапии. Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии. Ранняя модель психического конфликта.

47. Ранние объектные отношения по М.Кляйн. Концепции М.Балинта, Д.В.Винникотта, Х.Хартмана, О.Кернберга.
48. Теория привязанности и ее значение для психотерапии.
49. Методы групповой психотерапии, применяемые в рамках аналитической психотерапии. Специфика групповой динамики в группанализе.
50. Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии. Современный этап развития экзистенциальной психотерапии (И.Ялом). Современные тенденции в психоаналитической теории групп.
51. Гештальт-подход в психотерапии. Теоретические истоки гештальт-терапевтического направления. Понятие о механизмах прерывания контакта. Концепция полярностей. Специфика работы с группой. Применение и эксперименты.
52. Клиент-центрированная психотерапия. Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной и групп-центрированной терапии.
53. Телесно-ориентированные подходы в психотерапии. Работа с телесной феноменологией и телесным процессом.
54. Психодрама. Концепция психоанализа в рамках психодрамы. Терапевтические техники. Творческий потенциал психотерапии.
55. Арт-терапия. Современное положение и успешность применения метода. Использование арт-терапевтических техник в других подходах.
56. Кататимно-имажинативная психотерапия. Актуальное состояние теоретической базы. Общность с психоаналитической терапией. Методы и техники символдрамы в индивидуальной и групповой психотерапии. Использование стандартных мотивов.
57. Составляющие классического транзактного анализа. Подходы к основным жизненным позициям в транзактном анализе. Структура личности в транзактном анализе. Виды транзакций. Типы коммуникации. Психологические игры.
58. Краткосрочная мультимодальная психотерапия (А.Лазарус). Нейролингвистическое программирование (Р.Бэндлер, Дж.Гриндер).
59. Стратегии психотерапевтического процесса. Этапы работы. Основные техники краткосрочной терапии.
60. Поведенческий подход в психотерапии (Дж.Вольпе, Г.Айзенк). Методы поведенческой терапии. Методические компоненты группы тренинга умений. Терапевтическая модель группы тренинга умений.
61. Когнитивная психотерапия. Основные черты когнитивной терапии. Основные теоретические положения рационально-эмотивного подхода. Основные терапевтические техники РЭПТ.
62. Потребность в психотерапии и формирование мотивации клиента.
63. Сравнение индивидуальных и групповых методов работы в психотерапии. Ограничения и ресурсы. Общие и специальные факторы психотерапии.
64. Психотерапевтический контракт. Формы и условия заключения контракта.

Примеры тестов по лекционным занятиям

Тест 1. Тема: Введение в психотерапию.

1. К лицам с психическими расстройствами стали относиться как больным, требующим внимания врача, когда в 1793 г. в Биссетре врач _____ снял цепи с душевнобольных.

2. Первые попытки в психотерапии гипнозом были сделаны Фридрихом Месмером в ходе разработки его теории «_____».

3. Нансийская школа гипноза (Бернгейма) утверждала, что гипноз – это _____ феномен, вызываемый внушением. В противоположность ей Сальпетриерская школа гипноза (Шарко) пришла к выводу, что гипноз является _____ состоянием – искусственным истерическим неврозом.

4. Назовите физиологов, психотерапевтов, которые внесли большой вклад в развитие отечественной психотерапии в первой половине 20 века: _____

5. Дайте определение термину «Психотерапия».

6. Целью психотерапии является:

7. Назовите задачи психотерапии:

8. При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии:

9. Следующие факторы могут быть прямо или косвенно связаны с симптоматикой, выступать в качестве причины или следствия соматических симптомов

(4): _____

10. Можно выделить 4 типа отношения врача к требованию учитывать психосоциальную ситуацию:

Тест 2. Тема: Классификация психотерапевтических подходов и общие положения психотерапии.

1. Многоосевая классификация. Какие три оси не названы?

1. ось цели;
2. ось объекта;
3. ось модели;
4. ось места психотерапии в лечебном, коррекционном или воспитательном процессе;

5.

6.

7.

2. Назовите шесть моделей психотерапии.

-
-
-
-
-
-

3. Дайте краткую характеристику каждой из шести моделей психотерапии.

4. Назовите сходства и различия психотерапии и психологического консультирования.

5. В. В. Макаров выделяет семь факторов, влияющих на эффективность психотерапии:

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

6. Назовите показания и противопоказания для психотерапии:

7. В чем заключается учет психотерапевтом в работе с клиентом социально-экономических, этнических, гендерных различий?

8. «Трудный» клиент психотерапевта. Классификация и принципы работы.

9. Раскройте сущность типологического и феноменологического подходов в работе с клиентом.

10. Опишите специфику работы психотерапевта с каждой перечисленной категорией женщин:

- женщины, желающие родить ребенка и воспитывать его в семье;
- женщины, собирающиеся родить ребенка и имеющие намерение оставить его в роддоме;
- женщины, решившие по разным причинам прервать беременность;
- женщины, чей брак оказался бесплодным.

КРИТЕРИИ ОЦЕНОК РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЭКЗАМЕНЕ

Баллы

Показатели оценки

- 1
(один) Отсутствие знаний и компетенций в рамках изучаемой дисциплины или отказ от ответа.
- 2
(два) Фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта; отсутствие знаний основной литературы, рекомендованной учебной программой по кризисной психологии; неумение использовать научную терминологию дисциплины, наличие в ответе грубых и логических ошибок; пассивность на семинарских, практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.
- 3
(три) Недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта; фрагментарное знание части основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; слабое владение инструментарием кризисной психологии, изложение ответа на вопросы с существенными семантическими и логическими ошибками; неумение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях кризисной психологии; пассивность на семинарских, практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.
- 4
(четыре) Достаточный объем знаний в рамках образовательного стандарта; усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; использование научной терминологии, логическое изложение ответа на вопросы, умение делать выводы без существенных ошибок; владение инструментарием кризисной психологии; умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по кризисной психологии; работа под руководством преподавателя на семинарских, практических и лабораторных занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.
- 5
(пять) Достаточные знания в объеме учебной программы; использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы; владение инструментарием кризисной психологии; усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по кризисной психологии; самостоятельная работа на семинарских, практических и лабораторных занятиях, фрагментарное участие в групповых обсуждениях, достаточный уровень культуры исполнения заданий.
- 6 Достаточные знания в объеме учебной программы;

(шесть) использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы; владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать при выполнении учебных заданий; усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой по кризисной психологии; умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по кризисной психологии и давать им сравнительную оценку; самостоятельная работа на семинарских, практических и лабораторных занятиях, фрагментарное участие в групповых обсуждениях, достаточный уровень культуры исполнения заданий.

7
(семь) Систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы; использование научной терминологии, грамотное, семантически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения; владение инструментарием учебной дисциплины, умение его применять в постановке и решении учебных задач; усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку; самостоятельная работа на семинарских, практических и лабораторных занятиях, участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

8
(восемь) Систематизированные, глубокие и полные знания по всем экзаменационным вопросам в объеме учебной программы; использование научной терминологии, грамотное, семантически и логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения; владение инструментарием учебной дисциплины, умение его применять в постановке и решении научно-исследовательских задач; способность самостоятельно интерпретировать кризисные ситуации жизненного пути личности; усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по кризисной психологии и давать им критическую оценку; активная самостоятельная работа на семинарских, практических и лабораторных занятиях, систематическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

9
(девять) Систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы; точное использование научной терминологии, грамотное, стилистически и логически правильное изложение ответа на вопросы; владение инструментарием учебной дисциплины, умение его применять в постановке и решении

научно-исследовательских задач; способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации в рамках учебной программы; полное усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по кризисной психологии и давать им критическую оценку; систематическая, активная самостоятельная работа на семинарских, практических и лабораторных занятиях; творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

- 10
(десять) Систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы; точное использование научной терминологии по кризисной психологии, статистически и логически грамотное изложение ответа на экзаменационные вопросы; безупречное владение инструментарием по кризисной психологии, умение его использовать при проведении диагностики и аутодиагностики, а также при составлении программы оказания психологической помощи и самопомощи пострадавшим; высокий уровень психологической эрудиции; выраженная способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации, как на семинарских, практических, лабораторных занятиях, так и на экзамене; полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы по изучаемой учебной дисциплине; умение свободно ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по кризисной психологии и давать им критическую оценку; умение использовать научные достижения смежных дисциплин по проблемам кризисной психологии; творческая самостоятельная работа на семинарских, практических и лабораторных занятиях, активное творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Романин, А.Н. Основы психотерапии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Н. Романин. – М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 208 с.
2. Кори, Дж. Теория и практика группового консультирования / Дж.Кори. – М., 2003. – 638 с.
3. Браун, Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. – 224 с.
4. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И.Донской. – Мн., 1997. – 464 с.
5. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, ОПЛ, 2002. – 464 с.
6. Рудестам, К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. – М., 1990. – 360 с.
7. Хайгл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии / А.Хайгл-Эверс, Ф.Хайгл [и др.]. – СПб.: Речь, 2001. – 784 с.
8. Фурманов, И.А. Основы групповой психотерапии: Учеб. пособие / И.А.Фурманов, Н.В.Фурманова. – М.: Тетра, 2004. – 256 с.
9. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии / И.Ялом. – СПб., 2000. – 576 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

10. Айви, Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство / Е. Айви [и др.]. – М., 1999. – 487 с.
11. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
12. Александров, А.А. Современная психотерапия. Курс лекций / А.А. Александров. – СПб.: Академический проект, 1997. – 336 с.
13. Блайзер, А. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход / А. Блайзер [и др.]. – М.: Класс, 1998.
14. Бурцева, Е.А. Размышляя о супервизии / Е.А. Бурцева // Гештальт-2000. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1999 г. – С. 56 – 61.
15. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук [и др.]. 2-е изд., стереотип. — СПб.: Питер, 2007. – 480 с.
16. Бэндлер, Р. Рефрейминг / Р. Бэндлер [и др.]. – Воронеж: 1995. – 256 с.
17. Гордон, Д. Терапевтические метафоры / Д. Гордон. – СПб.. – 1995. – 196 с.
18. Гринсон, Р. Техника и практика психоанализа / Р. Гринсон. – М.: Когито-Центр, 2003. – 478с.

19. Гулина, М. Терапевтическая и консультативная психология / М. Гулина. – СПб.: Речь, 2001. – 352 с.
20. Казачкова, В.Г. Пациент психолога-психотерапевта / В.Г. Казачкова, Е.А. Рождественская // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. – №4. – С. 47–52.
21. Кан, М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения / М. Кан // Айви, Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство / Е. Айви [и др.]. – М., 1999. – 487 с.
22. Кейд, Б., Краткосрочная психотерапия / Б. Кейд, В.Х. О'Хэнлон. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 240 с.
23. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. — М.: "Класс", 2001. – 480 с.
24. Макаров, В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В. Макаров. — М.: Академический Проект, 2000. – 432 с.
25. Нельсон-Джоунс, Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс. – СПб: Издательство "Питер", 2000. – 464 с.
26. Психотерапия — Что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. – 32 с.
27. Олифирович, Н.И. Индивидуальное психологическое консультирование / Н.И. Олифирович. — Мн.: Тесей, 2006. – 264 с.
28. Перлз, Ф. Внутри и вне помойного ведра. Практикум по гештальт-терапии / Ф. Перлз. – СПб.: Петербург–XXI век, 1995. – 448 с.
29. Психотерапия женщин / Под ред. М. Лоуренс, М. Магуир. — СПб.: Питер, 2003. — 208 с.
30. Райх, В. Анализ личности / В. Райх. – М.: «КСП+», 1999. – С. 12-87.
31. Роджерс, К. Клиентоцентрированная терапия / Прикл. разделы: Э.Дорфман, П.Хеллс, М.Гордон; Пер.с англ. В.В.Лях, А.П.Хомик. - М.: Релф-бук;Ваклер, 1997. - 320 с.
32. Уолен, С. Рационально-эмотивная терапия / С. Уолен [и др.]. – СПб.: Питер, 2000. – 307 с.
33. Хамитова, И.Ю. Развитие профессиональной идентичности психотерапевта. Шесть стадий процесса супервизии / И.Ю. Хамитова // Семейная психология и семейная терапия. – 1999. – № 3. – С. 84 – 98.
34. Хейли, Д. Что такое психотерапия / Д. Хейли. – СПб.: Питер, 2002. – 224 с.
35. Чернявская, А.Г. Психотерапия: шаг за шагом. Учебно-практическое руководство / А.Г. Чернявская. – Мн.: ТетраСистемс, 2005. – 512 с.
36. Шекеди, И. Супервизия – сложный инструмент психоаналитической подготовки / И. Шекеди [и др.] // Московский психотерапевтический журнал. – 1994. – № 4. – С. 117 – 147.
37. Энрайт, Дж. Позиция слушателя-терапевта / Дж. Энрайт // Институт Психотерапии Клинической Психологии [Электронный ресурс]. – 2014. –

Режим доступа : <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1467>. –Дата доступа : 15.05.2014.

38.Алешина, Ю.Е. Консультативная беседа / Ю.Е. Алешина // Введение в практическую социальную психологию / Под ред. Ю.М. Жукова, Л.А. Петровской, О.В. Соловьевой. – М.: Смысл, 1996. – С. 230 – 248.

39.Акерман, С. Психодрама, ориентированная на группу / С.Акерман // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 4. – С. 35 – 41.

40.Берн, Э. Структура и динамика организаций и групп / Э.Берн. – М., 2008. – 352 с.

41.Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков: Коллектив.моногр. / Под общ.ред.Ю.С.Шевченко. – СПб.: Речь, 2003. – 552 с.

42.Блайзер, А. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход / А. Блайзер [и др.]. – М.: Класс, 2004. – 272 с.

43.Брински, Б. Гештальт-терапия. Методические пособия к семинарам / Б.Брински. – СПб., 1996.

44.Гингер, С. Гештальт: искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям / С.Гингер. – М., 2002. – С. 17–18.

45.Гордон, Т. Лидерство и управление: группцентрированный подход / Т.Гордон, // Роджерс К. Клиент-центрированная терапия. - М, 1997. – С. 245–250.

46.Киппер, Д. Клинические ролевые игры и психодрама / Д.Киппер. - М.: Независимая фирма "Класс", 1993. – 224 с.

47.Клюева, Н.В. Программы социально-психологического тренинга Текст. / Н.В. Клюева, М.А. Свистун / Ярославль: «Содействие», 1992. – 68 с.

48.Булюбаш, И.Д. Руководство по гештальт-терапии / И.Д. Булюбаш. – М.: Изд-во Института психотерапии. – 2004. – 768 с.

49.Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Кочюнас, – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 384 с.

50.Кратохвил, С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / С. Кратохвил. – М.: Медицина 1991. – 344 с.

51.Кризисная психология: учеб.пособие / Л.А.Пергаменщик. Мн.: Выш.шк., 2004. – С. 71 – 74.

52.Куттер, П. Элементы групповой терапии. Введение в психоаналитическую теорию / П.Куттер. – СПб., 1998. – 200 с.

53.Кэдыусон, Х. Практикум по игровой психотерапии / Х. Кэдыусон, М. Шефер. – СПб., 2000. – 416 с.

54.Лебедева, Н. Путешествие в гештальт: теория и практика / Н.Лебедева, Е.Иванова. – СПб., 2004. – 650 с.

55.Левин, К. Разрешение социальных конфликтов / К.Левин. – СПб., 2000. – 407 с.

56.Лейтц, Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л.Морено / Г.Лейтц. – М., 1994. – 352 с.

57.Лоуэн, А. Физическая динамика структуры характера / А.Лоуэн. – М.: Издательская фирма «Компания ПАНИ», 1996. – 320 с.

- 58.Медведева, И.Я. Книга для трудных родителей / И.Я.Медведева, Т.Л.Шишова. – М.: Роман-газета, 1994. – С.136 – 267.
- 59.Натаров, В.И. Группо-аналитическая психотерапия: методы, принципы, методики / В.И.Натаров // Психологический журнал. – 1994. – №2 – Т.15. – С. 127–134.
- 60.Оклендер, В. Окно в мир ребенка: руководство по детской психотерапии/ В.Оклендер. – М., 1997. – 336 с.
- 61.Осипова, А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов / А.А.Осипова. – М.: ТЦ "Сфера, 2005. – 510 с.
- 62.Пезешкиан, Н. Позитивная семейная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М.: Культура, 1994. – 332 с.
- 63.Перлз, Ф. Практика гештальттерапии: Пер. с англ. / Ф. Перлз. - М.: Ин-т общегуманитар.исслед., 2001. - (Современная психология: теория и практика. Концепции психотерапии; Вып. 1).
- 64.Петрушин, В.И. Моделирование эмоций средствами музыки / В.И.Петрушин // Вопросы психологии. - 1988. – №5. – С.24–35.
- 65.Польстер, И. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики / И.Польстер, М.Польстер. – М., 1997. – 294 с.
- 66.Копытин, А.И. Практикум по арт-терапии / А.И. Копытин. – СПб: Питер, 2001. – 448с.
- 67.Прохоров, А.В. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение / А.В.Прохоров [и др.] // Вопросы психологии. – № 2. – 1994. – С. 113 – 122.
- 68.Роджерс, К. Клиентцентрированная терапия / К. Роджерс. – М.: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1997. – 320 с.
- 69.Руднева, С.Д. Опыт работы по развитию эстетической активности методом музыкального движения / С.Д.Руднева, А.В.Пасынкова // Хрестоматия по целенаправленной психотерапии и психотехнике / Составитель В.Ю.Баканов – М.: НПО «Психотехника», 1992. – С. 132-140.
- 70.Рутан, Дж. Психодинамическая групповая психотерапия / Дж.Рутан, У.Стоун. – СПб., 2002.- С.96 – 121.
- 71.Сидоренко, Е.В. Психодраматический и недерективный подходы в групповой работе с людьми / Е.В.Сидоренко // Методические описания и комментарии. – СПб., 1992. – 71 с.
- 72.Славсон, С.Р. Группа сложных девочек / С.Р.Славсон // Знаменитые случаи из практики психоанализа / Сборник. - М., 1995.– С. 255 – 287.
- 73.Урсано, Р. Психодинамическая психотерапия / Р.Урсано [и др.]. – М. 1992. – С.34 – 45.
- 74.Фейдимен, Дж. Личность и личностный рост / Дж.Фейдимен, Р.Фейгер. – Вып. 2. – М., 1992. – С. 97 – 134.
- 75.Харин, С.С. Искусство тренинга. Заверши свой гештальт / С.С.Харин. – Мн., 1998. – 352 с.
- 76.Хоббс, Н. Группцентрированная психотерапия / Н.Хоббс // Клиентцентрированная терапия / К. Роджерс. – М.: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1997. – 320 с.

77.Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Составитель В.Ю.Баскаков – М.: НПО «Психотехника», 1992. – 108 с.

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

79.Шлей, В. Руководство по обсуждению случая в группе / В.Шлей, С.Папе // Журнал Московского Гештальтинститута. – М., 1993. – С. 72 – 75.

80.Этевенон, М. Дорога тела / М.Этевенон. – СПб.: «Мирра», 1996. – 346 с.

81.Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И.Ялом. – М., 1999. – 321 с.

82.Александров, А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2009. – 352 с.