

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное агентство по образованию
ГОУВПО
«Амурский государственный университет»

С.В.Смирнова

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ»**

учебное пособие

Благовещенск, 2007

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

С.В.Смирнова

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Основы психологического консультирования и психокоррекции» разработан для студентов очной и заочной форм обучения специальности 05.07.11-«Социальная педагогика» в соответствии с Государственным стандартом СД.Ф.01 ГОУВПО. Включает наименование тем, цели и содержание лекционных, семинарских и практических занятий; тестовые задания для контроля изученного материала; темы рефератов и вопросы для самостоятельной работы; вопросы для итоговой оценки знаний; тестовые задания для проверки в электронной форме остаточных знаний; список рекомендуемой литературы; учебно-методическую карту дисциплины.

Рецензент:

© Амурский государственный университет, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	5
2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	
2.2. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	6
2.3.ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС	7
2.4. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА	118
2.5. ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	130
2.6.ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА	141
2.7. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ	142
2.8 ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ	143
2.9 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ	145
3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	
3.1. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	146
4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ	148

ВВЕДЕНИЕ

Курс «Основы психологического консультирования и психологической коррекции» занимает важное место в системе подготовки кадров, как для общеобразовательных, так и для коррекционно – педагогических учреждений. Дисциплина «Основы психологического консультирования и психологической коррекции» тесным образом связана с дисциплинами психологического, педагогического и медицинского циклов и представляет широкие возможности для интеграции знаний, получаемых в процессе обучения в вузе. Данный спецкурс разработан для студентов специальности «Социальная педагогика», факультета социальных наук Амурского государственного университета.

Современная жизнь изобилует ситуациями трудными и критическими, с которыми человек не всегда может справиться самостоятельно. Поэтому с особенной остротой встает вопрос об оказании людям разного возраста психологической поддержки.

Курс «Основы психологического консультирования и психологической коррекции», изучаемый в соответствии с государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, призван подготовить студентов к оказанию консультативной и психокоррекционной помощи - прежде всего детям и подросткам.

Программа курса рассматривает основные вопросы психологического консультирования и основы психологической поддержки детей и взрослых.

Формирование у будущих специалистов теоретических знаний и практических навыков работы в клинико-психологической сфере во многом зависит от организации преподавателем учебного процесса по отдельной дисциплине, а учебно-методический комплекс учебной дисциплины одна из важных составляющих этого процесса.

Данное пособие составлено с учетом рекомендаций учебно-методического отдела АмГУ и включает следующие разделы:

цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе;

содержание дисциплины;
учебно-методические материалы по дисциплине;
учебно-методическая карта дисциплины

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Тематика семинарских занятий по дисциплине «Основы психологического консультирования и психологической коррекции» разработана для студентов 3 курса специальности 05.07.11 - «Социальная педагогика» в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

К задачам изучения дисциплины «Основы психологического консультирования и психологической коррекции» можно отнести следующие:

1. Дать содержательное наполнение понятию психологическая коррекция и психологическое консультирование.
2. Определить уровни психического здоровья, определяющие форму и содержание психологической поддержки.
3. Рассмотреть специфику психологической поддержки людей разных возрастных групп, описать конкретные технологии.
4. Изучить специфику переживания кризисных ситуаций.

Решение данных задач позволит студентам: Овладеть основными видами психопрофилактической и психокоррекционной помощи в критических ситуациях. Курс базируется на знании студентами теоретических курсов: философия, этика, Основы анатомии, физиологии и гигиены детей и подростков, психология человека, Социальная психология, Психодиагностика, Педагогическая психология, Возрастная психология.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.2. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Номер темы	Раздел курса	Лекции	Семинарские занятия	Сам. работа
1	2	3	4	5
Тема 1	Предмет и задачи психологического консультирования.	2	2	4
Тема 2	Особенности личности человека, оказывающего психологическую помощь	2	2	6
Тема 3	Структура процесса консультирования.	2	2	4
Тема 4	Особенности проведения первой консультативной встречи с клиентом.	2	2	6
Тема 5	Процедуры и техники консультирования	4	2	4
Тема 6	Особенности психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста.	4	2	6
Тема 7	Психологическое консультирование в подростковом возрасте.	4	4	4
Тема 8	Психологическое консультирование взрослых.	4	2	56
Тема 9	Суицид как проявления кризиса	2		4
Тема 10	Особенности построения консультативного процесса при переживании утраты.	2	2	6
Тема 11	Дистантное консультирование.	4	2	4
Тема 12	Психологическая коррекция	2	2	6
Тема 13	Психология психокоррекционной группы	4	2	4
Тема 14	Психологический тренинг, как метод психокоррекции.	4	2	6
Тема 15	Гештальт –терапия, как метод психологической помощи.	2	2	4
Тема 16	Бихевиорально- когнитивное направление в психологии.	4	4	6
Тема 17	Трансакционный анализ.	2	4	4
Тема 18	Телесно-ориентированная психотерапия.	4	6	6
Тема 19	Музыкотерапия.	4	2	4
Тема 20	Арттерапевтическая коррекция.	4	4	6
Тема 21	Сказкотерапия, как метод психокоррекции.	4	2	4
Тема 22	Особенности психологической помощи детям с ограниченными возможностями.	6.	2	4
	ИТОГО	72 час.	54 час.	124ч.

2.3. ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС

Тема №1. Предмет и задачи психологического консультирования и психокоррекции.

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

Консультативная психология трактуется как раздел знания, содержащий систематическое описание процесса оказания психологической помощи (консультирования). Консультативная психология исходит из представления о том, что с помощью специально организованного процесса общения у обратившегося за помощью актуализируются дополнительные психологические силы и способности, которые, в свою очередь, могут обеспечить отыскание новых возможностей выхода из трудной жизненной ситуации. От классической психотерапии консультирование отличается отказом от концепции болезни, большее внимание к ситуации и личностным ресурсам.

Остановимся подробнее на соотношении понятий *консультирование* и *психотерапия*.

"Психотерапия" рассматривается как происходящий от греческого *psyche* (душа) и *therapeia* (уход, лечение). Он означает комплексное лечебное, вербальное и невербальное, воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях. Причем условно различают *клинически ориентированную* психотерапию, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и *личностно-ориентированную*, ставящую задачей содействие пациенту в изменении его отношения к социальному окружению и собственной личности.

Таким образом, в России существуют, по крайней мере, четыре близких по содержанию понятия: психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование..

2. Квалификация, функции и этика специалиста в сфере оказания психологической помощи.

Консультирующий психолог - специализируется, как правило, в области проблем, относящихся к социальным ролям и позициям: проблемы семьи и брака, (квалификация "семейный терапевт"); проблемы, относящиеся к работе и занятости ("консультант службы занятости"), школьные проблемы ("школьный психолог") и т.п.

Особыми требованиями к психологу являются также: избегание, по возможности, социальных контактов со своим клиентом, если последние не предусмотрены процедурой совместной работы; избегание совместного ведения дел, недопущение манипулирования клиентом или собой со стороны последнего.

Этика консультирующего психолога.

Ю.Е.Алешина выделяет пять основных этических принципов, следование которым является особенно важным:

1. Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту.
2. Ориентация на нормы и ценности клиента.
3. Запрет давать советы. Советуя, консультант берет на себя ответственность за происходящее, что не способствует развитию личности консультируемого и его адекватного отношения к действительности. Однако не стоит путать совет с предоставлением объективной информации, которую иногда просто необходимо дать клиенту.

4. Анонимность. Любая информация, сообщенная клиентом психологу, не может быть передана без его согласия ни в какие общественные или государственные организации, частным лицам, в том числе родственникам или друзьям. Исключением являются лишь случаи, представляющие непосредственную угрозу для чьей-либо жизни.

5. Разграничение личных и профессиональных отношений. Установление тесных личных отношений между консультантом и клиентом приводит к тому, что они, как близкие люди, начинают удовлетворять те или иные потребности и желания друг друга, и консультант уже не может сохранить объективную и отстраненную позицию, необходимую для эффективного разрешения проблем клиента (Алешина, 1994. С. 11—12).

Тема №2. Особенности личности человека, оказывающего психологическую помощь.

1. Синдром профессионального выгорания.

В последние годы в России, так же как и в развитых странах, все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и о синдроме профессионального сгорания или выгорания работников.

Профессиональное выгорание — это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека. Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них. По существу, профессиональное выгорание — это дистресс или третья стадия общего адаптационного синдрома — стадия истощения (по Г. Селье).

Во-первых, профессиональному выгоранию больше подвержены сотрудники, которые вынуждены много и интенсивно общаться с различными людьми. Они не имеют избытка жизненной энергии, характеризуются скромностью и застенчивостью, склонны к замкнутости и концентрации на предмете профессиональной деятельности.

Во-вторых, синдрому профессионального выгорания больше подвержены люди, испытывающие постоянный внутриличностный конфликт в связи с работой. Чаще всего как в России, так и за рубежом это — женщины, переживающие внутреннее противоречие между работой и семьей, а также «прессинг» в связи с необходимостью постоянно доказывать свои профессиональные возможности в условиях жесткой конкуренции с мужчинами.

В-третьих, профессиональному выгоранию больше подвержены работники, профессиональная деятельность которых проходит в условиях острой нестабильности и хронического страха потери рабочего места.

В-четвертых, на фоне перманентного стресса синдром выгорания проявляется в тех условиях, когда человек попадает в новую, непривычную обстановку, в которой он должен проявить высокую эффективность.

В-пятых, синдрому выгорания больше подвержены жители крупных мегаполисов, которые живут в условиях навязанного общения и взаимодействия с большим количеством незнакомых людей в общественных местах.

С меньшим риском для здоровья и менее выраженным снижением эффективности синдром профессионального выгорания переживают работники, которые характеризуются следующими особенностями. В первую очередь это люди, имеющие хорошее здоровье и сознательно, целенаправленно заботящиеся о своем физическом состоянии.

Необходимо также подчеркнуть, что профессиональное выгорание меньше касается людей, имеющих опыт успешного преодоления профессионального стресса и способных конструктивно меняться в напряженных условиях и такие индивидуально-психологические особенности, как высокая подвижность, открытость, общительность, самостоятельность и стремление опираться на собственные силы.

Симптомы, составляющие синдром профессионального выгорания, условно можно разделить на три основные группы: психофизические, социально-психологические и поведенческие.

2. Характеристика проявлений.

К психофизическим симптомам профессионального выгорания относятся такие, как:

- чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна;
- ощущение эмоционального и физического истощения;
- снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды;
- общая астенизация;

- частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;
- резкая потеря или резкое увеличение веса;
- полная или частичная бессонница;
- постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;
- одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений;
- возможно, профессиональное выгорание является одной из причин снижения продолжительности жизни в России, особенно у мужчин.

К социально-психологическим симптомам профессионального выгорания относятся такие неприятные ощущения и реакции, как:

- безразличие, скука, пассивность и депрессия;
- повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;
- частые нервные «срывы»;
- постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет;
- чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности;
- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»;

К поведенческим симптомам профессионального выгорания относятся следующие поступки и формы поведения работника:

- ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее — все труднее и труднее;
- сотрудник заметно меняет свой рабочий режим дня;
- вне зависимости от объективной необходимости работник постоянно берет работу домой, но дома ее не делает;

- руководитель отказывается от принятия решений, формулируя различные причины для объяснений себе и другим;
- чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;
- невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях;
- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;
- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Тема №3. Структура процесса консультирования.

1. Исследование проблем. На этой стадии консультант устанавливает контакт с клиентом и достигает обоюдного доверия: необходимо внимательно выслушать клиента, говорящего о своих трудностях, и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Следует поощрять клиента к углубленному рассмотрению возникших у него проблем и фиксировать его чувства, содержание высказываний, невербальное поведение.

2. Двумерное определение проблем. На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая как эмоциональные, так и когнитивные их аспекты. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового понимания; проблемы определяются конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и способы разрешения.

3. Идентификация альтернатив. На этой стадии объясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативы решения проблем. Пользуясь открытыми вопросами, консультант побуждает клиента назвать все возможные варианты, которые тот считает подходящими и реальными, помогает выдвинуть дополнительные альтернативы, однако не навязывает своих решений.

4. Планирование. На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Консультант помогает клиенту разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и настоящей готовности измениться. Составление плана реалистичного решения проблем должно также помочь клиенту понять, что не все проблемы разрешимы. В плане решения проблем следует предусмотреть, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения (ролевые игры, "репетиция" действий и др.).

5. Деятельность. На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, а также с пониманием возможности неудачи в достижении целей. Клиент должен усвоить, что частичная неудача - еще не катастрофа и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.

6. Оценка и обратная связь. На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

Эта модель, отражающая консультативный процесс, помогает лишь лучше понять, как происходит конкретное консультирование. Реальный процесс консультирования значительно обширнее и нередко не подчиняется данному алгоритму.

Общие правила и установки консультанта, структурирующие процесс консультирования и делающие его эффективным:

1. Не бывает двух одинаковых клиентов и ситуаций консультирования. Человеческие проблемы только извне могут казаться схожими, однако поскольку они возникают, развиваются, существуют в контексте уникальных человеческих жизней, то и сами проблемы в действительности являются уникальными.

2. В процессе консультирования клиент и консультант постоянно изменяются сообразно их отношениям; в психологическом консультировании нет статичных ситуаций.

3. Самым лучшим экспертом собственных проблем является клиент, поэтому при консультировании следует помочь ему принять на себя ответственность за решение его проблем.

4. В процессе консультирования чувство безопасности клиента важнее, чем требования консультанта.

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

6. Не следует ожидать непосредственного эффекта от каждой отдельно взятой консультативной встречи - решение проблем, а также успех консультирования не похожи на равномерно поднимающуюся вверх прямую;

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

8. Эффективное консультирование - это процесс, который выполняется вместе с клиентом, но не вместо клиента.

2. Современные представления о целях консультирования.

Вопрос определения целей консультирования не является простым, поскольку зависит от потребностей клиентов, обращающихся за психологической помощью, и теоретической ориентации самого консультанта.

- Способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью, несмотря на некоторые неизбежные социальные ограничения.

- Развивать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и требованиями.

- Развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения.

Общение с людьми занимает значительную часть жизни и у многих вызывает трудности из-за низкого уровня их самоуважения или недостаточных социальных навыков.

Цели консультанта и клиента в конечном счете соприкасаются, хотя каждый консультант имеет в виду свою систему общих целей, соответствующую его теоретической ориентации, а каждый клиент — свои индивидуальные цели, приведшие его к специалисту.

Реализация целей консультанта зависит от потребностей и ожиданий клиента. Чтобы успешно сочетать свои общие задачи и конкретные цели клиента, необходимо с самого начала задать клиенту вопросы: "Что Вы ожидаете от нашего общения?", "Каковы ваши желания?" и т.п. Клиенты, как правило, имеют только самое общее представление о том, что такое консультирование и что ожидать от консультанта. Когда клиент не владеет никакой информацией о консультировании, он не способен должным образом сформулировать цели.

В этой ситуации консультант должен помнить главную цель консультирования — помочь клиенту понять, что именно он сам и есть тот человек, который должен решать, действовать, изменяться, актуализировать свои способности.

Тема №4. Особенности проведения первой консультационной встречи.

1. Оценка проблем клиента

Психологические оценки — это системные или стандартизированные процедуры наблюдения за поведением. По существу, оценками занимается большинство психологов. На основании сопоставления поведения разных людей и анализа поведения одного и того же индивида в разные промежутки времени делаются обобщения о целях прогноза.

Психологическая оценка — это очень широкое понятие. Сох (1988) говорит о трех аспектах возможной оценки клиентов:

- нозологическом (причисление клиента к определенной нозологической категории);
- психодинамическом (выделение доминирующих механизмов психологической защиты, обусловленных онтогенетически);
- экзистенциальном (анализ субъективного мира клиента).

В общем, психологической оценке подлежат самые разные сведения об особенностях людей: оценивается информация о клиенте, полученная во время беседы, результаты психологического обследования, сны, творчество.

Важно, сколько времени существует проблема. Если она имеет длинную историю, клиент уже мог найти много способов компенсации, которые затрудняют выявление подлинных причин трудностей. Очень значимо понимание истоков проблемы самим клиентом. Если понимание ошибочно, клиент уже построил целый ряд объяснений, не соответствующих реальности и затрудняющих развязку.

Существенную роль в консультировании играет идентификация и вербализация проблем. Передать свои затруднения словами не так просто, как может показаться на первый взгляд. Вербализация помогает клиенту в определённой степени отделить себя от окружающего мира и от мира своих эмоций и мыслей. Высказывания о себе создают психическую дистанцию от самости; такая дистанция необходима при желании понять, контролировать, а также изменять себя.

2. Психодиагностика.

Психологический диагноз опирается на анализ и объяснение проблем клиента. Он включает причины трудностей клиента, их развитие во времени, отнесение к определенному классу проблем, определение специальных способов помощи и прогноз вероятности благоприятного исхода.

С первых попыток дифференцировать психологические проблемы, чтобы точнее установить, какая помощь нужна в каждом конкретном случае, в процессе диагностики следуют принятой в медицине модели, суть которой составляют три основных шага:

1. установление симптомов;
2. установление их причин;
3. нахождение эффективных способов лечения этих симптомов.

Консультанты, настаивающие на необходимости диагностики (чаще всего представители психоаналитической и бихевиористской ориентаций), утверждают, что диагноз, основанный на оценке поведения клиента в прошлом и настоящем, позволяет правильно планировать процесс психологической помощи.

3. Психологический анамнез

Необходимость психологического сбора анамнеза не вызывает принципиальных возражений, хотя представители экзистенциальной ориентации больше исследуют современную жизненную ситуацию и не требуют от клиента столь детальных сведений о себе, как, например, психоаналитики.

Существуют различные схемы сбора психологического анамнеза. По одной из них выделяются три основных блока информации о клиенте:

1. Демографическая информация:

- возраст клиента;
- семейное положение;
- профессия;
- образование.

2. Актуальные проблемы и нарушения:

- возникновение, развитие и продолжительность затруднений;
- события в жизни, обусловленные возникновением, обострением и разрешением проблем;
- возраст, в котором возникли проблемы;
- изменение отношений личности (особенно к значимым людям), перемена интересов, ухудшение физического состояния (сон, аппетит), обусловленные возникновением проблем;
- непосредственная причина обращения клиента;
- предшествующие попытки разрешения проблем (самостоятельно или с помощью других специалистов) и результаты;

- употребление лекарств;
- семейный анамнез (особенно психические болезни, алкоголизм, наркомания, самоубийства).

3. Психосоциальный анамнез (значимые межличностные отношения):

- раннее детство (обстоятельства и очередность рождения, основные воспитатели, отношения в семье);
- дошкольный период (рождение братьев и сестер, другие значительные события в семье, первые воспоминания);
- младший школьный возраст (успехи и неудачи в учебе, проблемы с учителями и ровесниками в школе, отношения в семье);
- отрочество и юность (отношения с ровесниками, лицами другого пола, родителями, успехи и неудачи в школе, идеалы и устремления);
- взрослый возраст (социальные отношения, удовлетворенность работой, браком, отношения в семье, половая жизнь, экономические условия жизни, утрата близких людей, возрастные изменения, употребление алкоголя, наркотиков, психологические и экзистенциальные кризисы, планы на будущее).

Тема №5. Процедуры и техники консультирования.

Постановка вопросов

Получение информации о клиенте и побуждение его к самоанализу невозможны без умелого опроса.

Вопросы обычно разделяются на закрытые и открытые. ***Закрытые вопросы*** используются для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ в одном-двух словах, подтверждение или отрицание ("да", "нет"). Например: "Сколько Вам лет?", "Можем ли мы встретиться через неделю в это же время?", "Сколько раз случались с вами припадки гнева?" и т.п.

Открытые вопросы служат не столько для получения сведений о жизни клиентов, сколько позволяют обсуждать чувства. Открытые вопросы дают возможность делиться своими заботами с консультантом. Они передают клиенту

ответственность за беседу и побуждают его исследовать свои установки, чувства, мысли, ценности, поведение, т. е. свой внутренний мир.

Ивей (1971) выделяет основные моменты консультирования, когда используются открытые вопросы:

1. Начало консультативной встречи ("С чего сегодня Вы хотели бы начать?", "Что произошло за ту неделю, пока мы не виделись?").

2. Побуждение клиента продолжать или дополнять сказанное ("Что Вы почувствовали, когда это случилось?", "Что еще Вы хотели бы сказать об этом?", "Не можете ли добавить что-нибудь к тому, что сказали?").

3. Побуждение клиента проиллюстрировать свои проблемы примерами, чтобы консультант мог лучше их понять ("Не сможете ли Вы рассказать о какой-либо конкретной ситуации?"),

4. Сосредоточение внимания клиента на чувствах ("Что Вы чувствуете, когда рассказываете мне?", "Что чувствовали тогда, когда все это произошло с Вами?").

Любой вопрос должен быть обоснован — задавая его, надо знать, с какой целью он задается.

Можно упомянуть еще несколько правил, которые следует иметь в виду, задавая вопросы клиентам:

1. Вопросы "Кто, что?" чаще всего ориентированы на факты, т.е. вопросы такого типа увеличивают вероятность фактологических ответов.

2. Вопросы "Как?" в большей мере ориентированы на человека, его поведение, внутренний мир.

3. Вопросы "Почему?" нередко провоцируют защитные реакции клиентов, поэтому их следует избегать в консультировании.

4. Надо избегать постановки одновременно нескольких вопросов (иногда в одном вопросе заложены другие вопросы).

5. Не следует один и тот же вопрос задавать в разных формулировках.

6. Нельзя вопросом опережать ответ клиента.

Ободрение и успокаивание

Эти техники очень важны для создания и укрепления консультативного контакта. Приободрить клиента можно краткой фразой, означающей согласие или (и) понимание. Такая фраза побуждает клиента продолжить повествование. Например: "Продолжайте", "Да, понимаю", "Хорошо", "Так" и т.п. Довольно распространена выражающая одобрение реакция: "Ага", "М-мм". В переводе на язык речи эти частицы означали бы: "Продолжайте, я нахожусь с Вами, я внимательно слушаю Вас". Ободрение выражает поддержку — основу консультативного контакта. Атмосфера поддержки, в которой клиент чувствует себя свободно, позволяет исследовать возбуждающие тревогу аспекты самости, что особенно рекомендуется в ориентированном на клиента консультировании.

Другим важным компонентом поддержки клиента является успокаивание. Это тоже короткие фразы консультанта, выражающие согласие: "Очень хорошо", "Не волнуйтесь из-за этого", "Вы поступили правильно", "Время от времени каждый чувствует себя так же", "Вы правы", "Это будет нелегко", "Я не уверен, однако думаю, что Вы можете попытаться", "Я знаю, что будет тяжело, но Вы не только можете, но и обязаны это сделать" и т.д.

Отражение содержания: перефразирование и обобщение

Перефразирование наиболее приемлемо в начале консультирования, потому что побуждает клиента более открыто обсуждать свои проблемы. Три основные цели перефразирования:

- показать клиенту, что консультант очень внимателен и пытается его понять;
- выкристаллизовать мысль клиента, повторяя его слова в сжатом виде;
- проверить правильность понимания мыслей клиента.

При перефразировании надо помнить три простых правила:

1. Перефразируется основная мысль клиента.
2. Нельзя искажать или заменять смысл утверждения клиента, а также добавлять что-либо от себя.
3. Надо избегать "попугайства", т.е. дословного повторения высказывания клиента, желательно мысли клиента выражать своими словами.

Хорошо перефразированная мысль клиента становится короче, яснее, конкретнее, а это помогает клиенту самому понять, что он хотел сказать.

Ситуации, в которых чаще всего используется обобщение:

- когда консультант хочет структурировать начало беседы, чтобы объединить ее с прежними беседами;
- когда клиент говорит очень долго и запутанно;
- **Отражение чувств**

Чувства очень важны в процессе консультирования, но не являются самоцелью, хотя достижению целей помогают именно сильные чувства: страх, боль, тревога, жалость, надежда и др.

Познание и отражение чувств клиента представляется одной из главнейших техник консультирования. Отражение чувств тесно связано с перефразированием высказанных клиентом мыслей — разница лишь в том, что в последнем случае внимание сосредоточивается на содержании, а при отражении чувств — на том, что скрыто за содержанием. Желая отражать чувства клиента, консультант внимательно выслушивает его признания, перефразирует отдельные утверждения, но ориентируется и на чувства, выраженные клиентом в признаниях.

Паузы молчания

Для консультанта, научившегося быть чутким к различным смыслам тишины, вообще к тишине, и научившегося сознательно создавать и использовать паузы в консультировании, молчание становится особенно терапевтически ценным, ибо оно:

- увеличивает эмоциональное взаимопонимание консультанта и клиента;
- предоставляет возможность клиенту "погрузиться" в себя и изучать свои чувства, установки, ценности, поведение;
- позволяет клиенту понять, что ответственность за беседу лежит на его плечах.

Паузы молчания, особенно в начале беседы, могут выражать тревогу клиента, плохое самочувствие, растерянность из-за самого факта консультирования.

Иногда паузы молчания возникают, когда беседа протекает на поверхностном уровне и избегается обсуждение наиболее важных и значительных вопросов, которые . однако, увеличивают тревогу клиента.

Молчание иногда подразумевает глубокое обобщение без слов, оно тогда более осмысленно и красноречиво, чем слова.

Предоставление информации

Предоставление информации в консультировании иногда бывает очень важным, поскольку клиенты нередко задают консультанту самые разные вопросы. Особенно существенны вопросы, за которыми кроется тревога клиентов о своем будущем, здоровье, например: "Сможем ли мы иметь детей?", "Наследуется ли рак?". Озабоченность клиентов значима не сама по себе, а в контексте ее возникновения.

Предоставляя информацию, консультант не должен забывать, что клиенты порой спрашивают с целью уклониться от обсуждения своих проблем и исследования самости. В действительности, однако, не трудно отличить вопросы, указывающие на озабоченность клиентов, от стремления манипулировать консультантом с помощью выпрашивания.

Интерпретация

Каждый клиент — это не открытая книга, а неизвестная страна, где все ново и вначале трудно поддается пониманию. Ориентироваться в этой неизведанной стране консультанту помогает техника интерпретации — пожалуй, самая сложная методика консультирования.

Хилл (1986) выделяет пять типов интерпретации:

1. Установление связей между якобы отдельными утверждениями, проблемами или событиями. Например, клиенту, который говорит о страхе публичного выступления, низком уровне самооценки и трудностях в отношениях с другими людьми, консультант указывает на взаимосвязь проблем и влияние на их возникновение неадекватных ожиданий и притязаний клиента.

2. Акцентирование каких-либо особенностей поведения или чувств клиента. Клиент, например, постоянно отказывается от работы, хотя высказывает желание

работать. Консультант может сказать ему: "Вы, казалось бы, радуетесь появившейся возможности, однако, когда сталкиваетесь с неизбежными трудностями, убегаете".

3. Интерпретация способов психологической защиты, реакций сопротивления и переноса. Интерпретация переноса представляет собой основную технику психоаналитического лечения. Клиенту стараются показать, что его прошлые отношения (обычно с отцом или матерью) мешают правильно воспринимать чувства и поведение консультанта.

4. Увязывание нынешних событий, мыслей и переживаний с прошлым. Иначе говоря, консультант помогает клиенту усмотреть связь теперешних проблем и конфликтов с предшествующими психотравмами.

5. Предоставление клиенту иной возможности понимания его чувств, поведения или проблем.

Интерпретирование должно проводиться с учетом стадии консультативного процесса. Эффективность интерпретирования в значительной мере зависит от его глубины и времени проведения.

Конфронтация

Каждый консультант время от времени вынужден в терапевтических целях вступать в конфронтацию с клиентами. Конфронтацию определяют как всякую реакцию консультанта, противоречащую поведению клиента. Конфронтацией добиваются показа клиенту способов психологической защиты, используемых в стремлении приспособиться к жизненным ситуациям, но которые угнетают, ограничивают становление личности.

George и Cristiani (1990) выделяют три основных случая конфронтации в консультировании:

1. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на противоречия в его поведении, мыслях, чувствах, или между мыслями и чувствами, намерениями и поведением и т.п.

2. Конфронтация с целью помочь увидеть ситуацию такой, какова она есть в действительности, вопреки представлению о ней клиента в контексте его потребностей.

3. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на его уклонение от обсуждения некоторых проблем.

Конфронтация является сложной техникой, требующей от консультанта утонченности и опытности. Конфронтацию нельзя использовать для удовлетворения потребностей или самовыражения консультанта. Консультирование не та ситуация, где консультант должен демонстрировать свою мудрость и силу в целях самовозвеличивания. Задача консультанта не победить клиента, а понять его и оказать помощь. Неправильное применение техники конфронтации часто свидетельствует о том, что в процессе консультирования специалист решает личные проблемы.

2. Особенности самораскрытия консультанта.

Консультант посредством выражения своих чувств раскрывается перед клиентом. Раскрыться в самом широком смысле — это значит показать свое эмоциональное отношение к событиям и людям.

Самораскрытие консультанта может быть двояким. Прежде всего консультант может выражать свои непосредственные реакции по отношению к клиенту или к ситуации консультирования, ограничиваясь принципом "здесь и теперь. Другой вариант откровенности консультанта — это рассказ о своем жизненном опыте, демонстрация его схожести с ситуацией клиента.

В самораскрытии очень важен фактор времени — надо уловить соответствующий момент и не затягивать откровение, чтобы в центре внимания оставался клиент, и переживания консультанта не выдвигались на первый план.

3. Оценка результатов консультирования

Одно из важных этических требований, предъявляемых консультанту, — это осознание истинных результатов своей работы и эффективности применяемых в консультировании методов. оказывают влияние неопределенные факторы окружения.

Для оценки результатов консультирования конкретного клиента можно использовать ряд критериев:

1. социальная приспособленность;
2. личностные особенности;
3. профессиональная приспособленность;
4. успешность учебы.

Тема №6. Особенности психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста.

1. Факторы риска нарушения психологического здоровья

Их можно разделить условно на две группы: объективные, или факторы среды, и субъективные, обусловленные индивидуально-личностными особенностями.

Влияние факторов среды. Под ними обычно понимаются семейные неблагоприятные факторы и неблагоприятные факторы, связанные с детскими учреждениями, профессиональной деятельностью, социально-экономической ситуацией в стране.

Часто трудности ребенка берут начало еще в младенчестве (от рождения до года). Общеизвестно, что наиболее значимым фактором нормального развития личности младенца является общение с матерью и дефицит общения может привести к различного рода нарушениям развития ребенка.

Следующий вид патологических взаимоотношений – чередование сверхстимуляции с пустотой отношений. И последний вид – это формальное общение.

Нарушения взаимодействия ребенка с матерью может привести к формированию таких негативных личностных образований.

В раннем возрасте (от 1 года до 3 лет) также сохраняется значимость взаимоотношений с матерью, но важными становятся и взаимоотношения с отцом по следующим причинам.

Ранний возраст является особо значимым для формирования «Я» ребенка. Итогом развития в раннем возрасте должно стать формирование автономности, самостоятельности, а для этого матери необходимо отпустить ребенка на то расстояние, на которое он сам хочет отойти

Таким образом, к неблагоприятным типам взаимодействия матери с ребенком можно отнести: а) слишком резкое и быстрое отделение, которое может быть следствием выхода матери на работу, помещения ребенка в ясли, рождения второго ребенка и т. п.; б) продолжение постоянной опеки над ребенком, которую нередко проявляет тревожная мать.

Дошкольный возраст (от 3 до 6-7 лет) столь значим для формирования психологического здоровья ребенка и столь многогранен, что трудно претендовать на однозначное описание факторов риска внутрисемейных взаимоотношений, тем более что здесь уже сложно рассматривать отдельное взаимодействие матери или отца с ребенком, а необходимо обсуждать факторы риска, исходящие от семейной системы.

Самым существенным фактором риска в семейной системе является взаимодействие по типу «ребенок – кумир семьи», когда удовлетворение потребностей ребенка превалирует над удовлетворением потребностей остальных членов семьи.

Следующий фактор риска – это отсутствие одного из родителей или же конфликтные отношения между ними.

Следует отметить встречу в детском саду ребенка с первым чужим значимым взрослым – воспитателем, которая во многом определит его последующее взаимодействие со значимыми взрослыми.

Младший школьный возраст (от 6 –7 до 10 лет). Здесь взаимоотношения с родителями начинают опосредоваться школой. наиболее существенным фактором риска нарушения психологического здоровья может стать школа.

Подростковый возраст (от 10-11 до 15-16 лет). Это важнейший период для становления самостоятельности. Во многом успешность достижения самостоятельности определяется семейными факторами, а точнее тем, как

осуществляется процесс отделения подростка от семьи. Под отделением подростка от семьи обычно понимается выстраивание между подростком и его семьей нового типа взаимоотношений, основанного уже не на опеке, а на партнерстве. Это достаточно трудный процесс как для самого подростка, так и для его семьи, поскольку семья не всегда готова отпустить подростка. А подросток не всегда может адекватно распорядиться своей самостоятельностью. Важно, чтобы родители умели предоставить подростку такие права и свободы, которыми он может распорядиться без угрозы своему психологическому и физическому здоровью.

2. Психолого-педагогические условия становления психологически здоровой личности

Одна из важнейших характеристик психологически здорового человека – это стрессоизменчивость. Соответственно ведущей тенденцией становления психологического здоровья в онтогенезе можно назвать постепенное развитие у ребенка способности к стрессоизменчивости.

Трудные ситуации, как известно, воздействуют на детей двояко. Вызывая возникновение отрицательных эмоций, они могут приводить к серьезному нарушению деятельности, социальной адаптации, к негативному влиянию на личностное развитие, психосоматизации. В то же время они способствуют развитию воли, накоплению опыта преодоления препятствий, мотивируют к саморазвитию.

По мнению В. Франкла, всякая трудная ситуация, принеся страдание, только тогда имеет смысл, когда она делает человека лучше, т. е. имеет развивающее и обучающее значение.

Одним из важнейших условий становления психологического здоровья является наличие некоторого напряжения, побуждающего к действию. Современное общество благосостояния испытывает недостаток напряжения. Другие же люди начинают искусственно создавать себе необходимое напряжение, добровольно отказываясь от чего-то или намеренно создавая ситуацию нужды. Таким образом, абсолютный эмоциональный комфорт, полное эмоциональное

благополучие детей отнюдь не способствуют становлению психологического здоровья, а, наоборот, могут привести к развитию вялой, безынициативной, нежизнеспособной личности.

Итак, можно сделать вывод, что наличие в жизни ребенка трудных ситуаций, вызывающих напряжение, является одним из важнейших педагогических условий становления психологического здоровья. Необходимо иметь в виду, что трудность ситуации и вызываемое напряжение соответствуют возрастным и индивидуальным возможностям детей. При этом задача взрослых – не помощь в преодолении трудных ситуаций, а помощь в поиске их смысла и обучающего воздействия.

Таким образом, наличие трудных ситуаций, разрешаемых ребенком самостоятельно или с помощью взрослых, в целом положительный фон настроения и фиксация на прогрессе ребенка с анализом причин этого прогресса могут, по нашему мнению, рассматриваться как основные педагогические условия становления психологического здоровья детей.

3. Структура психологической поддержки дошкольников и младших школьников

Для определения организационной структуры психологической поддержки детей в детском саду или в школе необходимо вспомнить выделенные ранее уровни психологического здоровья.

К высшему уровню психологического здоровья – креативному – можно отнести детей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Такие дети не нуждаются в психологической помощи.

К среднему уровню – адаптивному – отнесем детей, в целом адаптированных к социуму, т. е. по результатам диагностических проверок проявляющих лишь отдельные признаки дезадаптации, несколько повышенную тревожность. Такие дети могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья и нуждаются в групповых занятиях профилактически-развивающей направленности.

К низшему уровню – назовем его ассимилятивно-аккомодативным – отнесем детей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства.

Таким образом, процесс формирования психологического здоровья можно представить как систему, которая представляет собой:

- диагностику тревожности и адаптированности детей к школе и семье, наблюдение за детьми и последующее определение уровня психологического здоровья;

- включение детей, отнесенных ко второму уровню психологического здоровья – адаптивному, – в еженедельные групповые занятия профилактической направленности;

- включение детей, отнесенных к третьему уровню психологического здоровья – ассимилятивно-адаптивному – в индивидуальную коррекционную работу с привлечением их родителей к индивидуальному консультированию;

4. Индивидуальная коррекционная работа

Индивидуальная коррекционная работа проводится с детьми ассимилятивно-аккомодативного уровня. К нему следует относить детей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства. При этом ассимилятивный стиль поведения характеризуется, прежде всего, стремлением ребенка приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Неконструктивность его проявляется в его ригидности, в результате чего ребенок пытается полностью соответствовать желаниям взрослых. Наиболее типичные проблемы таких детей – страх не соответствовать ожиданиям и другие социальные страхи. Ребенок с аккомодативным стилем поведения, наоборот, использует активно-наступательную позицию, стремится подчинить окружение своим потребностям. Неконструктивность такой позиции заключается в негибкости поведенческих

стереотипов, преобладании экстернального локуса контроля, недостаточной критичности.

В качестве теоретической основы индивидуальной коррекционной работы используется следующие основные принципы:

- искренний интерес к ребенку и его внутреннему миру;
- безусловное принятие ребенка таким, какой он есть;
- создание у ребенка чувства безопасности, возможности исследования себя и свободного выражения своих чувств;
- предоставление ребенку средств выражения собственного «я»;
- постепенность коррекционного процесса, следование темпу, задаваемому ребенком.

Психологические особенности ассимилятивных детей: низкая самооценка, неадекватный уровень притязаний (заниженный или завышенный), вытеснение гнева (трудности его прямого проявления), социальные страхи (не соответствовать ожиданиям взрослых, сделать что-то не так, контрольных работ, ответов у доски и т. п.). Эти дети склонны к психосоматическому реагированию на трудные ситуации, например, тошнотой, рвотой и т. п.

Аккомодативные дети обладают следующими психологическими особенностями: неустойчивой самооценкой, зависящей от внешнего окружения, высоким уровнем притязаний, острой чувствительностью к неудаче, стремлением к лидерству, отсутствием эмоциональной децентрации, экстернальным локусом контроля, сниженной критичностью.

Говоря о специфике коррекционного процесса у аккомодативных и ассимилятивных детей, необходимо отметить, что при его организации необходимо учитывать и зону конфликта, и содержание конфликта.

Среди наиболее эффективных можно выделить следующие группы методов:

1. Свободное рисование с беседой о рисунке: воображаемое пре вращение ребенка в часть картинки, составление им рассказа от имени части картинки, от первого лица.
2. Игры-драматизации.

3. Упражнения с полярностями, в которых ребенок, пересаживаясь со стула на стул (с подушки на подушку, с одного листа бумаги на другой), проигрывает полярность различных социальных и семейных ролей: плохой – хороший ученик, добрая – строгая учительница, добрая – строгая мама и т. п.

Тема №7. Психологическое консультирование в подростковом возрасте.

1. Общая характеристика подросткового возраста.

У подростков обычно не применяется такая форма психологической поддержки, как психологическая коррекция, осуществляемая по инициативе взрослых: родителей или педагогов. Индивидуальная помощь может осуществляться в форме психологического консультирования по запросу самого подростка. Групповые развивающие занятия, проводимые в рамках школы, возможны в младшем и среднем подростковом возрасте.

Особую значимость приобретает консультирование родителей подростков, потому что значительная часть трудностей подростка связана с процессом отделения их от семьи и становлением самостоятельности.

Для подростков становится важным признание их внешности и факта взросления. Начнем с внешности, поскольку именно телесное самовосприятие начинает выступать как одно из оснований самооценки подростков. В начале подросткового периода (V - VI классы) цельное представление о внешности превращается во фрагментарное, сосредоточенное на отдельных частях тела: ушах, ногах, носе и т. п. Отдельные части тела кажутся подросткам слишком тонкими или толстыми, большими или маленькими, длинными или короткими. Более того, они считают, что все окружающие это замечают. Подростки начинают сравнивать себя с другими, обращая внимание на пропорции тела, кожу, половые признаки.

Следующий параметр признания, значимый для подростков, – это факт собственного взросления. Он активно доказывается и сверстникам, и родителям, и самому себе. Как говорит И. Кон, важнейшим новообразованием этого возраста является чувство взрослости – это новый уровень притязаний, предвосхищающий

новое положение, которого подросток еще не достиг. В этом заключается глубокое противоречие: подросток требует признания того, что на самом деле еще не сформировалось.

По мнению подростков, следовать запрету или совету родителей – быть маленьким, нарушать – быть взрослым. Поэтому психологу-консультанту необходимо научиться общаться с подростком без применения так называемой «родительской лексики», основывающейся на активном использовании глаголов повелительного наклонения (сделай, пойдди, убери и т.п.) и глагола «должен» (ты должен сделать...).

В целом этот возраст характеризуется ориентацией на будущее: стремлением скорее вырасти, ожиданием в будущем определенных радостей и свобод. Но в начале подросткового возраста может наблюдаться некоторое осознанное или неосознанное стремление к прошлому, за которым стоит страх взросления. У многих подростков наблюдается инфантильное отношение к будущему. Будущее для таких подростков воспринимается как проекция желаний настоящего.

Специфика половой идентификации подростков. Основным новообразованием этого возраста можно назвать половую идентичность – представление о себе с точки зрения своего сексуального поведения, сексуальной позиции. Осложнить ее формирование могут следующие особенности подростковой сексуальности (В. Е. Каган):

-чрезвычайно высокая интенсивность полового влечения, так называемая юношеская гиперсексуальность;

-стремление подростков активно экспериментировать с новой для них функцией – сексуальной, следствием чего могут явиться различного рода экстремальные формы поведения.

Часто подросток рассматривает начало половой жизни как своеобразное посвящение во взрослость и стремится к нему, следуя не сексуальным импульсам, а стремлению быть «как все» или же «круче всех».

Отделение подростка от семьи— важнейшая предпосылка достижения им впоследствии зрелости, самостоятельности, возможности принять ответственность за свою жизнь на самого себя. Само название «отделение от семьи» не очень точное, поскольку итогом является не разрыв подростка с семьей, а установление новых партнерских взаимоотношений, в которых семья и подросток способствуют развитию друг друга. При всей важности этого процесса нужно иметь в виду, что он редко протекает без осложнений, поскольку семье довольно трудно отпустить ребенка.

2. Психолого-педагогические проблемы.

Первый этап (11-12 лет) характеризуется наличием у подростка конфликта между потребностью в зависимости и стремлением к автономии. Трудность его состоит в том, что подросток амбивалентен в своих ожиданиях в отношении родителей. Он, с одной стороны, сопротивляется проявлениям их заботы и ласки, а с другой – проявляет желание, чтобы его баловали. Таким образом, подросток перестает быть таким послушным и вежливым, каким он был раньше. У некоторых могут появиться регрессивные проявления: стремление полежать рядом с мамой, плаксивость, капризы. Родители, как правило, не понимают, что происходит с подростком, ужесточают запреты, чем могут привести подростка к острым эмоциональным расстройствам.

Второй этап – когнитивная реализация отделения (трудно указать возраст, так как переход к этой стадии может затянуться на всю жизнь). Подросток доказывает всем: миру, родителям и самому себе собственную независимость. Чаще всего это происходит через уход в оппозицию, критику всего того, что делается и говорится родителями. Причем бурные реакции родителей только усиливают стремление к эмансипации у подростков. Длительность этой стадии определяется временем, необходимым родителям для принятия факта взросления подростка.

Третий этап – аффективные реакции на отделение. Здесь могут возникать чувство вины, гнев, депрессивные реакции, взаимный страх потери любви. И

необходимо помочь родителям возвращать в себе чувство гордости и радости от достижений взрослеющего ребенка.

Четвертый этап – идентификация. Взрослые уже признают за подростком право на самостоятельность, исчезает внешнее буйство и ранимость. Подросток сосредоточивается на своей индивидуализации. Важно, чтобы подросток имел образцы положительной интеграции среди значимых взрослых. Поэтому родителям подростка, находящегося на этой стадии, необходимо понять, что, только обратив внимание на собственную интегрированность или дезинтегрированность, можно помочь своему взрослеющему ребенку.

3. Особенности психологической помощи в подростковом возрасте.

Динамичность отрочества требует выделения различных главных тем для каждого из классов. Для V класса характерно резкое повышение интереса учащихся к своему внутреннему миру. Соответственно важным для них становится, с одной стороны, его исследование, с другой – принятие его окружающими людьми. Поэтому главная тема V класса – «Я и мой внутренний мир».

В VI классе, как правило, проявляются типичные трудности подростков: возрастает агрессивность, обостряется проблема непокорности, начинаются подростковые конфликты с родителями, в основе которых лежит стремление подростка отстоять свою самостоятельность и чувство взрослости. Поэтому центральной должна стать тема «Типичные проблемы подростка». Однако негативизм подростков в отношении взрослых затрудняет прямое обсуждение на занятиях их проблем. Поэтому с шестиклассниками эффективнее проводить занятия с элементами тренинга: им предъявляется минимальная психологическая информация, а затем отыгрывается в течение занятия. Такая форма напоминает урок, она безопасна для детей – они «изучают» не собственные проблемы (агрессивность, непокорность, непослушание, страхи, застенчивость, трудности во взаимоотношениях со взрослыми и др.), а «просто психологию». Это позволяет подросткам не только выговорить то, что беспокоит, но и «примерить» полученную информацию на себя, осознать собственные модели поведения.

В VII классе занятия проводятся в форме тренинга, ибо необходимая атмосфера доверия и безопасности уже сформирована как в группе, так между подростками и психологом. Как известно, в этом возрасте особую остроту приобретает проблема общения с однополыми и разнополыми сверстниками, остается конфликтным общение с педагогами и родителями. Поэтому главная тема в VII классе – «Я и другие». Поскольку в этом возрасте особую значимость для подростка приобретает его тело, то на занятиях делается акцент на осознание языка тела, мимики, жестов, движений.

В VIII - IX классах можно проводить уроки психологии, ибо уже сформирован определенный уровень абстрактного мышления и учащиеся готовы к принятию психологической информации.

4. Индивидуальное консультирование подростков

Консультирование подростков основывается преимущественно на применении методов разговорной терапии, т.е. именно разговор (а не игра, как у дошкольников и младших школьников) служит средством для устранения нарушений психологического здоровья. Особое значение приобретают такие описанные К. Роджерсом аспекты взаимоотношений между подростком и консультантом, как полное принятие подростка таким, какой он есть, умение консультанта проявлять эмпатию и быть самим собой (конгруэнтность). Подросток очень четко чувствует любую фальшь в поведении взрослых, поэтому только абсолютная правдивость самого консультанта поможет установить контакт.

Консультирование подростков осуществляется в соответствии с общепринятой схемой консультации:

Коротко коснемся специфики каждого этапа.

Установление контакта традиционно осуществляется через объединение консультанта с подростком с помощью вербальных и невербальных средств (голос, жесты, поза, слова). Этот этап может представлять некоторые трудности для начинающего консультанта, который часто стремится установить контакт как можно скорее. В этом случае он нередко прибегает к заигрыванию с подростком,

активно старается ему понравиться («Ах, как я рада тебя видеть»), нарушает его индивидуальное пространство.

Диагностическая беседа с подростком. На наш взгляд, более действенна беседа с применением ряда проективных методик, которые позволяют быстрее разговорить подростка: несуществующее животное, рисунок семьи, семья животных, раннее воспоминание.

Тема №8. Психологическое консультирование взрослых

1. Роль кризисов в жизни человека

Начнем с определения понятия «кризис» и его роли в жизни человека. Прежде всего, следует подчеркнуть, что здесь имеется в виду нормативный кризис, который неизбежно возникает на жизненном пути большинства людей.

Сущностью каждого кризиса является выбор, который человек должен сделать. Выбор осуществляется между двумя альтернативными вариантами решения возрастных задач развития и сказывается на успешности и развитии всей последующей жизни. Э. Эриксон, как и большинство других исследователей, выделяет три основных кризиса зрелости: кризис молодости, кризис «середины жизни» и кризис старости. Рассмотрим определение кризиса для целей психологического консультирования: кризис – это столкновение двух реальностей: психической реальности человека с его системой мировоззрения, паттернами поведения и т.п. и той частью объективной действительности, которая противоречит его предыдущему опыту (Ю.Степанов).

2. Кризис «середины жизни» и особенности психологической поддержки

Как считал К. Юнг, чем ближе середина жизни, тем сильнее человеку кажется, что найдены правильные идеалы, принципы поведения. Слишком часто социальное утверждение происходит за счет потери целостности личности, гипертрофированного развития той или иной ее стороны. Поэтому в возрасте 35-40 лет учащаются депрессии, те или иные невротические расстройства, которые и свидетельствуют о наступлении кризиса.

Большое значение кризису «середины жизни» придавал Э.Эриксон. Возраст 30-40 лет он называл «десятилетием роковой черты», главными проблемами которого являются убывание физических сил, жизненной энергии и уменьшение сексуальной привлекательности. К этому возрасту, как правило, появляется осознание расхождения между мечтами, жизненными целями человека и его реальным положением. И если 20-летний человек рассматривается как подающий надежды, то 40 лет – это время исполнения данных когда-то обещаний. Успешное разрешение кризиса, по Э. Эриксону, приводит к формированию у человека генеративности, которая включает стремление человека к росту, заботу о следующем поколении и о собственном вкладе в развитие жизни на земле.

Стратегии психологической поддержки людей в кризисный период с позиции сохранения их психологического здоровья.

Самая большая сложность в организации психологической поддержки – это нацелить человека на работу с самим собой. Первое, что необходимо сделать, – это подойти к обсуждению собственных трудностей, т.е. помочь человеку признать наличие у него самых эмоциональных проблем.

Типичными проявлениями кризиса являются депрессивные переживания: отсутствие радости от жизни в настоящем, страх перед будущим. Поэтому очень важно помочь человеку увидеть те существующие источники радости, которые он не замечает.

Человек должен подвести итоги. Если работа по подведению итогов и нахождению источников радости, счастья в настоящем проведена достаточно тщательно, можно перейти к поиску новых возможностей, новых путей, предоставляемых кризисом. Здесь требуется большая тонкость консультанта в понимании индивидуальных особенностей клиента, поэтому трудно давать универсальные рекомендации.

3. Кризис «встречи со старостью» и особенности психологической поддержки

Согласно теории Э. Эриксона, конечной стадией жизненного цикла является психосоциальный конфликт «целостность против отчаяния». Основная задача в

этом периоде – убедиться в ценности прожитой жизни. Люди должны оглянуться назад и пересмотреть свои достижения и неудачи. Соответственно фокус внимания должен сдвинуться от будущего к прошлому опыту. Это становится возможным только тогда, когда успешно завершались предыдущие стадии. И если жизнь человека была пронизана заботой об окружающих людях, творческими взлетами и падениями, то теперь человек может спокойно и смиренно оглядеть свою прошлую жизнь и твердо сказать: «Я доволен». Э. Эриксон отмечает несколько составляющих такого состояния: это принятие своего жизненного пути как единственно должного без порицания жизненного пути других; и это ощущение «вселенского» единства с людьми разных времен и народов, когда каждый из встреченных людей кажется родным и чем-то близким. Только тогда формой активного взаимоотношения человека с фактом неизбежности смерти станет мудрость.

На противоположном полюсе находятся люди, относящиеся к своей жизни как к череде нереализованных возможностей и ошибок. Недостаток или отсутствие целостности проявляется у них в скрытом страхе смерти, чувстве безысходности, отчаяния от невозможности что-либо изменить. Это может прикрываться отвращением к себе самому или недовольством социальными институтами или отдельными людьми.

Достаточно важную мысль о задачах развития в старости формулирует В.И.Слободчиков. По его мнению, с одной стороны, очень важно осознать необходимость работы по завершению того, что может быть завершено. А с другой – ощутить границы возможного и принять несовершенство, как самого себя, так и окружающего мира. Кроме того, в качестве самой важной задачи развития в старости можно назвать сам процесс умирания.

Можно согласиться с тем, что старость, так же как и другие жизненные периоды, имеет свои возрастные задачи развития. В свете этого особо следует отметить, что в период мудрости возможно не просто продолжение развития, но новый творческий взлет в возрасте 63 - 70 лет.

В случае успешного разрешения кризиса у пожилых меняется установка на собственную жизнь в период старости. Пропадает установка на старость как на период покоя и отдыха. Старость начинает восприниматься как период серьезной внутренней работы и внутреннего движения. Можно предположить, что вынужденное снижение внешней активности человека в старости необходимо рассматривать как возможность расширения и углубления сферы и глубины внутренней активности.

Следующее, что можно отметить, это либо категорическое избегание пожилыми темы смерти, либо постоянное обращение к ней в форме «скорей бы умереть, уже надоело жить, зажилась» и т. п.

Существенным аспектом кризиса является депривация притязания на признание у многих пожилых. Это следствие того, что теряются основы внешнего признания: статус, материальный достаток, внешний вид. У тех людей, для которых значимость внешних показателей признания выше, чем внутренних, возникает угроза разрушения «Я», снижения самооценки.

Необходимо отметить и то, что пожилому человеку приходится по-новому организовывать свое время. Раньше жизнь во многом регламентировалась внешними обстоятельствами, в особенности работой. Теперь человек остается наедине с самим собой, что для многих тяжело и непривычно.

Многих пожилых спасает общение со своей возрастной группой. Но некоторые не умеют делать и этого.

Усугубляет кризис и десексуализация пожилых. Стираются половые отличия в одежде, поведении. Всякие разговоры на сексуальную тему резко, иногда агрессивно отвергаются. Многие недооценивают важность сексуальной жизни, как для психологического, так и для физического здоровья.

Психологическая поддержка пожилых.

Первое, что необходимо сделать, – это по возможности повысить общий фон настроения человека. Можно предложить пожилому человеку принести альбом своих фотографий. Как известно, у пожилых людей наблюдается особая позитивная окрашенность воспоминаний о прошлом. Поэтому рассматривание

фотографий, рассказы о событиях, запечатленных на фотографиях, не только поднимут настроение у него, но и позволят консультанту довольно быстро установить контакт.

Далее необходимо содействовать повышению самооценки пожилого человека. Ранее отмечалось, что самооценка в пожилом возрасте имеет тенденцию к снижению за счет уменьшения внешних факторов получения признания. Для ее повышения можно опираться на достижения детей и внуков. Необходимо подробно рассмотреть социальные, семейные достижения детей и внуков, подвести пожилого человека к принятию мысли о том, что достижения детей и внуков не были бы возможны без его участия. Это особенно необходимо, если пожилой человек страдает от того, что он не успел что-либо сделать сам по объективной причине.

Иногда более быстрым способом повышения самооценки является так называемая идентификация со своим поколением. Необходимо вместе с пожилым человеком рассмотреть достоинства его поколения.

Когда консультант решит, что пожилой человек имеет уже некоторую энергию для изменений, можно перейти к формированию у него позитивного образа старости как времени для счастья, развития, внутреннего покоя. Необходимо иметь в виду, что во многом взгляд человека на собственное старение определяется наблюдением за тем, как старели его родители.

Новые представления о старости, согласно В. Сатир, должны выглядеть так: «Чем старше я буду, тем больше времени смогу уделять своему здоровью. Я стану мудрее. Имея время и желание, я создам себе радостную, творческую жизнь. Я смогу попробовать много нового. Я научусь радоваться одиночеству, но я смогу общаться, если захочу, с окружающими людьми. Я буду заниматься спортом, тело мое станет стройным и гибким. Я буду модно одеваться и хорошо выглядеть». Старость – это продолжение путешествия по жизни, причем путешествие в неизведанное. Но таких путешествий в жизни было немало – поступление в школу, супружество и т. п. Все они имели смысл, поэтому необходимо отыскать смысл и в этом путешествии по старости.

Тема №9. Суицид как проявление кризиса

В последние десятилетия XX в. во многих странах мира отмечается рост числа самоубийств, особенно среди подростков и юношей. В развитых странах самоубийство занимает второе место среди причин смерти детей, подростков и молодежи. По неполным данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире совершается ежегодно более 500 000 самоубийств и около 7 000 000 попыток. Парадоксально, но факт: самый высокий уровень самоубийств наблюдается в таких развитых странах, как Финляндия, Дания, Австрия, Великобритания. Основная причина большого количества суицидов - в так называемых "осложненных" межличностных отношениях.

"Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема - проблема самоубийства", - писал французский философ и публицист Альбер Камю. Но только ли философская эта проблема?

В России с ее сложной социально-экономической ситуацией уровень самоубийств еще выше. В 1994 г. уровень их достиг 74 случаев на 100 тысяч человек населения в год (В Венгрии - 73), т. е. по этому показателю страна занимает одно из ведущих мест в мире. Фактически мы можем говорить об **эпидемии самоубийств**, особенно среди подрастающего поколения. История знает примеры, когда подобные эпидемии среди молодежи буквально захлестывали общество. Так, например, в начале 1910-х гг. в Петербурге историки отмечают резкий рост самоубийств молодых людей. Причем это время характеризовалось бурным экономическим развитием страны, и особенно столицы. Большинство самоубийц принадлежали к среднему и даже к высшему классу.

Все статистические данные о самоубийствах имеют определенное искажение, причем по двум причинам: органы внутренних дел и здравоохранения предпочитают говорить скорее о несчастных случаях, чем о самоубийствах, или оставляют место сомнениям и не желают травмировать семью тяжелым известием. О самоубийствах говорят лишь в тех случаях, когда жертва оставляет письмо, в котором объясняет свои намерения; таких случаев относительно

немного. Возможно, что и положение с суицидами среди молодых людей куда более серьезно.

Современная молодежь гораздо труднее, чем предыдущее поколение, находит себе место в обществе, а общество, в свою очередь, не может удовлетворить потребности молодежи. Подросток не чувствует, что он необходим обществу, а может быть, даже испытывает сомнения, желанный ли он для общества человек. У родителей часто нет времени выполнять родительские обязанности.

С другой стороны, многие подростки фактически оказываются без попечения родителей. Увеличилось количество так называемых "социальных сирот". Часто подростки оказываются единственными кормильцами семьи, в которой помимо родителей есть еще младшие братья и сестры.

Увеличилось количество стрессогенных факторов. Появились такие, о которых раньше не слышали. Например, потеря работы и связанная с этим невозможность содержать семью. Резко выросло количество психических заболеваний, а оказание населению психиатрической помощи уменьшилось. Для многих стало недоступным не только высшее, но и среднее профессиональное образование. Не имея же достаточного образования, молодые люди оказываются неспособными удовлетворить свои потребности самостоятельно. По мнению многих исследователей, произошла переориентация мотивационно-ценностной структуры молодежи в сторону развлечений и потребления.

Значительным исследованием, проливающим свет на психологические основы суицида, является работа Н. В. Конончук. Она исследовала 85 женщин, довершивших попытку самоубийства путем отравления, с диагнозом "острая аффективная суицидальная реакция", и выделила следующие общие для всей группы особенности **психологического смысла суицида**:

-отсутствие истинного желания умереть;

-неумение лексически точно сформулировать свои переживания (вербализовать их), а соответственно и неумение их отреагировать;

-сложная структура суицидального поведения, неоднозначная смысловая нагрузка. Практически в любом аутоагрессивном акте присутствуют три компонента: аффективное отреагирование отрицательных эмоций, попытка уйти от реального разрешения ситуации и "крик о помощи".

В работе с лицами, совершившими попытки самоубийства, важно помнить о том, что суицидальная активность является последним способом привлечь к себе внимание, крайним средством выражения чувств отчаяния и беспомощности. То есть можно смело говорить об амбивалентности (двойственности) кризисной ситуации: с одной стороны, чувство тоски, безысходности, горечи, отчаяния и беспомощности привели человека к мысли о тщетности земного существования и желанию умереть, а с другой стороны, стремясь привлечь к себе внимание, он утверждает в желании жить.

Первым шагом в работе по предотвращению суицида становится установление личного контакта. В случае планирующегося самоубийства такой контакт найти сложно: часто человек не настроен на контакт с кем бы то ни было, обдумывая предстоящие действия. Если же попытка уже произошла, то человек может испытывать чувство глубокой благодарности за искреннее внимание. И в том и в другом случае важно дать ему возможность отреагировать накопившиеся негативные эмоции. А также успокоить его, дать возможность выговориться, сочувствуя и сопереживая ему. Зачастую клиент находится в состоянии психалгии (невыносимой душевной боли), и сознание его в этот момент сужено, поэтому сам по себе разговор с другим человеком может снизить уровень тревоги, сумятицы и хаоса у клиента. В этой ситуации главное - это **умение слушать**. В случае же истинного суицида клиент не очень охотно идет на разговор, избегая обсуждения тех вопросов, решения по которым он уже принял.

Самоубийство есть психологическое явление, и чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой. Н. Бердяев

Следующим шагом является определение основной проблемы, которая и лежит в основе суицидальной активности. Выделение основной причины или

причин такого решения есть попытка понять душевное состояние человека. Как правило, в состоянии решимости человек не дифференцирует главную и второстепенные проблемы, для него они все сплетены в один клубок. Фактически человек рассматривает все, происходящее вокруг него, как лишнее подтверждение вывода о том, что "жить больше не стоит". Все многообразие мира для него свелось к какой-то преграде, преодолеть которую ему кажется невозможным. При этом ни в коем случае нельзя говорить что-либо похожее на "да махни ты на все это рукой". Важно, наоборот, разложить вместе с клиентом основную проблему на составляющие, с тем чтобы впоследствии он сам признал "решаемость" каждой в отдельности.

В ходе первого и второго этапов беседы важно определить и степень риска совершения суицида, т. е. оценить суицидальный потенциал. Сюда входят социально-возрастные и половые особенности клиента. Например, по данным социологических исследований проблем суицида в России, мужчины чаще совершают истинные суициды, а женщины чаще прибегают к демонстративно-шантажным суицидальным действиям и высказываниям. Степень риска совершения завершенного, суицида повышается с возрастом клиента. Важно получить информацию и об актуальном стрессе, задав вопрос: "Почему вы решили обратиться именно сейчас?" Ответ на этот вопрос может прояснить "пусковой механизм", приведший к возникновению намерений расстаться с жизнью. Кризис может быть вызван потерей любимого человека, работы, статуса, болезнью, инвалидностью, несчастным случаем и т. д. Важно оценить интенсивность кризиса с точки зрения клиента, а не терапевта. Но самым важным показателем риска совершения самоубийства является сформированность и детальная проработанность плана суицидальных действий. Если клиент выбрал способ, место и средство ухода из жизни, это говорит о том, что последний шаг крайне близок.

Следующий этап - это поиск ресурсов для преодоления критической ситуации. Ресурсы, которые имеются в распоряжении клиента, могут быть решающими. Ими являются семья, карьера, близкие люди, воплощение мечты,

друзья и т. д. Непосредственная апелляция к этим ресурсам, скорее всего, не принесет ощутимых результатов, а вот попытка представить и проговорить чувства окружающих значимых людей в случае совершения самоубийства может принести ощутимый эффект.

Важно говорить свободно, чтобы клиент не чувствовал себя в качестве допрашиваемого. Это должна быть некая "игра по слуху". Необходимо верить, что все сказанное клиентом - абсолютная правда и он действительно может покончить с собой. Каких-либо стандартных формул для разговора с таким клиентом нет, но не надо бояться задавать ему вопросы, связанные с суицидальными мыслями и поступками.

На следующем этапе важно совместно сформулировать "план действия по преодолению кризисной ситуации". Необходимо знать, что в этой ситуации ведущая роль должна принадлежать клиенту. Можно предложить несколько вариантов поведения, которые могут привести к выходу из тупика, но главное в этой ситуации - не навязывать клиенту решения и серьезно относиться ко всем его возражениям. Итогом этого этапа должен стать **конструктивный план разрешения кризисной ситуации**.

Завершающий этап - это вселение уверенности в том, что клиент обязательно справится со своими проблемами. Ни в коем случае нельзя сразу же переходить к каким-то конкретным действиям. Инициатива первого шага должна принадлежать именно клиенту. Задача консультанта - подчеркнуть успех этого шага. После беседы необходимо тщательно осмыслить ее результат. При этом для определения суицидального риска выявляются и сопоставляются как про-, так и антисуицидальные факторы: устойчивое позитивное отношение к жизни и негативное - к смерти, широта диапазона известных и субъективно приемлемых путей разрешения сложившейся ситуации и т. д.

Р. Кочюнас приводит следующие правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство.

1. Встречаться с ними как можно чаще.
2. Акцентировать внимание на позитивных аспектах жизни.

3. Не стоит, столкнувшись с этой проблемой, паниковать и пытаться скрыть это чувство, рассказывая клиенту о недопустимости самоубийства с точки зрения морально-этических норм.

4. Необходимо вовлекать в процесс консультирования значимых для клиента людей.

5. Предоставить клиенту возможность в любой момент связываться с консультантом.

6. Информировать близких для клиента людей и обсудить вопрос о госпитализации с ним и с его близкими, если она необходима.

7. Контролировать возможные манипуляции собой со стороны клиента.

8. Помнить, что наибольшую ответственность за свои поступки несет сам клиент.

9. Консультант обязан подробно, в письменной форме, фиксировать свои действия.

Тем не менее может случиться и так, что удержать человека от последнего шага не удалось. В этой ситуации не стоит возлагать на себя ответственность за неудачу. Человек, твердо решивший умереть, рано или поздно, по-видимому, доведет свое дело до конца. Важно, чтобы психолог-консультант сделал все, что было в его силах

Тема №10. Психологическое консультирование при переживании утраты

Консультирование людей, перенесших утрату, — это нелегкое испытание духовных сил и профессиональной компетенции.

В жизни утраты более или менее ощутимы, но во всех случаях человек испытывает душевную боль, переживает горе. Утраты, как и многие события нашей жизни, не только болезненны, они предоставляют и возможность личностного роста. Консультант может способствовать реализации этой возможности, если понимает природу утраты, ее связь с другими эмоциями, роль в становлении человека.

Для умершего смерть — абсолютный конец его земной жизни. Однако в душах близких и друзей человек еще продолжает существовать, по крайней мере некоторое время. **Примирение с утратой** — болезненный процесс, в котором от утраченного человека "отказываются" постепенно и с трудом. Но процесс совершенно естественен, и его не надо (форсировать). Никто не должен, вселять искусственный оптимизм в скорбящего, пытаться его чем-либо заинтересовать, занимать развлечениями. **Смерть близкого** — это тяжелая рана, и несчастный имеет право на скорбь.

Интенсивность и продолжительность чувства скорби у различных людей неодинаковы. Все зависит от характера отношений с потерянным человеком, от выраженности вины, от длительности траурного периода в конкретной культуре.

Душевные терзания как ярчайший компонент траура представляются скорее процессом, нежели состоянием. Перед человеком заново встает вопрос об идентичности, ответ на который приходит не как мгновенный акт, а через определенное время в контексте человеческих отношений.

Для описания процесса скорби часто используется модель Кублер-Росс (1969). Она предполагает чередование стадий отрицания, озлобленности, компромисса, депрессии, адаптации. Считается, что нормальная реакция скорби может продолжаться до года.

Сразу после смерти близкого человека возникает острая душевная боль.

На первом этапе эмоциональному шоку сопутствует попытка отрицать реальность ситуации. Шоковая реакция иногда проявляется в неожиданном исчезновении чувств, "охлаждении", словно чувства проваливаются куда-то вглубь. Это происходит, даже если смерть близкого человека не была внезапной, а ожидалась долгое время. Отрицается сам факт смерти — "Он не умер (она не умерла)", "Этого не может быть", "Я не верю этому" и т. п. Об умершем нередко говорят в настоящем времени, он принимается во внимание при планировании будущего.

В процессе скорби непременно наступает озлобленность. Понесший утрату человек стремится обвинить кого-то в случившемся. Вдова может обвинять

умершего мужа за то, что он оставил ее, или Бога, который не внял ее молитвам. Обвиняются врачи и другие люди, способные реально или только в воображении страдалицы не допустить создавшейся ситуации. Речь идет о настоящей злости. Если она остается внутри человека, то "подпитывает" депрессию. Поэтому консультант должен не дискутировать с клиентом и не корректировать его злобу, а помочь ей вылиться наружу. Только в таком случае уменьшится вероятность ее разрядки на случайных объектах.

После первой реакции на смерть близкого человека — шока, отрицания, злобы — происходит осознание утраты и смирение с ней. В статье "Скорбь и меланхолия" (1917) S. Фреуд назвал процесс адаптации к несчастью "работой скорби". Этот процесс не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Имеется в виду очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Консультант способен доставить облегчение, однако его вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо.

Типичное проявление скорби — тоска по умершему. Человек, переживший утрату, хочет вернуть утерянное. Обычно это иррациональное желание недостаточно осознается, что делает его еще глубже. Консультанту следует разобраться в символической природе тоски.

В разные периоды жизни люди испытывают амбивалентные чувства друг к другу. После смерти близкого человека прежняя амбивалентность является источником чувства вины. "Работа скорби" обуславливает возврат к отношениям, которые прервала смерть. Предпринимается попытка понять их значение в перспективе времени. Консультант должен с пониманием воспринимать эти сложные переживания как неизбежное изживание скорби.

Выделяется несколько типов патологической скорби:

1. "Блокирование" эмоций во избежание интенсификации процесса скорби.

2. Трансформация скорби в идентификацию с умершим человеком. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем.

3. Растягивание процесса скорби во времени с обострениями, например, в дни годовщин смерти.

4. Чрезмерно острое чувство вины, сопровождаемое потребностью наказывать себя. Иногда такое наказание реализуется посредством самоубийства.

Тема №11. Дистантное консультирование.

1. История становления данной службы в мире и в России.

В 1982 году в Москве был открыт первый в Советском Союзе «Телефон доверия». Его основателем стала профессор Айна Григорьевна Амбрумова. Сегодня Российская ассоциация телефонной экстренной психологической помощи объединяет 245 служб. Более 2500 консультантов в разных концах России 24 часа в сутки оказывают поддержку своим соотечественникам.

При наличии общих корней, принципов и методов оказания дистантной консультативной помощи необходимо отметить следующее: при общении с консультантом у клиента неминуемо формируется фантазийный (мифологический) образ консультанта. Этому способствуют принципы анонимности, как большинства консультантов, так и клиентов. Клиент, получая большой простор для построения образа, бессознательно формирует то, что наиболее потребно для развития позитивного (а иногда и негативного) переноса; наделяет консультанта как «необходимым» внешним видом, так и личностными чертами. Создается соответствующая структура «мифа».

Другая группа специфических явлений связана с особенностями телефонного контакта как таковыми: отсутствие зрительных впечатлений (блокирование визуального канала восприятия информации) накладывает основную нагрузку на слуховой канал. Причем большое значение приобретает не только сам текст сообщения (вербальное выражение проблемной ситуации), но и такие нюансы человеческого голоса, как тон и тембр, скорость речи, паузы,

продолжительность молчания. При хорошем качестве телефонной связи можно также говорить и о темпе дыхания.

2. Стадии консультативного процесса и основные приемы консультирования (выслушивание, перефразирование, резюмирование, отражение чувств и содержания и т.п.). Однако следует особо отметить ряд консультативных обращений, возможных только при телефонном контакте.

1. Молчаливое обращение: иногда абоненту не хватает решительности начать разговор, он не в состоянии переступить барьер недоверия, страха и т.п. Молчание абонента не повод для прерывания контакта. Напротив, должны быть изысканы средства, помогающие удержать его и разговорить. Абонент должен почувствовать вашу поддержку, которая может быть выражена самыми простыми фразами: «Пожалуйста, говорите, я готов выслушать Вас».

2. Замаскированные обращения: «Это вызов такси? ... А куда это я попал?... А что это у Вас за «Телефон доверия»? ... А могу я Вам довериться?» — нередко за такими фразами скрываются очень серьезные психологические проблемы.

3. Засорение (дурачества, шутки и т.п.). Услышав по телефону шутку, можно ответить шуткой, можно задать вопрос: «Это все, что Вы хотели сказать?». В любом случае консультант должен быть готов и к такому поведению клиента

4. Сексуальные звонки. Звонки из этой категории могут быть самыми трудными и неприятными из всех, с которыми сталкивается телефонный консультант.

Тремя правилами реагирования на такие звонки должны быть: принятие (не осуждение), дифференцировка и твердость. «*Не осуждение*» абонента должно сохраняться, даже если возникла необходимость сказать ему, что он переступил границы возможного обслуживания. *Дифференцировка* необходима для выбора ракурса между приятием человека и утверждением своих собственных законных прав не подвергаться манипуляции. *Твердость* важна для того, чтобы придерживаться линии, требуемой центром в отношении этого вида звонков.

Абонент может быть настойчив, требователен и с большим трудом распознаваем. Очень вероятно, что он нашел путь для получения полового

удовлетворения и его больше ничего не интересует. Из-за трудностей таких звонков и того, что подобные требования явно выходят за рамки допустимого и не соответствуют целям службы, многие центры установили политику прерывания сексуальных звонков.

3. Консультативная переписка

Необходимость введения этой формы психологической помощи была обусловлена тем, что часто телефонное консультирование затрудняется из-за большой загрузки «Телефона доверия» или отсутствия телефона у клиентов, решиться же на прямой контакт с психологом, психотерапевтом он не отваживался. К тому же часть клиентов, нуждающихся в психологической помощи, зачастую находится в условиях изоляции от общества (например, заключенные, отбывающие наказание в НТК). Еще одна причина в том, что многие города не имеют собственных служб психологической помощи, и переписка с психологами, психотерапевтами центра является единственной возможностью для них получить психологическую помощь.

В наиболее общем виде работу консультанта-психолога (психотерапевта), занимающегося скриботерапией, то есть работающего с письмом, можно разделить на два этапа: (1) психодиагностика и (2) консультирование или психотерапия. Коротко остановимся на каждом из них.

Опыт, накопленный на сегодняшний день практической психологией и психотерапией, в том числе опыт нашего центра, позволяет говорить о следующих диагностических возможностях скриботерапии.

Во-первых, письмо дает достаточно большую *психодиагностическую информацию*:

а) подробнейшее изложение истории психологического страдания, многих побудительных причин, мотивов, действий разных лиц и т.д. на нескольких листах, а порой и не в одном письме раскрывает проблемы клиента, его личность больше, чем единичный телефонный контакт или очная консультация. Например, от одной нашей клиентки мы получили в течение месяца 4 письма, подборку стихотворений и несколько рисунков;

б) стиль изложения, характер построения фраз, само содержание письма позволяют не только разобраться в проблеме клиента, но и уловить явную психопатологическую симптоматику. Например, один из наших корреспондентов, мужчина преклонного возраста, инвалид II группы, живущий в доме инвалидов, жалуется на преследование бывшей сожительницы, которая якобы, занимаясь проституцией, зарабатывает у турков и немцев по 200 долларов и подкупает пьяниц избивать его ("дабы все смеялись надо мной"); подкуплена у нее и милиция, которая его "уберет", а если это произойдет, "то у ней эти гробовщики и труп мой не увезут на кладбище, а выбросят дорогой". Нет сомнений, что в данном случае можно говорить о паранойальном синдроме;

в) зачастую в письмах имеются и прямые указания на предшествующую госпитализацию в психиатрических учреждениях.

Во-вторых, скриботерапия позволяет использовать традиционные психодиагностические приемы, такие как проективные техники, исследование продуктов творчества: рисунков, стихотворений, прозаических произведений клиентов. Могут быть использованы и некоторые графические показатели: характер почерка, в том числе неровность, разные размеры букв и т.п., дающие, на наш взгляд, вспомогательную информацию об эмоциональном состоянии клиента, о некоторых его психических свойствах.

Контент-анализ, более приемлемый для исследования писем от группы людей со сходными психологическими проблемами, может быть использован и как вспомогательное средство диагностики в работе с единичным клиентом, если с таким ведется продолжительная переписка. Например, уменьшение в тексте таких категорий анализа, как слова, описывающие негативные эмоции, проблемы личности, и замена их на единицы положительного плана может косвенно свидетельствовать об эффективности скриботерапии.

Перспективным для скриботерапии представляется и фоносемантический анализ текстов (А.Журавлев, И.Ю.Черепанова).

Как мы уже упоминали выше, второй частью обсуждаемой методики является *консультативное (психотерапевтическое) действие*, в свою очередь включающее следующие моменты.

Предоставление клиенту обратной связи — подтверждение того, что он обратился именно в ту службу, в которой нуждается, что здесь его поймут, разделят постигшие его неприятности, обсудят его проблемы и т.п. Накопленный опыт позволяет выделить несколько конкретных приемов, которые использует консультант, давая клиенту обратную связь и осуществляя психологическую поддержку.

Приемы:

1) *Пересказ*—цитирование того, что было написано клиентом.

2) *Уточнение* — обращение к нему с просьбой что-то дополнить, разъяснить. Например: «Поясните, пожалуйста, что Вы имели в виду». Здесь возможно использование 12 вопросов метамодели, типа: «Как?», «Что именно?» и т.п. Скажем, клиент сообщает: «Я не могу рассердиться». Метавопросами здесь могут быть следующие: «Что Вам мешает рассердиться?», «Что случится, если Вы рассердитесь?».

3) *Дальнейшее развитие мыслей собеседника* — письменное изложение подтекста, сообщенного клиентом (в рамках высказанного им смысла), выдвижение гипотез относительно причин произошедшего или дальнейшего хода событий. Например: «Возможно, в этом случае Вы сделаете...»

4) *Сообщение о восприятии консультантом состояния клиента*, зеркальное отражение его чувств. Например: «Видимо, Вы этим очень огорчены».

5) *Сообщение о восприятии консультантом самого себя и своих чувств в данной ситуации*. Например: «Меня беспокоит, что мы с Вами...»

6) *Замечания о ходе письменного диалога* (при получении повторных писем). Например: «Я думаю, что мы с Вами нашли ряд вариантов разрешения проблемы».

Эти приемы мало отличаются от тех, что используются в социально-психологическом тренинге и очном консультировании (*Макшанов, Хрящева,*

1993). Но их применение в скриботерапии имеет свою специфику. Например, при пересказе выбираются лишь главные, ключевые слова, фразы для выражения отношения консультанта к отдельным частям текста. Широко используется подчеркивание, выделение большими буквами, восклицательные знаки и т.п.

Принцип психологической поддержки клиента, обязательного предоставления ему обратной связи мы используем и в письмах с запросами на юридическую, врачебную и другую помощь для снятия негативного эмоционального фона, обязательно присутствующего в такого типа посланиях. После этого часто следует конкретная рекомендация обратиться к соответствующему специалисту (юристу, терапевту и т.п.) с указанием нескольких конкретных адресов и телефонов.

Если же мы приходим к мысли о необходимости более глубокой психотерапевтической работы с данным клиентом, то следующим моментом является выбор и применение конкретной психотерапевтической тактики, берущей начало от одного из традиционных психотерапевтических направлений: психоаналитического, бихевиористского или экзистенциально-гуманистического. Впрочем, в последнее время мы все больше склоняемся к терапевтическому эклектизму, к синтетическому подходу в консультировании и психотерапии. Спектр конкретных техник достаточно широк: от косвенной суггестии до парадоксальной интенции. Все они известны и поэтому не являются предметом нашего обсуждения.

Стоит обратить внимание и на некоторые специфические особенности, отличающие консультативно-психотерапевтическое письмо от письма обычного или делового. Мы считаем, что письмо в обязательном порядке должно писаться от руки, а не печататься, например, на машинке — это делает контакт между клиентом и консультантом более доверительным и близким. Важным является черновой вариант письма, который консультант (психотерапевт) может прочитать и внести необходимые коррективы. Черновик также дает возможность вспомнить уже написанное при получении повторного письма.

Использование скриботерапии (консультативно-психотерапевтической переписки) в работе социально-психологических центров чрезвычайно перспективно, так как расширяет круг оказываемой помощи, дает ряд новых диагностических и консультативных возможностей. Тем не менее скриботерапия как консультативно-психотерапевтическая методика имеет и ряд ограничений:

1. Дистантность помощи во многих случаях затрудняет диагностику, не позволяет опереться на невербальные проявления клиента, увидеть неконгруэнтность поведения и вербальных сообщений.

2. При осуществлении переписки затрудняется рефлексия консультантом (психотерапевтом) своих собственных действий; часто он остается вообще без какой-либо обратной связи со стороны клиента.

3. Известно, что многие невротические проявления требуют прямого психотерапевтического действия врача или психолога.

Переписка в этом случае служит лишь начальным, передаточным звеном к помощи непосредственной — к работе лицом к лицу.

Тема №12 Психологическая коррекция

1. Определение, цели, задачи, классификация методов.

Психологическая коррекция - направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

Цели и задачи психологической коррекции: психологическая поддержка здоровых людей в критических ситуациях. При этом под критической ситуацией, согласно Ф. Е. Василюку, будем понимать ситуацию невозможности, т. е. «такую ситуацию, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.)».

Цели и задачи психологической коррекции в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно

сближает позиции. В самом общем виде цели психокоррекции определяются как раскрытие, анализ, *осознание* и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов. Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), более конкретные задачи психотерапии можно сформулировать следующим образом:

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Психокоррекция должна способствовать тому, чтобы пациент осознал:

1) связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением своего заболевания;

2) какие ситуации в группе и реальной жизни вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;

3) связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

4) особенности своего поведения и эмоционального реагирования;

5) существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;

6) собственные мотивы, потребности, стремления, отношения, установки, особенности поведения и эмоционального реагирования, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

7) характерные защитные механизмы; внутренние психологические проблемы и конфликты; особенности межличностного взаимодействия, межличностные конфликты и их причины;

8) собственную роль, меру своего участия в возникновении и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также то, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем. В целом задачи интеллектуального

осознания сводятся к трем следующим аспектам: осознание связей «личность—ситуация—проблема».

2. Эмоциональная сфера. Психокоррекция должна помочь пациенту:

1) получить *эмоциональную поддержку* со стороны группы и психотерапевта, что приводит к ощущению собственной ценности, ослаблению защитных механизмов, росту открытости, активности и спонтанности;

2) пережить в группе те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в действительности и с которыми ранее он не мог справиться;

3) пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;

4) научиться искренности в отношении к себе и другим людям; стать более свободным в выражении собственных негативных и позитивных чувств;

5) научиться более точно понимать и вербализовать свои чувства;

6) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений. В целом задачи в эмоциональной сфере охватывают следующие основные аспекты: получение эмоциональной поддержки и формирование более благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и *вербализация* собственных эмоций; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта и получение нового эмоционального опыта в группе.

3. Поведенческая сфера. Психокоррекция должна помочь пациенту:

1) увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;

2) приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;

3) преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в группе, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;

4) развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью;

5) закрепить новые формы поведения, в частности, те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

б) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах. В общем виде задачи психотерапии в поведенческой сфере могут быть определены как формирование эффективной саморегуляции.

Задачи психологической коррекции могут существенно варьироваться от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возможных в качестве его последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной их идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных личностно-ориентированных систем психотерапии).

2. Групповая и индивидуальная психокоррекция.

Индивидуальная психокоррекция. В индивидуальной психокоррекции в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач—пациент. В организационном аспекте индивидуальная психокоррекция отлична от групповой (где инструментом лечебного воздействия выступает и *психотерапевтическая группа*), коллективной и *семейной психотерапии*. Используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и определяют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные индивидуальной психокоррекции.

Индивидуальная психокоррекция проводится одним психотерапевтом, редко двумя (*биполярная терапия*) или несколькими *котерапевтами*. Часто является элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами психотерапии, фармако-, физио- или социотерапией. Выделяют также комбинированную терапию, совмещающую индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапию, проводимую одним психотерапевтом, и сочетанную терапию, при которой пациент проходит индивидуальную психокоррекцию у

одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или *групповой психотерапии* у других психотерапевтов.

История становления и развития индивидуальной психокоррекции предшествует истории возникновения других форм психотерапии, например групповой или семейной, независимо от их направления, и связана с общей историей психотерапии.

Индивидуальная психокоррекция представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и личностные особенности как пациента, так и психотерапевта, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации. При индивидуальной психокоррекции особенно важна роль психотерапевта.

По срокам проведения индивидуальная психокоррекция может условно делиться на краткосрочную и долговременную. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий. По мнению большинства исследователей, психокоррекция длительностью до 20 занятий относится к краткосрочной. Долговременные формы индивидуальной психокоррекции наиболее характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2-3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит, в частности, от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе лечебного процесса (*краткосрочная психодинамическая психотерапия* фокусируется на разрешении главного конфликта). Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию *переноса*, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения.

Современные научные достижения позволяют рассматривать психокоррекцию не просто как собрание методов, основанных на личных свидетельствах или системе убеждений, созданной той или иной «школой», что больше характерно для религиозных культов, чем научного подхода. Создаются

критерии научности психотерапии, а научный анализ (например, метаанализ) позволяет реально предсказывать эффективность конкретного метода психотерапии при той или иной патологии, требующей психотерапевтического вмешательства, показателями научной обоснованности того или иного метода являются прежде всего:

1) доказательства эффективности;

2) обоснование предположениями, которые не противоречат современным научным данным.

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

Принципиально групповая психокоррекция не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от *индивидуальной психотерапии*, где таким инструментом является только психотерапевт. Наряду с другими психотерапевтическими методами групповая психокоррекция (точно так же, как и индивидуальная форма) применяется в рамках различных теоретических ориентаций, которые и определяют ее своеобразие и специфику: конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор методических приемов и пр. Все эти переменные во многом объясняются также нозологической принадлежностью контингента больных, принимающих участие в *терапевтической группе*. В качестве самостоятельного направления в психотерапии групповая психокоррекция выступает лишь в том смысле, что рассматривает пациента в социально-психологическом плане, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с окружающими, раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его

реальных взаимоотношений и взаимодействий с окружающим миром. Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его истинные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни, где пациент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и те же поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы *обратной связи*, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия.

Таким образом, задачи групповой психокоррекции фокусируются на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект), что позволяет определить общую цель групповой психокоррекции как расширение сферы самосознания пациента. В принципе задачи любой психотерапевтической системы, ориентированной на личностные изменения, могут быть сформулированы таким образом. Однако в групповой психокоррекции основным инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевтическая группа, позволяющая выйти на понимание и коррекцию проблем пациента за счет межличностного взаимодействия, групповой динамики.

Групповая динамика есть совокупность групповых действий и интеракций, возникающая в результате взаимоотношений и взаимодействия членов группы, их деятельности и влияния внешнего окружения, и представляет собой развитие, или движение, группы во времени. В общем виде групповую динамику определяют цели, задачи и нормы группы, ее структура, структура лидерства в ней, групповые роли, сплоченность группы, групповое напряжение, актуализация прежнего эмоционального опыта, формирование подгрупп, главные виды вербальной коммуникации в группе.

Тема № 13 Психология психокоррекционной группы

1. Формирование группы.

Эффективная психотерапевтическая группа начинается с правильного отбора участников. Неудачно составленная группа может так никогда и не стать продуктивной. Поэтому усилия терапевта в этом направлении имеют огромное значение.

Отбор в группу всегда является двусторонним процессом, поскольку участие определяется и выбором самого клиента и решением терапевта. Последний обязан хотя бы полчаса побеседовать с каждым претендентом на участие в группе. Во время этого разговора в первую очередь важно помочь им разобраться, насколько и каким образом группа может способствовать решению их жизненных проблем, а также оценить пригодность каждого участника будущей группы. Конечно, во время короткой встречи нелегко решить, будет полезной эта группа для человека или нет, поэтому не менее важным является и самоопределение самого претендента.

Таким образом, главный вопрос на данном этапе организации группы – каких клиентов включить в группу и от каких отказаться. С другой стороны, критерии, которые помогли бы решить этот вопрос, очень противоречивы.

По мнению I.D.Yalom (1985), главным критерием отбора в психотерапевтическую группу, работа которой основана на межличностной динамике, является желание самого претендента. Участник без конкретных желаний склонен в любой момент прервать психотерапию, а участие в группе приносит ему меньше пользы.

Другой важный критерий – проблемы межличностного характера, напр., одиночество, изоляция, застенчивость, неумение завязывать и поддерживать близкие отношения, склонность к конкуренции, агрессивность, мнительность, трудности в отношениях с авторитетами, эгоизм, неуверенность в себе, зависимость от других, а также экзистенциальные проблемы – чувство

бессмысленности жизни, переживание утраты, тревога, неудовлетворенность жизнью, трудоголизм (навязчивое желание работать), страх смерти и т.п.

S.Vinogradova и I.D.Yalom (1989) выделяют несколько элементарных критериев отбора в психотерапевтическую группу:

1. Способность справляться с групповыми заданиями.
2. Мотивация.
3. Соответствие личных проблем целям группы.
4. Возможность постоянно посещать занятия и работать в группе до ее

окончания.

Похожие критерии предлагают W.H.Friedman (1989) и A.Fenster(1993):

1. Межличностный характер проблем.
2. Мотивация к участию в группе и к изменению своего поведения.
3. Способность к самораскрытию.
4. Желание помогать другим в группе.
5. Принятие ответственности за свои действия.

Как видим, разные авторитеты групповой психотерапии имеют сходные представления об идеальном участнике группы. Существует мнение, что чем больше отклонений от указанных критериев, тем больше помех может возникнуть для продуктивной работы группы. Хотя и трудно ожидать, чтобы все участники соответствовали этим критериям, однако каждый терапевт должен ориентироваться на какую-то черту, которую при отборе участников группы он склонен не переступать.

По мнению I.D.Yalom (1985), для такой группы не подходят:

1. Люди с повреждениями мозга.
2. Паранойяльные личности.
3. Ипохондрические личности.
4. Истерические личности.
5. Аутистические личности.
6. Социопатические (асоциальные) личности.
7. Психически больные люди.

8. Алкоголики и наркоманы.
9. Неизлечимые соматические больные.
10. Люди, находящиеся в остром ситуативном кризисе и имеющие суицидальные мысли или намерения.
11. Люди, не имеющие возможности постоянно посещать групповые занятия.

Эти критерии непригодности к психотерапевтической группе основаны на типологии личности и нозологии расстройств.

W.H.Friedman (1989) предлагает пользоваться лишь нозологическими критериями непригодности к группе:

1. Органические поражения мозга.
2. Психотические состояния.
3. Аутизм.
4. Пограничные расстройства личности.
5. Паранойяльные расстройства.

Как видим, предлагаемые разными авторами критерии непригодности к психотерапевтической группе в основном связаны с некоторыми выраженными свойствами личности, способными подавлять межличностное общение в группе, и специфическими расстройствами и проблемами.

Наряду с критериями пригодности или непригодности клиентов для психотерапевтической группы важно учитывать и способность терапевта работать с теми или другими клиентами. Терапевт группы, решивший ее организовать, должен думать не только о том, какие клиенты пригодны для группы, но и о том, с какими клиентами он не умеет или не может работать, чувствует себя неуверенно.

Чтобы быть честным с самим собой, следует иметь в виду два ошибочных представления, весьма распространенных среди групповых терапевтов (R.Naar, 1982). Во-первых, то, что группу покидают или не получают в ней никакой пользы "плохие", непригодные участники. Во-вторых, что хороший терапевт должен одинаково хорошо понимать, хорошо себя чувствовать и быть одинаково

эффективным со всеми клиентами. Иногда случается так, что у терапевта не получается работа с некоторыми клиентами, с которыми могут успешно работать другие.

Таким образом, главный вопрос, касающийся отбора участников в психотерапевтическую группу, может быть сформулирован так: "Может ли *этот* конкретный человек быть включенным в *эту* конкретную группу в *это* конкретное время при *этом* конкретном терапевте?" (M.S.Corey, G.Corey, 1987).

Как уже упоминалось, отбор участников в психотерапевтическую группу проводится во время индивидуальной беседы. Можно выделить несколько важных моментов такой беседы.

1. Сначала необходимо выяснить мотивы: почему клиент хочет участвовать в работе группы; что побудило его обратиться в эту психотерапевтическую группу; это его личное решение или его направил психолог или психотерапевт?

2. Очень важны ожидания клиента – чего он ждет от группы, какие проблемы хотел бы решить, что и насколько он готов изменить в себе или в своей жизни?

3. Важно узнать, как клиент представляет себе работу психотерапевтической группы, что знает о ней, участвовал ли раньше в группах, если да, то какие были результаты.

4. Во время беседы должна осуществляться диагностика личности, стиля межличностного общения претендента. Всесторонняя оценка клиента помогает терапевту решить, насколько клиент соответствует характеру и целям организуемой группы, позволяет прогнозировать его поведение в группе, поддерживать отношения с другими участниками группы. S.Vinogradova и I.Yalom (1985) предлагают использовать вопросы, связанные с самой ситуацией беседы: "Как вы себя чувствуете в настоящий момент?", "Как представляете разговор о себе и своих трудностях в обществе незнакомых людей?"

5. Следует помочь клиенту сформулировать 1-2 проблемы, которые он был бы готов обсудить в начале работы группы. Они должны быть связаны с

основными проблемами клиента. Желательно, чтобы проблемы были как можно более конкретные, разрешимые за 8-12 групповых занятий.

6. Обращается внимание на обязательность посещения групповых занятий. Если участие в группе платное, клиенту следует сказать, сколько необходимо платить и каков порядок оплаты.

Если психотерапевтическую группу будут вести два психотерапевта, желательно, чтобы они оба участвовали в беседах с претендентами.

2. Нормы психокоррекционной группы

Нормы группы — это совокупность правил и требований, «стандартов» поведения, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между ее участниками. Групповые нормы определяют, что допустимо и недопустимо в группе, желательно и нежелательно, правильно и неправильно. Нормы в ходе развития группы могут претерпевать изменения, особенно при возникновении новых сложных групповых ситуаций, но без их согласования не может быть организованной активности.

К нормам обычно относят: искреннее проявление эмоций, открытое изложение своих взглядов и позиций, рассказ о своих проблемах, принятие других и терпимость по отношению к их позициям и взглядам, активность, стремление избегать оценочных суждений и пр.

3. Руководство группой

В. А. Ташлыков выделяет два основных типа ролевого взаимодействия в психотерапевтическом контакте: руководство и партнерство. Руководство как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач— пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется магическими качествами. Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и

самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и открыто выражать свои чувства.

Основные задачи тренера можно сформулировать следующим образом: 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения, эмоциональных реакций и их обсуждению и анализу, а также к разбору предложенных тем; 2) создание в группе условий для полного раскрытия пациентами своих проблем и эмоций в атмосфере взаимного принятия, безопасности, поддержки и защиты; 3) разработка и поддержание в группе определенных норм, гибкость в выборе директивных и недирективных техник воздействия.

Средства воздействия, используемые групповым психотерапевтом, можно условно разделить на 2 вида: вербальные и невербальные. К вербальным относятся структурирование хода занятий (одна из важнейших функций психотерапевта), сбор информации, *интерпретация* (отражение эмоций, конфронтация, собственно интерпретация), убеждение и переубеждение, предоставление информации, постановка заданий. В данном случае речь идет не столько об активности психотерапевта, сколько о стимуляции членов группы к определенному виду активности. К невербальным средствам относятся мимика, жестикация, интонация.

4. Классификация групп.

Помочь лучше разобраться в разнообразии психокоррекционных групп может та или иная классификация групп. Возможны три критерия такой классификации: (1) *основная цель группы* (совершенствование личности, развитие навыков, решение личностных жизненных проблем, лечение расстройств); (2) *способы реализации целей группы* (самопомощь, оказание поддержки, психологическое просвещение, анализ группового процесса, клиническая психотерапия); (3) *теоретическое основание группы* (психоанализ, индивидуальная психология, психодрама, экзистенциальная терапия,

клиентоцентрированная терапия, гештальттерапия, транзакционный анализ, поведенческая терапия, рационально-эмоциональная терапия). В этой главе мы обсудим основные принципы работы различных психотерапевтических групп.

Исходя из основной цели, направляющей работу психотерапевтической группы, среди разнообразия существующих групп, можно выделить 3 типа групп.

1. Группы совершенствования личности и обучающие группы (участники – здоровые люди).

2. Группы решения проблем (участники – люди, имеющие жизненные и личностные трудности).

3. Лечебные группы (клиническая психотерапия) (участники – люди с различными психическими расстройствами, проявляющимися в поведении и эмоциональной сфере).

Группы первого типа лучше всего представляют так называемые группы встреч и Т-группы.

Группы встреч.

Это наиболее распространенный тип групп совершенствования личности. Их еще называют группами роста личности. Эти группы возникли и достигли пика распространения и популярности в 60-70-х годах нашего столетия и были важнейшим стимулом движения гуманистической психологии, призывающей к реализации человеческого потенциала. Это движение особо подчеркивало раскрытие потенциальных возможностей человека, спонтанность жизни, преодоление барьеров, мешающих самовыражению и открытости личности в отношениях с другими, искренность в межличностных отношениях. Группы встреч возникли в США, но потом получили распространение во всем мире.

Эти группы предназначены для здоровых людей, стремящихся с помощью группового опыта лучше познать себя, завязать более тесные и искренние отношения с другими людьми, найти и устранить препятствия, мешающие полнее реализовать свои возможности в жизни. В работе группы особенно подчеркивается спонтанность поведения, выражение всех чувств, а также поощряется конфронтация между участниками группы. Процесс группы встреч

развивается в пространстве "здесь и теперь", т.е. обсуждаются появляющиеся в группе отношения, возникающие чувства, непосредственный опыт. Продолжительность групп встреч обычно бывает ограничена несколькими десятками часов.

Т-группы

Это наиболее распространенный вариант обучающих групп. Их еще называют тренинговыми группами, группами тренинга чувствительности (sensitivity training). Группы такого типа возникли под непосредственным влиянием теории групп К.Левина. В этих группах, как и в группах встреч, также не ставятся лечебные цели. Но в отличие от групп встреч в Т-группах акцентируется не столько совершенствование личности (хотя это может быть одним из результатов работы группы), сколько анализ развития группы – что происходит в группе, когда она проходит стадии своего развития. Основной целью участников Т-группы является совершенствование навыков межличностного общения. Они учатся понимать, что с ними происходит в группе, как функционирует сама группа, как участники постепенно могут принять на себя роль ведущего. В качестве отдаленной цели Т-группы указывается стремление перенести приобретенные знания о динамике группы и межличностных отношениях непосредственно в свою жизненную среду.

R.T.Golembiewski и A.Blumberg (1977) выделяют три основные черты Т-групп.

1. Т-группа – это учебная лаборатория. Ее цель – помочь участникам понять, могут ли изменения, происходящие в группе и в них самих, способствовать тому, чтобы они лучше себя чувствовали в общении с другими людьми. Т-группа:

- создает миниатюрную модель общества.
- подчеркивает постоянное стремление искать новые способы поведения;
- помогает участникам понять, *как* учиться.
- создает безопасную атмосферу, благоприятную для обучения.

○ ответственность за то, чему хочется научиться, перелагает на самих участников группы.

2. Обычно в Т-группу приходят с неопределенным желанием стать более чуткими в общении. Т-группа предоставляет возможность узнать, как этому научиться. Участникам показывают, что каждый член группы, помогающий учиться, является учителем.

3. В Т-группе дискутируют только о "здесь и теперь" происходящих процессах. Участникам не рекомендуется говорить о происходившем в прошлом за пределами группы. Важно говорить лишь о том, что происходит в группе в настоящее время и какие чувства это вызывает у участников.

Опыт Т-групп также можно успешно применять в группах решения проблем и в клинических группах.

Группы решения проблем (консультирования)

Их выделение связано с происходящим в последние десятилетия отделением психологического консультирования от психотерапии. В группах консультирования решаются различные психологические проблемы, а психотерапия понимается как лечение эмоциональных и поведенческих нарушений.

В данных группах обсуждаются личные, социально-психологические и профессиональные проблемы. Обычно они организуются в определенных учреждениях, например, в школах, центрах консультирования и т.п. Группы решения проблем отличаются от клинических психотерапевтических групп тем, что в своей работе они не стремятся к структурным изменениям личности, работают с осознанными проблемами, решение которых не требует продолжительного времени (например, года или более). В них ставятся больше профилактические и восстановительные цели. Проблемы, "приносимые" участниками в группы такого рода, чаще всего касаются трудностей в личной или профессиональной жизни, кризисных ситуаций. Многие проблемы такого рода, как правило, имеют межличностный контекст, и группа является идеальным местом для их обсуждения и решения. В группе словно воссоздается жизнь

участников вне ее, так как участники приносят и реализуют в ней стиль своей жизни, и в особенности – стиль общения, попадают в конфликтные ситуации, аналогичные встречающимся в повседневной жизни. Участники группы, реагируя друг на друга, помогают друг другу в контексте группы заново пережить свою реальную жизнь, ошибки общения, конфликты с близкими и значимыми людьми в жизни вне группы. Тем самым в группах решения проблем возникает возможность изменить свое поведение, при поддержке группы и ее терапевта искать новые способы сосуществования с другими людьми.

В литературе описываются группы самопомощи больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, бронхиальной астмой, диабетом, раком, ревматоидным артритом, болезнями пищеварительного тракта, алкоголизмом, СПИДом, эпилепсией, нарушениями приема пищи, психическими болезнями, испытавших сексуальное или иное насилие, ушедших на пенсию, потерявших супруга или ребенка и т.д. В группах самопомощи участники чаще всего обмениваются жизненным опытом, историями своей жизни и, самое главное, стремятся проникнуться проблемами друг друга. Будучи товарищами по несчастью, участники просто говорят о себе, выслушивают друг друга, обмениваются советами. Все это создает атмосферу сочувствия и сопровождается стремлением сообща преодолевать возникающие трудности и проблемы. Особенно важно в группах самопомощи то, что одни и те же люди являются и помощниками, и получателями помощи. Помочь другому – значит помочь и самому себе. Например, анонимные алкоголики говорят, что от возврата к прежней жизни их удерживает именно помощь другим. Некоторые эксперты прогнозируют, что в ближайшем будущем группы самопомощи станут основным способом поддержки психического здоровья (L.E.Tyler, 1980; J.D.Prochaska, J.C.Norcross, 1982).

Тема № 14. Психологический тренинг как форма психокоррекции.

1. Групповая динамика.

Групповая динамика - совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы — образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад и т.д. Иначе говоря, это учение о силах, структуре и процессах, которые действуют в группе. Группа при этом рассматривается как общность людей, характеризующаяся ограниченным числом членов (до 20 человек), непосредственными контактами, распределением ролей и позиций, взаимозависимостью участников, общими целями, ценностями и нормами, а также постоянным составом.

Термин «групповая динамика» используется:

- 1) для обозначения направления в изучении малых групп, основанного на принципах гештальт-психологии;
- 2) для характеристики процессов, происходящих в группе по мере ее развития и изменения;
- 3) для описания причинно-следственных связей, объясняющих эти явления;
- 4) для обозначения совокупности методических приемов, используемых при изучении социальных установок и межличностных отношений в группе.

Термин групповая динамика имеет отношение по крайней мере к трем психологическим дисциплинам. 1) В социальной психологии групповая динамика представляет собой область исследований. Ее предметом является индивид (влияние группы на его чувства, поведение, когнитивные процессы), сама группа (ее влияние как надындивидуального единства на индивида и другие группы), а также интеракция и взаимоотношения между членами группы, группой и другими организациями (институтами). 2) Групповая динамика обозначает также совокупность методических приемов, используемых одновременно для обучения и социально-психологических исследований. В данном случае обучающиеся являются одновременно и участниками, и наблюдателями-исследователями группового процесса. Процесс обучения происходит не только в когнитивной плоскости, но и в форме интенсивного собственного опыта. В этом плане групповая динамика включается в педагогическую психологию. 3) Предметом

групповой динамики как области клинической психологии является теория и технические приемы, направленные на изменение межличностных отношений в группе. Педагогические и клинические аспекты групповой динамики объединяются в настоящее время термином «прикладная групповая динамика».

Кратохвил определяет групповую динамику как совокупность групповых действий и интеракций, характеризующих развитие, или движение, группы во времени, которая является результатом взаимоотношений и взаимодействий членов группы, их деятельности и воздействия внешнего окружения. Хек рассматривает групповую динамику как процесс формирования, структурирования, развития и функционирования группы, который приобретает важное значение для психотерапии.

К характеристикам групповой динамики относятся: цели и задачи группы; нормы группы; структура группы, групповые роли и проблема лидерства; групповая сплоченность; *напряжение в группе*; актуализация прежнего эмоционального опыта (проекция); формирование подгрупп, *фазы развития психотерапевтической группы*.

3. Групповая сплоченность.

Групповая сплоченность понимается как привлекательность группы для ее членов, потребность участия в группе и сотрудничество при решении общих задач, как взаимное тяготение индивидов друг к другу. Групповая сплоченность является необходимым условием действенности и эффективности групповой психотерапии. Она рассматривается также как аналог психотерапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом в процессе *индивидуальной психотерапии*. Кратохвил указывает, что групповой сплоченности содействуют: удовлетворение личных потребностей членов группы, как актуальных, так и потенциальных; цели всей группы, которые находятся в согласии с индивидуальными потребностями; выгоды, которые из этого членства следуют; ожидание несомненной пользы; разного рода симпатии между участниками группы, их взаимное тяготение; мотивированность членов группы; дружеская, располагающая атмосфера; престиж группы; влияние групповой деятельности,

соперничество с другими группами. Формирование сплоченности группы имеет важное значение для психотерапевтического процесса. Члены таких групп более восприимчивы, способны к искреннему проявлению собственных чувств в конструктивной форме (в том числе и негативных). Они готовы к обсуждению групповых конфликтов, несмотря на возникающие напряжение и неприятные переживания, проявляют неподдельную заинтересованность друг в друге и желание помочь.

4. Групповое напряжение.

Групповое напряжение возникает в связи с несовпадением ожиданий участников группы с реальной групповой ситуацией, несовпадением их личных устремлений, необходимостью соизмерять свои потребности, желания, позиции, установки с другими членами группы, обращением к болезненным проблемам и переживаниям. Напряжение может выражаться в агрессивности, злости, раздражении, неприятии, страхе, отчуждении. Однако напряжение в группе играет и позитивную роль как фактор, побуждающий членов группы к активности, к изменениям. Напряжение в группе является следствием внутригрупповых конфликтов, неудовлетворенности или подавления тех или иных потребностей участников группы. Так, например, начало работы психотерапевтической группы, как правило, характеризуется высоким уровнем напряжения, что обусловлено расхождением между ожиданиями пациентов и реальной ситуацией в группе, в частности поведением психотерапевта, который прямо не направляет, не инструктирует и не руководит группой. Возникающее и растущее напряжение побуждает участников группы к активности, обсуждению актуальной групповой ситуации и собственных позиций и ролей. Напряжение в группе связано с внутренним напряжением каждого члена группы и сопровождается самыми разнообразными чувствами и состояниями — тревогой, страхом, подавленностью, враждебностью, агрессивностью и пр. Обычно в ситуациях напряжения пациенты демонстрируют привычные, характерные для их поведения в реальной жизни стереотипы: подавляют свои чувства, пытаются их скрыть, проецируют на других или открыто выражают, что само по себе имеет

важное диагностическое значение и дает материал для дальнейшей психотерапевтической работы. Возникающее в группе напряжение может играть как положительную, так и отрицательную роль. Слишком высокое или слишком длительное напряжение, холодная, неприязненная, враждебная атмосфера, если она не компенсируется групповой сплоченностью и положительными эмоциями, может привести к дезорганизации работы в группе, к уходу отдельных ее участников и даже к распаду группы.

Оптимальный уровень напряжения в группе способствует проявлению и вскрытию групповых и индивидуальных конфликтов и проблем, *конфронтации* и взаимной критике, предоставляя группе уникальный материал для эффективной работы и собственно психотерапии, что, в конечном счете, приводит к позитивным изменениям у участников группы. Кратохвил (Kratochvil S., 1976), указывая положительные функции напряжения в группе, отмечает, что оно полезно и необходимо:

- 1) как движущая сила, импульс, постоянно стимулирующий усилия изменить свое теперешнее состояние;
- 2) как фактор, поддерживающий ориентацию проводимого в группе обсуждения отрицательных переживаний и чувств;
- 3) как фактор, активизирующий проявление непривычных стереотипов поведения.

Уровень напряжения в группе должен контролироваться тренером, который иногда использует соответствующие приемы для усиления или ослабления напряжения в группе. Причины возникновения напряжения в группе, способы разрешения подобных ситуаций являются важными темами *групповой дискуссии*.

В целом напряжение в группе играет положительную роль, если поддерживается его оптимальный уровень, а также динамическое равновесие между групповым напряжением и групповой сплоченностью.

Тема № 15. Гештальт-терапия как метод оказания психологической помощи.

1. Исторический очерк.

Гештальт-терапия - метод, созданный американским психологом и психотерапевтом *Перлсом* под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, *психоанализа* и, в частности, теории Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость *осознания* пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход Г.-т. противопоставляется каузальному — традиционному — подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

2. Основные положения учения Ф. Перлса.

Ф. Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое «Я», реализовывать свои потребности, склонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего «Я», направляющий все свои усилия на реализацию «Я»-концепции, создаваемой для него другими людьми — прежде всего близкими — и которую он со временем начинает принимать за свое

истинное «Я». Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

3. Основные понятия и процедуры в работе гештальт-групп.

В процессе гештальт-терапии на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называет уровнями невроза:

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего «Я». Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: "Я Авраам Линкольн", а больной неврозом: "Я хочу быть Авраамом Линкольном", здоровый человек говорит: "Я — это я, а ты — это ты"». Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень — фобический, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренно, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статус-кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного

количества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Перлс описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Основными принципами являются следующие.

1. Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас».

2. Принцип «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены *психотерапевтической группы* направляют не по адресу — конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.

3. Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заменять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на

субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не как пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи.

4. Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от *вербализаций* и *интерпретаций*, одно из центральных понятий Г.-т. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные. Наиболее известными являются следующие игры.

1. Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблюдается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности — между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой, страхом), и с отдельными частями или органами собственного тела, и с воображаемым значимым для пациента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с различными частями своей личности.

2. Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например выяснить, как его

оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

3. Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся гештальт-терапия сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приема пустого стула высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-психотерапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»

4. Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», т. е. примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

5. Выявление противоположного (реверсия). Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль, противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предлагается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других женщины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

6. Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «Старый, заброшенный магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Тема № 16. Бихевиорально-когнитивное направление в психологии.

1. Современное состояние и перспективы бихевиорально-когнитивной терапии.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия (моделирование поведения) является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

Моделирование поведения — метод, легкоприменимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, которые не хотели бы именоваться «пациентами». Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Кроме того, многие приемы когнитивно-бихевиоральной психотерапии представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние

когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется потому, что нарушения эмоций и поведения нередко зависят от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниций» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Когнитивно-бихевиоральной психотерапии нашла широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

2. Исторический аспект.

Первый опыт применения поведенческой терапии основывался на теоретических положениях *И. П. Павлова (классическое обусловливание)* и *Б. Скиннера (оперантное обусловливание)*.

По мере того как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало выясняться, что ряд проблем пациентов гораздо сложнее, чем сообщалось в прежних публикациях. Публикация статьи «Психотерапия как процесс научения» в 1961 г. Бандурой и его последующие работы были событием для психотерапевтов, ищущих более интегративные подходы. Бандура представил в них теоретические обобщения механизмов оперантного и классического научения и одновременно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведения.

Модель обусловливания человеческого поведения уступила дорогу теории, основанной на когнитивных процессах. Эта тенденция была очевидной в реинтерпретации *систематической десенсибилизации* Вольпе как противообусловливающей техники с точки зрения таких когнитивных процессов, как ожидание, копинг-стратегия и воображение, что привело к подобным

специфическим направлениям терапии, как скрытое моделирование, *тренинг* навыков и умений. В настоящее время существует по меньшей мере 10 направлений психотерапии, делающих акцент на *когнитивном научении* и подчеркивающих значение того или иного когнитивного компонента. Приведем их общие принципы.

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации.

2. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это требует функционального анализа, т. е. детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия использует достижения, методы и техники классического и оперантного научения по моделям, когнитивного научения и саморегуляции поведения.

4. Поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства и их следствия — с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптивного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли.

5. Лечение активно вовлекает пациента и семью. Единицей анализа в когнитивно-бихевиоральной психотерапии в настоящее время являются примеры отношений в семье и общие для членов семьи системы *убеждений*. Более того, когнитивно-бихевиоральная психотерапия также заинтересовалась тем, как принадлежность к определенным социальным и культурным группам влияет на системы убеждений и поведение пациента, включает практику альтернативного

поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу *подкреплений*, ведение записей и дневников, т. е. методика психотерапии структурирована.

6. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения.

3. Основные методологические приемы и принципы бихевиорально-когнитивной психотерапии.

Цели когнитивно-бихевиоральной психотерапии представляются следующим образом:

- 1) проведение функционального поведенческого анализа;
- 2) изменение представлений о себе;
- 3) коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок;
- 4) развитие компетентности в социальном функционировании.

В работе над типичной проблемой необходимо задать пациенту серию вопросов для прояснения имеющихся трудностей: правильно ли пациент оценивает события? Являются ли ожидания пациента реалистичными? Не основана ли точка зрения пациента на ложных выводах? Адекватно ли в этой ситуации поведение пациента? Есть ли на самом деле проблема? Сумел ли пациент найти все возможные решения? Таким образом, вопросы позволяют построить психотерапевту когнитивно-поведенческую концепцию, из-за чего пациент испытывает трудности в той или иной области. В ходе интервью, в конечном счете, задача психотерапевта состоит в выборе одной или двух ключевых мыслей, установок, поведения для психотерапевтического вмешательства. Первые сеансы обычно нацелены на присоединение к пациенту, идентификацию проблемы, преодоление беспомощности, выбор приоритетного направления, обнаружение связи между иррациональным убеждением и эмоцией, выяснение ошибок в мышлении, определение зон возможного изменения, включение пациента в когнитивно-поведенческий подход.

Задача когнитивно-поведенческого психотерапевта — сделать пациента активным участником процесса на всех его этапах. Одна из фундаментальных

задач когнитивно-бихевиоральной психотерапии — установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом.

Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и действия. По контрасту со строгими когнитивными приемами поведенческие процедуры нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать.

Наиболее известными являются следующие поведенческие и когнитивные приемы: *методика наводнения*; имплозия; парадоксальная интенция; *методика вызванного гнева*; метод «стоп-кран»; использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов *релаксации* одновременно; тренинг уверенного поведения; методы самоконтроля; самонаблюдение; прием шкалирования; исследование угрожающих последствий (декатастрофизация); преимущества и недостатки; опрос свидетельских показаний; исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий; парадоксальные приемы и др.

Тема № 17. Трансакционный анализ.

1. Основные понятия.

Создателем трансакционного анализа является американский психиатр Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

2. Структура анализа.

Трансакционный анализ включает в себя:

- 1) структурный анализ — анализ структуры личности;
- 2) анализ транзакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми;
- 3) анализ психологических игр — скрытых транзакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу);
- 4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний «Я»: Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчеркивается, что Я-состояния — это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией. Родитель — это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации. С одной стороны, это набор полезных, проверенных временем правил, с другой — вместилище предрассудков и предубеждений. Родитель может выступать в виде Контролирующего Родителя (запреты, санкции) и Заботящегося Родителя (советы, поддержка, опека). Диагностировать состояние Родителя можно по таким высказываниям, как «я должен», «мне нельзя». К другим вербальным характеристикам относятся поучающие, оценивающие, поддерживающие или критические замечания типа «всегда», «никогда», «прекрати это», «ни за что на свете», «итак, запомни», «сколько раз я тебе говорил», «я бы на твоём месте», «милый мой», «бедняжка», «какой вздор». Физическим признаком Родителя является нахмуренный лоб, поджатые губы, качание головой, «грозный вид», «указующий перст» руки, постукивание ногой, руки на бедрах, руки, скрещенные на груди, вздохи, поглаживания другого по голове и т. п.

Ребенок — это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую

увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придает человеку обаяние и теплоту. Однако Естественный Ребенок не только обаятелен, но и капризен, обидчив, легкомыслен, снисходителен к себе, эгоцентричен, упрям и агрессивен. Адаптированный Ребенок — это та часть личности, которая, желая быть принятой родителями и боясь отвержения, не позволяет себе поведения, не соответствующего их ожиданиям и требованиям. Для Адаптированного Ребенка характерна повышенная конформность, неуверенность, особенно при общении со значимыми лицами, робость, стыдливость. Разновидностью Адаптированного Ребенка является Бунтующий (против Родителя) Ребенок, иррационально отрицающий авторитеты, нормы, нарушающий дисциплину.

Ребенок диагностируется в транзакционном анализе на основании высказываний, выражающих чувства, желания, опасения: «я хочу», «я не хочу», «я боюсь», «меня злит», «я ненавижу», «мне все равно», «какое мне дело». К невербальным характеристикам относятся дрожащие губы, слезы, «надутый вид», потупленный взор, хныкающий голос, пожимание плечами, размахивание руками, выражение восторга.

Взрослое Я-состояние — это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения. Если Родитель — это преподанная концепция жизни, а Ребенок — концепция жизни через чувства, то Взрослый — это концепция жизни через мышление, основанная на сборе и обработке информации.

Анализируя эту информацию, Взрослый решает, какое поведение наиболее соответствует данным обстоятельствам, от каких стереотипов необходимо отказаться, а какие желательно включить. Так, на вечеринке уместно поведение, диктуемое Детским Я-состоянием, а неуместно морализирование Родителя на тему аскетического образа жизни. Именно в этом ключе необходимо понимать девиз транзакционного анализа: «Будь всегда Взрослым». К Взрослому пациенту обращается психотерапевт в процессе работы с ним.

При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые транзакции. Дополнительными называются транзакции, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям.

Примером транзакции «Взрослый—Взрослый» может служить беспристрастный разговор с целью получить информацию: «Вы не слышали, какая погода ожидается завтра?» — «Обещают дождь». Типичный разговор между двумя Родителями, обремененными предрассудками, звучит примерно так: «Нынешняя молодежь думает только о развлечениях». — «Еще бы! Ведь они живут на всем готовом!». Взаимодействие «Родитель—Ребенок» может быть проиллюстрировано следующим диалогом между супругами: «Что-то мне нездоровится сегодня. Кажется, у меня температура». — «Тогда ложись в постель, я приготовлю тебе чай с лимоном и дам аспирин».

Конфликтогенной способностью обладают перекрестные транзакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее состояние «Я». Классическим является пример Берна «Запонки». Муж не может найти запонки и спрашивает у жены: «Ты не знаешь, где мои запонки?». Это вопрос Взрослого, ждущего информации, и параллельный дополнительный ответ был бы таким: «Посмотри в верхнем ящике гардероба». Однако если у жены тяжелый день, то она может сказать: «Куда положил, там и возьми». Стимул исходит от Взрослого, но жена вернула ответ от Родителя. Стимул и реакция пересеклись. Коммуникация прекращается: муж и жена больше не могут говорить о запонках, сначала они должны выяснить, почему он никогда не кладет вещи на свои места. Если бы ответ жены исходил от Ребенка («Вечно я у тебя во всем виновата!»), образовался бы тот же тупик. Такие перекрестные транзакции начинаются взаимными упреками, колкими репликами и заканчиваются хлопаньем дверью и громким выкриком: «Это все из-за тебя!» (название одной из психологических игр, описанных Берном).

Скрытые транзакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух состояний «Я», так как сообщение в них маскируется под социально

приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Когда продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: «Это наша самая великолепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для вас», то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: «Да, вы правы, учитывая то, сколько я получаю». В то же время Ребенок может ответить: «Я беру ее — это как раз то, что я хочу». Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

4. Основные игры, в которые играют люди.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор транзакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «любимыми» и которые он «коллекционирует». Например, в игре «Ударь меня» один из участников пытается вызвать у своего партнера неуважительную к себе реакцию. В книге Берна «Игры, в которые играют люди» (1964) описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского состояния «Я», когда повторяют игру родителей; из Взрослого Я-состояния, когда они сознательно рассчитаны; из Детского Я-состояния, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

5. Жизненный сценарий.

Сценарий — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через транзакции, происходящие между родителями и ребенком. Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Осознав свои позиции и игры, личность может понять свой жизненный

сценарий. Анализ его является основной целью транзакционного анализа. По Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. Первоначально сценарий пишется невербально (позиции, принимаемые в детстве — «я о'кей», «я не о'кей», — записываются невербально), затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться к общему жизненному плану («ты станешь знаменитым», «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»), а могут касаться различных сторон жизни человека: ребенку предписывается профессиональный сценарий («ты настоящий артист»), сценарий относительно своего пола и женитьбы-замужества («ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной», «не рассчитывай со своими данными выйти замуж»), относительно образования, религии, спорта, увлечений и т. п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть конструктивными, деструктивными (в крайних случаях — ведущими к самоубийству) и непродуктивными. По Берну, в каждом ребенке скрывается «принц» или «принцесса», но уже в самом начале жизни некоторые дети получают от значимых для них людей сообщения, содержащие в той или иной форме пренебрежение, что и вынуждает детей действовать ниже своих реальных способностей. Они становятся «лягушками», вместо того чтобы быть «принцами», которыми рождены («принц» и «лягушка» — аналогии, взятые Берном из сказки о «Царевне-лягушке»).

Тема № 18. Телесно-ориентированная психотерапия.

Основные подходы к работе с телом.

Телесно-ориентированная психотерапия - неоднозначно понимаемое направление психотерапии, целью которого является изменение психического функционирования человека с помощью ориентированных на тело методических приемов.

Отсутствие стройной теории, четкого понимания особенностей воздействия и принципов применения телесно-ориентированных техник приводит к необоснованному расширению границ телесно-ориентированной психотерапии.

В настоящее время описаны, по меньшей мере, 15 различных подходов, определяемых как «работа с телом». Некоторые из них являются чисто психотерапевтическими по своей сущности, а другие более точно определены как методы терапии, главной целью которых является телесное здоровье. Широко распространена практика комбинированных методов, таких как рольфинг, *биоэнергетика* и *гештальт-терапия*; методов Александра, метода Фельденкрайза и гештальт-терапии (метод); *гипноза*, прикладной кинезиологии; *первичной терапии Янова*, терапии Райха и гештальт-терапии.

Наиболее известными видами телесно-ориентированной психотерапии являются *характерологический анализ Райха*, *биоэнергетический анализ Лоуэна*, концепция телесного осознания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александра, метод чувственного сознания Селвер и Брукс, *структурная интеграция Рольфа* и др.

Менее известны в нашей стране техники биосинтеза, бондинга, метода Розен, техника «танатотерапии» Баскакова.

Телесно-ориентированная психотерапия возникла на основе практического опыта и многолетних наблюдений взаимосвязи духовного и телесного в функционировании организма. Она в большей степени, чем другие направления психотерапии, придерживается холистического подхода, необходимость в развитии которого постоянно возрастает. Преодоление дуализма тела и разума и возвращение к целостной личности ведет к глубоким изменениям понимания поведения человека.

Существующие в настоящее время методы телесно-ориентированной психотерапии отвечают всем требованиям целостного подхода: для них человек — единое функционирующее целое, сплав тела и психики, в котором изменения в одной области сопровождаются изменениями в другой. Их объединяет стремление вернуть человеку ощущение целостности, научить его не только

осознаванию вытесненной информации, но и переживанию в настоящий момент единства тела и психики, целостности всего организма. Все методы телесно-ориентированной психотерапии направлены, в той или иной степени, на обеспечение условий, в которых пациент сможет пережить свой опыт как взаимосвязь психического и телесного, принять себя в этом качестве, тем самым получив возможность для улучшения своего функционирования.

Характерологический анализ В. Райха.

Одним из наиболее известных методов телесно-ориентированной психотерапии является анализ характера и практика вегетотерапии Райха. Райх был первым аналитиком, интерпретировавшим природу и функции характера в работе с пациентами. Он подчеркивал важность обращения внимания на физические аспекты характера индивидуума, в особенности на хронические мускульные зажимы, названные им «мышечным панцирем». Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта. По его мнению, хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. «Мышечный панцирь» не дает человеку возможности переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств.

Он выделял семь сегментов «мышечного панциря», охватывающего тело:

- 1) область глаз,
- 2) рот и челюсть,
- 3) шея,
- 4) грудь,
- 5) диафрагма,
- 6) живот,
- 7) таз.

Райх обнаружил, что расслабление «мышечного панциря» освобождает значительную либидинозную энергию и помогает процессу *психоанализа*. Райх разработал специальную терапевтическую методику, позволяющую снижать

хроническое напряжение определенных групп мышц и, таким образом, вызывать высвобождение эмоций, которые этим напряжением сдерживались. Он анализировал в деталях позу пациента и его физические привычки, чтобы дать пациентам возможность осознать, как они подавляют жизненные чувства в различных частях тела.

Биоэнергетический анализ Лоуэна.

Биоэнергетика Лоуэна центрирована на роли тела в анализе характера, включает методику дыхания Райха, многие из его техник эмоционального раскрепощения. Сохраняя приближенную к современному психоанализу методику, психологическая работа в биоэнергетике использует прикосновение и давление на напряженные мышцы на фоне глубокого дыхания в специальных позициях, способствуя расширению осознания тела, развитию спонтанной экспрессии, помогая психофизической интеграции организма. Вместе с тем биоэнергетическая терапия по Лоуэну значительно отличается от терапии Райха. Например, Лоуэн не стремится к последовательному — от головы до пят — расслаблению блоков мышечного панциря. Он, более других преуспевший в преодолении свойственного психоанализу неприятия прямых физических контактов с пациентом, гораздо реже прибегает к мануальному воздействию на тело.

По Лоуэну, причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавление чувств, которое сопровождается хроническими мышечными напряжениями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению функционирования личности. Лоуэн утверждает, что игнорирование и непонимание собственных чувств приводит к заболеваниям и что ощущения, которые испытывает человек от собственного тела, служат ключом к пониманию своего эмоционального состояния. Через раскрепощение тела человек обретает свободу от мышечного напряжения, сопровождающегося свободной циркуляцией жизненной энергии, что, по мнению Лоуэна, ведет к глубинным личностным изменениям пациентов. Зрелая личность в состоянии в равной степени как контролировать выражение

своих чувств, так и отключать *самоконтроль*, отдаваясь потоку спонтанности. Она имеет доступ в равной степени как к неприятным чувствам страха, боли, злости или отчаяния, так и к приносящим удовольствие сексуальным переживаниям, радости, любви. Лоуэн считает, что отношение человека к жизни и его поведение отражается в телосложении, позах, жестах, что между физическими параметрами человека и складом его характера и личности имеется тесная связь. Он выделил пять типов человеческого характера, основываясь на его психических и физических проявлениях: «шизоидный», «оральный», «психопатический», «мазохистический» и «ригидный» типы.

Основными приемами биоэнергетики выступают различные манипуляции с мышечными фасциями, дыхательная гимнастика, техники эмоционального раскрепощения, напряженные позы для энергетизации заблокированных частей тела («арка Лоуэна», «тазовая арка»), активные двигательные упражнения, вербальные способы высвобождения эмоций, различные варианты физического контакта членов терапевтической группы и др. Такие контакты помогают оказать поддержку членам группы.

Метод Александера.

На метод Александера часто смотрят как на технику коррекции осанки и привычных поз, но это только небольшая часть того, что он представляет на самом деле. В действительности это системный подход, направленный на более глубокое осознание самого себя, метод, стремящийся вернуть организму утраченное психофизическое единство. По Александеру, вся деятельность человека зависит от его способности управлять телом. Имеется много альтернативных возможностей для этого, но в каждой ситуации есть лишь один путь, обеспечивающий наилучший способ функционирования и способствующий более быстрому достижению результата. Александер считал, что способ функционирования организма, приводящий к болезням, вызывается неправильным (неэффективным) использованием мышц тела, которое осуществляется посредством преодоления мышечного напряжения. Он предлагал вместо привычных способов выполнения движений создавать новые, которые

помогут улучшить использование собственного тела, тем самым способствуя оздоровлению организма. По убеждению Александера, люди, страдающие неврозом, всегда «зажаты», для них характерно неравномерно распределенное напряжение мышц (дистония) и плохая осанка. Он утверждал, что неврозы «...вызываются не мыслями, а дистоническими реакциями тела на мысли...», что психотерапия без учета мышечных реакций не может привести к успеху и необходимо уделять внимание не столько исследованию причин душевных травм, сколько созданию новой системы управления мышцами.

Большое значение Александер уделял взаимоотношениям между головой и шеей. «Первичный контроль» — описывающий взаимосвязь головы, шеи и тела — главный рефлекс, контролирующий все другие рефлексы, включая координацию и сбалансированное управление телом. Он считал, что вследствие зажима шейных мышц и отклонения головы назад страдает не только естественная координация движений человека, но и нарушается механизм возврата к нормальному состоянию равновесия после движения. В процессе обучения методу Александера человек должен уяснить, при каких обстоятельствах у него возникает неадекватная напряженность мышц, научиться сознательно тормозить любую рефлекторную попытку произвести соответствующее команде движение, при помощи осознанного мышления снять напряжение мышц.

Телесное осознание Фельденкрайза.

В отличие от Александера, Фельденкрайз больше внимания уделял осознанию, считая, что только «осознание делает действие соответствующим намерению». Фельденкрайз внес существенный вклад в разработку теории образа действия и создал свой метод, посвященный проблеме целостного подхода к функционированию организма.

По мнению Фельденкрайза, в процессе деятельности совершается много лишних, случайных движений, которые препятствуют «целевому действию»; в результате выполняется некоторое действие и противоположное ему в одно и то же время. Это происходит в связи с тем, что человек осознает лишь свои мотивы

и результат действия, а сам процесс последнего остается неосознанным. Фельденкрайз считал мышечное движение важнейшей составной частью действий человека и пытался изменить поведение, обучая новому способу управления телом. Согласно Фельденкрайзу, чтобы изменить поведение человека, необходимо изменить образ себя, который нам присущ, а это требует изменения динамики реакций, природы мотивации и мобилизации всех частей тела, которые затронуты данным действием. Цель разработанных Фельденкрайзом упражнений состоит в том, чтобы создать способность двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности благодаря осознанию своих действий.

Тема № 19. Музыкаотерапия.

1. Основные направления и формы воздействия на организм.

Музыкаотерапия - психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.

Лечебное действие музыки на организм человека известно с древних времен. Первые попытки научного объяснения этого феномена относятся к XVII в., а широкие экспериментальные исследования — к XIX в. Большое значение музыке в системе лечения психически больных придавали С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев и другие известные русские ученые. Подробный обзор литературы, посвященной различным аспектам М., представлен в работах Л. С. Брусиловского (1971), В. Ю. Завьялова (1995), Швабе (Schwabe Ch., 1974), Галинской (Galinska E., 1977) и др.

Выделяют 4 основных направления лечебного действия музыкотерапии: эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; развитие навыков межличностного общения (коммуникативных функций и способностей); регулирующее влияние на психовегетативные процессы; повышение эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия музыкотерапии указывают: *катарсис*, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение *осознания* собственных переживаний, *конфронтацию* с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение

новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: активной и рецептивной. Активная музыкотерапия представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью человеческого голоса и выбранных музыкальных инструментов. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь рецептивная музыкотерапия существует в трех формах: коммуникативной (совместное прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия), реактивной (направленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей снижению нервно-психического напряжения).

2. Применение в групповой психотерапии. Процедуры построения занятий.

При *групповой психотерапии* музыкотерапия применяется довольно широко. Чаще всего в лечебной практике используется рецептивная музыкотерапия с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациенты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации, фантазии (часто проективного характера), возникающие у них в ходе прослушивания. На одном занятии прослушивают, как правило, 3 произведения или более-менее законченных отрывка (каждый по 10-15 минут). Программы музыкальных произведений строятся на основе постепенного изменения настроения, динамики и темпа с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение должно формировать определенную атмосферу для всего занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вводить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся расслабляющим действием. Второе произведение — динамичное, драматическое, напряженное, несет основную нагрузку, его функция

заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни пациента. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени для обсуждения переживаний, воспоминаний, мыслей, ассоциаций, возникающих у пациентов. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть спокойным, релаксирующим либо, напротив, энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии.

В процессе групповой психотерапии активность пациентов может стимулироваться с помощью различных дополнительных заданий, например: постараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки подобрать собственный «музыкальный портрет», т. е. произведение, отражающее эмоциональное состояние кого-либо из членов группы.

При групповой психотерапии используется и активный вариант музыкотерапии. Он требует наличия простейших музыкальных инструментов. Пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помощью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной музыкотерапии может рассматриваться хоровое пение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом также имеет лечебный эффект, способствуя созданию доверительной, теплой атмосферы.

Тема № 20. Арттерапевтическая коррекция.

Термин «арттерапия» (art — искусство, arttherapy (буквально) — терапия искусством) особенно распространен в странах с англоязычным населением и означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние больного. В отечественной психотерапевтической литературе используются также термины «изотерапия» или «художественная терапия», однако они не тождественны англоязычному аналогу и несколько сужают его смысл.

В арттерапии пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а также творческого самовыражения — с другой. В настоящее время в арттерапию включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

2. Направления в применении арттерапии.

Арттерапия — сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов. Поэтому не существует общепризнанной ее классификации. Крадохвил разделяет арттерапию на сублимационную, деятельную и проективную. Дельфино-Бейли выделяет 4 основных направления в применении арттерапии:

1) Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и *интерпретации* пациентом (пассивная арттерапия).

2) Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная арттерапия).

3) Одновременное использование первого и второго принципов.

4) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

1. Механизмы коррекционного воздействия.

Классификация, приводимая в книге Р. Б. Хайкина (1992) «Художественное творчество глазами врача», включает несколько уровней лечебного действия и адаптации в случае применения арттерапии.

1) Социально-личностный уровень адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

2) Личностно-ассоциативный уровень адаптации: облегчение, компенсация достигаются за счет не столько эстетического действия, сколько вследствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.

3) Ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации: лечебное действие арттерапии достигается подключением интеллектуальных операций (проекция, обсуждение и *осознание* конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к психопатологическим переживаниям, не требующим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простейшем проективном представлении проблем.

4) Преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творчества — арттерапия рассматривается упрощенно, как один из видов занятости, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отличающийся от других аналогичных методов.

5) Физиологический уровень адаптации: учитывается физическое, физиологическое, координационно-кинетическое влияние пластического изобразительного творчества на организм и психику.

Каждый из элементов классификации допускает использование искусства и в экспрессивном творческом варианте, когда творят сами больные, и в

импрессивном, когда используется восприятие уже готовых произведений изобразительного творчества.

По мнению Маслоу, основным источником человеческой деятельности является непрерывное стремление к *самоактуализации* и самовыражению. У больных неврозами эта потребность заблокирована, и искусство может быть одним из способов ее восстановления. Говоря о способах, ведущих к самоактуализации, Маслоу указывает на мгновения высшего переживания красоты и экстаза. Задача психотерапевта — помочь людям ощутить эти мгновения, создать условия для их возникновения, помочь пациенту высвободить подавленное, познавать собственное «Я». Сдерживание творческой силы является причиной неврозов, и смысл психотерапии — в ее высвобождении, поэтому стимуляция творчества может служить и психопрофилактическим средством.

С позиции адаптации А. расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующий общей гармонизации личности.

Другими механизмами лечебного действия арттерапии являются отреагирование и сублимация. Художественная сублимация возникает, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, художественно-образным представлением. Как полагают сторонники этой концепции, творчество как одна из форм сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать в искусстве различные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность и т. п.). Таким образом снижается опасность внешних проявлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельности. Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а врачу обеспечивает прямой доступ к бессознательному.

Фантазии, которые изображены на бумаге или выполнены в глине, нередко ускоряют и облегчают *вербализацию* переживаний. В процессе работы ликвидируется или снижается защита, которая есть при вербальном, привычном контакте, поэтому в результате арттерапии больной правильнее и реальнее оценивает свои нарушения и ощущения окружающего мира. Рисование, как и сновидение, снимает барьер «эго-цензуры», затрудняющий словесное выражение бессознательных конфликтных элементов.

Физическое и физиологическое влияние арттерапии заключается в том, что изобразительное творчество способствует улучшению координации, восстановлению и более тонкому дифференцированию идеомоторных актов. Нельзя недооценивать также непосредственное воздействие на организм цвета, линий, формы.

Показания и противопоказания к применению метода арттерапии.

Показания к арттерапии достаточно широки, тем более что ее применение может «дозироваться» от относительно «поверхностной занятости» до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Арттерапию можно использовать как седативное (успокаивающее) средство при психомоторном возбуждении и агрессивных тенденциях; она может выполнять функции отвлечения и занятости; способна при социальной дезадаптации облегчить контакт и помогать выявлять скрытые переживания; выполнять активизирующие и адаптивные функции; оказывать и расслабляющее действие.

Что касается противопоказаний, то здесь может идти речь о состояниях, не позволяющих больному определенное время усидеть за рабочим столом, или когда больной мешает другим. Самыми трудными для психотерапевта являются больные с выраженным психомоторным или маниакальным возбуждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте действия. Также противопоказанием являются нарушения сознания и тяжелые депрессивные расстройства с уходом в себя.

Арттерапию можно проводить с одним пациентом, с супругами, со всей семьей, в группе и коллективе. Место занятий должно быть хорошо освещенным

и таким, чтобы участники могли свободно передвигаться. Функции арттерапевта достаточно сложны и меняются в зависимости от ситуации. Ему необходимо владеть определенными навыками художественного и декоративно-прикладного искусства, так как при проведении арттерапии приходится не только рассказывать, но и показывать технические приемы художественного творчества.

Основные этапы арттерапевтического процесса.

Группы обычно состоят из 8-10 человек. Активное участие в арттерапии является обязательным условием для всех членов группы. Начало групповой работы обязательно предваряется специальной беседой, в которой разъясняется смысл арттерапии для функционирования группы и демонстрируются работы участников предыдущих групп. Кроме того, на первых занятиях могут проводиться творческие игры, направленные на возобновление знакомства с изобразительными материалами, снижение напряжения. Постепенно процесс арттерапии перестает быть проблемой, исчезает страх, уменьшаются возражения, связанные с трудностью изображения, и в центре внимания оказывается не само произведение, а его автор. Начинается аналитическое обсуждение, связываемое с личностью автора, у больных возникают предположения по задаваемым темам, серьезные и обобщающие оценки, эмоции.

Обсуждение работ происходит непосредственно после окончания рисования, лепки, изготовления поделок. Дискуссия начинается с предложения арттерапевта вдуматься, вчувствоваться в рисунок, изделие, чтобы понять, что говорит этим автор. Арттерапевт может подключиться к обсуждению на общих правах, но предпочтительно это делать, особенно вначале, в форме вопросов к интерпретирующим, так как интерпретации арттерапевта воспринимаются остальными членами группы с ожиданием его «всезнания» и могут сковывать, тормозить инициативу группы. Задачей арттерапевта при обсуждении является стимуляция дискуссии и использование информации, возникающей в ходе занятия не только из законченных работ, но и из особенностей поведения членов группы.

Тема № 21. Сказкотерапия как метод психокоррекции.

Идея использования сказки в работе психологов с клиентами не является новой. Ее с успехом используют для диагностики и коррекции в индивидуальной работе с клиентами. Особенность представляемого метода заключается в том, что он позволяет обследовать одновременно *пару людей*, сделать выводы о динамике их отношений и личности каждого. Используемая *процедура* предельно проста: испытуемым дается стандартная проективная инструкция: «Сочините вместе сказку», — никаких наводящих комментариев. Сочиняемый текст и особенности процесса взаимодействия партнеров заносятся в протокол. Соответственно, диагностическую информацию можно получать из двух источников:

1. Непосредственно из содержания сказки (сочиненный текст).
2. Из характера межличностного взаимодействия испытуемых в процессе сочинения.

В обоснование можно сказать следующее. В ходе сочинения сказки двумя людьми возникают индивидуальные проекции рассказчиков (в сказке находят отражение смысловые образования клиентов), но в большей степени актуализируется именно межличностная проекция (совместное семантическое пространство), так как люди, оказавшись вместе и занимаясь общим делом, невольно взаимодействуют так же, как это они делают в большинстве других ситуаций. Характер их отношений переводится на метафорический язык сказки — в сюжет вводятся типичные формы поведения и те затруднения, которые свойственны для данной диады в обыденной жизни. Сказка выступает как своеобразный экран, на который рассказчики проецируют свои отношения. Но экраном служит не только текст, но и сама ситуация совместной работы: то, как они общаются друг с другом в повседневной жизни, отражается на процедуре совместного сочинения сказки.

Если люди находятся в противоречиях, часто конфликтуют, то, вероятно, во время сочинения сказки они будут вводить конфликтующих персонажей (например, герой — антагонист). При этом каждый партнер будет пытаться положить в основу сказки именно свой сюжет, они могут начать спорить о том,

что должно последовать дальше. Например, один говорит, что царь, овдовев, жил в одиночестве до конца дней своих и тосковал по умершей супруге; другой может в противовес выдвинуть то, что ему кажется наиболее подходящим, предположим, что царь погоревал-погоревал и женился на другой. Это может свидетельствовать не только о различии в целях между партнерами, но и о борьбе за право постановки общих целей. В жизни партнеры могут наивно полагать, что у них общие цели. Например, супруги живут вместе, как им кажется, потому что хотят иметь много детей и внуков, крепкую, счастливую семью до конца жизни. На самом деле, один из них может действительно преследовать эти цели, а другой — прямо противоположные: жить дома в спокойствии («Мой дом — моя крепость»), которому дети являются настоящей помехой. Причем нельзя упрекнуть пару в лицемерии, поскольку они могут не осознавать своих жизненных целей. И наоборот, если люди в повседневной жизни находят взаимопонимание, согласие, то, вероятно, сочиняя сказку, партнеры будут легче и быстрее строить сюжет, дополняя и подтверждая сказанное друг другом. Кроме того, чем более близки отношения в диаде, тем более эмоционально и событийно насыщенной будет сочиненная сказка, и тем больше информации о диаде можно извлечь из нее.

Анализ текста мы производим по следующей схеме:

1. Тема — то, о чем сказка. Это могут быть: дружба, любовь, испытание и т.д. По выбранной теме можно судить, что для данной диады является наиболее значимым.

2. Роли — то, с какими персонажами из сказки идентифицируются рассказчики. Какие еще персонажи введены в сказку и кому из реальной жизни они соответствуют.

3. Инициатива — начальный момент в осуществлении управления процессом взаимодействия со стороны одного из партнеров, обозначение его ведущей или направляющей роли.

4. Дистанция — межличностное расстояние, определяющееся количеством преград, стоящих на пути сближения людей. Преграды бывают внешние и

внутренние. На наличие межличностной дистанции указывают различные признаки. Например, паузы в речи, ничем не обоснованный перевод разговора на другую тему, обилие физических преград и т.д.

5. Пристройка — обозначает вертикальную составляющую психологического пространства взаимодействия. Пристройка может быть сверху, снизу и на равных. Пристройка *сверху* — это стремление доминировать. Может выражаться в поучениях, осуждениях, высокомерных и покровительственных интонациях, взглядах сверху вниз и т.д. Пристройка *снизу* может выражаться в просьбах, извинениях, оправданиях, наклонах корпуса в сторону партнера и т.д. Пристройка *на равных* — это отсутствие пристроек сверху и снизу. Выражается в стремлении к сотрудничеству, повествовательных интонациях, вопросах и т.д.

6. Преобладающие эмоции указывают на то, что чувствует каждый из диады по отношению друг к другу.

7. Цели, которые преследуют персонажи, информируют о том, к чему тот или иной человек стремится, чего добивается.

8. Типичные формы поведения дают информацию о том, как преимущественно ведут себя партнеры в проблемной ситуации или при достижении целей.

9. Затруднения — состояния, вызванное наличием препятствия в достижении цели.

10. Стратегии — способы достижения целей и совладания с трудностями.

Тема №22 Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями

Вне зависимости от уровня развития и медицинского диагноза основной психологической потребностью каждого ребенка является взаимодействие с постоянным, социально-отзывчивым взрослым. Впитывая и проживая все многообразие материнского поведения, ребенок откладывает в копилку представлений о себе те нити и краски отношений, из которых создается образ себя, достойного или недостойного любви.

Если в семье появился ребенок с особенностями в развитии, главное то, что появился ребенок. Если родители стали родителями ребенка с особенностями в

развитии, главное то, что они стали родителями.

Когда в семье рождается ребенок с особыми потребностями - тот, кого обычно раньше называли инвалидом, благополучие взаимодействия с ним близких взрослых подвергается серьезному испытанию, хотя со временем между ребенком и родителями развиваются отношения любви и привязанности. Первоначально нарушение развития у ребенка вызывает у членов семьи шок, переживание горя, амбивалентное отношение к малышу, отвержение. Боль и чувство вины, гнев и разочарование, временная потеря контроля над реальностью зачастую в буквальном смысле держат всю семью в плену: многие семьи переживают изоляцию, остаются наедине со своим горем, никому не показывают слез, в самих себе ищут силы справиться с кризисом.

Диагноз или нарушение развития ребенка является источником стресса не только для семьи, но и для самого малыша. Ребенок оказывается в заложниках, ожидая преданности и отзывчивости от родительского поведения, которое в случае рождения ребенка с особыми потребностями пронизано **полярными чувствами** заботы и гнева, любви и разочарования. У многих детей с нарушениями развития погружение в водоворот эмоционального стресса родителей проходит на фоне массивного медицинского лечения, что делает положение ребенка еще более уязвимым. Его реагирование на эти травмирующие факторы может выражаться регрессией до состояния очень глубокой задержки развития, подавлением способностей,

Пример: характеристики взаимодействия матерей с младенцами с синдромом Дауна

Так же, как и все дети младенческого и раннего возраста, младенец с синдромом Дауна направлен на поиск и поддержание социального взаимодействия с матерью. Социальные сигналы младенцев с синдромом Дауна были тщательно исследованы: зрительный контакт замедленный; социальное соотнесение вокализаций может быть нарушено; улыбка слабовыраженная, поздно появляющаяся; количество и длительность улыбок низкие; в целом сигналы слабые, "трудночитаемые". У младенцев с синдромом Дауна также часто нарушено развитие раннего рефлексорного поведения. Известно, что раннее рефлексорное поведение младенца обычно трактуется матерью как первый ответ на взаимодействие и как форма взаимности ложится в основу отношений. Нарушение этого поведения может восприниматься как отказ от контакта и неспособность его устанавливать. Своеобразные характеристики поведения ребенка определяют особенности поведения матери во взаимодействии с младенцем с синдромом Дауна: это гиперстимуляция, завышенные требования к младенцу, недооценка его успехов, низкая способность к подстраиванию и поддержке собственной игры ребенка. По данным литературы, в сравнении с матерями обычно развивающихся детей, матери младенцев с синдромом Дауна имеют тенденцию чрезмерно стимулировать ребенка, объясняя это низким

уровнем приглашений к взаимодействию со стороны ребенка и низкой интенсивностью его сигналов. Высокий уровень стимуляции отчасти вызывается сильной тревожностью и желанием продемонстрировать способности ребенка в выгодном свете. Направленность программ ранней помощи на взаимодействие матери и младенца помогает родителям адекватно оценивать развивающиеся способности ребенка, выделять сигналы младенца и следовать им, поддерживая заинтересованность ребенка в социальном диалоге с близкими взрослыми. нарушением коммуникации, тревожностью и другими защитными механизмами. Этот феномен группа специалистов, работающих с детьми и взрослыми с нарушенным интеллектом в технике психоаналитической терапии, назвали **вторичной умственной отсталостью**. Ее причина - эмоциональное страдание маленького человека.

Психологические процессы, сопровождающие адаптацию родителей к особым потребностям их ребенка, являются фокусом социально-психологической работы с семьей в программах ранней помощи. Поддержка родителей младенца с особыми потребностями, обращение специалиста к эмоциональной жизни младенца, чуткость к сигналам и уважение его чувств, предоставление ему опыта социально-отзывчивого, гибкого взаимодействия помогают всей семье преодолеть трудности, влияющие на каждую из сторон развития ребенка.

Факторы, влияющие на развитие ребенка

Результаты многих наблюдений и экспериментальных исследований позволяют утверждать, что на развитие ребенка влияют качество взаимодействия родителей с ребенком, забота о его здоровье и безопасности, а также опыт, предоставляемый ребенку в семье и обществе. Любая семья отличается самобытностью, индивидуальной культурой и по-разному использует доступные ресурсы, сильные и слабые стороны семейных отношений. Многообразие родительского поведения, воздействующего на ребенка, управляется внешними (например, социальными, экономическими) и внутренними (семейными) факторами, которые или способствуют созданию оптимальных условий для развития ребенка, или затрудняют его. К **внешним** неблагоприятным факторам можно отнести прежде всего недоступность необходимых социальных служб и программ помощи детям с проблемами в развитии и их родителям, негативное отношение общества к детям с особыми потребностями, низкий экономический потенциал. Более подробно рассмотрим неблагоприятно влияющие на ребенка характеристики функционирования семьи, которые в области раннего вмешательства называются факторами риска.

Факторы кратковременного действия определяются как внешними обстоятельствами (временное отсутствие социальной поддержки или низкое качество оказываемой помощи, финансовые трудности родителей), так и внутрисемейными событиями (напряженность в супружеских отношениях, конфликт и т. п.).

Факторы длительного действия - события в семье, индивидуальные особенности родителей или их взаимодействия с ребенком и друг с другом, которые не способствуют предоставлению ребенку оптимального социально-эмоционального и развивающего опыта. К данной группе факторов риска можно отнести влияние нарушения развития у ребенка на качество взаимодействия с ним наиболее близких взрослых. Рассмотрим характеристики взаимодействия матерей с младенцами с синдромом Дауна как наиболее хорошо изученные и широко представленные в литературе (см. пример на предыдущей странице).

Наряду с факторами риска, обусловленными нарушениями развития ребенка, выделяются факторы, не связанные с особыми потребностями ребенка, которые влияют на взаимодействие членов семьи с ребенком и получаемый ребенком опыт. В концепции "воображаемого взаимодействия" Бразелтона и Крамера выделяется ряд предопределенных личным опытом родителей **сценариев**, обуславливающих поведенческую, объективную сторону отношений. Авторы концепции предполагают, что развитие детей определено фантазиями родителей так же, как и их врожденными программами, и эти различные силы находятся в постоянной взаимной игре и влияют друг на друга. В некоторых сценариях ребенку отводится слишком трудная роль. Сопровождение семей, воспитывающих детей с особыми потребностями, в программах ранней помощи сталкивает профессионалов с проблемой взаимопроникновения и взаимовлияния двух типов родительских представлений и сценариев: связанных с нарушением развития у ребенка и не связанных с нарушением развития, обусловленных собственным ранним опытом родителей, культурой, психическим здоровьем и интеллектуальным потенциалом семьи. Можно предположить, что тяжелые переживания родителей в первые месяцы жизни ребенка вызывают особые фантазии и сценарии, о которых свидетельствуют высказывания некоторых родителей: "Больной ребенок - это мой крест", "То, что случилось - наказание за мои грехи".

Когда семья переходит на стадию **принятия** ребенка и формирования отношений любви и привязанности, роль ребенка в трагическом сценарии сменяется или дополняется иной, обусловленной личным опытом родителей и их представлениями об отношениях ролью. Например, малыш с синдромом Дауна, родившийся в религиозной семье, к своим 2 годам из "креста" превратился в партнера по борьбе и взаимному контролированию. При очевидной взаимосвязи отношений борьбы с первоначальным назначением мальчика в картине жизни матери ткань ее поведения основывалась на ее собственном детском опыте, характеризующимся вынужденной потребностью доминировать и разжигать противоречия. Та же стратегия выстраивания отношений использовалась мамой мальчика и при воспитании старших детей в семье, т. е. ее проявление по отношению к младшему сыну не было связано с наличием у него синдрома Дауна.

К факторам риска можно отнести и некоторые индивидуальные

особенности ребенка, не связанные с наличием нарушений в развитии. Воспитание каждого маленького ребенка сопряжено с переживанием трудностей и большого количества стрессов. Один малыш радуется близким тем, что хорошо ест и спокойно спит, тогда как другой ночным плачем и отказом от еды может приводить родителей в состояние крайней усталости и раздражительности. Особенности ребенка - "трудный" темперамент, повышенная возбудимость, сниженная или высокая чувствительность и др. - наряду с другими долговременными и кратковременными неблагоприятными факторами влияют на качество взаимодействия родителей с ребенком, их поведение и предоставляемый ребенку опыт.

Что происходит с родителями, когда в семье появляется ребенок с особыми потребностями

В период беременности практически все родители размышляют и фантазируют о своем нерожденном ребенке, его поле, темпераменте и опыте, который он приобретет в будущей жизни. Большинство родителей знают: влиять на воплощение их фантазий невозможно. Тем не менее ожидается "нормальный" малыш, который будет следовать естественным, предсказуемым этапам развития: научиться ходить, заговорит, пойдет в детский сад, в школу, поступит в институт, устроится на работу и в конечном итоге достигнет полной независимости как взрослый. Однако ни один ребенок не может воплотить все мечты родителей. После того как малыш уже появился на свет, мечты постепенно удаляются, освобождая индивидуальность реального ребенка от "призраков", фантазий о воображаемом идеале. Этот процесс Д. Винникот назвал "утрачиванием иллюзий" (*disillusionment*): родители проходят долгий путь от представлений об идеальном ребенке, являющимся единым целым с матерью, до признания индивидуальности (подчас далеко не идеальной) и предоставления ребенку возможности получить, прожить опыт отделения от матери "в переносимых" для нее и для него дозах. Когда рождается ребенок с нарушениями развития, мечты и иллюзии рушатся в одно мгновение. Как рассказывают родители: "Мечта рухнула после одной фразы - сообщения диагноза ребенка".

Проблема адаптации родителей к рождению ребенка с особыми потребностями в последние годы стала темой активного профессионального обсуждения. По-прежнему многие процессы все еще неясны и требуют изучения. Клиническая практика показывает, что некоторые родители опустошены и, кажется, останутся в этом состоянии долгие годы, тогда как другие довольно быстро настраиваются справляться с ситуацией и продолжать жить. Понимание состояния взрослых имеет теоретическую ценность, а также облегчает распознавание индивидуальных потребностей семьи для обеспечения более эффективного обслуживания.

Ранние теоретические подходы к оценке состояния родителей детей с особыми потребностями

В зарубежной литературе 1950-1960-х гг., равно как и в отечественной литературе до 1990-х гг., практически нет сведений о состоянии родителей детей с особыми потребностями. Вероятно, отсутствие этой информации обусловлено тем, что большинство детей с особыми потребностями помещались в закрытые учреждения. Изменение подхода от содержания детей в учреждениях к семейному воспитанию и созданию необходимых ребенку и его родителями программ междисциплинарного обслуживания вызвало интерес и определило необходимость изучения семейных стратегий адаптации. Внимание, уделяемое наблюдению и оценке способов приспособления родителей к рождению ребенка с особыми потребностями является прямым следствием развития процессов деинституализации и нормализации, история которых в Швеции, других странах Западной Европы и в США насчитывает около 30-40 лет. За это время на профессиональную арену выходили разнообразные концепции, под тем или иным углом освещавшие проблему переживаний родителей.

Например, несколько ранних статей, представляющих психоаналитический подход, имели тенденцию рассматривать родительские реакции как **невротические**, а родителей - как **нуждающихся в терапии**. Предполагалось, что почти все родители переживают чувство вины в большей или меньшей степени, что помещало их в "безвыигрышную" позицию. Какую бы реакцию они ни проявляли, она могла быть интерпретирована как доказательство враждебности, отвержения или, в лучшем случае, амбивалентности по отношению к ребенку. Другие авторы использовали термин "хроническая скорбь" для описания реакции родителей на потерю совершенного ребенка, которого они ожидали. Родители приглашались на консультирование, но практическая помощь и поддержка все еще были ограничены: преобладающие взгляды были полны пессимизма по отношению к развитию ребенка, а воспитание в учреждениях по-прежнему оставалось главным доступным способом работы с детьми, которая в те годы не случайно обозначалась словом "лечение". Явной ограниченностью данного подхода является то, что он упускает признание реальных трудностей, окружающих семью, воспитывающую ребенка с особыми потребностями. Очень тяжело иметь ребенка, который во всем отличается от сверстников, но особенно тяжело, когда это отличие есть результат умственной неполноценности, которая все еще несет на себе клеймо негативного отношения.

Модель переживания тяжелой утраты

Одна из наиболее распространенных концепций в изучении реагирования и последующего приспособления к рождению ребенка с нарушениями развития происходит из исследований реакций на **тяжелую утрату**. Гипотеза такова: в течение всей беременности родители ожидают и планируют нормального, здорового ребенка, но эти надежды драматически рушатся с рождением малыша, который далеко не совершенен. Предполагается, что, прежде чем родители смогут начать принимать того ребенка, который у них есть, и заботиться о нем, им

необходимо оплакать потерю ребенка, который "мог бы быть", что очень схоже с переживанием смерти реального человека. Эта концепция привлекательна: действительно, на первый взгляд две ситуации имеют много общего, и многие родители, особенно те, " для кого инвалидность их ребенка была подтверждена во время или вскоре после рождения, спонтанно использовали такую аналогию: "Мы. много плакали, как если бы оплакивали ребенка, которого могли бы иметь..." Тем не менее другие родители не были так уверены в представленной им в процессе консультирования модели, комментируя: "Можно, конечно, говорить, что мы проходим процесс оплакивания после рождения ребенка с инвалидностью, но у нас самих должна быть идея о том, что, собственно, мы оплакиваем". Хотя почти все родители буквально погружаются в чувства потери, шока, неверия, последующее приспособление гораздо менее предсказуемо. Многие подвергают сомнению такое понятие, как "**принятие**", говоря, что очень часто присутствует смешение чувств: "Я люблю моего ребенка самого по себе, но все еще хочу, чтобы у него не было синдрома Дауна"; "Я никогда не отвергну моего ребенка, но не проходит и дня без того, чтобы я с готовностью не отвергала его инвалидность".

Существует мнение, что амбивалентность (двойственность) чувств и желаний - проявление непрожитого горя и что родители могут сформировать настоящую привязанность к ребенку, только когда перестанут думать о "нормальном" ребенке, которого они потеряли. Согласно данному взгляду, у родителей, проявляющих признаки горя через несколько месяцев после события, процесс переживания горя "завершен неуспешно", и им рекомендуется интенсивное консультирование. Не все соглашались с этой интерпретацией, говоря, что сожаление и грусть являются естественным и понятным ответом на трагический факт и не являются показателями отвержения. Часто эти чувства сосуществуют с истинным удовольствием от общения с ребенком и восхищением его достижениями. Некоторые авторы использовали выражение "хроническая скорбь" для описания непроходящих печали и сожаления, ставя под сомнение термин "принятие": зачастую неясно, что именно мы просим родителей принять.

В обоих подходах содержатся полезные для практики помощи родителям выводы. Если часть специалистов считают, что состояние родителей должно последовательно улучшаться по мере прохождения определенных стадий от амбивалентности до принятия, то эти профессионалы будут настраиваться на прекращение вмешательства, когда принятие будет достигнуто. Если родители все же переживают "хроническую скорбь", тогда ожидания могут быть направлены на облегчение проживания родителями амбивалентных чувств и обеспечение поддержки в моменты кризиса. Проведенное с помощью опросников исследование показало, что горе, несомненно, переживается родителями значительный отрезок времени, но оно скорее кажется периодическим, чем постоянно длящимся и появляется главным образом в моменты нарастания

напряжения. Ни один родитель не отметил, что его состояние постоянного горя неизменно. Некоторые социальные работники предсказывали именно такой ответ, однако оказалось, что они недооценивали количество трудностей и уровень стресса, наблюдающихся по мере взросления ребенка.

В различных источниках представлены разные модели и стадии реагирования родителей на рождение ребенка с нарушением развития. В обзоре современных исследований (Blacher, 1984) выделяются факторы, затрудняющие обобщенное описание динамики эмоционального состояния родителей. Во-первых, стадии устанавливались исходя из различных теоретических подходов. Для описания одной и той же реакции использовались разные слова, что приводило к различным интерпретациям одних и тех же событий. Во-вторых, сравнение и обобщение исследований усложняется разницей методов, которые включают наблюдение, разнообразные техники проведения интервью, изучение отдельных клинических случаев. Весьма вероятно, что разные методы измеряют различные реакции и что последовательных предсказуемых стадий не существует. На основании анализа фактов клинической практики можно также предположить, что стадии не связаны с определенным временем и могут длиться дни, недели, месяцы и даже годы. Предполагается, что вместо четко определенных стадий существуют три основные категории ответов, которые можно описать в определенной последовательности их проживания - стадиях - следующим образом:

Стадия 1: первоначальная реакция. Включает шок, неверие и отрицание диагноза: "Врачи могли перепутать результаты анализов, ошибиться". Может включать отвержение ребенка, потерю чувства реальности: "Кажется, это все происходит не с нами".

Стадия 2: эмоциональная дезорганизация. Родители переживают чувство вины, гнева на персонал за любые реальные или воображаемые сложности с рождением, гнева на Бога и на самих себя; печаль, разочарование, стыд. Некоторые обвиняют себя или своих родителей за какие-либо события во время беременности, как бы неразумно это ни было; пытаются уйти обратно во времени, воссоздать беременность с иным исходом, ищут "спасительное средство", ограничивают социальные контакты, погружаются в депрессию.

Стадия 3: эмоциональная организация. Период приспособления и принятия. Как комментирует один родитель: "Бывает очень трудно, бывает все нормально и хорошо, а бывает так, что мы просто справляемся с этим".

Модель переживания тяжелой утраты облегчает понимание процессов, включенных в приспособление к рождению ребенка с особыми потребностями, но при глубоком рассмотрении в ней обнаруживаются некоторые недостатки. Родители детей с нарушением развития проявляют большое разнообразие в способах отреагирования своей психической травмы. Ожидание предсказуемой последовательной реакции от всех родителей сопряжено с определением тех

родителей, чьи чувства отличаются от ожидаемых, как неадекватно приспособляющихся. Если это случается, то возникает опасность подгонки родителей под определенную теоретическую модель, вместо того чтобы принимать индивидуальность их реакции.

Стресс и адаптация

Известие о проблемах ребенка может последовать за ультразвуковым исследованием, или стать очевидным сразу после родов, или же ему предшествует длительный период неуверенности. Установление диагноза или факта особых потребностей у ребенка является первоначальным событием, вызывающим стресс. То, как родители воспримут факт нарушения развития ребенка, как будут справляться со стрессом, во многом зависит от способа сообщения диагноза. По мнению родителей, не существует хорошего способа сообщить родителю об инвалидности ребенка, но есть способы плохие и очень плохие, которых нужно избегать, например: "Врач стоял рядом с моей кроватью; он не закрыл занавеску, отделяющую мою кровать от остальных, так что кто угодно мог видеть и слышать наш разговор. Он просто сказал, что у моего сына синдром Дауна, и затем вышел, прежде чем я смогла что-либо ответить". Пренебрежительные высказывания и негативная информация о ребенке наряду с неуважением к переживаниям родителей усиливают стресс членов семьи. Используемые в адрес ребенка **ярлыки** вплетаются в представления матери о ее младенце и могут длительное время сопровождать формирование отношений любви и привязанности: "У меня было ощущение, что я родила какое-то чудовище". Родители, пережившие отрицательный опыт сообщения диагноза ребенка, считают ценным следующее:

- информация о проблемах ребенка предоставляется обоим родителям одновременно;
- профессионал разговаривает с семьей в отдельном помещении, конфиденциально;
- информация выражается в доступных пониманию потрясенных родителей терминах;
- не используются ярлыки, слова с негативным, обесценивающим значением;
- в процессе встречи выделяется время на вопросы родителей профессионалу;
- назначается повторная встреча с профессионалом на следующий день, так как возникают новые вопросы;
- как можно раньше должна быть предоставлена точная информация о состоянии ребенка и перспективах развития, информация о службах, куда родители могут обратиться за помощью;
- профессионал должен вести себя с родителями как с равными.

Следующие за сообщением диагноза встречи с родителями в родильном доме могут проводиться как специалистами роддома, так и профессионалами из

программ ранней помощи - социальным работником, психологом, педагогом и представителями родительских ассоциаций, которые приглашаются в родильный дом в случае рождения младенца с особыми потребностями. На этом этапе сопровождения семьи наиболее важно предоставить родителям возможность говорить о своих чувствах, выслушивать родителей, предоставлять им время для повторных встреч. При организации сообщения диагноза ребенка членам его семьи следование перечисленным выше характеристикам отвечает следующим принципам работы программ ранней помощи:

1. Партнерство с родителями; уважение состояния, мнения, опыта родителей; уважение личности ребенка;
2. Принцип междисциплинарной семейно-центрированной работы с ребенком и семьей.

Помимо изменения подходов к сообщению членам семьи диагноза ребенка выделены и другие влияющие на способность родителей справиться со стрессом условия. Все родители отмечают значимость информации о ребенке, его здоровье и развитии, о доступных медицинских и образовательных службах и программах для ребенка, социально-психологических программах для членов семьи, о других семьях, имеющих детей с особыми потребностями, и родительских ассоциациях, социальных гарантиях и правах ребенка и семьи, воспитывающей ребенка с особыми потребностями. Семья должна иметь уверенность, что *на каждом этапе развития ребенка он получит адекватную помощь, что службы скоординированы между собой; и что по мере взросления ребенка родители будут получать новую информацию.*

Начиная сопровождение ребенка с особыми потребностями и его родителей в роддоме или в программе ранней помощи, профессионалы по мере установления доверительных отношений с семьей вступают во взаимодействие с сильными и слабыми сторонами функционирования семьи, фантазиями, тревогами и опасениями родителей в связи с ребенком и ними самими. По мнению одного из ведущих профессионалов в области раннего вмешательства М. Гуральника, на стереотипах семейного взаимодействия могут неблагоприятно отразиться проблемы, связанные со здоровьем ребенка, несоответствие реальных достижений ребенка ожиданиям и надеждам родителей, несоответствие между выражением чувств ребенка и родителя. Интенсивные эмоциональные переживания часто влекут за собой пересмотр планов семьи, изменение семейных ролей и бытовой стороны жизни. Возникает новая потребность в дополнительных ресурсах, нарушается обычный ритм повседневной жизни семьи. Могут возникнуть финансовые проблемы, а также дополнительные заботы, связанные с состоянием здоровья ребенка, что нередко влечет за собой материальные расходы. Перечисленные трудности могут привести к снижению уверенности родителей в их способности обеспечить ребенка необходимой заботой. Возникшее ощущение неуверенности зачастую имеет долговременные негативные последствия, так как

семьи убеждены, что по мере развития их ребенка они будут и дальше сталкиваться с проблемами. Изменения в функционировании семьи, связанные с рождением ребенка с особыми потребностями, могут быть как немедленными, быстро возникающими, так и продолжительными, длящимися. Некоторые родители свидетельствуют, что рождение ребенка с инвалидностью также влияет на самооценку, на надежды, связанные с карьерой матери, на экономическое положение семьи. Исследования показали, что родители детей с особыми потребностями переживают стресс в ответ на события, перечисленные по убыванию их значимости:

- проблемы поведения ребенка;
- ночные беспокойства;
- социальная изоляция;
- нарушение взаимопонимания в семье;
- множественные нарушения у ребенка;
- заболевания и состояние здоровья ребенка;
- проблемы с внешностью ребенка;
- материальная обеспеченность.

Способность семьи справиться с кризисом и адаптироваться к ситуации зависит от сложного взаимодействия следующих факторов:

- предшествующий опыт воспитания или общения со своими или чужими детьми с особыми потребностями; поддержка со стороны друзей и членов семьи;
- доступность программ сопровождения (значимость которых, кстати, не уменьшается с возрастом ребенка).

Некоторые авторы считают, что стратегии преодоления отличаются от семьи к семье и включают следующее:

- здоровье родителей;
- их энергию и нравственные установки;
- умение членов семьи решать проблемы;
- социальные связи;
- доход;
- принадлежность к определенному социальному классу;
- систему ценностей.

Сопровождение ребенка с особыми потребностями и его родителей организуется таким образом, чтобы помочь членам семьи адаптироваться к ситуации появления младенца с нарушениями в развитии, способствовать созданию оптимальных условий для развития ребенка. Этапы обслуживания ребенка и семьи и виды помощи (домашние визиты, группы встреч для родителей, группы социализации для нескольких родителей с детьми и т. д.) строятся с учетом эмоционального состояния родителей и их потребностей в поддержке, информации, выражении чувств, контакте с другими родителями.

В соответствии с динамикой переживаний матери и членов семьи ребенка индивидуальная работа может быть направлена на помощь родителям в установлении контакта с ребенком, понимании его сигналов, например через моделирование игрового взаимодействия и анализ видеопленок профессионал подчеркивает значимость социально отзывчивого поведения матери для развития младенца, его способности к общению, познанию, движению. Каждая встреча с ребенком и родителями включает в себя разговор об их чувствах, тревогах, обсуждение новой информации. Эмоциональная доступность профессионалов и их направленность на ребенка и семью помогает родителям перейти от отчаяния, страха, тревоги к принятию решений, действиям, организации оптимального опыта для развития ребенка, выстраиванию нового ритма жизни семьи, воспитывающей ребенка с особыми потребностями.

2.4 СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА.

Тема 1. Предмет и задачи психологического консультирования. (2 ч)

Семинарские занятия 1.

Цель - рассмотреть сущность психологического консультирования, как отрасли психологического знания; определить предмет и объект психологического консультирования.

Вопросы для обсуждения

1. Понятие о психологическом консультировании и психокоррекции.
2. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире.
3. Квалификация, функции и этика специалиста в сфере оказания психологической помощи.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные задачи консультативной психологии.
2. Что является предметом и объектом психологического консультирования?
3. Какова основная проблематика психологической помощи в современном мире?
4. Перечислить функции специалиста в сфере оказания психологической помощи.
5. Опишите этические принципы работы в сфере психологического консультирования.
6. Охарактеризуйте основные особенности развития психологической помощи в современном мире.
7. Каковы отличия психологического консультирования от других видов психологической помощи?

Самостоятельная работа

Реферат: Этапы подготовки специалиста в сфере психологического консультирования в России и за рубежом.

Литература для самостоятельной работы

Основная: № № 1,3, 5.

Дополнительная: № № 3,4,7.

Тема 2. Особенности личности человека, оказывающего психологическую помощь (2 ч)

Семинарское занятие 2

Цель – рассмотреть особенности личности человека, оказывающего профессиональную психологическую помощь.

Вопросы для обсуждения

...

1. Личностные свойства консультанта.
2. Синдром профессионального выгорания. Характеристика проявлений.
3. Профилактика профессиональных деструкций.

Контрольные вопросы

1. Опишите качества личности профессионала в сфере оказания психологических услуг.
2. . Охарактеризуйте систему ценностей профессионального консультанта.
3. Каково влияние профессиональной деятельности на личность консультанта?
4. Перечислите причины и охарактеризуйте варианты течения синдрома профессионального выгорания специалиста в сфере оказания психологической помощи.

5. В чем состоит профилактика профессиональных деструкций специалиста?

Самостоятельная работа

Рефераты

1. Профилактика синдрома профессионального выгорания в системе оказания психологической помощи Европейской Лиги Консультантов..

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,3,5.

Дополнительная: 3,4,7.

Тема 3. Структура процесса консультирования (2 ч.).

Семинарское занятие 3

Цель – рассмотреть основные структурные единицы процесса психологического консультирования.

Вопросы для обсуждения

1. Этапы консультативного процесса и прогноз перспектив.
2. Современные представления о целях консультирования.
3. Теоретические принципы современных психологических направлений.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные этапы консультативного процесса.
2. Охарактеризуйте основное содержание различных этапов.
3. Перечислите задачи каждого этапа.
4. Каковы временные рамки этапов консультирования?
5. Перечислите основные направления современной психологии
6. Охарактеризуйте основные принципы психодинамического направления.
7. Охарактеризуйте основные принципы поведенческого направления
8. Охарактеризуйте основные принципы экзистенциально-гуманистического направления.

Самостоятельная работа

Реферат:

1. Сравнение базисных принципов психодинамического, поведенческого и экзистенциального направлений в консультативной психологии.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,4,6.

Дополнительная: 3.4.

Тема 4. Особенности проведения первой консультативной встречи (2 ч.)

Семинарское занятие 4

Цель – Изучить особенности проведения первой консультативной встречи

Вопросы для обсуждения

1. Оценка проблем клиента.
2. Структура психологического анамнеза.
3. Психодиагностика в процессе консультирования.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные компоненты психологического анамнеза.
2. Какими основными методами психодиагностики пользуется психолог-консультант в ходе консультативной деятельности?
3. Каким образом данные психодиагностики используются для структурирования консультирования?
4. В чем состоят особенности структурирования первой консультативной встречи?

Самостоятельная работа

1. Каждый студент собирает психологический анамнез у потенциального клиента.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,4,6.

Дополнительная: 3,4.

Тема 5. Процедуры и техники консультирования (2 час)

Семинарское занятие 5,6

Цель –Изучить основные процедуры и техники консультирования.

Вопросы для обсуждения

1. Основные процедуры консультирования.
2. Основные техники консультирования.
3. Особенности самораскрытия консультанта.
4. Оценка результатов консультирования.

Контрольные вопросы

1. Дайте классификацию и описание основных процедур психологического консультирования
2. Охарактеризуйте основные техники консультирования.
3. Постановка вопросов, ободрение и успокаивание, отражение содержания, отражение чувств, молчание в процессе консультирования, предоставление и интерпретация информации, конфронтация в процессе консультирования.
4. Укажите ряд оснований и признаков , определяющих неблагоприятный прогноз в отношении дальнейшей работы с клиентом.
5. Охарактеризуйте различия между такими смежными областями деятельности как психологическое консультирование и психотерапия.

Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Невербальное поведение консультанта, как залог успеха консультативного процесса.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,4.

Дополнительная: 3,4,8,9.

Тема 6. Особенности психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста (2 часа)

Семинарское занятие 7,8

Цель –Ознакомится с основными положениями оказания психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста.

Вопросы для обсуждения

1. Психическое и психологическое здоровье: определение, критерии, уровни.
2. Факторы риска для психологического здоровья в детском возрасте, их специфичность для разных возрастных групп.
- 3..Психолого-педагогические условия становления психологически здоровой личности..

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «психическое здоровье», перечислите его критерии.
2. Дайте определение понятию «психологическое здоровье», перечислите его критерии и уровни.
3. Перечислите и опишите технологии индивидуальной консультативной и психокоррекционной работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста.
4. Какие особенности семейного консультирования можно выделить в консультативной ситуации по проблемам психосоматического здоровья ребенка?

5. Дайте описание основным вариантам психодиагностического исследования детей младшего школьного и дошкольного возраста в процессе консультирования.

Самостоятельная работа

Рефераты

1. Условия гармоничного развития ребенка младшего возраста в семье.
2. Роль ребенка в условиях семейного консультирования.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2.

Дополнительная: 6,10,14.

Тема 7. Психологическое консультирование в подростковом возрасте(4 часа)

Семинарское занятие 9,10.

Цель – Изучить основные особенности психологического консультирования подростков.

Вопросы для обсуждения

1. Общая характеристика подросткового возраста.
2. Психолого-педагогические проблемы данного возраста.
3. Особенности психологической помощи в подростковом возрасте.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте возрастные особенности подростков.
2. Перечислите причины изменения поведения в подростковом возрасте.
3. Опишите кризис подросткового возраста.
4. Дайте описание наиболее распространенных проблем подросткового возраста.
5. Перечислите особенности взаимоотношения подростка со сверстниками и родителями.

6. Каковы особенности оказания психологической помощи в подростковом возрасте?

Самостоятельная работа

Рефераты

1. Особенности проведения психологического тренинга с подростками.
2. Рекомендации для родителей детей, находящихся в подростковом возрасте.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,4,5.

Дополнительная: 6,7,11.

Тема 8 . Психологическое консультирование взрослых (2 часа)

Семинарское занятие 11,12.

Цель Изучение особенностей психологического консультирования взрослых

Вопросы для обсуждения

1. Роль кризисов в жизни человека.
2. Кризис середины жизни, особенности психологической помощи.
3. Кризис встречи со старостью, особенности психологической поддержки.
4. Психологическое консультирование в кризисной ситуации

Контрольные вопросы.

1. Охарактеризуйте роль кризисов в жизни человека.
2. Как вы понимаете изречение-« Кризис –это опасная возможность.
3. Каков прогноз при переживании возрастных кризисов?.
4. Перечислите психологические аспекты кризиса середины жизни?
5. Опишите стратегию консультативной помощи при переживании кризиса середины жизни.

6.Каковы профилактические меры по предупреждению деструктивного поведения в кризисных ситуациях?

Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Возрастные особенности психического и психологического статуса пожилого человека.
2. Общие подходы оказания психологической помощи в герантологии.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,4

Дополнительная: 3,4,8,9,10.

Тема 9. Суицид как проявления кризиса (2 часа)

Семинарское занятие 13

Цель: Знакомство с возможностями оказания психологической помощи суицидентам.

Вопросы для обсуждения

1. Теории самоубийства
2. Факторы суицидального риска.
3. «Ключи» суицидальной опасности.
4. Задачи консультанта и общие принципы интервенции

Контрольные вопросы.

- 1.Какова специфика организации психолого-медико-педагогической помощи людям, имеющим суицидальные устремления?
- 2.Перечислите этапы специализированной помощи
3. Дайте характеристику основных факторов суицидального риска.
- 4.Каковы задачи специалиста «телефона доверия» при консультировании суицидоопасных клиентов?
- 5.Перечислите «Ключи суицидальной опасности».

6. Задачи консультанта и общие принципы интервенции при неудавшемся суициде?

Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Отношение к суициду у представителей разных культур и вероисповедания.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,3,4,5.

Дополнительная: 3,4,10, 13, 14.

Тема 10 Психологическое консультирование при переживании утраты (2 ч.)

Семинарское занятие 14

Цель: Знакомство со стратегиями оказания психологической помощи при переживании утраты.

Вопросы для обсуждения

1. Критические периоды времени в переживании утраты.
2. . Симптомы горя при переживании утраты.
3. Особенности оказания консультативной помощи.
4. Экзистенциальные вопросы в консультативной практике.

Контрольные вопросы.

1. Дайте характеристику основных этапов переживания горя.
2. Перечислите особенности оказания консультативной помощи при переживании утраты.
3. Какова специфика переживания детского горя.
4. Укажите алгоритм психологической помощи страдающему ребенку.

Самостоятельная работа

Реферат:

1. Рекомендации для сотрудников педагогического коллектива при переживании ребенком потери.

Основная: №№ 1,4,5.

Дополнительная: 11,14

Тема 11 Дистантное консультирование (2 ч.)

Семинарское занятие 15,16.

Цель: Изучение теоретических аспектов дистантного консультирования.

Вопросы для обсуждения

1. Особенности подготовки консультантов «телефона доверия».
2. История становления данной службы в мире и России.
3. Структура консультирования по переписке и телефонного консультирования.

Контрольные вопросы.

1. Особенности процедуры дистантного консультирования.
2. Дайте характеристику основных техник дистантного консультирования.
3. Перечислите особенности оказания консультативной помощи при переписке.
4. Какова специфика подготовки консультанта для дистантного консультирования?
5. Укажите требования, предъявляемые к организации службы «Телефон доверия».
6. Опишите структуру консультирования по переписке.
7. Опишите структуру телефонного консультирования

Самостоятельная работа

Реферат:

1. Анализ работы служб телефонного консультирования г. Благовещенска.

Основная: №№ 3,4.

Дополнительная: 3,4.

Тема 12. Психологическая коррекция (2 ч.)

Семинарское занятие 17.

Цель: Знакомство с методологическими основами психологической коррекции.

Вопросы для обсуждения

1. Определение, цели, задачи психокоррекционного вмешательства.
2. Классификация методов психокоррекции.
3. Основные положения групповой и индивидуальной психокоррекции.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите точки соприкосновения и различия психокоррекционного и психотерапевтического вмешательства.
2. Дайте определение психокоррекции.
3. Укажите классификацию форм и методов психокоррекции.
4. Перечислите основные положения групповой и индивидуальной психокоррекции характеристику основных техник дистантного консультирования.
5. Перечислите критерии эффективности психокоррекционных мероприятий.
6. Опишите факторы, определяющие эффективность психокоррекции.

Самостоятельная работа

Реферат:

1. Основные методы индивидуального психокоррекционного воздействия.

Основная: №№ 1,2,3,5.

Дополнительная: 8,10.

Тема 13. Психология психокоррекционной группы (2 ч.)

Семинарское занятие 18,19.

Цель: Изучение структуры психокоррекционной группы.

Вопросы для обсуждения

1. Формирование группы.
2. Распределение ролей и норм в психокоррекционной группе.
3. Стратегии руководства группой.
4. Классификация групп.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите виды психокоррекционных групп.
2. Опишите особенности формирования психокоррекционной группы.
3. Перечислите классификацию ролей в группе по Шиндлеру.
4. Перечислите особенности распределения ролей в психокоррекционной группе.
5. Опишите стратегии руководства группой.
6. Дайте определение понятию- групповая динамика.
7. Опишите факторы обуславливающие групповую динамику.
8. Обоснуйте показания и противопоказания к групповой психокоррекции.

Самостоятельная работа

Реферат:

1. Этические требования к руководителю психокоррекционных групп.

Основная: №№ 2,3,5.

Дополнительная: 1,10.

Тема 14. Психологический тренинг, как форма психокоррекции (2 ч.)

Семинарское занятие 10,21.

Цель: Знакомство со структурой и функциями психологического тренинга.

Вопросы для обсуждения

1. Особенности формирования тренинговой группы.
2. Групповая этика, групповая сплоченность и напряжение в процессе тренинга.
3. Структура проведения тренинга.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите показания к тренинговой психокоррекции.
2. Опишите особенности подготовки тренеров.
3. Перечислите основные стили руководства группой.
4. Опишите стратегии руководства тренинговой группой.
5. Обоснуйте основные правила тренинга.

Самостоятельная работа

Реферат:

1. Этические требования к руководству тренинговой группы.

Основная: №№ 2,3,5,6.

Дополнительная: 1,10.

Тема 15. Гештальт –терапия, как метод оказания психологической помощи (2 ч.)

Семинарское занятие 22.

Цель: Знакомство с гештальт-терапией, как методом оказания психокоррекционной помощи.

Вопросы для обсуждения

1. Исторический очерк гештальт подхода.
2. Основные положения учения Ф.Перлса.
3. Основные понятия и процедуры в работе гештальт- групп.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите показания к гештальт-терапии.
2. Опишите сущность приемов гештальт-терапии и их психотерапевтическую ценность.
3. Что такое «Зрелость» в контексте гештальт-подхода.
4. Опишите «Зоны осознания» с позиций гештальт-психологии.
5. Обоснуйте основные принципы работы гештальт-группы.
6. В чем состоит ключевая мысль «Молитвы гештальтдиста»

Самостоятельная работа

Реферат:

1. Соотношение «фигуры» и «фона» в повседневной жизни.

Основная: №№ 1,2,3,5.

Дополнительная: 1,3.

Тема 16. Бихевиорально - когнитивное направление в психологии (4ч.)

Семинарское занятие 23,24.

Цель: Знакомство с бихевиорально-когнитивным направлением в психологии.

Вопросы для обсуждения

1. Современное состояние и перспективы Б.К.Т
2. Исторический аспект.
3. Основные методологические приемы и принципы Б.К.Т
4. Правила психотерапии в контексте Б.К.Т.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите показания к применению бихевиорально-когнитивной терапии.
2. Опишите сущность приемов бихевиорально-когнитивной терапии (БКТ) и их психотерапевтическую ценность.

- 3.Опишите вклад И.П. Павлова в развитие поведенческой психологии..
- 4.Обоснуйте основные методологические принципы БКТ..
- 5.В чем состоит ценность систематической десенсибилизации?
- 6.Каков алгоритм проведения прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону?

Самостоятельная работа

Разработать и апробировать на практическом занятии психогимнастическое упражнение в соответствии с методологическими позициями БКТ.

Основная: №№ 1,2,3,5.

Дополнительная: 1,3,5.

Тема 17. Трансакционный анализ (4 ч.)

Семинарское занятие 25.

Цель: Знакомство с трансакционным анализом.

Вопросы для обсуждения

- 1.Основные понятия в трансакционном анализе.
- 2.Структура трансакционного анализа.
- 3.Анализ трансакций, игр, сценариев и ролей.
4. Основные игры в которые играют люди. Жизненный сценарий.

Контрольные вопросы.

- 1.Перечислите показания к применению трансакционного анализа.
- 2.Опишите основные структурные единицы трансакционного анализа.
- 3.Перечислите и опишите виды трансакций в процессе общения.
- 4.Что такое «жизненный сценарий», какова динамика его формирования?
- 5.Опишите основные «игры» в которые играют люди.

Самостоятельная работа

Реферат на тему: Возможности переструктурирования жизненного сценария.

Основная: №№ 1,2,3,5.

Дополнительная: 1,3.

Тема 18. Телесно-ориентированная психокоррекция (6 ч.)

Семинарское занятие 26,27

Цель: Знакомство с возможностями телесно-ориентированной психокоррекцией.

Вопросы для обсуждения

1. История развития направления, ориентированного на работу с телом.
2. Показания к применению метода.
3. Основные подходы к работе с телом.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите показания к применению телесно-ориентированной психокоррекции.
2. Опишите терапевтическую ценность характерологического анализа В. Райха.
3. История создания и сущность биоэнергетического анализа Лоуэна.
4. В чем состоит метод телесного осознания Фельденкрайза.
5. История и терапевтическая ценность метода Александера.

Самостоятельная работа

Реферат: Дыхательные техники в психокоррекции и психотерапии.

Основная: №№ 1,2,3,5.

Дополнительная: 1,3.

Тема 19 Музыкалотерапия (2 ч.)

Семинарское занятие 28,29.

Цель: Знакомство с психокоррекционными возможностями музыки..

Вопросы для обсуждения

1. Основные направления музыкотерапии.
2. Формы воздействия музыки на организм человека.
3. Применение музыки в групповой и индивидуальной психотерапии.
4. Процедуры построения занятий

Контрольные вопросы.

1. Перечислите показания к применению музыкотерапии.
2. Опишите терапевтическую ценность и формы воздействия музыки на организм человека.
3. История создания и сущность музыкотерапии..
4. В чем состоит метод телесного осознания Фельденкрайза.
5. История и терапевтическая ценность метода Александера.

Самостоятельная работа

1. Подборка произведений классической музыки, направленной на релаксацию.
 2. Подборка произведений классической тонизирующей музыки.
- Основная: №№ 1,2,3,5.
- Дополнительная: 1,3,12.

Тема 20. Арттерапия (4 ч.)

Семинарское занятие 30,31.

Цель: Знакомство с психокоррекционными возможностями искусства..

Вопросы для обсуждения

1. Основные направления арттерапии.
2. Механизмы коррекционного воздействия.
3. Направления в применении арттерапии.

4. Процедуры построения занятий

Контрольные вопросы.

1. Перечислите цели и задачи арттерапии.
2. Опишите основные этапы арттерапевтического процесса.
3. Дайте описание стадий и этапов арттерапевтической работы с детьми.
4. Возможно ли устранение страхов с помощью арттерапии?
5. Перечислите показания к применению арттерапии.
6. История создания и сущность арттерапевтического метода.

Самостоятельная работа

Реферат: 1. Возможности арттерапевтической работы со страхами в детском возрасте.

Основная: №№ 1,2,3,5.

Дополнительная: 1,3,12.

Тема 21 Сказкотерапия (2 ч.)

Семинарское занятие 32,33.

Цель: Знакомство с психокоррекционными возможностями сказок..

Вопросы для обсуждения

1. Основные формы и техники сказкотерапии.
2. Механизмы коррекционного воздействия сказки.
3. История метода. сказкотерапии.
4. Показания к применению метода.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите цели и задачи сказкотерапии.
2. Дайте описание видов сказок

3. В чем состоит диагностическая функция сказки ?

4. Использование сказки при работе с зависимостями.

5. Перечислите показания к применению сказкотерапии.

Самостоятельная работа

Реферат: 1. Провести обзор 5 русских народных сказок, выделить терапевтические аспекты данных сказок.

Основная: №№ 2.

Дополнительная: 12,13.

Тема 22. Особенности психологической помощи детям с ограниченными возможностями (2 ч.)

Семинарское занятие 34,35,36.

Цель: Изучение возможностей оказания психологической помощи детям с ограниченными возможностями.

Вопросы для обсуждения

1. Особенности реагирования ребенка на заболевание.

2. Формы и методы работы с аномальными детьми и их ближайшим окружением.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите цели и задачи оказания психологической помощи детям с ограниченными возможностями.

2. Опишите виды реагирования ребенка на заболевание.

3. В чем состоят особенности психологического консультирования и оказания психологической коррекции ребенку с ограниченными возможностями здоровья.

4. Какова стратегия оказания психологической поддержки родителям детей с ограниченными возможностями.

Самостоятельная работа

Реферат: 1.Специфика тренинговой работы с детьми, имеющими ограниченные возможности.

Основная: №№ 1,2.

Дополнительная: 10,14.

2.5. Темы рефератов для самостоятельной работы

1. Этапы подготовки специалиста в сфере психологического консультирования в России и за рубежом.
2. Профилактика синдрома профессионального выгорания в системе оказания психологической помощи Европейской Лиги Консультантов.
3. Сравнение базисных принципов психодинамического, поведенческого и экзистенциального направлений в консультативной психологии.
4. Сбор психологического анамнеза.
5. Невербальное поведение консультанта, как залог успеха консультативного процесса.
6. Условия гармоничного развития ребенка младшего возраста в семье.
Роль ребенка в условиях семейного консультирования.
7. Особенности проведения психологического тренинга с подростками.
Рекомендации для родителей детей, находящихся в подростковом возрасте.
8. Возрастные особенности психического и психологического статуса пожилого человека.
9. Отношение к суициду у представителей разных культур и вероисповедания
10. Рекомендации для сотрудников педагогического коллектива при переживании ребенком потери.
11. Анализ работы служб телефонного консультирования г. Благовещенска.
12. Основные методы индивидуального психокоррекционного воздействия.
13. Этические требования к руководителю психокоррекционных групп.
14. Этические требования к руководству тренинговой группы.
15. Соотношение «фигуры» и «фона» в повседневной жизни.
16. Общие подходы оказания психологической помощи в геронтологии
17. Возможности переструктурирования жизненного сценария.
18. Дыхательные техники в психокоррекции и психотерапии.
19. Возможности арттерапевтической работы со страхами в детском возрасте.
20. Специфика тренинговой работы с детьми, имеющими ограниченные возможности.

Задания к самостоятельной работе:

1. Разработать и апробировать по 1 психогимнастическому упражнению в модели БКТ.
2. Произвести подборку произведений классической музыки, направленной на релаксацию.
3. Произвести подборку произведений классической тонизирующей музыки.
4. Провести обзор 5 русских народных сказок, выделить терапевтические аспекты данных сказок.
5. Составить свой психологический анамнез.

2.6. ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

1. Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов.
2. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения данной дисциплины.
3. Реферат является допуском к экзамену.
4. Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.
5. Объем реферата – не менее 10 страниц формата А4.
6. Реферат должен иметь:
 - титульный лист, оформленный согласно «Стандарта предприятия»;
 - содержание;
 - текст должен быть разбит на разделы согласно содержания;
 - заключение;
 - список литературы не менее 5 источников.
7. Обсуждение тем рефератов проводится на тех семинарских занятиях, по которым они распределены. Это является обязательным требованием. В случае не представления реферата согласно установленного графика (без уважительной причины), студент обязан подготовить новый реферат.
8. Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентов.
9. Сдача реферата преподавателю обязательна

2.7. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ

1. Понятие о психологическом консультировании и психокоррекции.
2. Модели и этапы психологического консультирования.
3. Этические принципы в консультировании и психокоррекции.
4. Особенности личности человека, оказывающего психологическую помощь.
5. Синдром профессионального выгорания. Характеристика проявлений. Профилактика и лечение.
6. Структура процесса консультирования.
7. Современные представления о целях консультирования.
8. Теоретические принципы современных психологических направлений.
9. Структура первой консультативной встречи.
10. Структура психологического анамнеза.
11. Психодиагностика в процессе консультирования.
12. Процедуры и техники консультирования. Особенности самораскрытия консультанта.
13. Оценка результатов консультирования.
14. Особенности психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста.
15. Психолого-педагогические условия становления психологически здоровой личности. Уровни и модель формирования психологического здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста.
16. Технологии консультативной и психокоррекционной работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста.
17. Техники работы с детьми, имеющими ассимилятивный и аккомодативный стиль реагирования на психологический конфликт.
18. Психологическое консультирование в подростковом возрасте.
19. Роль возрастных кризисов в жизни человека. Психологическая поддержка в юности.
20. Кризис середины жизни, особенности психологической помощи.
21. Кризис встречи со старостью, особенности психологической поддержки.

2.8. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ:

1. Понятие о психологическом консультировании и психокоррекции. Модели и этапы психологического консультирования.
2. Этические принципы в консультировании и психокоррекции.
3. Особенности личности человека, оказывающего психологическую помощь.
4. Синдром профессионального выгорания. Характеристика проявлений. Профилактика и лечение.
5. Структура процесса консультирования. Современные представления о целях консультирования.
6. Теоретические принципы современных психологических направлений.
7. Структура первой консультативной встречи.
8. Процедуры и техники консультирования.
9. Оценка результатов консультирования.
10. Особенности психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста.
11. Факторы риска для психологического здоровья. Специфичность для разных возрастных групп.
12. Психолого-педагогические условия становления психологически здоровой личности. Уровни и модель формирования психологического здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста.
13. Особенности психологического консультирования в подростковом возрасте.
14. Роль возрастных кризисов в жизни человека. Кризис середины жизни, особенности психологической помощи.
15. Кризис встречи со старостью, особенности психологической поддержки.
16. Особенности построения консультативного процесса при переживании утраты. Критические периоды переживания горя.
17. Дистантное консультирование. Особенности консультирования по переписке и телефонного консультирования.
18. Психологическая коррекция, определение, цели, задачи, классификация методов.

19. Групповая и индивидуальная психокоррекция. Основные положения.
Показания и противопоказания к применению метода.
20. Формирование психокоррекционной группы. Роли и нормы. Классификация групп. Показания и противопоказания к групповой психокоррекции.
21. Психологический тренинг, виды, структура, особенности набора в группы.
22. Гештальт –терапия, как метод оказания психологической помощи.
23. Бихевиорально- когнитивное направление в психологии.
24. Трансакционный анализ. Основные понятия. Структура анализа.
25. Телесно-ориентированная психотерапия. Показания к применению метода.
26. Основные подходы к работе с телом. Характерологический анализ В.Райха, биоэнергетический анализ Лоуэна, телесное осознание Фельденкрайза, метод Александра.
27. Музыкотерапия. Основные направления и формы воздействие на организм. Применение в групповой психотерапии. Процедуры построения занятий.
28. Арттерапевтическая коррекция. Механизмы коррекционного воздействия. Направления в применении арттерапии.
29. Сказкатерапия, как метод психокоррекции.
30. Особенности психологической помощи детям с ограниченными возможностями.
31. Суицид как проявление кризиса. Факторы суицидального риска и признаки суицидальной опасности. Общие принципы оказания психологической помощи.

2.9. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ НА ЗАЧЕТЕ

Оценка степени усвоения обучаемыми знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется в 5 семестре в виде зачета- незачета. Зачет по курсу ставится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач, самостоятельная работа выполнена.

Незачет по курсу ставится, если у студента отсутствует понимание изученного, самостоятельность суждений, убежденность в излагаемом материале, систематизация и глубина знаний, отсутствует выполнение самостоятельной работы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ НА ЭКЗАМЕНЕ

Оценка степени усвоения обучаемыми знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется в 6 семестре в виде экзамена.

Экзамен по курсу «Экстремальная психология» оценивается на «отлично», если студент знает основной материал, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

Оценка «хорошо» ставится, если студент допускает при ответах незначительные погрешности в формулировках, небрежные записи, неправильное построение фраз, оговорки, жаргон, неточности в датах, ссылках, единицах измерения.

Оценка «удовлетворительно» ставится, в случае если студент не усвоил закон, не умеет применять знания при решении задач, не знает формул или не умеет ими оперировать, не может читать графики, схемы.

Оценка «неудовлетворительно» ставится в том случае, если студент отвечает хуже, чем при оценки удовлетворительно.

3. Учебно-методические материалы по дисциплине

Рекомендуемая литература

Литература основная:

1. Хухлаева А.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции.-М.: «Академия»,2001.
2. Осипова А.А. Психологическая коррекция. М., «Сфера», 2005
3. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия. / Кондрашенко В.Т., Донской Д.И , Игумнов С.А. – М.,2001.
4. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование .Работа с кризисными и проблемными ситуациями. М., Смысл, 2002
5. Бондаренко А.А. Психологическая помощь: теория и практика. М.Класс, 2001
6. Исмагилова Ф.С. Основы профессионального консультирования. Пособие для социальных работников службы занятости и менеджеров по работе с персоналом. М.2003
7. Красилов А.И. Психологическое консультирование посттравматических состояний.М.2004

Дополнительная литература

Дополнительная литература:

1. Рудестам К Групповая психотерапия.М.1990.
2. Завьялов В. Необъявленная психотерапия. М.1999.
3. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. Санкт-Петербург, 2001.
4. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М., Академпроект, 2000.
5. Шевченко Ю.С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия для детей и подростков.М.2003

6. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании. М, Академия 2001
7. Лидерс А. Психологический тренинг с подростками М.2001
8. Абрамова Г.С. Практическая психология. М., «Академпроект», 2000
9. Петрушин С.В. Мастерская психологического консультирования. М., «ПЕРСЕ»2003
10. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. Эталоны, представления и установки. М., 2001.
11. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога образования. М., «Владос», 2001.
12. Ворожцова О.М. Музыка и игра в детской психотерапии. М.2004
13. Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Практикум по креативной терапии. М.2002
14. Дубровина И.В. Руководство практического психолога. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической школы. М.1995

4. Учебно-методическая карта дисциплины для специальности 7 семестр

	Номер темы	Вопросы, изучаемые на лекции	Занятия (номера)	Самостоятельная работа студентов		Формы контроля
			семинарские	содержание.	часы	
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Предмет и задачи психологического консультирования и психокоррекции	1	Этапы подготовки специалиста в сфере психологического консультирования в России и за рубежом.	4	Заслушивание на семинарском занятии.
2	2	Особенности личности человека, оказывающего психологическую помощь	2	Профилактика синдрома профессионального выгорания в системе оказания психологической помощи Европейской Лиги Консультантов	4	Заслушивание на семинарском занятии

3	3	Структура процесса консультирования.	3	Сравнение базисных принципов психодинамического, поведенческого и экзистенциального направлений в консультативной психологии	4	Заслушивание на семинаре
4	4	Особенности проведения первой консультативной встречи с клиентом.	4	Задание: Сбор психологического анамнеза	4	Заслушивание на семинаре
5,6	5	Процедуры и техники консультирования	5	Невербальное поведение консультанта, как залог успеха консультативного процесса.	4	Заслушивание на семинаре
7,8	6	Особенности психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста.	6	Ребенок в семейном консультировании	4	Заслушивание на семинаре

9,10	7	Психологическое консультирование в подростковом возрасте.	7,8	1. Особенности проведения психологического тренинга с подростками. 2. Рекомендации для родителей детей, находящихся в подростковом возрасте	4	Заслушивание на семинаре
11,12	8	Психологическое консультирование взрослых.	9	3. Возрастные особенности психического и психологического статуса пожилого человека. Общие подходы оказания психологической помощи в герантологии	6	Заслушивание на семинаре
13	9	Суицид как проявления кризиса	10	Отношение к суициду у представителей разных культур и вероисповедания	6	Заслушивание на семинаре

14	10	Особенности построения консультативного процесса при переживании утраты	11	Рекомендации для сотрудников педагогического коллектива при переживании ребенком потери.	4	Заслушивание на семинаре
15,16	11	Дистантное консультирование	12	Анализ работы служб телефонного консультирования г. Благовещенска	4	Заслушивание на семинаре
17	12	Психологическая коррекция	13	Основные методы индивидуального психокоррекционного воздействия	6	Заслушивание на семинаре
18,19	13	Психология психокоррекционной группы	14	Этические требования к руководителю психокоррекционных групп.	4	Заслушивание на семинаре
20,21	14	Психологический тренинг, как метод психокоррекции.	15	Этические требования к руководству тренинговой группы	4	Заслушивание на семинаре
22	15	Гештальт –терапия метод психологической помощи.	16	Соотношение «фигуры» и «фона» в повседневной жизни.	6	Заслушивание на семинаре

23,24	16	Бихевиоральное-когнитивное направление в психологии.	17,18.	Задание: Разработать и апробировать по 1 психогимнастическому упражнению в модели БКТ.	4	Заслушивание на семинаре
25	17	Трансакционный анализ.	19,20	Возможности переструктурирования жизненного сценария	4	Заслушивание на семинаре
26,27	18	Телесно-ориентированная психотерапия.	21,22.	Дыхательные техники в психокоррекции и психотерапии	4	Заслушивание на семинаре
28,29	19	Музыкотерапия.	23	Задание: 1.Произвести подборку произведений классической музыки, направленной на релаксацию. 2.Произвести подборку произведений классической тонизирующей музыки.	4	Заслушивание на семинаре

30,31	20	Арттерапевтическая коррекция.	24,25	Возможности арттерапевтической коррекции страхов в детском возрасте.	4	Заслушивание на семинаре
32,33	21	Сказкатерапия, как метод психокоррекции.	26	Задание: Провести обзор 5 русских народных сказок, выделить терапевтические аспекты данных сказок.	4	Заслушивание на семинаре
34,35, 36	22	Особенности психологической помощи детям с ограниченными возможностями.	27	Специфика тренинговой работы с детьми, имеющими ограниченные возможности	4	Заслушивание на семинаре