

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ

сборник учебно-методических материалов
для направления подготовки: 37.03.01 - Психология

Благовещенск, 2017

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

Составитель: Смирнова С.В..

Основы консультативной психологии: сборник учебно-методических материалов для для направления подготовки: 37.03.01 – Психология - Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 56 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Смирнова С.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	47
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	51

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Предмет и задачи психологического консультирования.

Психологическое консультирование как профессия является относительно новой областью психологической практики, выделившейся из психотерапии. Эта профессия возникла в ответ на потребности людей, не имеющих клинических нарушений, однако ищущих психологическую помощь. Поэтому в психологическом консультировании мы сталкиваемся прежде всего с людьми, испытывающими трудности в повседневной жизни. Спектр проблем поистине широк: трудности на работе (неудовлетворенность работой, конфликты с коллегами и руководителями, возможность увольнения), неустроенность личной жизни и неурядицы в семье, плохая успеваемость в школе, недостаток уверенности в себе и самоуважения, мучительные колебания в принятии решений, трудности в завязывании и поддержании межличностных отношений и т. п. С другой стороны, психологическое консультирование, как молодая область психологической практики, пока еще не имеет строго очерченных границ, в его поле зрения попадают самые разнообразные проблемы.

Некоторая неопределенность предмета психологического консультирования отражается в разнообразии определений. Так, лицензионная комиссия Ассоциации служащих и менеджеров США, выдающая разрешения на частную практику, предлагает следующее определение: "Консультирование — это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений". Н. Burks и В. Steffire (1979) предложили несколько более широкое определение консультирования: "Консультирование — это профессиональное отношение квалифицированного консультанта к клиенту, которое обычно представляется как "личность-личность", хотя иногда в нем участвуют более двух человек. Цель консультирования — помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера".

Имеется много сходных определений, и все они включают несколько основных положений:

1. Консультирование помогает человеку выбирать и действовать по собственному усмотрению.
2. Консультирование помогает обучаться новому поведению.
3. Консультирование способствует развитию личности.
4. В консультировании акцентируется ответственность клиента, т.е. признается, что независимый, ответственный индивид способен в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента.
5. Сердцевиной консультирования является "консультативное взаимодействие" между клиентом и консультантом, основанное на философии "клиент-центрированной" терапии.

Основоположник клиент-центрированной терапии известный американский психотерапевт С. Rogers выделил три основных принципа этого направления:

- a. каждая личность обладает безусловной ценностью и заслуживает уважения как таковая;
- b. каждая личность в состоянии быть ответственной за себя;
- c. каждая личность имеет право выбирать ценности и цели, принимать самостоятельные решения.

Таким образом, определения психологического консультирования охватывают стержневые установки консультанта в отношении человека вообще и клиента в частности. Консультант принимает клиента как уникального, автономного индивида, за которым признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной

жизнью. Тем более важно признать, что любое внушение или давление мешает клиенту принять ответственность на себя и правильно решать свои проблемы.

Цели психологического консультирования

Вопрос определения целей консультирования не является простым, поскольку зависит от потребностей клиентов, обращающихся за психологической помощью, и теоретической ориентации самого консультанта. Однако, прежде чем ознакомиться с многообразием целей консультирования, сформулируем, следуя за George и Cristiani (1990), несколько универсальных целей, которые в большей или меньшей степени упоминаются теоретиками разных школ:

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

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

3. Обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений. Существует множество дел, которым можно научиться во время консультирования: самостоятельные поступки, распределение времени и энергии, оценка последствий риска, исследование поля ценностей, в котором происходит принятие решений, оценка свойств своей личности, преодоление эмоциональных стрессов, понимание влияния установок на принятие решений и т.п.

4. 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. Будь то семейные конфликты взрослых или проблемы взаимоотношения детей, следует улучшать качество жизни клиентов посредством обучения лучшему построению межличностных отношений.

5. Облегчить реализацию и повышение потенциала личности. По мнению Blocher (1966), в консультировании необходимо стремиться к максимальной свободе клиента (учитывая естественные социальные ограничения), а также к развитию способности клиента контролировать свое окружение и собственные реакции, провоцируемые окружением.

R. May (1967) указывает, что при работе с детьми консультант должен добиваться изменения их ближайшего окружения в целях повышения эффективности помощи.

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. Очень часто формулировка и переформулировка целей происходят в процессе консультирования при взаимодействии консультанта с клиентом. 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. Если мы информируем клиента о продолжительности бесед и вообще о том, что обычно происходит во время консультативных встреч, ему легче понять возможности и ограничения консультирования. Большинство клиентов приходит на психологическое консультирование, надеясь, что консультант сразу окажет какую-то помощь. 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 2. Структура процесса консультирования.

Под структурой психологического консультирования понимается совокупность технических этапов, которые проходят консультант и клиент в процессе консультирования. Эти технические тапы не имеют жестких границ и представляют собой условное деление, цель которого — понимание всего процесса консультирования, а не указание на точное соблюдение установленного алгоритма действий. Каждый из этапов имеет свои отличительные особенности:

- специфические цели и задачи;
- временные аспекты;
- приемы и техники работы консультанта, особенности его поведения;
- особенности поведения и состояния клиента;
- уровень эмоциональной наполняемости и глубина чувств. *Свою структуру имеет как весь процесс консультирования в целом, подразумевающую динамику встреч в начале, в середине, и в конце консультирования, так и каждая отдельная сессия внутри консультирования.*

2. Существует несколько подходов в определении и структурировании пространства психологического консультирования. Выделяются следующие модели структуры психологического консультирования:

- эклектическая модель Р. Кочюнаса;
- четырехступенчатая модель;
- шестишаговая модель А. Блазера.

Эклектическая модель включает в себя следующие технические этапы:

- ✓ этап исследования проблем клиента, предполагающий:
 - *установление контакта с клиентом, или раппорта, который определяется как присоединение консультанта к клиенту через отражение его эмоций, поведения, жестов, особенностей речи и т. п., происходящее, как правило, на интуитивном уровне; формирование климата обоюдного доверия;*
 - *поддержку и эмпатию со стороны консультанта и отсутствие критики;*
 - *поощрение клиента на выражение чувств и углубленное рассмотрение проблемы им самим;*

- ✓ этап двумерного определения проблем, включающий:
 - *уточнение различных аспектов проблемы клиента до понимания сути проблемы консультантом и клиентом с одной точки зрения, то есть консультант должен понять проблему клиента так, как сам клиент воспринимает ее, и не вносить в это понимание своих интерпретаций и гипотез;*

- ✓ определение проблемы конкретным понятием, фразой, чтобы—клиент согласился с таким определением; в случае возникновения трудностей в точном определении проблемы — возврат на стадию уточнения и прояснения; этап идентификации альтернатив, включающий: обсуждение всех возможных альтернатив решения данной проблемы совместно с клиентом;
побуждение клиента к самостоятельному продуцированию альтернатив, ненавязывание собственных решений проблемы; 1

этап планирования, содержащий:

сравнение, анализ и критическую оценку выбранных решений с точки зрения предыдущего опыта клиента и его внутренней, субъективной и объективной готовности к их осуществлению; осознание сложности и нерешаемости некоторых проблем; составление плана реалистичного решения проблемы; разработку способов прогнозирования исхода проблемы при применении того или иного решения;

этап деятельности, включающий:

последовательную реализацию выбранного плана действий; учет и анализ всех возможных факторов, способных оказать влияние на результат действий клиента: различные обстоятельства, временные и эмоциональные затраты; обсуждение возможности частичной или полной неудачи и способов реагирования и действий клиента в этом случае,

подведение клиента к осознанию неудачи как не конечного результата намеченных действий, а возможности получить обратную связь и изменить, скорректировать намеченный план действий;

этап оценки и обратной связи, включающий: оценку клиентом совместно с консультантом полученного результата и уровня достижения поставленной цели; обобщение достигнутых результатов;

анализ текущей ситуации и в результате принятие решения о завершении консультирования либо выявление возможных более глубоких проблем и возврат на предыдущие стадии работы.

Четырехступенчатая модель психологического консультирования

-
-
- *установление раппорта, "присоединение" консультанта к клиенту;*
- *ведение клиента в направлении изучения и кристаллизации проблемы;*
- *терапевтическое завершение, то есть формирование у клиента мотивации на решение проблемы.*

Шестишаговая модель А. Блазера включает в себя следующие технические этапы:

этап установления раппорта, характеризующийся:

формированием доверия;

частичным проигрыванием терапевтом той роли, которой жнет от него клиент;

использованием этого приема *только на данном этапе;*

этап составления жалобы, включающий:

анализ типа жалобы, предъявляемой клиентом: непонятной, составной {когда можно увидеть отдельную жалобу за общим состоянием "все плохо"}, явной, скрытой;

стратегию выявления типа жалобы клиента, включающую:

- *отражение консультантом истинного содержания жалобы—через различные приемы в речи (резюме, перефразирование,—повторение фразы);*

- *отражение чувств клиента, но не с целью демонстрации эмпатии, а с целью выявления истинной природы жалобы и лежащих в ее основе эмоциональных переживаний (консультант; "Я чувствую, что когда вы это говорите, то ощущаете...");*

- *изучение установок клиента, его мировоззрения, внимание—консультанта к тому, как говорит клиент, как объясняет—свою проблему, в чем видит ее причины и суть, кого или что—винит в возникновении этой проблемы, каково окружение клиента и ситуация в целом;*

этап анализа проблемы, включающий:

наличие хорошего раппорта между консультантом и клиентом и атмосферы доверия, а в противном случае клиент вытеснит проблему и интерпретации консультанта и замкнется в себе; анализ условий возникновения и протекания проблемы, эмоциональных, поведенческих реакций, когнитивной составляющей клиента;

анализ истории возникновения проблемы, то есть время возникновения, длительность протекания на данный момент, динамика проблемы, как решалась проблема клиентом и решалась ли она вообще до обращения за помощью; функциональное значение проблемы для клиента, зачем она ему нужна, какая выгода содержится в проблеме, что в ней позитивного для клиента;

построение гипотез, их проверка и подтверждение; вербальную активность консультанта, использование различных вопросов, техник "разговорения" клиента, побуждение клиента к осознанию своей проблемы;

этап формулирования проблемы, включающий: подведение клиента к самостоятельному формулированию своей проблемы через присутствие в ней фразы "Я понял", а не к пассивному восприятию им интерпретаций консультанта; *выявление*

актуальной потребности клиента после осознания им истинной сути своей проблемы, использование вопросов типа "Что ты теперь хочешь?", детализация того, что конкретно хочет клиент;

конкретное и четкое формулирование ожидаемого результата, который должен быть в сфере компетенции психолога (например, покупка новой квартиры как решение конфликтов с родителями не входит в компетенцию психолога);

этап проработки проблемы, включающий:

"движение" клиента в проблеме, расширение взгляда на проблему, изменение отношения к проблеме, поиск решения или способа изменений;

использование различных методов и техник, которые подходят для данного конкретного клиента;

перенос результатов в реальность {мотивация клиента на осуществление тех действий, которые были задуманы в процессе консультирования}; обратную связь по поводу результатов;

***этап завершения,** характеризующийся "отсоединением" клиента в случае позитивного для него решения проблемы, когда консультант дает понять клиенту, что он должен теперь *быть самостоятельным* и обходиться без помощи специалиста.*

Тема 3. Теоретические основы процесса консультирования.

Исторически *психологическое консультирование возникло из психотерапии*, в русле которой и развивались основные теории личности. Большинство теорий личности, существующих в психотерапии на современном этапе, *возникли из двух направлений: психоаналитического, где главный упор делается: на эмоциональную сферу как предмет изучения; понимание эмоциональных, глубинных основ поведения человека;*

поиск решения проблемы клиента через рациональный анализ глубинных причин;

бихевиорального, ориентированного:

на поведение как предмет исследования, без затрагивания глубинных слоев психики человека;

переобучение клиента более адаптивным техникам и способам взаимодействия с самим собой и окружающей средой; поощрение, наказание и информация как методы формирования правильного адаптивного поведения.

В дальнейшем большинство теорий личности развивались либо как поддерживающие принципы одного из этих направлений, либо как отвергающие.

Выделяю направления, основанные на

- терапия поведения (бихевиоризм);
- рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса;
- психоаналитическое направление;
- юнгианское направление К.Г. Юнга;
- адлеровское направление А. Адлера;
- гуманистическое направление К. Роджерса;

• экзистенциальное направление;

• гештальт-терапия Ф. Перлза.

2. Терапия поведения (бихевиоризм) полностью поддерживает принципы бихевиорального подхода к пониманию личности и в консультативной работе ориентируется на коррекцию поведения. Терапия поведения опирается на следующие принципы:

предметом теоретического изучения и практической работы является поведение человека;

• поведение человека формируется в процессе обучения через *положительные и отрицательные подкрепления;*

• у личности есть *побуждения*, обусловленные психологически складывающиеся иерархию мотивов в результате социального научения;

- в результате прошлого опыта положительного подкрепления у человека формируются ожидания;
- неподкрепление или отрицательное подкрепление сформированных ожиданий может вызывать различного рода психологические проблемы;
- неправильное поведение есть результат плохого, неправильного обучения;
- человек формируется в среде, в которой находится, но способен ее изменить, изменяя свое поведение.

Терапия поведения использует в качестве метода психологической работы, обучающего правильному поведению, подкрепление, которое определяется как воздействие на клиента, в результате которого формируется условная реакция и повышается или понижается вероятность повторения поведения. Подкрепление может быть:

- положительным, когда в результате воздействия стимула поведение повторяется, так как стимул соответствует ожиданиям индивида;

- отрицательным, когда то или иное поведение исчезает в результате несоответствия подкрепления ожиданиям индивида или когда индивид не получает никакого подкрепления, что также не соответствует его ожиданиям.

3. Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса стоит на стыке психоаналитического направления, используя принцип анализа, и бихевиорального направления, ориентируясь на поверхностные слои психики. Рационально-эмотивная терапия выдвигает следующие теоретические и практические принципы: предметом исследования и работы в РЭТ являются установки человека;

человек от рождения склонен к принципу рациональности мышления; присутствие у человека также и принципа паралогичности мышления;

проблема клиента есть результат его ошибочных иррациональных представлений, то есть не объективные события вызывают позитивные или негативные эмоции, а их внутреннее восприятие и оценка;

основа нормального адаптивного поведения — это ориентация на рациональное мышление и коррекция решений на основе принципа рациональности, то есть избавление от иррациональных установок.

Метод работы консультанта в РЭТ — опознавание иррациональных установок, стремление к конфронтации с ними, их пересмотру и, наконец, к закреплению функционирования рациональных, уже гибких (а не первоначально абсолютистских) установок.

4. Психоаналитическое направление в психотерапии является одним из старейших, но ортодоксальный психоанализ, разработанный **З. Фрейдом**, используется редко. Внутри психоаналитического направления развивается много течений, придерживающихся его главных принципов. В психоаналитическом направлении выделяются следующие теоретические принципы психотерапии. предмет исследования — содержание бессознательного: вытесненные конфликты; эмоции; переживания и т. п.; бессознательное и его иррациональное содержание являются источником и причинами внешних особенностей поведения, проблем, различного рода патологий, возникающих у клиента; сущность человека определяется энергией либидо, составляющей мотивационную сферу, и ранними переживаниями детства; основное **внимание сосредотачивается на изучении истории жизни клиента, а именно:** на его психосексуальном развитии;

специфике разрешения соответствующих каждой стадии комплексов;

нормальное развитие обусловлено своевременным прохождением всех стадий психосексуального развития и правильным разрешением комплексов, возникающих на каждой стадии; анализ защитных механизмов личности, использование которых предохраняет индивида от осознания многих вытесненных в бессознательное конфликтов.

В психоаналитическом консультировании для консультанта ставятся следующие задачи:

не сосредотачивать своего внимания на симптомах (защитных механизмах), а

совместно с клиентом осуществлять *поиск причин такого защитного поведения;*

помочь клиенту найти такие способы выражения своих подсознательных стремлений, которые более приемлемы как с социальной точки зрения, так и с точки зрения удобства для самого клиента;

помощь в развитии *психологической зрелости клиента* через осознание им своих защитных механизмов и бессознательных импульсов и умение справляться с ними приемлемым образом; *ориентация* не на глубинную трансформацию личности, а на *поиск решений проблем, которые связаны с внутренними конфликтами* и переживаниями, становящимися более или менее осознаваемыми клиентом в ходе консультационной работы.

В психоаналитической психотерапии выделяются следующие методы работы:

свободные ассоциации, то есть анализ терапевтом тех представлений, мыслей, воспоминаний, которые свободно, спонтанно возникают у клиента в ответ на то или иное явление; **интерпретация**, когда терапевт, анализируя поведение, действия или мысли клиента, *разъясняет скрытые, не вполне осознаваемые им аспекты* переживаний и действий;

переноса, то есть *тех чувств*, испытывая которые к другим людям клиент неосознанно переносит на консультанта и думает, что испытывает их к консультанту;

анализ сновидений, то есть *попытка понять скрытый смысл тех символов и образов*, которые фигурируют в сновидении клиента и источник которых — бессознательное самого клиента.

5. Юнгианское направление в психотерапии, основанное *К.Г. Юнгом*, зародилось в недрах психоаналитического подхода к пониманию личности. Будучи некоторое время учеником З. Фрейда, Юнг впоследствии из-за ряда разногласий со своим учителем *отошел от психоаналитического направления*, создав свою теорию личности и основанный на ней психотерапевтический подход. Теория личности К.Г. Юнга и основанная на ней психотерапия используют следующие теоретические и практические принципы:

- введение понятия общего *коллективного бессознательного*, в котором содержатся унаследованные от предков *"архетипы"*, определяемые как комплекс универсальных мотивов поведения личности, данных ей изначально в качестве обобщенных образов от предков;

- наличие у человека *индивидуального бессознательного*, представляющего собой вместилище его индивидуальных вытесненных особенностей и характеристик;

источником и причиной невротических, внутриличностных конфликтов и проблем является раздробленность личности, когда нет согласованности между всеми архетипами, сознанием и бессознательным;

- **задача сохранения целостности личности** ставится перед главным архетипом личности — *самостью*, которая определяется как *центр личности, вмещающий в себя все ее составляющие;*

- **психологически здоровая личность** — это личность с *целостной структурой Я*, то есть с развитым архетипом самости;

- подчеркивание *уникальности* человеческих мотивов и стремление каждого человека к *индивидуальности;*

- **задача и главная цель психотерапевта** — помощь клиенту в *выстраивании его "самости"*, в прохождении пути к своей *"индивидуации"*, то есть пути к "самому себе", а также *самореализации* своего потенциала независимо от внешних источников, идей и обстоятельств.

- Методы работы:

- *ответчал максимально быстро на слово-стимул* первым пришедшим в голову словом, а *цель этого теста* — выявление у пациента комплексов бессознательного — ассоциаций, имеющих аффективную, болезненную природу и мешающих ему двигаться в направлении к самоактуализации;

- *анализ сновидений с точки зрения представленных в нем Архетипов и образов*

коллективного бессознательного и *подход к сновидению* не как к явлению, наполненному вытесненными фактами бытия клиента, но как к *сигналу бессознательного* о том, что индивид отклонился от пути следования к своей "индивидуации";

- **анализ переноса**, вмещающего в себя не только *сексуальные, но и другие эмоции* и чувства, которые испытывает клиент по отношению к терапевту.

6. Адлериаанское направление так же, как и юнгианское, *уходит своими корнями в психоаналитический подход*. Оно было основано другим учеником З. Фрейда *А. Адлером*. Он разработал свою теорию личности, назвав ее *индивидуальной психологией*, и на основе этой теории разрабатывалась и концепция психотерапии, а впоследствии — и консультирования. Адлериаанское направление в консультировании и психотерапии выдвигает следующие теоретические и практические принципы работы:

- утверждение *позитивной природы* человека;
- *главенствующую роль в поведении человека играют мотивы достижения власти и стремление к превосходству*, выступающие в качестве компенсаторного механизма чувства, а в патологическом случае и *комплекса неполноценности*, присущего человеку изначально;
- *социальный интерес*, то есть стремление человека к себе подобным, также детерминирует поведение личности;
- человеку свойственно *формирование в раннем детстве* своего индивидуального *уникального стиля жизни*, основанного на *двух главных личностных силах* — *социальном интересе и стремлении к превосходству*;
- в структуре индивидуального стиля жизни *центральное место занимает целевая система личности* — человек имеет определенные цели, к достижению которых стремится, и *эти цели обусловлены* уровнем развития социального интереса и стремлением к превосходству;

источником невроза и других патологий служат не адекватные цели индивида, построенные на основе неудачно сложившегося индивидуального стиля жизни, сниженный социальный интерес.

И адлериаанском направлении перед психотерапевтом ставятся следующие практические задачи:

- помочь клиенту максимально глубоко *осознать уникальность своего стиля жизни* и использовать собственные ресурсы;
- *стимулировать* социальный интерес клиента, добиваясь развития этой стороны личности и максимально полной *адаптации* в социуме;
- уменьшить влияние на поведение и личность клиента его стремления к превосходству, *подвести к осознанию равенства между всеми людьми*;
- *уменьшить чувство неполноценности* клиента; анализ и *интерпретация жизненных целей* и их корректировка.

Психотерапия адлериаанского направления использует следующие методы работы:
анализ *ранних детских воспоминаний*; анализ *сновидений* и *грез*;
изучение семейной истории - *порядка рождения ребенка* в семье и *протекания детства*.

7. Гуманистическое направление в теории личности и основанная на нем *клиент-центрированная психотерапия* и *клиент-центрированное консультирование* разработаны *Карлом Роджерсом*. Гуманистическая психология является *антагонистическим направлением по отношению к психоанализу и бихевиоризму* и вступает в жесткую полемику с принципами этих двух направлений в теории личности. Гуманистическая теория личности выдвигает следующие теоретические и практические прищиты: человеку свойственно *врожденное стремление к самореализации*, то есть к развитию своего внутреннего творческого потенциала, силы и ресурсы для преодоления жизненных препятствий и роста *заложены в самом человеке*, так как его природа изначально позитивна, поэтому *индивид сам ответствен* за происходящие с ним изменения, а *ответственность терапевта* заключается в обеспечении атмосферы для изменений клиента; *реальность*

индивида ~ это в первую очередь то, что он воспринимает, и важность внешних событий реальности зависит от того, какую значимость они имеют в непосредственном переживании индивида;

в структуре личности существует реальное Я, то есть устойчивое представление о самом себе, формирующееся с раннего детства посредством индивидуального опыта, и идеальное Я, то есть тот идеал, то идеальное представление о себе, к которому стремится личность;

/ источником возникновения психических проблем является вытеснение некоторых фактов бытия, чувств и опыта в область бессознательного, отсутствие **конгруэнтности** — ощущения соответствия осознаваемого клиентом материала его личности и существующего опыта, а также сильный разрыв либо размытые границы между Я реальным и Я идеальным, либо разрыв между совершаемыми индивидом действиями и представлением о себе - реальном;

• **здоровая личность определяется как имеющая минимум расхождений между Я реальным и Я идеальным**, активно стремящаяся к самореализации, использующая весь свой творческий потенциал и обладающая качеством спонтанности и конгруэнтности. то есть осознания того, что выражаются именно те чувства, которые испытываются индивидом;

• человека, обратившегося за помощью к консультанту (психотерапевту), принято называть клиентом, а не пациентом, так как это демонстрирует равенство позиций и уважение к личности клиента, который сам сделал выбор и обратился за помощью.

Клиент-центрированная психотерапия и консультирование выдвигают следующие практические задачи в работе с клиентом:

• создание в процессе консультирования (психотерапии) такой атмосферы или "взаимоотношений" между клиентом и консультантом, которые способствовали бы развитию творческой силы клиента и его движению по пути самоактуализации;

• проникновение в мир восприятия клиента и принятие его системы ценностей, его внутренних установок через использование эмпатии, то есть сопереживания, — один из важнейших терапевтических факторов в клиент-центрированной терапии;

• помощь клиенту в осознании и переживании важности своего субъективного мира;

• помощь в формировании конгруэнтности клиента, то есть осознании своих чувств и того, насколько они соответствуют испытываемому опыту, и если это не так, то помощь в принятии этого несоответствия;

• помощь клиенту на основе эмпатии и принятия в расширении своей Я-концепции, то есть интегрировании всех частей своей личности и своего опыта, включая и те, что ранее не осознавались, отрицались, искажались и т. п.;

• повышение уровня ответственности клиента за себя и свое развитие.

8. Экзистенциальное направление, так же как и гуманистическое, явилось "третьей силой", противостоящей теориям личности психодинамического и поведенческого подходов. Идеи и принципы экзистенциальной психотерапии базируются на экзистенциальной философии. Идеологами и пропагандистами экзистенциального подхода в психотерапии выступают Р. Мей, И. Ялом, Дж. Бюдженталь, В. Франк. Экзистенциальная психотерапия выдвигает следующие принципы работы:

• упор на "свободную волю", свободное развитие личности;

• ведущая способность человека — это способность познавать свой внутренний мир;

• исследование проблемы одиночества и отношений личности с другими, проблемы смерти и ее принятия человеком.

Согласно экзистенциальному направлению:

• основой мотивации личности является экзистенциальная тревога, которая ставит перед индивидом задачу поиска уникального личностного смысла в

бессмысленном мире и обретения *личностного смысла существования*;

- *i/ существует базисная тревога*, основанная на переживании индивидом объективной угрозы существованию (смерть, болезнь, угроза своим ценностям и т. п.), и *невротическая тревога*, для которой свойственна неадекватная реакция *подавления* на объективную угрозу;

- **/ человеку свойственно переживание изоляции, которая может быть:*
 - *межличностной*, когда человек переживает свое внешнее одиночество;
 - *внутриличностной*, когда у индивида заблокированы некоторые части личности и они не осознаются;

- *экзистенциальной*, когда человек *ощущает свою отдаленность* от мира *независимо от наличия у него каких-либо социальных контактов*;

- *основой психического здоровья* является уникальность каждого человека; *причиной невроза* являются не проблемы прошлого опыта (фиксации либидо, незавершенные стадии развития и т. п.), а *те проблемы, которые индивид не может решить в настоящий—момент*.

Экзистенциальная психотерапия ставит следующие практические задачи:

- *подведение к осознанию человеком ответственности* за формирование собственного внутреннего мира и выбор своего жизненного пути;

- *освобождение от невротикической тревоги* через осознание базисной тревоги;

- *помощь клиенту в осознании и принятии* конечности своего бытия, в примирении с *неизбежностью смерти*;

- *развитие творческих сил и потенциала личности*;

- *помощь в осознании и проживании клиентом своей экзистенциальной и личностной изоляции*, выработка адекватных способов проживания своей изоляции.

9. Гештальт-терапия как психотерапевтический подход и теория личности ведут свое начало *от гештальт-психологии* — немецкого направления в психологии, возникшего в период "*открытого*" кризиса, идеологами которого были *К. Коффка, В. Келер, М. Вертгеймер, К. Левин*, психоанализа, дзен-буддизма, принципы которых применялись *Ф. Перлзом* — основателем геш-тальт-терапии. Гештальт-терапия имеет тесную связь с *экзистенциальным направлением* в психотерапии. Гештальт-терапия выдвигает следующие теоретические положения:

- *цель организма* — приведение своего существования в *состояние покоя, гомеостаза, целостности* для избежания напряжения, возникающего из-за дезорганизации и нестабильности;

- *гештальп* (нем.) обозначает *целостность и структурность*, несводимую к частям;

- *организм определяется как единое целое, единый гештальт*, то есть психическая и физическая жизнь индивида взаимозависимы друг от друга;

- *мотивационная система личности представлена как цикл возникновения и удовлетворения потребности*, которая рассматривается как гештальт. *Если потребность неудовлетворена ~ геш-тальт не завершен*, и это приводит к *возникновению напряжения*, так как *неудовлетворенный гештальт забирает энергию у организма*;

фигура и фон — рассматриваются как соотношение *актуальной потребности, являющейся для индивида фигурой*, и *окружающих ее потребностей, составляющих фон*, именно эта потребность, выдвинувшись из фона, представляет для индивида наибольшую ценность и именно ее он стремится удовлетворить. Удовлетворение потребности ведет за собой *завершение гештальта и возвращение его в фон*;

причиной невроза являются *незавершенные гештальты*, забирающие энергию у организма, а также *отход от собственной природы*, когда индивид живет *не в контакте с самим собой и своими чувствами*, а ориентируется на *внешние указания авторитетов*;

поле окружающей среды — это *то пространство, на границе которого происходит контакт индивида со средой и удовлетворение им актуальной потребности*; без *окружающей среды индивид не может удовлетворить потребность*;

здоровая личность обладает способностью к **аутентичности**, которая определяется как *обретение самого себя и способность быть самим собой*, умение жить полной жизнью и *в настоящем*, стремление к своему уникальному *неповторимому стилю* жизни, не подражающему и *не признающему никаких авторитетов и фигур извне*;

условием жизни в настоящем и обретения себя является доверие к собственным чувствам и прорыв сквозь блокаду установок и стереотипов;

принцип ответственности личности за себя, свою жизнь и свои выборы, **ориентация на установку "Я хочу"**, вместо "Я должен", то, как последний снимает с индивида всякую ответственность за поступок;

ощущение полноты жизни возможно только в том случае, если есть осознание, но не как понимание, а как переживание, чувствование;

контакт в терапевтическом пространстве между клиентом и консультантом (психотерапевтом) рассматривается как взаимодействие двух *равных* личностей.

Гештальт-терапия выдвигает следующие цели и задачи: помощь клиенту в *осознании, проживании и завершении* незавершенных в прошлом *гештальтов* (эмоций, чувств, поступков, потребностей и т. п.);

помощь клиенту в *обретении им аутентичности*, обретении—самого себя и веры в себя, в свои чувства, в *обретении собст—венных границ*, в осознании своих потребностей;

- помощь клиенту в *расширении своего взгляда на мир* и своей жизненной позиции, в *открытости всему многообразию жизненных выборов* и формированию *ответственности* за себя самого;

- *личность терапевта*, его поведение, реакции, спонтанность способность к самораскрытию *рассматриваются как ключевой терапевтический фактор*;

- ответственность за изменения, происходящие с клиентом, всегда лежит на нем самом, а задача терапевта — обеспечить условия для развития и изменений и расширить зону осознания;

- задача гештальт-терапии не в том, чтобы выяснить, "почему" возникает проблема, а в том, чтобы понять, "как" она проживается человеком и как воздействует на него.

Тема 4. Особенности психологической помощи детям дошкольного и младшего школьного возраста.

Основной задачей психолога-консультанта в работе с воспитателями дошкольных учреждений является психологическое просвещение. Точнее, информирование воспитателей о возрастных особенностях развития детей, направлениях и способах развивающих мероприятий и психологической помощи. В рамках психологической помощи детям дошкольного возраста и младшим школьникам целесообразно использовать те стратегии, которые сформированы на основе методик, требующих активного участия. Игровая терапия, библиотерапия и использование игр — вот три стратегически важных способа вмешательства, которые помогают консультантам установить связь с маленькими детьми и облегчить для них процесс понимания себя.

Игровая терапия — это специфический способ работы с детьми, который требует определенных навыков и предварительного обучения. Наряду с арт-терапией, игровая терапия менее подвержена ограничивающим влияниям культурных различий между консультантом и клиентами, чем любые другие формы вмешательства. Поэтому эта форма психологической помощи все чаще стала включаться в программы подготовки консультантов. Обычно в игре дети выражают эмоции, манипулируя средствами игры, например игрушками. Выражая естественным образом свои чувства, дети способны скорее их распознавать и конструктивно справляться с изменчивыми (*volatile*) аффектами (Thompson & Rudolph. 1996). В игровой терапии может применяться несколько подходов, но наиболее популярными являются подход Юнга и личностно-центрированный подход.

В идеале игровые сессии с детьми проводятся в специальных хорошо оборудованных игровых комнатах. Материалы для игры обычно относятся к одной из трех широких

категорий: игрушки из реальной жизни, игрушки для внешнего выражения (или агрессивные игрушки) и игрушки для творческого выражения (или разрядки). В число используемых предметов часто включаются куклы-марионетки, маски, материалы для рисования и глина. В некоторых ситуациях консультанты могут привлечь к работе родителей, чтобы продолжить сессии игровой терапии дома.

Библиотерапия также может использоваться в психологической работе с маленькими детьми и учениками начальных классов.

Методика библиотерапии, как указывал В.Н. Мясищев (1960), представляет собой сложное сочетание книговедения, психологии, психотерапии, психокоррекции. Это - специальное коррекционное воздействие на индивида с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния. Этот вид воздействия представляет собой использование книг (или другой печатной продукции) как средства помощи детям в понимании собственных проблем и в поиске соответствующих решений. Эти средства могут быть особенно полезны, если воспитатель вместе с детьми подводит итоги прочитанному, открыто обсуждает чувства героев, исследует последствия действий героев. Воспитатели, работающие с детьми, пострадавшими от жестокого обращения, также могут выбрать библиотерапевтический подход, поскольку это средство способствует созданию ощущения безопасности.

Значительное количество игр специально разработано для использования в работе с типичными детскими и школьными проблемами, связанными с уверенностью (неуверенностью) детей в себе, страхами раздражимостью, самоконтролем, тревожностью и депрессией (Захаров А. И., 2004). Кроме того, воспитатели могут сами придумывать аналогичные игры и ситуации.

При обращении родителей к психологу за консультационной помощью, связанной с трудностями воспитания детей, основной задачей, так же, как и при консультировании воспитателей, будет информирование об особенностях постнатального развития, о вероятных проблемах и проявлениях возрастных кризисов, и возможностях развивающей работы в условиях семьи. Предметом консультативной беседы с родителями чаще становятся «подозрения» родителей о психическом неблагополучии ребенка и вероятности аномального развития; трудности адаптации к условиям детского сада; поведенческие особенности детей, которые воспринимаются родителями как проблемные или, действительно, являются таковыми и становятся показаниями к дальнейшей психологической работе (уже непосредственно с детьми).

Можно выделить основные темы, которые затрагиваются в ходе подобного консультирования родителей.

Потребность в привязанности — одно из наиболее важных условий психического развития человека. Привязанность к матери — первый групповой феномен в системе формирующихся отношений ребенка. Односторонняя привязанность к одному из родителей после 3-х лет указывает на проблемы в отношениях с другим родителем: чем больше ребенок боится одного из родителей, тем больше он привязан к другому. Страхи и неуверенность в себе перенимаются легче от того родителя, к которому привязан ребенок. Затруднения в общении со сверстниками того же пола возникают чаще у детей, продолжающих быть односторонне привязанными к родителю другого пола.

Первые годы жизни — интенсивный период развития эмоций. Именно в это время ребенок наиболее непосредственен в выражении чувств. Повышена у него и *потребность в эмоциональном признании окружающими*. Большинство детей в первые годы жизни сильно привязаны к матери, которая является для них своего рода эмоциональным эталоном в отношениях с людьми. На основе привязанности формируется чувство любви к родителям, которое достигает своего максимального развития, как и все эмоциональное развитие, в 4 года. Любовь мальчиков к матерям в эти годы носит глубокий, проникновенный характер. Сказанное о мальчиках можно отнести и к девочкам в отношении их любви к отцу. В этом возрасте дети особенно любят ласку, поцелуи, они прижимаются к взрослым, обнимают их,

что указывает на развитие наряду, с эмоциями, так называемой схемы тела, или чувственного, телесного образа «я», соотносимого с половым и более узко сексуальным развитием.

У девочек препятствия в эмоциональном контакте с отцом чаще всего вызваны его недостаточно активной ролью в семье. Он может не придавать значения эмоционально близким отношениям с дочерью, быть слишком занятым, эмоционально заблокированным в семье.

Если для эмоционально чувствительных, нервно и соматически ослабленных детей ясли выступают в качестве декомпенсирующего фактора их психического развития, то дети эмоционально недоразвитые, с низкими интеллектуальными показателями, дети алкоголиков не встречают затруднений в адаптации. Легкость адаптации объясняется отсутствием у этих детей устойчивого эмоционального контакта — привязанности к матери, равно как и глубины переживаний (Захаров А. И., 2004).

Чем раньше ребенок будет отдан в дошкольное учреждение, тем более он будет коллективистски настроен в дальнейшем. Дети, попавшие в дом малютки вскоре после рождения, отличаются в дальнейшем большей общительностью и взаимной поддержкой. Первичные эмоциональные контакты устанавливаются не с матерью, а со сверстниками, однако отсутствие матери обедняет эмоциональный мир этих детей, не испытывающих в дальнейшем глубоких чувств любви, привязанности, вины и сострадания.

Наблюдения показали, что в младшем дошкольном возрасте хуже адаптируются дети с флегматическим темпераментом, гораздо легче процесс адаптации протекает при холерическом темпераменте. Флегматики не успевают за темпом жизни детского сада: не могут быстро одеться, собраться на прогулку, поесть, выполнить задание. Ощутимые затруднения в адаптации испытывают левши, т. к. левшество подразумевает преобладание активности правого полушария, более чувствительного к воздействию эмоциональных факторов.

Процесс адаптации у разных детей протекает индивидуально, однако есть и общие черты. До 3 лет, скорее, будут проявляться беспокойство, страх и депрессивные реакции; в детском саду будут преобладать повышенная возбудимость, раздражительность, капризность, упрямство и негативизм. Как в яслях, так и в начале посещения детского сада адаптационный стресс подрывает иммунитет, и ребенок начинает часто болеть. У плохо адаптированных детей старшего дошкольного возраста больше вероятность появления или закрепления тиков и заикания, т. е. психомоторных нервных нарушений.

Большие затруднения в адаптации испытывают нервно и соматически ослабленные дети, быстро устающие от шума, с большим трудом засыпающие днем и имеющие плохой аппетит. Тяжело адаптируются дети, являющиеся единственным ребенком в семье, чрезмерно опекаемые родителями, невротически привязанные к матери, зависимые от нее, привыкшие к исключительному вниманию, не имеющие навыков самообслуживания, неспособные наладить контакт со сверстниками из-за большого количества страхов, неуверенности в себе, незащитности, общей эмоциональной неустойчивости и недостаточно развитой ролевой структуры, неумения принимать и играть роли (в старшем дошкольном возрасте).

Причина затруднений в адаптации - отсутствие гибкости в выполнении режимных процессов, индивидуального подхода к эмоционально чувствительным, нервно и соматически ослабленным детям. Может препятствовать адаптации частая смена воспитателей, преждевременные перемены групп, большое количество детей в группе, особенно со значительной разницей в возрасте. Неудачным будет и состав группы, в которой много возбудимых, конфликтно-агрессивных детей. Требуют постоянного внимания воспитателей боязливые, незащитные и неуверенные в себе дети. Воспитатель должен обладать необходимыми личностными качествами – терпеливостью, отзывчивостью, быть гибко реагирующим на происходящие изменения в группе и способным обеспечить в ней приемлемый для всех детей социально-психологический и эмоциональный климат.

Достижение дисциплины в группе не подразумевает административно-командного, авторитарного стиля руководства, излишней требовательности и принципиальности, категоричности, нетерпимости и непримиримости к другому мнению.

Труднее адаптируются единственные в семье и поздние, а так же чрезмерно опекаемые дети. Невротическое состояние матери также влияет на адаптацию, поскольку повышает беспокойство за ребенка и создает ответную зависимость от его эмоционального состояния по типу невротической привязанности. Хуже всего адаптируются мальчики, невротически зависимые от матери и не обладающие необходимой психологической защитой со стороны отца, отсутствующего в семье или неспособного быть адекватным примером полоролевого поведения. Фактором, осложняющим адаптацию, являются конфликты в семье. Существенной причиной затрудненной адаптации будут необщительность родителей, интровертированный (обращенный внутрь) характер личностного реагирования, что может явиться помехой для развития контактности детей и легкости общения со сверстниками в группе.

Непроизвольное усвоение детьми рассмотренных черт характера и личности родителей осложняет отношения со сверстниками и затрудняет адаптацию в детском саду. Эти дети ведут себя неуверенно и нерешительно, много волнуются и беспокоятся, сомневаются в правильности своих действий, легко обижаются, плачут, заостренно реагируют на неудачи, и в то же время им не хватает гибкости, непосредственности, доверчивости и простоты в отношениях со сверстниками. Они напряжены, скованы, не могут быть собой при всем своем желании общаться и быть принятыми в группе.

Общими рекомендациями с целью оптимизации процесса адаптации могут быть следующие:

- целесообразно отдавать ребенка в детское учреждение только тогда, когда ему исполнится 3 года, если это девочка, и 3,5 года, если это мальчик;

- если ребенок единственный в семье, если он часто болеет, испытывает страхи, не хочет оставаться один (требует постоянного присутствия взрослых), то его вхождение в детский сад должно быть постепенным. Вначале нужно привести его в группу, познакомить с воспитателем, с другими детьми в группе, посмотреть вместе с ним игрушки, вызвать интерес к новому окружению и вернуться домой. Затем, несколько дней, пребывание в детском саду должно ограничиваться временем до дневного сна, в дальнейшем, в зависимости от его состояния, это время постепенно увеличивается;

- в период привыкания детей к детскому учреждению важно учитывать, что, находясь в группе, они чувствуют себя скованно и вынуждены сдерживать свои эмоции, что приводит к внутреннему напряжению, которое, может стать причиной невроза. Поэтому дома, в привычной обстановке, следует предоставлять им возможность играть в веселые подвижные игры и выражать эмоции в полной мере, так как это устраняет накопленное в детском саду напряжение.

Тема 5. Психологическое консультирование в подростковом возрасте.

Подростковый возраст - один из самых сенситивных и критических периодов развития и становления человека как биологического вида и как личности. В этот период в организме человека и в его психике происходят революционные изменения. У большинства людей это время ассоциируется со стремлением к свободе, независимости, удовольствиям, переживанием выбора жизненного пути и перспективами. Но сам по себе это крайне сложный жизненный этап.

Одна из главных тенденций кризиса подросткового возраста — переориентация общения с родителей, учителей и вообще старших на ровесников. Общение подростков — это специфический вид межличностных отношений.

Типичная черта подростковых групп — чрезвычайно высокая конформность. С яростью отстаивая свою независимость от старших, подростки зачастую абсолютно не критически относятся к мнению собственной группы и ее лидеров. К поведенческим

реакциям специфичным для подросткового возраста принято относить реакции оппозиции, имитации, компенсации и гиперкомпенсации, эмансипации, группирования.

Реакция “оппозиции” — это активный протест, ее причиной могут быть слишком высокие требования, предъявляемые к подростку, непосильные нагрузки, утраты, недостаток внимания со стороны взрослых. Возникая в детстве, оппозиция усиливается в подростковом возрасте.

Реакция “имитации” проявляется в стремлении подражать определенному образцу, модель которого диктуется, как правило, компанией сверстников. Реакция может быть причиной нарушения поведения, если образец для подражания — асоциальный.

Реакция “компенсации и гиперкомпенсации” выражается в настойчивом стремлении подростка добиться успеха в той области, в которой он слаб; неудачи в некоторых случаях заканчиваются нервным срывом.

Реакция “эмансипации” проявляется в стремлении освободиться от опеки, контроля и покровительства старших. Она распространяется и на порядки, законы и “стандарты” взрослых. Потребность в эмансипации связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение себя как личности. В повседневном поведении это — стремление сделать все “по-своему”, в крайних вариантах — уходы и побеги из дома.

Реакция “группирования” — филогенетический стадный инстинкт. Группы в среде подростков возникают и функционируют по своим, еще недостаточно изученным социально-психологическим законам, среди которых наибольшую опасность представляет так называемая “автономная мораль”, не совпадающая с требованиями родителей, школы, законов. Явление это многоуровневое. Самый глубокий, универсальный его пласт — противопоставление “МЫ” и “ОНИ” по территориальному принципу — существует практически везде.

Следует отметить, что развитие самосознания является одним из центральных кризисных психических процессов переходного возраста. Противоречивость положения, изменение структуры социальных ролей и уровня притязаний подростка приводят к тому, что он впервые начинает обращать внимание на свой внутренний мир, пытаясь ответить на вопросы: “Кто Я?!, “Кем Я стану?”, “Каким Я хочу и должен быть?”. Именно с появлением новых вопросов к себе и о себе связана перестройка самосознания.

Несмотря на то, что для подростка единственной осознаваемой реальностью является внешний мир, он все больше начинает задумываться о своих собственных чувствах и мыслях, анализировать внутреннее состояние других людей. Впервые осознается своя непохожесть на других, и именно в этом возрасте человек впервые сталкивается с таким важным и таинственным психологическим состоянием, как одиночество. Не менее важным и сложным является осознание своей преемственности, устойчивости своей личности во времени. Если для ребенка из всех измерений времени самым важным, а подчас и единственным, является настоящее, “сейчас”, то у подростка положение меняется: ускоряется субъективное течение времени, появляется ощущение важности ближайшей перспективы, хотя в целом восприятие времени остается еще дискретным и ограничено во многом непосредственным прошлым и настоящим.

Следует отметить, что подростковый возраст, особенно 12-14 лет, сопровождается значительными изменениями в содержании и структуре Я-концепции. У подростков заметно усиливаются склонность к самонаблюдению, застенчивость, эгоцентризм, снижается устойчивость образов “Я”, несколько снижается общее самоуважение и существенно меняется самооценка некоторых качеств. Подросткам значительно чаще, чем детям, кажется, что родители, учителя и сверстники о них дурного мнения, и они чаще испытывают депрессивные состояния.

В связи с тем, что подростковый кризис - это кризис перехода в новую возрастную и психосоциальную страту, который ведет к психологическим и социокультурным преобразованиям, необходимо четкое структурирование проблем подростка и моделирование психологической помощи в этом возрасте.

Проблемы подростка могут касаться:

1. Взаимоотношений в группе сверстников;
2. Взаимоотношений с лицами противоположного пола;
3. Взаимоотношений с родителями;
4. Взаимоотношений с учителями;
5. Вопросы осознания собственной личности;
6. Трудностей в учебе;
7. Поиска выхода в затруднительной ситуации.

Опыт консультирования родителей и подростков показывает, что если детей до 12 лет родители совершенно спокойно приводят в консультацию и они, как правило, полно отвечают на вопросы психолога, то подростки в ситуации консультирования, инициатива которого исходит от их родителей, чувствуют себя «не у дел». Завязать с ними откровенный разговор трудно, достоверность выполнения ими психодиагностических процедур оставляет желать лучшего.

Как правило, на первичный прием приглашается родитель, обратившийся в консультацию по телефону. Кроме типичного анализа жалобы одного родителя важно, придет ли второй родитель, придет ли сам подросток, что они скажут по поводу обращения.

В связи с этим возможны несколько моделей консультативной и психокоррекционной работы:

1 модель . Оба родителя и подросток идут на консультацию. Родители говорят о трудности понимания взрослеющего ребенка. Здесь можно проводить совместное семейное консультирование

2 модель. Подросток и родители готовы прийти, но основная проблема заключается не в их взаимоотношениях, а в трудностях подростка вне семьи (например, в общении с друзьями, учителями и т.д.). На следующую за первой беседой встречу приглашается один подросток — для консультирования и диагностики. Задачи консультанта — выяснить, насколько обоснованы жалобы и принять решение о том, какая требуется работа (например, группа общения, индивидуальное консультирование или психотерапия). Родители могут быть привлечены для работы в параллельной родительской группе, либо консультироваться отдельно от ребенка.

3 модель. Родитель жалуется, что не понимает ребенка. Сообщает, что ребенок придет, но под другим предлогом, например якобы для помощи в выборе профессии. То есть родителю трудно честно сказать подростку, зачем он должен консультироваться. Наблюдается утрата доверия между родителем и ребенком. Рекомендуются встретиться отдельно с подростком и родителем, выясняя причины амбивалентных чувств к ребенку, уточняя характер недовольства родителя и, постепенно завоевывая доверие ребенка, переориентировать его на работу с родителем. После этого их можно объединить и проводить совместное консультирование, обучать основам разрешения конфликтов и т.п.

4 модель. Родитель проецирует на ребенка только собственные проблемы (страхи и т.п.). Следовательно, необходима работа с родителем.

5 модель. Полная потеря контакта и взаимного доверия.

Подросток не идет в консультацию ни под каким предлогом. Он воспринимает как преследователей родителей и остальных взрослых. Важно понять, что лежит в основе данного недоверия (возможно, снова речь должна идти прежде всего о проблемах самого родителя — супружеской неудовлетворенности, отсутствии любви к ребенку, собственном самоутверждении и т.д.). Консультирование может пойти примерно по такой схеме:

а) клиент рассказывает об «ужасных деяниях» подростка, всячески его обвиняя. Консультант ему сочувствует;

б) наконец, высказавшись, клиент обращается за советом: «Что же делать?». Консультант может ответить: «Давайте посмотрим, а что вы делали?». Начинается этап совместного анализа поведения родителей, их целей и способов достижения воспитательного эффекта;

в) на заключительном этапе происходит «вскрытие» чувств клиента, возникших во время консультирования. Через несколько встреч у клиента-родителя, как правило, наступает осознание некоторых собственных проблем, он начинает искать их причины. Параллельно меняются и отношения с подростком. Они становятся менее импульсивными и жесткими.

б модель. Без предварительной беседы клиент приходит на прием вместе с подростком. Консультант должен быстро оценить ситуацию и выбрать тактику поведения.

Может быть использована парадоксальная техника «отсыла» клиента: психолог заявляет, что не намерен работать с подростком. Нередко в таких случаях у подростка появляется интерес к консультации. Работая с юношами и девушками, консультанты должны рассчитывать на то, чтобы такой клиент сам принял решение об обращении за помощью. Однако, например, в школьной практике возможны случаи, когда психолог действует не дожидаясь добровольного обращения к нему учащегося. Тем не менее, если заинтересованность психолога подлинна, проявляется в тактичной, а не в принудительной форме, старшеклассники редко отказываются от общения с психологом. Так как для молодого человека проблемы могут оставаться неосознаваемыми, необходимо научиться видеть эти проблемы, чувствовать, понимать их.

В ряде случаев консультант должен обеспечить психологическую поддержку, которая отсутствует или приняла искаженные формы в реальных жизненных отношениях, — психолог-консультант принимает на себя роль посредника, содействует восстановлению нормальных связей с миром. В дальнейшем эта роль сводится на нет, передается близким людям, учителям, сверстникам, старшим товарищам.

Консультант может выступать и в роли тренера, способствуя развитию навыков общения, приемов саморегуляции, самопознания. В данном возрасте также актуальна профконсультация.

В основе работы с юношами и девушками должны лежать принципы диалогического общения. Особенностью такого контакта являются равноправные отношения с целью совместного изучения конкретной психологической ситуации и ее совместного разрешения.

Успех психологической помощи в подростковом возрасте зависит от способности консультанта установить доверительный контакт с подростком, грамотно и эмпатийно определить суть кризисной ситуации и потенцировать возможности клиента в разрешении стоящих перед ним проблем. В совокупности это способствует расширению психологической культуры подростка и его личностному росту.

Тема 6. Психологическое консультирование взрослых.

Чрезвычайные ситуации получают в современных социально-политических условиях все более широкое распространение. Все чаще дети и взрослые попадают в условия техногенных катастроф, стихийных бедствий, подвергаются насилию, становятся заложниками. Поэтому интерес к психологии экстремальных ситуаций в современном мире неуклонно растет, как среди политиков, социологов, философов, так и среди практических психологов. Психология экстремальных ситуаций составляет к настоящему времени один из важнейших разделов прикладной психологии, который включает в себя как диагностику психических состояний человека, переживающего или пережившего чрезвычайные обстоятельства, так и направления, методы, техники, приемы психологической помощи: психологической коррекции, консультирования и психотерапии.

Значительное внимание уделяется в психологической литературе выявлению, психологическому анализу и классификации разнообразных психических феноменов, возникающих у жертв экстремальных происшествий. В частности, психологические феномены, возникающие в условиях воздействия чрезвычайных факторов, описываются в литературе под названием посттравматического стрессового синдрома, или посттравматического стрессового расстройства. Исследуются разнообразные негативные психические состояния, возникающие вследствие воздействия экстремальных факторов: стресс, фрустрация, кризис, депривация, конфликт. Эти состояния характеризуются

доминированием острых или хронических негативных эмоциональных переживаний: тревоги, страха, депрессии, агрессии, раздражительности, дисфории. Возникающие в этих состояниях аффекты могут достигать такой степени интенсивности, что они оказывают дезорганизующее воздействие на интеллектуально-мнестическую деятельность человека, затрудняя процесс адаптации к происходящим событиям. Интенсивные эмоциональные переживания, такие, как страх, паника, ужас, отчаяние, могут затруднять адекватное восприятие действительности, правильную оценку ситуации, мешая принятию решений и нахождению адекватного выхода из стрессовой ситуации. Эти явления, отражающие феноменологию психического функционирования человека в кризисе, оказываются в центре внимания как врачей-психиатров и психотерапевтов, так и психологов, оказывающих психологическую помощь людям, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

В значительной части случаев последствиями травматического стресса, связанного с переживанием экстремальных жизненных ситуаций, являются такие формы аддиктивного поведения, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, злоупотребление лекарственными препаратами. Алкоголь или наркотик могут использоваться в качестве релаксирующих средств, позволяющих снять или частично нивелировать острый дискомфорт, напряжение, растерянность, страх. Чрезмерный стресс может влиять и на витальные (жизненные) функции, такие, как сексуальное поведение или питание. Таким образом, последствиями травматического стресса являются не только длительные или острые эмоционально-негативные состояния, затрудняющие жизнедеятельность человека, но также и нарушения поведения, представляющие уже сферу интересов врачей-психиатров. Между тем подобные нарушения поведения имеют психологические причины, связанные с недостаточностью личностных ресурсов для преодоления стресса либо с чрезмерностью и избыточностью дезадаптирующих воздействий в чрезвычайных обстоятельствах.

Существуют жизненные ситуации, знакомые каждому, которые являются настолько травматичными, что требуют помощи со стороны, поскольку сам человек справиться с переживанием стресса не может. Например, ситуация смерти, потери близкого человека, разрыва отношений – когда личностных ресурсов может оказаться недостаточно. Чтобы справиться с чрезвычайным стрессовым воздействием, люди, переживающие утрату, часто начинают злоупотреблять алкоголем, лекарственными препаратами. Вследствие хронического напряжения у них могут возникнуть также и разнообразные психосоматические расстройства. Психологи активно исследуют причины возникновения так называемых психосоматических заболеваний, при которых наибольшее значение имеют именно психологические факторы. Такие соматические страдания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, гипертония или ишемическая болезнь сердца, – часто возникают вследствие чрезвычайных обстоятельств на фоне длительных и интенсивных состояний гнева, ярости, злости или страха, отчаяния, депрессии и печали. Таким образом, лица, пережившие стресс, могут оказаться пациентами врача.

Психология экстремальных ситуаций имеет как свой теоретический аспект, связанный с изучением особенностей психического функционирования в кризисе, так и практическое приложение, которое определяется необходимостью оказывать психологическую помощь пострадавшим в критических ситуациях людям. Подобная психологическая помощь необходима для предотвращения нарушений поведения и профилактики психосоматических расстройств. Она предполагает нормализацию психического состояния с нивелированием негативных переживаний, которые оказывают столь разрушительное воздействие как на психические, так и на соматические функции человека. Основной задачей психологической помощи является актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайных обстоятельств. Следствием эффективной психологической помощи пострадавшим является оптимизация психического состояния и поведения человека в экстремальных ситуациях.

В работе Горовица (Hogowitz, 1998) рассмотрены пять стадий актуального состояния клиента (фазы его реакции на травматическое событие):

1. Длительное стрессовое состояние в результате травматического события.
2. Проявление невыносимых переживаний: наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность.
3. Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности.
4. Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания.
5. Способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств.

Каждой фазе реакции клиента на травматическое событие соответствуют последовательные цели психотерапии:

1. Завершить событие или вывести клиента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения).

2. Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.

3. Помочь клиенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. В ходе припоминания оказывать помощь клиенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с клиентом обеспечить дальнейшую проработку травмы.

4. Помочь клиенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся Я-образа и образов других людей. Помочь клиенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, Я-образом и планами на будущее.

5. Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.

Психотерапия посттравматического расстройства, независимо от конкретно избранного метода лечения, характеризуется рядом особенностей. Прежде всего, следует иметь в виду высокие показатели прерывания терапии с жертвами ДТП, разбойных и других нападений (50% случаев). В отличие от других расстройств, клиенты с ПТСР после 2–3 встреч не приходят в терапию. Для клиентов, прервавших терапию, характерны интенсивные проявления флэшбэков; по отношению к другим симптомам значимых различий не обнаружено.

Такая динамика объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия клиента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь повторной травмы (Janoff-Bulman, 1985). Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми. Недоверие может выражаться в явно скептическом отношении к лечению; чувство отчуждения от людей, не переживших подобной травмы, часто выходит на передний план и затрудняет доступ терапевта к клиенту. Клиенты с ПТСР неспособны поверить в свое излечение, а малейшее недопонимание со стороны психотерапевта укрепляет их чувство отчуждения.

Для клиентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием роли реципиента психотерапевтической помощи. Причины, обуславливающие эти трудности, заключаются в следующем:

1. Клиенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». На такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что клиенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако подобные ожидания, естественно, не оправдываются.

2. Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: клиенты сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы (насилник, виновник ДТП и т.д.) и что последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля.

3. Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но клиент не знает того, что они составляют картину болезни,

поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности).

4. Некоторые клиенты борются за получение юридической и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их права.

Исходя из этого, психотерапевту следует стремиться к реализации определенных конкретных целей уже при самом первом контакте с клиентом, страдающим ПТСР. Такими целями являются: создание доверительного и надежного контакта; информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности – к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям.

Разработан подход психотерапевтического обучения, который включает в себя шесть компонентов (Юрьева, 2002):

- коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции;
- обеспечение доступа к информации об общей природе стрессовой реакции;
- фокусировка на роли чрезмерного стресса в развитии заболевания;
- приведение клиента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов ПТСР;
- развитие у клиента способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров;
- объяснение позиции: клиент активный участник терапии чрезмерного стресса.

Основные предпосылки успешной работы с клиентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность клиента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается клиентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению борьбы клиента за свое выздоровление. Эмпатичный терапевт поощряет клиента рассказывать об ужасных событиях, не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не уменьшает значение спонтанно возникших тем и не переводит разговор на «нейтральные» темы, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у клиента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и клиент будет чувствовать себя непонятым. Травматический перенос отражает не только опыт ужаса, но также и опыт беспомощности. Ветераны войны не смогут доверять терапевту до тех пор, пока они не убедятся, что он способен выслушать подробности военных историй.

Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии. Центральной задачей, стоящей перед терапевтом на первой стадии, является установление безопасной атмосферы. Основная задача второй стадии – это работа с воспоминаниями и переживаниями. Основная задача третьей стадии – включение в обыденную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

Наиболее распространенными терапевтическими ошибками являются:

- избегание травматического материала;
- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стремительное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления.

На второй стадии терапии клиент рассказывает историю травмы. Он рассказывает ее

полностью, в деталях. Herman (1997) описывает «нормальную память» как активную, которая «рассказывает истории». «Травматическая память», в противоположность этому, бессловесная и застывшая – «молчаливая».

Восстановление «травматической истории» начинается с обзора событий, которые предшествовали травме, и обстоятельств, которые определили «травматическую ситуацию».

Некоторые исследователи говорят о важности обращения к ранней истории жизни клиента, с тем чтобы восстановить «чувство течения и непрерывности» жизни и связи ее с прошлым. Терапевт должен помогать клиенту говорить о важных отношениях, идеях, фантазиях, трудностях и конфликтах, предшествовавших травматическому событию. Это создает контекст, в котором станет понятным значение травматического опыта в жизни данного человека (Danieli, 1988).

Повествование должно включать в себя не только описание события, но также реакции человека на него и реакции значимых других. Повествование, которое не включает образы и ощущения тела, является неполным и нетерапевтичным. Истории записываются клиентом. Записи историй читаются вместе. Описание эмоциональных реакций должно быть столь же подробным, как и описание фактов.

Терапевт играет роль свидетеля и союзника, он помогает нормализовать реакции клиента, облегчает процесс повествования, помогает обозначать реакции и разделяет с клиентом эмоциональную ношу.

Целью рассказывания травматической истории является интеграция, а не просто выражение чувств. Процесс реконструкции травматической истории направлен на трансформацию, а для этого необходима актуализация элементов травматического опыта «здесь и сейчас» (Molica, 1988).

Две наиболее детально разработанные техники, направленные на трансформацию травматической (молчаливой) памяти, это:

- прямой рассказ или свободное изложение;
- «формализованная исповедь».

«Свободное изложение» является бихевиоральной техникой, разработанной для того, чтобы помочь клиенту преодолеть ужас, связанный с травматическим событием. Подготавливая клиента к сессиям, его учат, как справляться с тревогой, используя техники релаксации и успокаивающие образы (визуализация). Затем терапевт и клиент внимательно готовят историю, тщательно описывая детали травматического события. Эта история включает четыре основных элемента: контекст, факты, эмоции и значение. Если имело место несколько событий, то разрабатываются сюжеты для каждого из них. Когда история завершена, клиент выбирает последовательность презентации истории, двигаясь от более легких к более сложным элементам. Во время сессии клиент громко рассказывает терапевту свою историю в настоящем времени, а терапевт поощряет клиента выражать свои переживания как можно полнее.

Метод исповеди был впервые описан чилийскими психологами Cienfuegos и Monelli (1983), которые опубликовали свои работы под псевдонимами, в целях собственной безопасности. Центральной идеей этой терапии является создание детального и глубокого описания травматического опыта клиента. Во-первых, записываются сессии, и таким образом готовится описание. Затем клиент и терапевт вместе работают над документом. В процессе этой работы клиент имеет возможность собрать разрозненные воспоминания в целостное свидетельское признание: Датчане Agger and Jensen (1990) усовершенствовали эту технику. Они предложили, чтобы клиент читал исповедь вслух и чтобы терапия завершалась формальным ритуалом, во время которого документ подписывается клиентом как истцом, а терапевтом как свидетелем. Необходимо 12–20 еженедельных сессий, чтобы завершить эту работу.

Не только гипноз, но и другие техники могут быть использованы для создания измененных состояний сознания, в которых диссоциированный травматический опыт более доступен. Но какие бы техники ни применялись, базовыми остаются следующие правила:

– локус контроля остается за клиентом;
– время, скорость и структура сессии должны быть таковыми, чтобы «открывающие» (те, которые обращены к травматическому опыту) техники интегрировались в процесс психотерапии.

Kluft (1989), занимавшийся терапией «множественной личности», сформулировал правило «трети». Если «тяжелая работа» должна быть сделана, то она должна быть сделана в первой трети сессии – или отложена. Интенсивное исследование происходит во второй трети сессии, в то время как последняя треть предназначена для того, чтобы клиент обрел внутреннее равновесие.

Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.

2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).

3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии.

4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.

5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.

6. Обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их нейтрализация.

Фундаментальное правило терапии **ПТСР** – принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку домашние поддерживают у клиента избегающие стратегии поведения.

Сильнее всего доверие нарушено у жертв насилия или злоупотребления (например, насилие над детьми, изнасилование, пытки). Эти клиенты в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, насколько адекватно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые клиентом; терапевт в любом случае должен сначала заслужить доверие клиента. Сильно травмированные клиенты часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны всегда быть открыты); терапевт должен реагировать на это с уважением и пониманием. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходим потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение, основанное на новом понимании происшедшего и на новых возможностях совладания с травматическими переживаниями.

Еще один заслуживающий упоминания аспект терапевтической работы с клиентами, страдающими ПТСР, – это психологические трудности, которые испытывает сам психотерапевт в процессе своей работы. Прежде всего, он должен быть интеллектуально и эмоционально готовым к столкновению со злом и трагичностью мира. Можно выделить две основные стратегии поведения психотерапевтов – избегание (обесценивание) и сверхидентификация.

Первая крайняя реакция со стороны терапевта – избегание или обесценивание: «Нет, такого клиента я не вынесу!» Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ клиента; возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Терапевт сидит с отсутствующим выражением лица, демонстрируя нежелание или неспособность воспринять рассказ о травме, поверить и переработать его. Подобная установка ведет к тому, что терапевт не задает никаких вопросов относительно

деталей и конкретных переживаний, как бы дистанцируясь от проблем клиента. Подобное защитное поведение является фундаментальной ошибкой в терапии травмированных клиентов. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой морали) биографических фактов жизни клиента все более отдаляет их друг от друга, тем самым усиливая «заговор молчания», что в итоге может привести к развитию хронической формы ПТСР.

Сверхидентификация – другая крайняя позиция терапевта, связанная с фантазиями спасения или мести и обусловленная «избытком» эмпатии. В результате этой чрезмерной эмпатии терапевт может выйти за рамки профессионального общения. Принимая на себя роль товарища по несчастью или по борьбе, он существенно ограничивает возможность предложить клиенту коррективный эмоциональный опыт. Опасность такой позиции состоит в том, что любое развенчание иллюзий, неизбежное в терапии, может оказать разрушительное влияние на терапевтические отношения.

Реакции неуверенности у терапевта обусловлены его смущением или опасением усилить травматизацию, боязнь вызвать декомпенсацию у клиента при расспросе о содержании и деталях пережитой травмы. При сексуальных травмах подобная реакция терапевта объясняется его стыдливостью, поэтому, когда клиент сообщает, что ему трудно говорить на эту тему, терапевт склонен пойти у него на поводу. Рассказ клиента о травме может вызвать у терапевта нарушения контроля: он не в состоянии справиться с мыслями, от услышанного у него выступают слезы на глазах. У клиента появляются сомнения в действиях терапевта, поскольку последний не способен вынести его рассказа. Однако большинство клиентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей профессиональной роли. Таким образом, слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая.

Работа с травмированными клиентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства – вторичного ПТСР или вторичной травмы (Danieli 1994), что подробно рассматривается в главе 9 настоящего справочника.

Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны:

1. Рациональная психотерапия – когда клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.
2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги – аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.
3. Когнитивная психотерапия – используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.
4. Личностно-ориентированная терапия – позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.
5. Позитивная терапия, гештальт-подход основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

Конкретная форма психотерапии остается предметом выбора для большинства больных, переживших психотравму. В конечном счете, травматизация разрушает когнитивные Я-схемы жертвы и ее взгляд на мир; воссоздание разрушенного бывает болезненным. Самые различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться эффективным форматом работы: выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия.

Иногда эффективно применение поддерживающих техник и симптоматического облегчения в рамках психотерапии, описанной van de Veer (1993), где учитывается культура пострадавших. Попытка преодолеть, например, чувство вины, утраты контроля и бессилия – с чем работают западные психотерапевты, может оказаться бесплодной. Однако такие

понятия, как стыд, потеря репутации, вера, судьба, порицание, могут оказаться более значимыми в странах Третьего мира. Например, утрата контроля (для западных психологов – основное последствие травматизации) может основываться на культуральной уверенности в контроле над тем, чем, как считается, человек владеет. Отсюда акцент на личной ответственности индивида и чувство вины. В противоположность этому, на Востоке вера в карму, судьбу, связь с семьей и предками определяет совсем другой взгляд на мир. Поэтому психотерапевт, получивший образование на Западе, обнаружит, что ему сложно понять иную социально-культуральную среду и систему верований, что заметно снижает эффективность его работы с клиентом иного происхождения.

Существует и более серьезный подход – «логотерапия» (Frankl, 1959), – который заключается в том, чтобы найти смысл в случившемся. Оказывается, что как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливает. Культуральные и религиозные убеждения, например, доктрины кармы или смысла страдания, свойственные буддистам и индуистам, тут имеют важное значение. Следует пытаться привлекать к сотрудничеству в качестве котерапевтов или союзников традиционные ресурсы, например священнослужителей, монахов, целителей.

Групповая терапия – наиболее часто применяемый формат терапии для клиентов, переживших травматический опыт. Она нередко используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций, позволяющих выбрать оптимальный вид групповой терапии, тут можно использовать группы различных направлений: (а) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»); (б) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»). Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические и психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе (Allen, Bloom, 1994).

Какие бы методы групповой терапии ни использовались при работе с клиентами с ПТСР, эта работа всегда направлена на достижение определенных терапевтических целей, которые кратко можно определить следующим образом:

1. Повторное эмоциональное переживание травмы в безопасном пространстве поддерживающей группы, разделение этого переживания с терапевтом и группой (при этом терапевту не следует форсировать процесс);

2. Общение в группе с людьми, имеющими похожий травматический опыт, что дает возможность уменьшить чувства изоляции, отчужденности, стыда и усилить чувства принадлежности, уместности, общности, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;

3. Возможность наблюдать за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов на фоне социальной поддержки от терапевта и членов группы;

4. Совместное обучение методам совладания с последствиями личной травмы;

5. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства), что позволяет преодолеть ощущение собственной неценности («мне нечего предложить другому»), смещение фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей; 6. Приобретение опыта новых взаимоотношений, помогающих участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более адаптивным образом.

Принципы и методы групповой терапии описаны во многих работах, например Рудестам (1998); Ялом (2000). Здесь мы хотим привести лишь те правила, которые универсальны как для групп психотерапии, так и для тренинговых групп.

Правила работы группы:

1. Доверительный стиль общения. Для того чтобы группа работала с наибольшей отдачей и участники как можно больше доверяли друг другу, в качестве первого шага к созданию климата доверия предлагается принять единую форму обращения на «ты». Это психологически уравнивает всех членов группы, независимо от возраста и роли (в том числе и терапевта).

2. Общение по принципу «здесь и сейчас». Многие люди стремятся не говорить о том, что они чувствуют или думают, так как боятся показаться смешными. Стремление уйти в сферу общих рассуждений, обсуждать события, случившиеся с другими людьми, – это действие механизма психологической защиты. Но основная задача работы – превратить группу в своеобразное зеркало, в котором каждый смог бы увидеть себя с разных сторон, лучше узнать себя и свои личностные особенности. Поэтому во время занятий все говорят только о том, что волнует каждого; то, что происходит с участниками в группе, обсуждается здесь и сейчас.

3. Персонификация высказываний. Для более откровенного общения во время занятий участники отказываются от безличной речи, помогающей скрывать собственную позицию и тем самым уходить от ответственности за свои слова. Поэтому участники заменят высказывание типа: «Большинство людей считает, что...» на: «Я считаю, что...»; «Некоторые из нас думают...» на: «Я думаю...» и т. п. Принято избегать также и безадресных суждений о других. Фраза типа: «Многие меня не поняли» при этом заменяется конкретной репликой: «Оля и Саша не поняли меня».

4. Искренность в общении. Во время работы группы участники говорят только то, что чувствуют и думают по поводу происходящего, т. е. только правду. Если нет желания говорить искренне и откровенно, участники молчат. Это правило означает открытое выражение своих чувств по отношению к действиям других участников и к самому себе. Естественно, что в группе не поощряются обиды на высказывания других членов группы.

5. Конфиденциальность всего происходящего в группе. Все, что происходит во время занятий, никогда, ни под каким предлогом не выносится за пределы группы. Участники должны быть уверены в том, что никто не расскажет о переживаниях человека, о том, чем он поделился с другими во время занятия. Это помогает членам группы быть искренними и способствует самораскрытию.

6. Определение сильных сторон личности. Во время занятий каждый из участников стремится подчеркнуть положительные качества человека, с которым вместе работает. Каждому члену группы – как минимум одно хорошее и доброе слово.

7. Недопустимость непосредственных оценок человека. При обсуждении происходящего в группе оценивается не участник, а только его действия и поведение. Не используются высказывания типа «Ты мне не нравишься», а говорится: «Мне не нравится твоя манера общения».

8. Как можно больше контактов и общения с различными людьми. Разумеется, у каждого из участников есть определенные симпатии, кто-то кому-то нравится больше, с кем-то приятнее общаться. Но во время занятий участники стремятся общаться со всеми членами группы, и особенно с теми, кого меньше всего знают.

9. Активное участие в происходящем. Это норма поведения, согласно которой каждый участник все время, каждую минуту, активно участвует в работе группы: внимательно смотрит и слушает, наблюдает за собой, пытается почувствовать партнера и группу в целом. Участники не замыкаются внутри себя, даже если узнали о себе что-то не очень приятное. Получив много положительных эмоций, члены группы не думают исключительно о себе. В группе участники все время внимательны к другим, им должны быть интересны другие люди.

10. Уважение к говорящему. Когда высказывается кто-либо из членов группы, все его внимательно слушают, давая человеку возможность сказать то, что он хочет. Члены группы помогают говорящему, всем своим видом показывая, что слушают его, что рады за него, что им интересны его мнение, его внутренний мир. Участники не перебивают

говорящего и молчат до тех пор, пока он не закончит говорить. И лишь после этого можно задать свои вопросы, поблагодарить его или с ним поспорить.

Далее мы приводим методы и техники некоторых направлений психотерапии, которые хорошо себя зарекомендовали при работе с клиентами с ПТСР.

Тема 7. Суицид как проявления кризиса.

Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению в явной и скрытой формах. Когда мы встречаемся с депрессивными клиентами, нельзя забывать, что слабовыраженная депрессия может перерасти в острую с суицидными намерениями.

Самоубийство считается ужасным, постыдным делом, и некоторые консультанты, работая с депрессивными клиентами, невольно пренебрегают такой возможностью и полагают, что их клиенты не могут даже подумать об этом. Если консультант проявляет такого рода слепоту, возникает большая опасность для благополучия и даже жизни клиента. Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них.

Обычно различают попытку самоубийства (парасуицид) и реализованное самоубийство. По данным Davis (1968: цит. по: Kennedy, 1977), женщины в четыре раза чаще, чем мужчины, пытаются покончить жизнь самоубийством, а мужчины в четыре раза чаще кончают жизнь самоубийством. Иногда утверждается, что неудавшаяся попытка самоубийства означает, что намерение было несерьезным. Это довольно опасное заблуждение, ибо немало людей, пытавшихся совершить самоубийство, повторяют попытку. По данным Shocket (1970; цит. по: Kennedy, 1977), в 12% случаях повторная попытка предпринимается в течение трех лет.

Важен вопрос, кто именно и в каких ситуациях чаще совершает самоубийство. Уже упоминалось, что не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко. Предпринимаются попытки дать более полную характеристику группе потенциальных самоубийц. Kennedy (1977) указывает несколько критериев риска:

1. Одинокое мужчины (разведенные и не имеющие близких друзей) старше 40 лет.
2. Лица, живущие одни.
3. Алкоголики.
4. Люди, перенесшие большую утрату.
5. Люди преклонного возраста, имеющие соматические заболевания.

Pretzel (1972) отмечает два условия, способствующие попыткам самоубийства. Первое — увеличение стресса до трудно переносимого индивидом уровня. Второе — неспособность преодолеть стресс ни в одиночку, ни с помощью других. Обычно решение о самоубийстве не возникает внезапно. Часто ему предшествует серия попыток поделиться своими намерениями с другими людьми. Наибольшая вероятность попытки самоубийства приходится на вершину экзистенциального кризиса. Coleman (1972) отмечает три фактора, сильно повышающие риск при предрасположенности к самоубийству: межличностные кризисы, падение уровня самооценки, утрата смысла жизни и перспективы. Shneidman (1969) указывает четыре условия, способствующие возможности самоубийства:

1. Депрессия.
2. Дезориентация с галлюцинациями и бредом.
3. Стремление вернуть себе контроль за окружением в определенных обстоятельствах, например: неизлечимо больной человек может пытаться совершить самоубийство в целях взять под контроль время своей смерти.
4. Зависимость от других и большая неудовлетворенность таким положением.

Очень важная черта потенциального самоубийцы — амбивалентность. Она затрудняет распознавание действительных намерений. Поэтому о пытавшихся совершить самоубийство

иногда можно услышать: "Не похоже на депрессию. Вчера вечером у него было хорошее настроение".

Консультант, встречающийся с клиентами, имеющими суицидные намерения, прежде всего обязан проанализировать собственные установки и чувства по отношению к самоубийству, знать их заранее. В работе никогда не следует скрывать свои подлинные чувства. Хороший контакт с консультантом может быть крепчайшей нитью, связывающей потерявшего надежду человека с жизнью.

Иногда полагают, что обсуждение с клиентами возможности самоубийства только усиливает их намерения. Однако, как правило, беседа о чувствах, подталкивающих к самоубийству, уменьшает вероятность реализации побуждений. Поэтому консультант не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными клиентами проблемы самоубийства. Тем самым он показывает клиенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.

Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, все же нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить консультанта в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые клиенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве.

Встретившись в консультировании с депрессивным клиентом, высказывающим суицидные намерения, очень важно оценить риск их реализации. От правильного прогноза может зависеть жизнь клиента. По мнению Pretzel (1972), "замысел самоубийства имеет три составляющих: выбор средства, убийственная мощь средства и его доступность. Если человек уже выбрал способ самоубийства, наверняка обеспечивающий смерть, и средство легко доступно, риск становится очень большим.

Степень вероятности самоубийства консультант может выяснить, задавая клиенту косвенные вопросы (Bird, 1973). Прямо спрашивать: "Не намереваетесь ли Вы совершить самоубийство?" — неприемлемо, потому что такой вопрос побуждает клиента к отрицанию.

Основатель логотерапии V. Frankl предлагает оценивать вместо вероятности самоубийства величину жизненного потенциала и спрашивать клиента не о причине нежелания жить, а о смысле жизни для него. Чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство. Существуют определенные правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство (Schutz, 1982; Berman, Cohen-Sandler, 1983; цит. по: Corey, 1986; Bird, 1973; Kennedy, 1977):

1. С такими клиентами нужно чаще встречаться.
2. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты в его жизни. Например: "Вы упоминали, что прежде многим интересовались. Расскажите о своих пристрастиях" или "Всегда есть ради чего жить. Что Вы думаете об этом?". Такие вопросы помогают клиенту изыскать ресурсы для преодоления трудного этапа жизни.
3. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию ("От этого ничего не изменится", "Знаете ли Вы, что все религии считают самоубийство величайшим грехом?"). Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и консультант — тоже.
4. Специалист должен привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей).
5. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить консультанту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние.
6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности — проинформировать близких клиента, обсудить вопрос о госпитализации. Консультанту не всегда легко это выполнить. Клиент нередко начинает

отрицать свои намерения и утверждает, что нечего за него беспокоиться. Тем не менее консультанту лучше понадеяться на свою интуицию и учесть опасные признаки в поведении клиента, поскольку утешительные заявления могут носить отвлекающий характер. В случаях явного суицидного риска консультант должен потребовать немедленной госпитализации, хотя большинство клиентов категорически протестуют против помещения в психиатрическую клинику. Некоторые психотерапевты (Storr, 1980) считают, что клиента шокирует изменение поведения консультанта. Человек, побуждающий к независимости и свободному выбору, вдруг берет на себя полномочия ограничить свободу клиента, запереть его в психиатрической клинике. Нам думается, что право окончательного выбора имеет каждый человек, но обязанность консультанта в случае угрозы самоубийства — сделать максимум возможного, чтобы повлиять на выбор клиента в пользу жизни.

7. Консультант не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.

8. Консультант обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, не всегда способен воспрепятствовать самоубийству. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам клиент. Консультант не может полностью и единолично отвечать за клиента. Он лишь профессионально ответствен за пресечение реализации суицидных намерений. Однако неопровержима аксиома — если клиент действительно хочет покончить с жизнью, никто не способен остановить его. Как отмечает Kennedy (1977), "мы говорим "да" жизни клиента, но должны быть готовы к тому, что некоторые клиенты все-таки скажут своей жизни "нет".

9. Консультант обязан подробно, в письменной форме, документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры для избежания катастрофы.

Консультант должен знать специфику консультирования лиц, пытавшихся совершить самоубийство. Консультирование направляется на преодоление побуждений к самоубийству, которые еще остаются после неудавшейся попытки. Hamilton и Moss (цит. по: Kennedy, 1977) выделяют три этапа консультирования: в острой фазе, в фазе выздоровления и после выздоровления. Особенно значима работа консультанта в двух первых фазах.

Во время первого контакта после неудавшегося самоубийства на первый план выступают уникальность ситуации и самочувствие "самоубийцы-неудачника". Человек, испытавший максимальное напряжение духовных сил, понимает, что не умер, но обстоятельства, приведшие к попытке уйти из жизни, у него остались. Момент "пробуждения" — начало нового этапа жизни этого лица. Поэтому важно, какое "воздействие" будет вписано в "чистый лист" сознания клиента. Время первого контакта не должно ограничиваться, клиенту надо позволить выговориться. От консультанта, встречающегося с таким клиентом, требуется неподдельная искренность, сосредоточение и отдача всех своих духовных сил. Имеется в виду нечто большее, чем обязанность консультанта. После попытки самоубийства клиент максимально обнажен и очень раним, он ясно чувствует внутреннее состояние консультанта. В первой фазе не следует начинать обсуждение основного конфликта и лишь постепенно можно перейти к причинам и психосоматическому смыслу самоубийства. Само консультирование должно быть направлено на уменьшение тревоги и безнадежности.

Фаза выздоровления начинается, когда клиент может возвратиться в свое прежнее окружение. Во время второй фазы, как, кстати, и после полного восстановления, возможно повторение суицидных побуждений. Провоцирующее влияние оказывает именно окружение, непосредственно связанное с травмирующим фактором. Поэтому на втором этапе очень важна работа консультанта с семьей суицидента. Помощь семье нередко разрешает проблематичные обстоятельства. Вообще попытка самоубийства — существенная причина для изменений в семейной жизни, точнее говоря, такие изменения становятся неизбежными. Только перемена условий жизни по-настоящему целебна.

Попытка клиента совершить самоубийство, а тем более осуществленное самоубийство представляют для консультанта очень тяжелую психическую травму. Collins (1978; цит. по: Menninger, 1991) описывает свои переживания после самоубийства пациента: "Вначале тяготило острое чувство вины и не осознавалась неприязнь к пациенту за совершенное самоубийство. Лишь постепенно пришло осознание озлобленности из-за утраченной перспективы. Озлобленность в свою очередь провоцировала вину. Одновременно довлело чувство стыда перед коллегами. Процесс скорби переплетался с повторяющимися воспоминаниями и снами. В первые дни после несчастья покончивший с собой пациент не выходил из головы, черты пациента виделись у большинства встреченных людей. Все это время ощущалась обязанность объясняться с коллегами — рассказывать им о своей последней беседе с пациентом и выражать сожаление, что не заметил признаков надвигающегося самоубийства." Collins так обобщает свой опыт: "Моей самой большой поддержкой был эмпатичный слушатель".

Руководитель известной в США клиники W. Menninger (1991) предлагает советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства пациента.

1. Мировоззренческие установки:
 - специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;
 - самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
 - нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял решение;
2. Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями:
 - необходима бдительность и готовность к неудаче;
 - в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;
 - необходимо обсудить с коллегами самоубийство пациента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

Тема 7. Особенности построения консультативного процесса при переживании утраты.

Реакция утраты на смерть близкого человека может проявляться эмоциональным шоком с оцепенением и «окаменелостью» или беспокойством, плачем, нарушением сна, аппетита, сужением сознания на психотравмирующих переживаниях, постоянными воспоминаниями об умершем, душевной тоской и т.п. С такими симптомами пациенты часто, в связи со смертью близких людей обращаются к психиатрам и психотерапевтам.

Реакция на утрату значимого объекта является специфическим психическим процессом, развивающимся по своим законам. Данный период жизни, сопровождающийся трауром, особыми атрибутами и ритуалами, носит очень важную задачу — адаптацию субъекта, перенесшего утрату, к «новой» жизни, жизни без умершего человека.

На сегодняшний день нет теорий горя (утраты, потери), адекватно объясняющих, как люди справляются с утратами, почему они по-разному переживают меняющиеся степени и типы дистресса, как и через какое время они приспосабливаются к жизни без значимых умерших людей. Субъективные переживания утраты индивидуально-различны для каждого человека, в связи с чем клинические проявления могут быть крайне вариабельны. Тем не менее, психиатру (психотерапевту) нужно составить мнение о том, развивается ли горе человека адаптивно или нет, чтобы принять решение о вмешательстве. Клиницист, который не представляет диапазон симптомов горя, рискует вмешаться в нормальный процесс и, возможно, расстроить его.

Знание специалиста о границах неосложненного, адаптивного горя может помочь ему распознать осложненное горе и/или депрессию, возникающую вслед за смертью близкого человека.

Неосложненное горе хотя и определяется в некоторой степени временными критериями и глубиной переживаний, но не они являются определяющими. Критериями диагностики неосложненного горя являются:

1. Наличие динамики состояния. Горе — это не состояние, а процесс. «Застывшее», не меняющееся состояние должно внушать опасения.

2. Периодическое отвлечение внимания от болезненной реальности смерти.

3. Появление позитивных чувств в течение первых 6 месяцев после смерти близкого человека.

4. Переход от острого горя к интегрированному. Shear M.K. и Mulhare E. выделяют две формы горя. Первая — это острое горе, которое возникает сразу после смерти. Оно проявляется выраженной печалью, плачем, непривычными дисфорическими эмоциями, озабоченностью мыслями и воспоминаниями об ушедшем человеке, нарушенными нейровегетативными функциями, сложностью концентрации внимания и относительное отсутствие интереса к другим людям и активности в повседневной жизни.

Во время перехода от острого горя к интегрированному интенсивность психопатологических расстройств снижается и человек, переживший утрату, находит путь возврата к полноценной жизни. Утрата интегрируется в автобиографическую память, мысли и воспоминания об умершем более не поглощают все внимание и не лишают трудоспособности. В отличие от острого горя интегрированное горе не занимает постоянно мысли и не нарушает другие виды деятельности. Однако, могут быть периоды, когда острое горе снова актуализируется. Это часто случается во время значимых событий, таких, как праздники, дни рождения, юбилеи, но особенно в «круглые» даты, связанные со смертью близкого человека.

5. Способность субъекта, пережившего утрату, не только признать смерть близкого человека и расстаться с ним, но и поиск новых и конструктивных способов продолжать отношения с умершим. Столкнувшись с дилеммой сбалансировать внутренние и внешние реалии, скорбящие постепенно учатся снова воспринимать в своей жизни любимого человека как умершего. Исследователями установлено, что наличие вышеперечисленных критериев является признаком жизнеспособности для людей, переживших утрату, и связаны с хорошими долгосрочными исходами для них.

Осложненное горе, иногда упоминаемое по отношению к неразрешимому или травмирующему горю, является употребительным обозначением для синдрома пролонгированного (протяженного) и интенсивного горя, который связан со значительным ухудшением в работе, здоровье, социальном функционировании.

Осложненное горе — синдром, который возникает примерно у 40% людей, понесших утрату, что связано с неспособностью перейти от острого горя к интегрированному

Таким образом, развитие психопатологической симптоматики при осложненной реакции горя требует динамического наблюдения, периодической переквалификации состояния и изменения стратегии лечения.

Для людей, переживающих утрату близкого человека, можно выделить несколько аспектов помощи:

1. Сопровождение и психологическая поддержка (оказывается близкими людьми)

2. Психологическое консультирование (проводится квалифицированным психологом).

3. Психотерапия и медикаментозное лечение. Проводится психиатрами, психотерапевтами.

Сопровождение и психологическая поддержка.

Человек, переживающий реакцию горя, нуждается в психологической поддержке друзей и родственников. Желательно, чтобы к человеку, у которого только что умер близкий, на несколько дней переехал кто-то из друзей или родственников (или чтобы он сам первые дни ночевал у них). Кроме того, родственники и друзья могут помочь при траурных приготовлениях и похоронах. Плохо в эти дни остаться одному, но не лучше и заводить

новые знакомства, производить важные перемены в жизни. Люди, оказывающие сопровождение и психологическую поддержку должны учитывать религиозные, этнические и культуральные представления человека, переживающего горе.

Если человек, переживающий горе много говорит, наделяя умершего качествами, которыми он не обладал, не надо его в этом переубеждать. Надо слушать, не мешая словоизлиянию. Уже сам факт того, что человека внимательно слушают, не перебивают и сочувствуют, может принести облегчение.

В отношении значимой утраты (смерти близкого человека) большинство практикующих психологов используют стратегии, которые базируются на концепции Worden J. (Дж. Ворден) . Ее суть заключается в том, что психологу в работе с клиентом, переживающим утрату необходимо решить четыре психологические задачи:

- 1) признать факт потери;
- 2) пережить боль потери;
- 3) организовать окружение, в котором ощущается отсутствие усопшего;

4) выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить. Реакция горя может блокироваться на выполнении любой задачи. За этим может стоять разный уровень патологий. Признаками того, что задача не решается, горе не стихает и не завершается период траура, является низкая активность клиента, его сниженное настроение, появившееся чувство вины и высказывания типа, что «после его смерти я не живу», «не вижу смысла жизни» и т.п. Все это указывает на проявления клинически значимых психических расстройств. Появление суицидальных мыслей является поводом для незамедлительного направления клиента, переживающего утрату к психиатру.

Смерть близкого человека может приводить скорбящего к восприятию себя как беспомощного, неспособного справляться с затруднениями, как несамостоятельного ребенка. Не способность человека, переживающего горе, выполнять роли умершего ведет к еще более глубокому регрессу и повреждению самооценки. В таких ситуациях приходится работать с негативным образом «Я» у пациента.

Параллельно выстраиванию новых отношений и организации окружения, человек переживающий потерю должен формировать новое отношение к умершему. Это не изъятие эмоциональной энергии из прежних отношений с умершим и помещение ее в новые связи. Подобного рода трансформация не предполагает ни забвения, ни отсутствия эмоций, а только их перестройку. Чувства к умершему должны сохраниться, но перемениться таким образом, чтобы появилась возможность продолжить жить, вступать в новые эмоционально насыщенные отношения .

Выполнение этой задачи прерывается запретом на любовь, фиксацией на прошлой связи или избеганием повторного возможного проживания утраты, если новый партнер умрет. При нарушении этих внутренних установок легко возникает чувство вины.

У многих людей есть установка, что если они ослабляют эмоциональное отношение к умершему, то тем самым оскорбляют его память или предают его. В некоторых случаях может возникать страх того, что новая связь может тоже закончиться и придется снова пройти через боль утраты — такое бывает особенно часто, если потеря еще свежа. В других случаях выполнению этой задачи могут противиться близкие. В качестве примеров можно привести случаи, когда у овдовевшей матери в случае новой привязанности начинаются конфликты с детьми. За этим нередко стоит обида на мать, которая нашла для себя замену умершему мужу, а ребенку нет замены для умершего отца.

Еще одной распространенной установкой является инфантильно-романтическое убеждение, что любят только раз, а все остальное — безнравственно. Это поддерживается культурой, особенно у женщин. Поведение «верной вдовы» одобряется социумом.

На этапе адаптации к жизни проводится тренинг новых форм поведения — жизнь без умершего. В этот период у человека, переживающего утрату, могут появляться симптомы, характерные для 2 и 3 ст. (по Bowlby J.). Подобные состояния необходимо быстро и адекватно купировать. Желательно введение новых значимых персон для поддержки и

помощи. На данном этапе эффективны различные методы поведенческой психотерапии с обязательными домашними заданиями. Аналитические техники используются по просьбе больного. При этом, однако, необходимо помнить, что углубленный анализ трагических событий и болезненных переживаний чаще всего приводит к ухудшению состояния.

Признаком эффективной психотерапии считается адаптация человека, переживающего утрату, к новым для него условиям, нормальное функционирование в окружающих его реалиях.

Завершение психотерапии не всегда совпадает с окончанием траура, продолжительность которого зависит как от культурально-оговоренных сроков, так и от индивидуального понимания периода скорби. Назвать определенные сроки продолжительности психотерапии затруднительно вследствие индивидуально-личностных особенностей людей, переживающих смерть близкого человека. Такой же точки зрения придерживается Worden J., который считает, что нельзя определить конкретный срок, на протяжении которого будет разворачиваться реакция утраты.

Признаками выздоровления можно считать способность адресовать большую часть эмоций не усопшему, а новым впечатлениям и событиям жизни, способность говорить об умершем без сильной боли. Печаль может остаться, она естественна, когда человек говорит или думает о том, кого он любил и потерял, но печаль спокойная, «светлая». Выздоровление наступило и психотерапия может быть завершена, когда человек, переживший утрату, вновь способен вести нормальную жизнь. Он адаптировался к новым жизненным реалиям, проявляет интерес к жизни, осваивает новые роли, создает новое окружение и может в нем функционировать адекватно своему социальному статусу и складу характера.

Тема 9. Содержание и организация консультирования по поводу супружеских проблем

Многие специалисты подчеркивают важность структуры, “запланированности” хода приемов именно в случае супружеской терапии. Среди распространенных рекомендаций по поводу совместной работы с супругами, есть, в частности, и такая, что если в течение пяти—шести приемов в супружеских отношениях ничего не изменилось (а часто даже если эти изменения происходят слишком медленно), супружеское консультирование должно быть приостановлено или реорганизовано: консультанту следует начать встречаться с каждым из них по очереди или пара должна быть направлена на групповую супружескую терапию, на совместную семейную терапию с детьми и т.д. (напомним, что встречи с супругами в рамках супружеской терапии, с применением более сложных и разнообразных приемов ведения беседы, могут длиться гораздо дольше).

Как уже отмечалось, начало работы, независимо от того, кто и по какому поводу обращается в консультацию, строится достаточно сходно. Основная задача консультанта на этом этапе — установить контакт с клиентом (-ами) и разобраться в том, что именно привело их на прием. Хотя уже в начале беседы, при участии в этом процессе обоих супругов, могут возникнуть определенные трудности. Так, муж и жена могут не столько стремиться изложить суть проблемы, сколько продемонстрировать вину и недостатки другого, вспоминая все новые и новые прегрешения партнера, обвиняя и перебивая друг друга и избегая, таким образом, построения конструктивных отношений с консультантом. В такой ситуации необходимо проявить определенную жесткость, предложив супругам говорить по очереди и комментировать слова партнера только тогда, когда он/она получит право слова.

Важнейшим материалом для консультативной работы с супругами, как и в случае других обращений, являются конкретные факты: что, когда, кто сделал или не сделал, какие конкретно просьбы выполнялись или не выполнялись и т.д. Оправдывающимся или обвиняющим друг друга супругам необходимо показать, что консультанта интересует не объективная истина, а субъективное восприятие каждым происходящих в семье событий. Особенно тяжелой для консультанта может быть ситуация, когда один из супругов с самого

начала беседы всячески пытается разоблачить и унижить другого, отрицая его способность переживать или реагировать на семейные проблемы. В этом случае консультант, стараясь не потерять контакт ни с одним из партнеров, должен уравнивать супругов в правах, показать, что поиски виноватого или обращение к психологу как к третьей стороне ни в коей мере не может способствовать решению внутрисемейных проблем. Только тогда, когда супруги признают, что ответственность за проблемы несут в равной степени оба и каждый хотел бы разобраться в том, что и как он/она может сделать для улучшения внутрисемейной ситуации, совместное консультирование супругов может быть успешным.

Как мы уже отмечали выше, особым требованием к работе с парой является большее структурирование процесса приема. Поэтому сначала каждый из супругов представляет свою версию того, почему и зачем они пришли к консультанту (очень важно, чтобы хоть какая-то версия была предложена каждым из них, и ссылки на то, что “он меня привел, пусть и рассказывает”, ни в коем случае не должны приниматься), после чего консультанту следует подвести итог, предложив свое, более обобщенное представление о том, какие проблемы волнуют каждого из партнеров. Для более полного понимания ситуации психологу полезно располагать следующей информацией: как, когда и в связи с чем начались или обострились конфликты, в каких ситуациях они чаще всего возникают, кто является более активным их зачинщиком, что возмущает или не нравится в другом каждому из супругов.

Если супруги согласны на более длительную работу, то, получив исчерпывающую информацию по этим и другим вопросам, консультант не должен затягивать первичный прием. Пусть он будет даже несколько короче, чем все последующие, но завершить его в этом случае следует очень четкой постановкой задач и целей консультирования, то есть тем, что каждый из супругов хотел бы в результате достичь. Не страшно, если эти ожидания у партнеров диаметрально противоположны. Но в такой ситуации, как, впрочем, и в любой другой, целесообразно предупредить супругов, чтобы сам прием и все, что на нем говорилось, не обсуждалось ими за дверями кабинета консультанта.

Особенно полезной является ситуация, когда оба супруга описали одну или несколько конфликтных ситуаций. В описании каждого отражается собственное восприятие и интерпретация происходящего, часто противоположное видению партнера. Различие в понимании и объяснении произошедшего является особенно ценным для консультанта, и если оба супруга обратили внимание на одну и ту же ситуацию, именно ее бывает полезно сделать центральной темой совместного обсуждения, поскольку на этом материале удобно показать не только разницу позиций супругов по отношению к происходящим в их семейной жизни событиям, но и проанализировать причины, которые к этому приводят. Необходимо обратить особое внимание на следующие моменты: кто и почему первый обижается, чьи реакции и поведение более агрессивны, насколько собственная агрессивность осознается клиентами, кто и как просит прощения. Основная задача консультанта в ходе такой дискуссии — помочь клиентам увидеть, что и как каждый делает для того, чтобы конфликт разгорался, и какова именно выгода, которую он/она извлекает из этой ситуации — возможность управлять другим, ощущение собственной непогрешимости, месть и т.д.

Если обсуждение конфликтной ситуации проходит успешно, можно попытаться уже на втором приеме выстроить с супругами другой вариант поведения в той же самой ситуации, более конструктивный и способствующий быстрому и успешному разрешению конфликта. В случае, если анализ конфликтного взаимодействия оказался успешным, его результаты можно попробовать перенести на другие сложные ситуации из жизни клиентов, продемонстрировав, как в других, порой очень далеких от обсуждавшейся, ситуациях проявляются те же особенности взаимодействия партнеров.

Другой вариант работы с домашними заданиями основывается на использовании всех дневниковых записей супругов. Им удобнее воспользоваться, когда в записях обоих или одного из партнеров прослеживается один и тот же постоянно повторяющийся паттерн поведения, реакции или обиды. В этом случае в качестве предмета обсуждения лучше использовать не какую-то одну конкретную конфликтную ситуацию, а паттерн реагирования

или поведения. Особое внимание при этом следует обратить на комплементарность, взаимодополнительность позиций партнеров, поскольку трудно себе представить, чтобы регулярные обиды и неудовольствие, переживаемые одним, никак не отражались на поведении и настроении другого, независимо от того, осознает он/она это или нет. Всесторонний анализ такого паттерна также предполагает обсуждение того, что, как и зачем делает каждый из супругов, чего он/она ждет и хочет добиться от другого и что реально получает. Отталкиваясь от повторяющегося паттерна поведения, можно проанализировать супружеские отношения в целом, выявив, в каких еще ситуациях, действуя по одному и тому же стереотипу, супруги обижаются и не понимают друг друга. Такой разбор, если его удастся провести, необычайно полезен, но он может растянуться и занять всю вторую встречу. Основываясь на нем, можно предложить супругам следующее домашнее задание: вести себя в этих ситуациях по-другому, стремясь реализовать новые способы поведения.

Техника конструктивных переговоров

При проведении таких переговоров очень важно придерживаться определенной системы высказываний, не давая ни одному из партнеров проявлять излишние эмоции, вместо того чтобы излагать факты. Так, на первом этапе каждому из супругов предлагается четко и ясно высказать свою позицию по какому-то вопросу, выбранному для обсуждения, например, стоит ли отдавать ребенка в садик в два года или лучше изыскать возможность продержаться его еще год дома.

Следующий этап — аргументация. Каждый партнер должен как можно подробнее и тщательнее обосновать преимущества своей позиции. И лишь на следующем этапе, выслушав аргументы друг друга, супруги могут высказывать критические замечания (но также по возможности опираясь на логику, а не на эмоции) в адрес позиции партнера. Надо заметить, что сама по себе эта процедура, достаточно простая на первый взгляд, подчас требует серьезных усилий со стороны обоих супругов, и не только в том, чтобы молчать и внимательно слушать другого. Формулирование собственной позиции и аргументов в ее защиту не так легко даются многим клиентам, поскольку более привычными в такой ситуации являются взаимные окрики типа: “Как ты можешь так думать?” или “Ты ничего в этом не понимаешь!”. Интересно, что уже на этих первых этапах кто-то из супругов может согласиться с позицией другого или ощутить слабость своей собственной точки зрения. Но представим себе, что все предшествующие этапы прошли успешно и никто из партнеров “не выбыл”. Тогда наступает самый ответственный и сложный этап — поиски компромисса.

Здесь возможны по крайней мере два пути. Первый — согласие обоих на какое-то промежуточное по отношению к взглядам обоих решение: например, отдать ребенка в сад в два с половиной года вместо двух или трех. Второй путь состоит в соблюдении некоторой очередности, например, в этом году летом провести отпуск на юге, а в следующем — в байдарочном походе. В процессе аргументации часто выясняется, что в основе позиции одного из супругов лежат не какие-либо логические аргументы и соображения, а некие взгляды и установки, усвоенные в детстве, услышанные где-то или вычитанные из книг и воспринимаемые как неопровержимые.

Тема 9. Дистантное консультирование.

В настоящее время на разных континентах существует несколько крупных международных служб телефонной помощи: Международная федерация служб неотложной телефонной помощи (IFOTES), международные линии жизни (Life Line), движение Самаритян (Befriending International).

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.

Стадии консультативного процесса и основные приемы консультирования (выслушивание, перефразирование, резюмирование, отражение чувств и содержания и т.п.) совпадают с теми, что используются при face-to-face counseling.

Однако следует особо отметить ряд консультативных обращений, возможных только при телефонном контакте.

1. Молчаливое обращение («молчащие звонки»): 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 разговаривать. Абонент должен почувствовать вашу поддержку, которая может «ыть выражена самыми простыми фразами: «Пожалуйста, говорите, я готов выслушать Вас... Я понимаю, иногда бывает трудно начать разговор...» и т.п.

В других случаях необходимо обеспечение обратной связи. Может быть описание каких-либо звуков, которые слышит консультант (Например: шум транспорта, дыхание клиента и т.п.).

Иногда полезно придумать какой-либо условный код (стук по трубке), обозначающий «Да» и «Нет» и т.д.

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 (Снегирева, 1991. С. 225—227).

4. Сексуальные звонки. Звонки из этой категории могут быть самыми трудными и неприятными из всех, с которыми сталкивается телефонный консультант. Избежать неловкости, смущения или даже некоторого испуга, помочь абоненту, действительно нуждающемуся в откровенном разговоре о своих половых взаимоотношениях, и при этом чувствовать себя комфортно, консультант может лишь при осознании своей сексуальности.

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. Другие центры, признавая существование у некоторых клиентов такой потребности, идущей от низкой самооценки и малой веры в себя, сделали попытку найти к «сексуальному абоненту» особый подход. «Самаритяне» в Лондоне, например, создали специальную группу телефонных консультантов, названных «Бренда», к которым направляются подобные абоненты. Как только «сексуальный» звонок идентифицирован, консультант говорит что-то типа: «Вам следует позвонить Бренде... Она дежурит в ... час, пожалуйста позвоните тогда» (Хэмбли, 1992. С. 45).

Консультативная переписка

М.Е. Бурно замечает, что пациенты с давних пор своими письмами подсказывали врачам этот психотерапевтический способ. После выхода в свет знаменитых психотерапевтических писем Г.Оштенгейма (см. Бурно, 1987) появилось много аналогичных изданий и научных работ о терапии письмами, особенно в последние годы (см. там же).

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 ходе работы мы пришли к мысли, что различные термины — «психотерапевтическое письмо», «психотерапевтическая переписка», «письменная психологическая помощь», «терапия домашней перепиской с врачом» (Бурно, 1987), «терапия письмом» — вносят значительный разнобой, разночтения и разные толкования, не охватывающие всей широты и глубины методики. Исходя из этого предлагаем ввести новое наименование, устраняющее пестроту, а порой и излишнее многословие прежних названий. Мы назвали данный подход термином скриботерапия (от лат.: *scribio* — «писать» и *therapia* — «лечение»), имея в виду, что в переписке отражаются как воздействие консультанта (психотерапевта) на клиента, так и вербальное и невербальное самовыражение клиента.

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 таковым 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. Ниже приводятся примеры из писем клиентки И., датируемые разными числами*. Письмо от 09.04.93: "Я их достала своим присутствием", "тоска", "очень больно", "потенциальный суицид". Письмо от 20.05.93: "Все-таки ты для меня довольно часто — врач... Скорей даже не врач, а лекарство. А наше общение своеобразный наркотик". Письмо от 04.06.93: "Я уже почти справилась с собой..., по Глобе я получилась очень плохая "дочь Луны"... Чуть не расплакалась. А потом подумала: а, по фиг! А зато я "добрая колдунья" и "драгоценная собеседница"". Письмо от 12.11.93: "Хорошо, что хорошо..., радуюсь..., видимо, я научаюсь любить людей. Кто любит, мудр".

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.

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 мета модели, 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, биохевиористского 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.

Тема 11. Синдром профессионального выгорания и профилактика профессиональных деструкций

Уровень психологического здоровья психологов ниже, чем у населения, потому что получает «макротравмы»:

1. Стрессовая нагрузка и ответственность за работу;
2. Конфликты с клиентами, выходящие за рамки терапевтических отношений (суд, налоговая);
3. Угроза физического насилия со стороны пациента (с ней сталкиваются 30-40% психологов);
4. Самоубийства пациентов (до 30% специалистов с этим сталкиваются).

На современном этапе развития психологического знания профессиональное выгорание представляет собой стресс-синдром как совокупность симптомов, которые негативно сказываются на работоспособности, самочувствии и интерперсональных отношениях субъекта профессиональной деятельности. Существуют различные определения выгорания.

В соответствии с моделью Маслач и Джексон, оно рассматривается как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающая в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений. *Эмоциональное истощение* проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, исчерпанности собственных эмоциональных ресурсов. Человек чувствует, что не может отдаваться работе, как раньше. Возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, в особо тяжелых проявлениях возможны эмоциональные срывы.

Деперсонализация представляет собой тенденцию развивать негативное, бездушное, циничное отношение к реципиентам (пациентам, клиентам, ученикам и др.). Контакты становятся обезличенными и формальными. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем вырывается наружу в виде вспышек раздражения или конфликтных ситуаций.

Редукция персональных достижений обнаруживается в виде снижения чувства компетентности в своей работе, недовольстве собой, уменьшении ценности своей деятельности, негативном самовосприятии в профессиональном плане. Замечая за собой негативные чувства или проявления, человек обвиняет себя, за счет чего снижается как его профессиональная, так и личная самооценка, появляется чувство собственной несостоятельности, безразличие к работе. В связи с этим синдром выгорания рассматривается рядом авторов как «профессиональное выгорание», что позволяет изучать данный феномен в аспекте профессиональной деятельности. Установлено, что данный синдром наиболее характерен для представителей социальных или коммуникативных профессий — системы «человек-человек» (это медицинские работники, учителя, менеджеры всех уровней, консультирующие психологи, психотерапевты, психиатры, представители различных сервисных профессий).

Впервые термин «burnout» был введен американским психиатром Х. Фреденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Большое значение для понимания синдрома эмоционального выгорания имеют исследования защитных механизмов свойства.

Плутчик и Конте рассматривали психологическую защиту как особый механизм, действующий по принципу отрицательной обратной связи. Включение этого механизма способствует ослаблению излишне интенсивной эмоциональной реакции для сохранения своего «Я-образа» и поддержания социально адекватных отношений. Наличие психологической защиты проявляется не только в постоянном оправдывании своих действий и оправдывании других, но и в «слепости», «глухоте» к проблемам других людей в связи с высокой степенью концентрации внимания на себе. С точки зрения Плутчика и Конте, механизмы психологической защиты как примитивные, так и высшие регулируют переживания, экспрессию и поведение на базе эмоций и, следовательно, лежат в основе формирования определенных черт личности. Таким образом, исходя из того, что синдром эмоционального выгорания, как и психологическая защита, возникает в результате действия психотравмирующих обстоятельств и способствует снижению травмирующей личность переживаний, уменьшению тревоги, позволяет нейтрализовать состояние эмоциональной напряженности, следует, что синдром эмоционального выгорания является защитным механизмом психики человека.

Выгорание отчасти понимается как функциональный стереотип, так как позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В.В. Бойко, а вслед за ним и Н.Н. Цуканов, считают, что синдром эмоционального выгорания является формой профессиональной деформации личности, так как могут возникать его дисфункциональные следствия, когда синдром эмоционального выгорания отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Внутренние причины СЭВ:

1. Не заключение контракта;
2. Постоянство нереалистичных целей;
3. Отказ от распределения ответственности;
4. Ассиметричное распределение ответственности за результат (комплекс спасителя);
5. Игнорирование границ своей компетентности

Внешние причины СЭВ:

1. Отсутствие возможности выбирать клиента;
2. Отсутствие возможности объективно оценивать результат своей работы, неразработанной системы анализа эффективности психотерапевта;
3. Невозможность организованной адекватной оплаты труда;
4. Управление организацией – отсутствие доверия и благодарности к специалисту.

В концепции В.В. Бойко выделяются внешние и внутренние факторы, детерминирующие синдром эмоционального выгорания.

К внешним относятся хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность, связанная с интенсивным общением; дестабилизирующая организация деятельности, характеризующаяся нечеткой организацией и планированием деятельности; повышенная ответственность за исполняемые функции и операции; неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности; психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения.

К внутренним факторам относятся склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности, нравственные дефекты и дезориентация личности.

В. В. Бойко для определения фаз эмоционального выгорания берет за основу учение Ганса Селье о стрессе как неспецифической защитной реакции организма в ответ на психотравмирующие факторы разного свойства :

Первая фаза – «напряжения» включает в себя симптомы «переживания психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенности собой», «тревоги и депрессии».

Вторая фаза, «резистенции», - попытки более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений. Среди признаков (симптомов) резистенции прежде всего стоит выделить «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование». В. В. Бойко отмечает разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций, как полезном навыке, и неадекватном реагировании, что чаще воспринимается партнерами как неуважение к их личности, то есть переходит в плоскость нравственных оценок. Последнее, очевидно, приводит к накоплению межличностных конфликтов. Далее отмечаются симптомы: «эмоционально-нравственная дезориентация» (как логическое продолжение предыдущего), «расширение сферы экономии эмоций»(прежде всего - когда данная форма защиты переносится вне пределов профессиональной деятельности - домой, в общении с друзьями и т.п.), симптом «редукции профессиональных обязанностей», по сути - их упрощение, так или иначе пересекающееся с эмоционально-нравственной дезориентацией.

Третья фаза – «истощения» характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная

защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности. Здесь отмечаются симптомы «эмоционального дефицита» (преобладание отрицательных эмоций над положительными); «эмоциональной отстраненности» (когда личность почти полностью исключает эмоции из профессиональной деятельности, в других же сферах живя полноценными эмоциями); «личностной отстраненности» (партнер, клиент, пациент и т. п. и воспринимается как неодушевленный предмет, объект для манипуляций); «психосоматических и психовегетативных нарушений» (эмоциональная защита уже не справляется с нагрузками и энергия эмоций перераспределяется между другими системами организма, таким образом, он спасается от разрушительной мощи эмоциональной энергии).

Симптомы эмоционального выгорания

Симптомы, составляющие синдром профессионального выгорания, условно можно разделить на три основные группы:

- психофизические,
- социально-психологические,
- поведенческие.

К **психофизическим симптомам** профессионального выгорания относятся такие, как:

- чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости);
 - ощущение эмоционального и физического истощения;
 - снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию);
 - общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимии крови и гормональных показателей);
 - частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочнокишечного тракта;
 - резкая потеря или резкое увеличение веса;
 - полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с 4 часов утра или, наоборот, неспособность заснуть вечером до 2-3 часов ночи и «тяжелое» пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);
 - 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;
- К **социально-психологическим симптомам** профессионального выгорания относятся такие неприятные ощущения и реакции, как:
- безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);
 - повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;
 - частые нервные «срывы» (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, «уход в себя»);
 - постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности);
 - чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);

- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»;
- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «Как ни старайся, все равно ничего не получится»).

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 (рано приходит на работу и поздно уходит либо, наоборот, поздно приходит на работу и рано уходит);

- 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, не соответствующая служебным требованиям, трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;

- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;
- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств и др. 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 (они постоянно занимаются спортом и поддерживают здоровый образ жизни). Это люди, имеющие высокую самооценку и уверенность в себе, своих способностях и возможностях.
- Необходимо также подчеркнуть, что профессиональное выгорание меньше касается людей, имеющих опыт успешного преодоления профессионального стресса и способных конструктивно меняться в напряженных условиях.

- Если говорить о характере таких людей, то необходимо выделить такие индивидуально-психологические особенности, как высокая подвижность, открытость, общительность, самостоятельность и стремление опираться на собственные силы.
- Важной отличительной чертой людей, устойчивых к профессиональному выгоранию, является их способность формировать и поддерживать в себе позитивные, оптимистичные установки и ценности, как в отношении самих себя, так и других людей и жизни вообще. Замечено, что симптоматика профессионального выгорания может быть «инфекционной» и проявляться не только у отдельных работников.

- Нередко встречается профессиональное выгорание целых организаций, которое проявляется в том, что у подавляющего большинства сотрудников присутствует внутреннее физическое или эмоциональное состояние с одними и теми же симптомами, а также одни и те же формы поведения (налицо «эффект массового эмоционального заражения»). В таких случаях заметно «стираются» индивидуальные различия между работниками, они становятся неестественно похожими и одинаковыми, как бы «на одно лицо». Люди становятся пессимистами, у которых нет веры в позитивные изменения на работе и возможность что-то изменить собственными усилиями.

Причинами профессионального выгорания организации выступают постоянные противоречия в стратегическом и тактическом руководстве; чрезмерные, невыполнимые требования к работникам; передача ответственности сотрудникам, не имеющим полномочий; отсутствие объективных критериев для оценки результатов труда; неэффективная система мотивирования и стимулирования персонала, а также, выраженная пассивность самих работников.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ.

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме дискуссии и предполагают обсуждение конкретных ситуаций, раскрывающих и характеризующих тему занятия. Обсуждение направлено на освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является личным мнением автора, построенным на анализе различных источников, поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Обязательным условием подготовки к практическому занятию является изучение нормативной базы. Для этого следует обратиться к любой правовой системе сети Интернет (Консультант Плюс, Гарант и т.д.). В данном вопросе не следует полагаться на книги, так как законодательство претерпевает постоянные изменения и в учебниках и учебных пособиях могут находиться устаревшие данные.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту необходимо отслеживать научные статьи в специализированных изданиях, а также изучать статистические материалы, соответствующей каждой теме.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. Проработать тестовые задания и задачи;
6. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Предмет и задачи психологического консультирования

План

1. Понятие о психологическом консультировании. Современные представления о целях консультирования
1. Основная проблематика и особенности развития психологической помощи в современном мире. Права и обязанности психолога-консультанта. Взаимодействия со специалистами смежных профессий.
2. Квалификация, функции и этика специалиста в сфере оказания психологической помощи.
3. Основные задачи консультативной психологии.
4. Этические принципы работы в сфере психологического консультирования.
5. Отличия психологического консультирования от других видов психологической помощи?

Тема 2. Структура процесса консультирования

План

1. Оценка проблем клиента. Структура психологического анамнеза.
2. Психодиагностика в процессе консультирования. Основные компоненты психологического анамнеза.
3. Психологическая консультация как организационная структура: требования к помещению и интерьеру консультационного центра.
4. Особенности структурирования первой консультативной встреч
5. Этапы консультативного процесса. Процедуры и техники на разных этапах консультирования. Особенности самораскрытия консультанта.
6. Факторы влияющие на успешность консультационного процесса.

Тема 3. Теоретические основы процесса консультирования

План

1. Теоретические принципы современных психологических направлений.
2. Современные представления о целях консультирования в основных направлениях современной психологии.
3. Основные принципы психодинамического направления.
4. Основные принципы поведенческого направления
5. Основные принципы экзистенциально-гуманистического направления

Тема 4. Оценка результатов психологического консультирования.

План

1. Определение результативности психологического консультирования.
2. Оценка результатов психологического консультирования.
3. Причины недостаточной результативности психологического консультирования.
4. Возможные ошибки консультанта в процессе консультирования.

Тема № 5 Синдром профессионального выгорания

План

1. Определение СЭВ.
2. Причины эмоционального выгорания профессионала.
3. Характеристика проявлений СЭВ.

4. Супервизия, личная терапия, Балинтовские группы, как профилактические и терапевтические стратегии в преодолении СЭВ.
5. Профилактика профессиональных деструкций.

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

План

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.
4. Возрастные кризисы и необходимость учета их протекания специалистом в процессе консультирования.
5. Технологии индивидуальной консультативной и психокоррекционной работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста.
6. Психодиагностическое исследование детей младшего школьного и дошкольного возраста в процессе консультирования.

Тема 7 Психологическое консультирование в подростковом возрасте.

План

1. Общая характеристика подросткового возраста.
2. Психолого-педагогические проблемы данного возраста.
3. Особенности взаимоотношения подростка со сверстниками и родителями
4. Особенности психологической помощи в подростковом возрасте.

Тема 8 . Психологическое консультирование взрослых в ситуации кризиса

План

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
5. Каков прогноз при переживании возрастных кризисов.
6. Психологические аспекты кризиса середины жизни
7. Профилактические меры по предупреждению деструктивного поведения в кризисных ситуациях

Тема 9. Суицид как проявления кризиса

План

1. Теории самоубийства
2. Факторы суицидального риска.
3. «Ключи» суицидальной опасности.
4. Задачи консультанта и общие принципы интервенции
5. Специфика организации психолого-медико-педагогической помощи при угрозе суицида
6. задачи специалиста «телефона доверия» при консультировании суицидоопасных клиентов

Тема 10 Психологическое консультирование при переживании утраты

План

1. Критические периоды времени в переживании утраты.
2. . Симптомы горя при переживании утраты.

3. Особенности оказания консультативной помощи.
4. Экзистенциальные вопросы в консультативной практике.
5. Специфика переживания детского горя.
6. Алгоритм психологической помощи страдающему ребенку.

Тема 11 Семейное консультирование

План

1. Содержание и организация консультирования по поводу супружеских проблем.
2. Теоретические подходы по определению генеза проблем супругов и их решения.
3. Основные поводы для обращения супругов в консультацию.
4. Организация консультативной работы с супружеской парой.
5. Использование психодиагностических техник по проблемам взаимоотношений в семье.
6. Организация консультативной работы с одним из супругов.
7. Консультирование по поводу сексуальных проблем.
8. Возможности коррекции стилей супружеского общения.
9. Особенности работы с проблемами распределения семейных ролей и обязанностей между супругами.
10. Особенности работы с различиями в установках супругов.

Тема 12 Дистантное консультирование

План

1. Особенности подготовки консультантов «телефона доверия».
2. История становления данной службы в мире и России.
3. Структура консультирования по переписке и телефонного консультирования.
4. Особенности процедуры дистантного консультирования.
5. Особенности оказания консультативной помощи при переписке.
5. Специфика подготовки консультанта для дистантного консультирования.
6. Требования, предъявляемые к организации службы «Телефон доверия».
7. Структура консультирования по переписке, структура телефонного консультирования

Тема 13. Специальные проблемы психологического

План

1. Стратегия консультирования тревожных клиентов.
2. Консультирование при реакциях страха и фобиях.
3. Особенности консультирования «немотивированных» клиентов.
4. Консультирование при переживании вины.

Тема № 14. Особенности психологической помощи детям с ограниченными возможностями.

План

1. Внутренняя картина болезни в детском возрасте.
2. Переживание родителями заболевания ребенка.
3. Влияние заболевания ребенка на психологический климат семьи.
4. Особенности реагирования ребенка на заболевание.
5. Формы и методы работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья и их ближайшим окружением.
6. Стратегия оказания психологической поддержки родителям детей с ограниченными возможностями.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой ко всем занятиям: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе квинтэссенцию содержания прочитанного. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и даталогические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста,

включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя вопросы для самостоятельной работы, темы рефератов и темы эссе.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Специфика консультирования по проблемам готовности ребёнка к школе
2. Консультирование родителей по проблемам младшего школьного возраста
3. Особенности психологического консультирования детей подросткового возраста.
4. Проблемы психологического консультирования пожилых и старых людей.
5. Содержание и методика психологического консультирования в учреждениях здравоохранения.
6. Содержание и методика психологического консультирования в военно-правовых органах.
7. Специфика психологического консультирования по телефону доверия.
8. Особенности кризисного консультирования.
9. Гуманистическое направление в психологическом консультировании.
10. Когнитивно-поведенческое направление в психологическом консультировании.
11. Консультативная психология как наука. Этапы становления.
12. Организация психологического консультирования в ВУЗе: опыт российских и зарубежных учебных заведений.
13. Психологическое консультирование в системе профотбора и профориентации.
14. Психологическое консультирование семей с тревожными детьми.
15. Психологическое консультирование семей с агрессивными детьми.
16. Психологическое консультирование семей по проблеме неуспеваемости школьников.
17. Психологическое консультирование семей с гиперактивными детьми.
18. Психологическое консультирование семей по проблеме РДА
19. Специфика психологического консультирования по проблемам межличностного общения.

20. Психолог-консультант: личностные особенности и специфика подготовки.

Требования к написанию реферата

Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения данной дисциплины.

Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.

Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентов.

Рекомендации к написанию реферата.

Реферат (от лат. *refereo* – сообщаю) – краткое изложение в письменном виде или в форме публичного доклада содержания научного труда (трудов), литературы по теме.

Написание реферата – одна из основных форм организации самостоятельной формы работы студентов. Реферат по дисциплине «Психотерапия: теория и практика» предусматривает раскрытие студентам определенной проблемы на основе глубокого изучения нескольких первоисточников, предлагаемых на семинарских занятиях или для самостоятельного ознакомления.

Примерная тематика рефератов, изложенная ниже поможет сориентироваться студентам. Выбор темы реферата целесообразно производить в начале изучения курса. При ее определении полезно обратиться к тем проблемам, которые близки интересам студента, направлению его исследовательской работы (курсовой или дипломной). Это способствует более глубокому проникновению к истокам проблемы, выявлению разных концепций, подходов, мнений в истории педагогики.

Цели и задачи реферата.

Реферат обычно пишется в процессе изучения одной из важных учебных проблем дисциплины. Цели реферата при этом – показать как осмысленна данная проблема. Реализация этой цели достигается путем осуществления следующих задач:

- выработка навыков самостоятельной учебно-исследовательской работы;
- обучение методике анализа, обобщения, осмысления информации;
- проверка знаний студентов по изученной дисциплине.

Структура написания реферата:

1. Изучение литературы по намеченному вопросу.
2. Сбор и обобщение материала.
3. Составление плана реферата.
4. Написание реферата.
5. Оформление реферата.

Реферирование предполагает, главным образом, изложение чужих точек зрения, сделанных другими учеными выводов, однако, не возбраняется высказывать и свою точку зрения по освещаемому вопросу хотя бы в гипотетической форме как предположение, которое может быть исследовано, доказано и аргументировано впоследствии. Более того, реферат преследует цель выработки своего отношения к изучаемой проблеме.

Реферат отличается от курсовой и дипломной работы тем, что степень творчества в реферате меньше. В реферате дается только первичное осмысление и обобщение определенного объема информации, накопленной учеными и изложенная в литературе.

Обязательными требованиями к оформлению реферата являются:

- данные о студенте: Ф.И.О., курс, группа
- данные о преподавателе: Ф.И.О., должность, звание
- название дисциплины и тема
- план изложения материала с указанием страниц, глав, разделов
- содержание: обоснование выбранной темы, ее теоретические основы, непосредственное изложение содержания

- выводы
- библиография
- приложения (при необходимости)

План реферата позволяет студенту выделить основные вопросы, соблности хронологию в изложении материала и т.д.

Приступая непосредственно к изложению содержания реферата, в соответствии с планом, полезно предварить его кратким определением понятий, которые могут быть сформулированы с современной точки зрения и позволят студенту актуализировать знания, полученные из других учебных курсов . Определение основных понятий даст возможность студенту выбрать те составные части проблемы, на которых они хотят остановиться подробнее, что может быть специально оговорено в реферате.

Безусловным требованием к написанию реферата по дисциплине является использование непосредственно первоисточников и, как исключение, материалов, изложенных в хрестоматиях.

При оформлении списка литературы необходимо руководствоваться общими требованиями. При этом следует указать все первоисточники со ссылкой на то, откуда они взяты (хрестоматия, избранные сочинения, собрания сочинений и т.д.).

При оформлении рефератов можно использовать рисунки, иллюстрации, схемы, таблицы, помогающие четко и образно изложить материал.

Сбор материала.

В процессе изучения литературы используют методы конспектирования и выписок. Конспект – это краткое выражение основного содержания статьи или книги, главного смысла, пересказанного своими словами или в виде цитат.

Конспекты бывают нескольких видов:

- плановые,
- текстуальные,
- свободные,
- тематические.

Плановые конспекты – это конспектирование книги по ее плану, по разделам, главам и параграфам; такой конспект полностью отражает структуру произведения; его можно строить в форме вопросов и ответов. Второй вид конспекта представляет собой собрание цитат, которые дают основное содержание книги через авторские высказывания наиболее важных идей. Третий вид конспекта – комбинированный – сочетает цитаты с пересказом своими словами содержания отдельных разделов. Четвертый предполагает подбор цитат из разных источников или пересказ чужих мыслей, разнесенных по рубрикам, по пунктам плана, раскрывающим содержание плана.

Метод конспектирования применяют в том случае, если по теме реферата имеется одна или две монографии, которые нужно изучить полностью, от начала до конца.

Метод выписок используется в случае, если литературы по теме реферата много. Тогда отбирают самые фундаментальные работы для обстоятельного изучения и конспектирования, остальные же просматривают, делая выписки в тех случаях, когда обнаруживают необходимые для раскрытия содержания темы мысли, идеи, высказывания.

Выписки, относящиеся к выбранной теме, можно складывать в отдельный конверт, папку, а при работе на компьютере – в отдельный файл. Туда же помещают собственные мысли и соображения, которые приходят в голову в связи с чтением литературы.

Составление плана реферата

План реферата отражает в концентрированном виде его суть. Это схематическое выражение того, что хочет сказать автор. Учитывая ограниченный объем внимания человека, план должен быть лаконичным, чтобы можно было, взглянув на него, легко понять, что стоит за ним, что будет раскрыто в тексте.

План может составляться разными способами:

- 1) взять за исходную точку избранную тему и, исходя из нее, сформулировать цели и задачи, они дадут название разделов и параграфов реферата;
- 2) исходить из собранного материала, логика которого подскажет структуру изложения;
- 3) смешанный, сочетающий оба подхода.

Обычная структура планов включает в себя:

1. Введение, в котором содержатся обоснование темы и ее значимости, объяснение причин почему выбрана именно данная тема, тем обусловлен интерес к ней. Затем, дается обзор литературы по выбранной теме. Желательно, чтобы была предложена классификация существующих точек зрения на проблему, если она достаточно хорошо изучена. Если же она изучена плохо, не привлекала к себе внимание ученых, то это нужно отметить, так как возможность для творчества здесь увеличивается. Во введении должна быть четко сформулирована цель, которую студент ставит перед собой и задачи, с помощью которых он будет эту цель реализовывать.

2. Основная часть реферата, которая обычно состоит из двух разделов:

А) теоретического осмысления проблемы;

Б) изложение эмпирического материала, который аргументировано подтверждает изложенную в первом разделе основной части теорию.

При этом нужно отметить, что цитата с оценочным суждением не считается аргументом. Основная часть должна соотноситься с поставленными задачами. Возможна разбивка основной части на столько параграфов, сколько поставлено задач.

3. Заключение содержит результаты осмысления проблемы, выводы к которым приходит автор реферата, а также оценку значимости этих выводов для практики или дальнейшего изучения проблемы (так как не редко реферат перерастает в курсовую или дипломную работу). Выводы должны соответствовать поставленным задачам.

Правила оформления.

Реферат выполняется на стандартных листах формата А4, которые сшиваются любым способом слева и помещаются обложку. Реферат может быть выполнен от руки (разборчивым почерком), на пишущей машинке или на компьютере на одной стороне листа (кегель 12 через 1,5 межстрочный интервал, поля по 2 см со всех сторон). Страницы реферата должны быть пронумерованы, на титульном листе номер страницы не указывается, но он учитывается в общем числе страниц. Примерный объем реферата 20 страниц. Ссылки на использованную литературу обязательны, так как в этом проявляется культура уважения к чужой мысли. Существуют правила цитирования:

– заключать чужой текст в кавычки;

– в случае, если чужая мысль дана в пересказе своими словами в этом случае так же необходима ссылка;

– цитата должна быть законченным по содержанию отрывком текста, если фраза сокращена, то опущенные элементы заменяются многоточием;

– допускается замена устаревших форм написания современными, с обязательной оговоркой;

– если из цитируемого отрывка не понятно о ком или о чем идет речь, возможна вставка с пояснением (в круглых скобках) с указанием на лицо или предмет, после чего следует пометка инициалов автора реферата.

Библиографическое описание выполняется в соответствии с принятыми правилами.

Критерии оценки реферата

За две недели до защиты студент подает работу преподавателю на рецензию.

1. Работа оценивается преподавателем или рецензентом по 5-бальной системе.

2. При оценке работы рецензент учитывает объем библиографии (книги, статьи, документы, письма и т.д.) и объем текста. Учитывается, сумел ли автор подобрать достаточный список литературы, необходимый для осмысления вопроса, обозначенного в

качестве темы. Работы с объемом библиографии менее 3-х единиц и объемом текста менее 6 машинописных листов к рассмотрению не принимаются.

3. Содержание реферата оцениваться по следующим критериям:

3.1. Составление логически обоснованного плана, соответствующего сформулированной цели и поставленным задачам.

3.2. Полнота раскрытия темы (удалось ли ему собрать необходимый материал и осмыслить его правильно).

3.3. Соответствие содержания и отобранной литературы заявленной теме.

3.4. Наличие основной идеи (звучит во введении, заключении и проходит «красной нитью» через основную часть).

3.5. Использование научной терминологии, а также использование первоисточников.

3.6. Умение сравнивать, сопоставлять взгляды, позиции, анализировать фактический материал, проследить преемственность, развитие идей, выявлять аналогии или альтернативы современным точкам зрения и науке и практике.

3.7. Наличие собственных оценок, мнений.

3.8. Общая структура реферата: правильное распределение времени на введение, основную часть, заключение.

3.9. Достаточная обоснованность выводов, их полнота и соответствие поставленным задачам.

3.10. Какие методы в работе над рефератом студент использовал.

3.11. Соответствие работы требованиям объективности, корректности, грамотности, логичности, аргументированности, доказательности, ясности стиля и четкости изложения.

4. Наличие наглядности.

5. Правильное оформление реферата в целом, ссылки на использованные источники, список литературы.

Темы рефератов:

1. Ценности и цели психологического консультирования.
2. Чему нужно учить в курсе психологии?
3. Методы обучения консультированию.
4. Возможности и ограничения дистантного консультирования.
5. Диагностика профессиональных компетенции.
6. Модель идеального преподавателя консультанта.
7. Анализ работы служб телефонного консультирования г. Благовещенска.
8. Профилактика синдрома профессионального выгорания в системе оказания психологической помощи Европейской Лиги Консультантов