

**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского**

Современные направления в психотерапии

Учебное пособие

2018

Современные направления в психотерапии: Учебное пособие. Под ред. Белых Т. В. – 70 с.

Учебное пособие написано в соответствии с программой курса «Современные направления в психотерапии» и представляет собой систематизированное изложение содержания дисциплины. Каждая тема раскрывает содержание выделенного раздела курса, что позволяет студентам более глубоко изучить и проанализировать основные понятия и категории предлагаемого курса.

Предназначено для магистрантов направления 37.04.01 «Психология», профиль «Консультативная психология».

Автор-составитель:

д-р психол. наук, доцент Т.В. Белых

Рецензент

доцент кафедры консультативной психологии А.А. Карелин

Содержание

Предисловие

Раздел 1. Когнитивно-поведенческая психотерапия

Тема 1. Исторические этапы и современные направления когнитивно-поведенческой психотерапии

- 1.1. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия А.Эллиса и когнитивная психотерапия А. Бека
- 1.2. Схема терапия Дж. Янга.
- 1.3. Метакогнитивная психотерапия
- 1.4. Мультиmodalная терапия А.Лазаруса
- 1.5. Терапия, основанная на медитации полноты осознания
- 1.6. Когнитивная терапия, основанная на осознанности
- 1.7. Диалектическая поведенческая терапия
- 1.8. Терапия принятия и обязательств

Раздел 2. Коучинг как вид терапии

Тема 1. Коучинг и его виды

- 1.1. Коучинг-менеджмент
- 1.2. Executive-коучинг
- 1.3. Корпоративный коучинг
- 1.4. Мотивационный коучинг
- 1.5. Лайф-коучинг

Раздел 3. Психотерапия через переживание

Тема 1. Понимающая психотерапия Ф.Е. Василюка

Тема 2. Психотерапия экспериенциальная

Раздел 4. Трансгенерационная психотерапия

Тема 1. Основные подходы к проблеме трансгенерационной передачи семейного опыта

Тема 2. Фокусированные генограммы в практике консультирующего психолога

Предисловие

Учебное пособие содержит теоретический материал для усвоения магистрантами по курсу «Современные направления в психотерапии», который реализуется в третьем семестре, является составной частью профессионального цикла подготовки магистров и относится к блоку «Дисциплины» Б1.В.ДВ.5.3 – дисциплина по выбору. Входные знания, умения и компетенции, необходимые для изучения данной дисциплины, формируются в процессе изучения таких дисциплин как: «Основы индивидуального психологического консультирования» и «Теория и практика психологического консультирования».

Целями освоения дисциплины «Современные направления в психотерапии» являются:

- овладение основными категориями и понятиями, используемыми в современных психотерапевтических моделях;
- формирование у студентов системы знаний о современных технологиях в области психотерапевтической практики;
- освоение методов психотерапевтического воздействия в рамках новейших теоретических подходов в психологии.

Учебное пособие содержит: информацию по таким разделам как: когнитивно-поведенческая психотерапия, коучинг как вид терапии, психотерапия через переживание, трансгенерационная психотерапия; практические задания к каждому параграфу.

Учебное пособие снабжено списком использованной и рекомендуемой литературы.

Раздел 1. Когнитивно-поведенческая психотерапия

Тема 1. Исторические этапы и современные направления когнитивно-поведенческой психотерапии

Появление когнитивно-поведенческой терапии как самостоятельного вида терапии связано, прежде всего, с работами американских психологов Альберта Эллиса и Аарона Бека. Работая независимо друг от друга, они создали первые по-настоящему полноценно структурированные когнитивно-бихевиоральные подходы: рационально-эмотивную поведенческую психотерапию (А.Эллис) и когнитивную психотерапию (А.Бек). В своих работах этим автором удалось интегрировать теорию когнитивных процессов с поведенческими стратегиями и применить свои наработки в решении клинических задач.

А. Бек и А. Эллис внесли колоссальный вклад в развитии современной когнитивно-поведенческой терапии (КБТ), а их направления и в настоящее время занимают ведущее положение среди подходов КБТ.

Также необходимо упомянуть о работах А. Лазаруса и Д. Мейхенбаумана, которые сыграли заметную роль в появлении, развитии и продвижении КБТ. Изначально эти специалисты были приверженцами бихевиоризма, но со временем они модифицировали свои подходы и, как А.Эллис и А.Бек, стали уделять внимание мыслительным процессам.

Для того чтобы познакомиться с новыми направлениями в этой области проанализируем подходы и разработанные А.Эллисом и А. Бэком терапии.

1.1. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия А.Эллиса и когнитивная психотерапия А.Бэка

Рационально-эмоционально-поведенческая терапия разработана Альбертом Эллисом.

Называлась в разное время и называется сегодня разными специалистами по-разному: РЭТ (рационально-эмоционально терапия), РЭПК

(рационально-эмоционально-поведенческое консультирование), РЭПТ (рационально-эмоционально-поведенческая терапия).

Главная цель РЭПТ - обучение рациональной социальности. Обучение научно (рационально) осмысленному опыту совладания с жизненными проблемами, со своими чувствами и поступками и тренировка навыков мышления и рационального поведения.

"РЭПТ также содержит профилактическое обучение и, возможно, поэтому может по-настоящему называться, вместо закрепленного медицинского термина психотерапия, изменением поведения, или обучением"¹.

А.Эллис в своей известной книге² указывает на то, что находясь в состоянии паники или депрессии, люди путем изменения своего взгляда на вещи способны преодолеть разрушительные чувства и начать жить более счастливо и спокойно. Благодаря усилиям школ рационально-эмотивной терапии, когнитивной терапии и других направлений когнитивно-бихевиоральной терапии в настоящее время мы имеем более двух сотен серьезных научных исследований, которые показывают, что обучение людей изменению своего негативного восприятия событий помогает им чувствовать и вести себя гораздо лучше.

Анализируя данный вид терапии Уолен С. и соавт.³ отмечают, что работы Альберта Эллиса охватывают три основные области: рационально-эмотивную теорию, рационально-эмотивную философию и рационально-эмотивную терапию. Теория базируется на концепции Эллиса о причинах человеческих эмоций; философия исповедует гуманистический гедонизм как цель жизни; терапия представляет собой прагматическую клиническую систему. Тремя основными психологическими аспектами деятельности человека являются мышление, эмоции и поведение. Все три аспекта

¹ Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. / Пер. с англ. — СПб.: Изд-во Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — С. 45.

² Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса 1999, 330с.

³ Уолен С., ДиГусепп Р., Уэсслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия: когнитивно-бихевиоральный подход. Пер. с англ. Общ. ред. — М.: Институт Гуманитарных Знаний, 1997. — 257 с. (с.6).

взаимосвязаны, изменение одного из них часто вызывает изменение других. Если человек изменяет способ мышления, т.е. думает о событии по-другому, очень вероятно, что вслед за этим изменится и его эмоциональная реакция на событие и, возможно, также изменится поведение. Поведенческая психология делает акцент на изменении окружающей обстановки для изменения поведения, в то время как когнитивная психология сосредотачивается на изменении содержания мыслей. Существует немного психологических направлений, ориентированных непосредственно на эмоции, поскольку на эмоции трудно оказать прямое воздействие. В этом отношении теория РЭПТ, возможно, является уникальной, поскольку она фокусируется на взаимодействии мыслей и эмоций. Итак, первый и наиболее важный принцип рационально-эмотивной теории состоит в том, что **мысли являются главным фактором, определяющим эмоциональное состояние человека.** Не события и другие люди заставляют нас «чувствовать хорошо» или «чувствовать плохо», а наши собственные мыслительные процессы определяют самочувствие. Поэтому, хотя внешние события в прошлом или настоящем оказывают влияние на нас, но они не являются причиной наших эмоций.

Второй главный принцип рационально-эмотивной теории гласит, что **в основе патологии эмоций и многих психопатологических состояний лежат нарушения мыслительных процессов.** К ним относятся: преувеличение, упрощение, чрезмерное обобщение, алогичные предположения, ошибочные выводы, абсолютизация. Для описания этих когнитивных ошибок Эллис использует термин «иррациональные верования».

Большинство иррациональных верований можно отнести к одной из следующих основных категорий:

1. катастрофизация, т.е. преувеличение негативных последствий событий;
2. выражения «следует», «должен», «обязан», которые отражают неадекватно требования к людям или ситуациям;

3. выражения оценки ценности человека, как себя, так и других. Такая оценка предполагает, что одни люди имеют меньшую ценность, чем другие;

4. выражения потребностей, т.е. субъективных условий для счастья или выживания. В состоянии эмоционального дискомфорта у нас появляются нереальные желания. Само по себе желание безвредно, но нарушения возникают из-за того, что наши желания разрастаются до неадекватных требований, которые и являются источником эмоциональных нарушений. Эти требования составляют суть иррациональных верований и распознаются по таким ключевым словам как «следует», «должен», «обязан», «необходимо».

Следующий принцип рационально-эмотивной теории утверждает, что разнообразные факторы, включая **влияние наследственности и окружающей среды, имеют значение в происхождении иррационального мышления и психопатологии, но при этом они не так значимы для понимания механизмов сохранения этих расстройств.**

Каким бы образом не возникали иррациональные верования, если бы пациенты критически оценивали свое мышление и отказывались от заблуждений, их деятельность была бы совершенно другой.

Еще один принцип рационально-эмотивной теории утверждает, что **актуальные верования можно изменить**, хотя не всегда это просто. Иррациональные верования поддаются постепенному изменению посредством активного и настойчивого наблюдения за своим мышлением и самоанализа. Таким путем достигается снижение уровня эмоционального дистресса.

Распространенные заблуждения о РЭПТ.

«Рациональный» не означает «безэмоциональный». Рационально-эмоционально-поведенческая теория не утверждает, что все эмоции должны быть подавлены, наоборот, это естественно, что иногда мы бываем сильно расстроены. Даже когда рассудок доминирует, человек может испытывать неприятные эмоции, хотя и менее выраженные. Рациональное мышление

отличается от иррационального по частоте, выраженности и продолжительности негативных эмоций, а не по их наличию или отсутствию.

Существует другое заблуждение: если человек не считает ситуацию «ужасной», у него не будет стремления изменить ее. Однако, термин «рациональный» не означает пассивного принятия событий. События и обстоятельства бывают двух видов: те, которые мы можем изменить и те, которые не можем. Принятие неблагоприятной реальности без слишком сильного расстройства предполагает следующее: признание того, что эта реальность существует, что она неприятна, но что было бы неразумно требовать или настаивать, чтобы такие события не повторялись. Конечно, индивид может сохранять бдительность и настойчиво пытаться предотвратить повторение таких событий. Однако, когда мы чувствуем себя расстроенными, мы не очень хорошо готовы решать проблемы и эффективно изменять окружающую обстановку.

На любое верование пациента РЭПТ имеет хороший вопрос: «Где доказательства верности вашего мнения?» В РЭПТ терапевт помогает пациентам стать хорошими учеными, чтобы они могли собирать правильную информацию, логически использовать имеющиеся данные и могли формировать здоровые полезные верования.

Пример алогичного мышления, содержащего самоосуждение:

Я должен быть совершенным.

Я сделал просто ужасную ошибку.

Это доказывает, что я несовершенен и поэтому никчем.

Если выводы нелогичны, то они могут создавать эмоциональные проблемы.

Рациональное мышление предполагает логические рассуждения, опирающиеся на проверенные данные.

Согласно философии РЭПТ большинство людей ориентируются на две ясные ценности, хотя не часто говорят о них вслух. Этими главными ценностями являются сохранение жизни и получение удовольствия. По отношению человека к этим ценностям можно определить, насколько

рационально его мышление. Всё, что способствует поддержанию жизни и счастья, можно определить как рациональное. Всё, что направлено против выживания и счастья, по нашему определению будет иррациональным. Наши основные жизненные цели: прожить собственную единственную жизнь как можно более счастливо, несмотря на несовершенство человеческого организма, природы и социального мира; жить бесконфликтно в своем микросоциальном окружении; иметь теплые отношения с близкими нам людьми. Это и есть те ценности, которые отстаивает РЭПТ.

РЭПТ придерживается точки зрения, что упрямство, авторитарность, догматизм и абсолютизм представляют собой худшие характеристики любой философской системы. Такой стиль мышления ведет к неврозам и проблемам.

Нравственные принципы формируются исходя из ответа на вопрос: «Не повредят ли мои действия другим людям?», менее удачен вопрос: «Нарушает ли это общепринятые правила?»

Согласно РЭПТ людям присущ активный поиск разнообразных приятных переживаний, поиск удовольствия. РЭПТ не предписывает, как и за счет чего получать удовольствие, но подчеркивает, что получение удовольствия и сохранение жизни являются основными целями жизни.

Ведет ли откровенный гедонизм РЭПТ к безответственности и анархии в человеческих отношениях? Нет, не ведет, если человек обдумывает последствия своего поведения и не идет на всё ради достижения цели.

Цели РЭПТ как рациональной философии — сформировать верования и привычки, способствующие достижению следующих целей:

- Сохранение жизни.
- Достижение удовлетворения жизнью.
- Умение ладить с людьми.
- Поддержание теплых отношений с близкими людьми.
- Стремление реализовать себя как личность

Специалисты по РЭПТ знают и подчеркивают пациентам, что все люди ошибаются и никто не может избежать неудач и промахов. Психотерапевт помогает пациентам отказаться от собственных требований быть совершенными и помогает научиться конструктивно принимать себя и других людей такими, какие они есть.

Модель ABC (иногда — «А-В-С», в расширенном варианте — «ABCDE») - ядро теории РЭПТ. Другие названия «моделью терапевтических изменений» и «ABC-теорией личности». Описывает не только процесс возникновения ошибочных эмоций и поведения, но как устранять их причины.

«А» (активаторы, англ. activating events) — это любые текущие события или собственные мысли, чувства, поведение в связи с этими событиями, а, возможно, воспоминания или мысли о прошлом опыте.

«В» (англ. beliefs) - верования.

«С» — следствия (англ. consequences).

В «А» каждый человек привносит что-то свое, а именно свои убеждения, цели, физиологическую предрасположенность, установки, взгляды — «В» (англ. beliefs). И уже «В» приводит именно к тому, а не иному «С» — следствию (англ. consequences).

«А», «В» и «С» тесно связаны, и ни один из этих элементов не может существовать без других. Чтобы изменить «С», нужно или изменить непосредственно «А» (самый неглубокий уровень психотерапевтических изменений), или осознать, что «В», ведущие к иррациональным «С», иррациональны, проверить это в опыте и принять вместо конкретных иррациональных «В» конкретные рациональные. Или же, в идеале, в случае самого глубокого и эффективного терапевтического изменения, произвести философское реструктурирование иррациональных воззрений.

Этапы работы с мешающими клиентам верованиями⁴:

⁴ <https://www.psychologos.ru/articles/view/rept-dvoe-zn--racionalno-emocionalno-povedencheskaya-terapiya-a.ellisa>

- Аналитическое диагностирование верований.
- Раскачивание и размягчение верований клиента

Метод критической дискуссии. А. Эллис проводит всего лишь 30-минутные сессии (сравни с многочасовыми сессиями у фрейдистов).

Когда клиент начинает осознавать и фиксировать в словах свои патогенные мысли, к каждой из них задается вопрос: «На каком основании Вы считаете эту мысль верной?» Этот вопрос возникает из предположения, что все верования индивида существуют в его сознании благодаря тому или иному обоснованию. А. Эллис подчеркивает: «Я пытаюсь показать на протяжении всей сессии, что всегда есть «обоснование» определенного верования». Преобладающая часть этих обоснований покоится в виде не востребуемых к осознанию когний, поскольку в сложившихся культурах и в системе современного образования практически отсутствуют ситуации, в которых бы осознанно ставились под вопрос и аналитически формулировались многие ключевые мировоззренческие верования индивида.

- Замена их более гибкими и рациональными.
- Вживление новой привычки: длительная и регулярная тренировка в пресечении рецидивов ложных верований и в применении верований рациональных

Эта работа, обеспеченная в РЭПК большим количеством бланковых форм и практических упражнений, прodelывается клиентом главным образом самостоятельно в виде дневников и домашних заданий. На сессиях консультант проверяет результаты тренировки, помогает исправлять ошибки и вырабатывать новые программы. В некоторых случаях консультант может выступать как играющий тренер, то есть консультировать клиента с клаустрофобией прямо в лифте, а с клиентом с боязнью людных мест посещать публичные мероприятия или популярные пабы.

- Обучение клиента делать все эту работу с собой - самостоятельно.

Подготовка клиента к тому, чтобы в будущем стать своим собственным терапевтом. Индивидуальная РЭПТ заканчивается не тогда, когда клиент решил все свои проблемы, но тогда, когда он чувствует себя готовым справиться с оставшимися проблемами самостоятельно и уверен в своей способности разобраться с любым затруднением в будущем⁵.

Дополнительный инструментарий:

В РЭПТ применяется множество полезных техник и приемов: рациональные, иррациональные, эмоциональные, поведенческие, имагинативные (визуализационные), лингвистические (семантические), логические, экспериментальные (проверка на практике решений конкретных проблем), библио-, аудио- (специальные иронически-юмористические песни и стихи), визио- (карикатуры) и видео-терапевтические и многие другие. В работе Р. Мак-Маллина «Практикум по когнитивной терапии» описано свыше 100 отдельных техник, стоящих «на вооружении» у когнитивного консультанта⁶.

А. Эллис и У. Драйден перечисляют техники, которых избегают в РЭПК:

- техники, которые делают клиентов более зависимыми (например, излишняя теплота терапевта как сильное подкрепление, создание и анализ невроза замещения);
- техники, которые делают людей более легковерными и внушаемыми (например, восприятие мира через «розовые очки»);
- техники многоречивые и малоэффективные (например, психоаналитические методы вообще и свободные ассоциации в частности, которые побуждают клиента давать пространные описания активирующего опыта, или «А»);

⁵ Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — С. 65-66

⁶ МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001

- методы, которые в короткие сроки помогают клиенту почувствовать себя лучше, но не гарантируют стабильного улучшения (например, некоторые эмпирические техники, в которых происходит полное выражение чувств в драматической, катартической и абреактивной манере — это некоторые методы и основные техники гештальттерапии; опасность здесь заключается в том, что подобные методы могут подтолкнуть людей к применению на практике философии, лежащей в основе таких эмоций, как гнев);
- техники, которые отвлекают клиентов от работы над своим дисфункциональным мировоззрением (например, релаксация, йога и другие методы когнитивного отвлечения). Эти методы могут, однако, применяться вместе с когнитивным оспариванием, для того чтобы дать дорогу некоторым сдвигам в философии;
- методы, которые могут случайно подкрепить философию низкой толерантности к фрустрации (например, постепенная десенсибилизация);
- техники, в которых присутствует антинаучная философия (например, лечение внушением и мистицизм);
- техники, которые пытаются изменить Активирующее событие («А») прежде, чем продемонстрировать клиенту, как можно изменить свои иррациональные Верования («В») (например, некоторые техники семейной терапии);
- техники, не имеющие достаточной эмпирической поддержки (например, нейролингвистическое программирование, недирективная терапия, ребефинг⁷).

Когнитивная психотерапия А.Бэка.

В начале 1960-х гг. А.Бек опубликовал результаты собственных исследований депрессии, предложив когнитивную модель депрессии и новый

⁷ Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — (С. 65-66).

метод лечения аффективных расстройств, который получил название когнитивная терапия (КТ).

Когнитивная модель депрессии по А.Беку содержит 3 специфических понятия, объясняющих психологическую структуру депрессии⁸:

1) Когнитивная триада (негативное отношение к собственной персоне, собственному будущему и своему текущему опыту).

Исследования показали, что депрессия характеризуется глобально пессимистическим отношением человека к себе, миру и своему будущему. Так, депрессивные пациенты считают себя ущербными, неадекватными, нелюбимыми, неизлечимо больными или обделенными. Им кажется, что окружающий мир предъявляет к ним непомерные требования и/или чинит им препятствия на пути достижения жизненно важных целей. Более того, они полагают, что и в будущем им также суждено терпеть трудности, разочарования и лишения.

2) Схемы (система глубинных установок человека по отношению к самому себе, миру и людям, задающая основу для переработки текущей информации и стратегии решения проблем).

Согласно когнитивной модели, негативные представления о собственной персоне, своем будущем и окружающем мире формируются у человека на основе раннего опыта. Эти негативные представления (схемы) могут находиться в латентном состоянии и при специфических обстоятельствах (например, стрессовой ситуации) активизируются и начинают доминировать, что приводит к искажению реальности и систематическим ошибкам в мышлении.

Негативные дисфункциональные схемы чрезвычайно ригидны, идиосинкразичны, имеют тенденцию к многократному повторению (персеверации), превращаются в устойчивые стереотипы и сопротивляются изменениям.

⁸ Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии, СПб.: Питер, 2003.

3) Когнитивные ошибки (неправильная обработка информации).

По А.Беку, устойчивость стереотипов и убежденность пациента в достоверности негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления:

1. Произвольное умозаключение – это извлечение выводов при отсутствии фактов, или наличие противоречащих им фактов и доказательств
2. Селективное (избирательное) абстрагирование – акцентирование одних элементов ситуации, при игнорировании более существенных характеристик ситуации
3. Сверхгенерализация - на основании одного факта или нескольких отдельных фактов выводятся общие правила, которые переносятся на многие другие ситуации.
4. Максимизация и минимизация - преувеличение или преуменьшение важности событий.
5. Персонализация - склонность соотносить внешние события с собственной персоной, при отсутствии или недостатке подтверждающих фактов.
6. Поляризованное мышление - тенденция мыслить крайностями, видеть мир «черно-белым».

Несколько позже А.Бек (1988) дополнил список указанных выше когнитивных ошибок или искажений еще пятью: туннельное зрение, пристрастные объяснения, наклеивание отрицательных ярлыков, чтение мыслей и субъективная аргументация.

По мнению А.Бека (Beck, 1979), выздоровление пациента «связано с открытием доступа в систему новой информации и иных точек зрения, благодаря чему специфические когнитивные схемы становятся более эластичными и проницаемыми»⁹. Поэтому разработанные А.Беком и его сотрудниками техники направлены, прежде всего, на выявление, осознание и модификацию дисфункциональных автоматических мыслей и базисных схем (убеждений), ведущих к болезненным состояниям и неадекватным реакциям.

⁹ Бек А. Когнитивная терапия депрессий // Московский психотерапевтический журнал, 1996, № 3

Такая двухуровневая схема задает четкую стратегию психотерапевтической работы - от более поверхностных ситуативно разворачивающихся мыслей к глубинным, устойчивым структурным образованиям (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2000).

При работе с когнициями консультанты обучают клиентов: 1) контролю отрицательных автоматических мыслей; 2) осознанию связей между когнициями, эмоциями и поведением; 3) исследованию и проверке аргументов «за» и «против», искаженных автоматических мыслей; 4) замене основанных на предубеждениях когниций более реалистическими интерпретациями; 5) идентифицированию и изменению убеждений, которые способствуют возникновению предрасположенности к искажению опыта¹⁰.

Для решения этих задач используются следующие основные приемы: сократический диалог, дневниковая регистрация, эмпирическая проверка гипотез, когнитивная переоценка, техники «колонок», «маркировка тем», техника «пущенной вниз стрелы» и др.

В когнитивной терапии сессии структурированы; ограничены во времени; основное внимание уделяется настоящему, особенно в начале лечения.

Подход Д. Мейхенбаума.

В начале 1970-х годов Д. Мейхенбаум сделал важное открытие. Опираясь на работу отечественных психологов А.Р. Лурии и Л.Н. Выготского, он обнаружил, что дети, поставленные перед необходимостью выполнить какое-либо задание, разговаривают сами с собой, что выступало важным регулятором их поведения. Этот разговор с собой первоначально происходит вслух, но с развитием ребенка все больше приобретает скрытую форму внутреннего диалога. Мейхенбаум опирался на эти идеи в процессе создания программы тренинга для импульсивных детей, которые выказывали слабое умение регулировать свое поведение. Регулятором для них становились

¹⁰ Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии, СПб.: Питер, 2003.

даваемые себе инструкции. Это и послужило основой модификации когнитивного поведения.

Впоследствии эта теория расширилась до теории когнитивных и бихевиористических изменений. Согласно ее основным положениям сначала клиенты осознают свое поведение и связанный с ним внутренний диалог. Затем их обучают поведению, которое не совпадает с внутренним диалогом (который также постепенно модифицируется). Итогом работы становится тренировка в демонстрации нового поведения в естественной среде, изменение мыслей и оценке ситуации (Томас, 2003). Одним из самых известных методов, разработанных Д. Мейхенбаумом в рамках своего подхода, получил название "прививка против стресса" или "тренинг вакцинации против стресса". Целью этой программы было развитие у человека способностей справляться со стрессовыми ситуациями, с тревогой и страхами, а также развитие навыков уверенного поведения. Помимо подробного объяснения причин и сигналов тревожных состояний, клиенты в этом тренинге обучались различным навыкам в управлении тревогой. Они включали в себя: приемы мышечной релаксации, обучение глубокому управляемому дыханию, а также самоинструктирование, где клиенту предлагалось изменить свой внутренний провоцирующий тревогу монолог. Подход, разработанный Д. Мейхенбаумом, получил признание у специалистов во всем мире и с успехом применялся в лечении и профилактики различных психических расстройств, а также в спортивной психологии¹¹.

Мультимодальная терапия.

А. Лазарус был одним из первых, кто значительно расширил теоретические и практические границы вначале бихевиоральной терапии, а затем и КБТ. А. Лазарус считал, что для оптимизации эффективности терапии и осуществлении более стабильных результатов лечения, часто

¹¹ <http://cognit-therapy.ru/index.php/o-kognitivnoj-terapii/history>

требуется выход за рамки когнитивных и поведенческих методов. Лазарус расширил сферу КБТ, включив в свою концепцию новые составляющие: физические ощущения (в отличие от эмоционального состояния), визуальные образы (в отличие от языка на основе мышления), межличностные отношения и биологические факторы. В конечном итоге А. Лазарус разработал свой терапевтический подход, который назвал "мультимодальной терапией" (BASIC ID). Аббревиатура BASIC ID отражает 7 психических уровней функционирования человека.

Это:

- Поведение (B - behavior) - внешние действия, поведение, жесты и поступки человека, которые можно наблюдать и регистрировать;
- Аффект (A - affect) - состоит из эмоций, чувств и настроений;
- Ощущения, восприятие (S - sensation) - включает все модальности ощущений (слух, зрение, обоняние, осязание, вкус, тактильная и проприо-чувствительность), в результате которых складываются образы;
- Воображение и представления (I - imagery) - повторяющиеся сны, мечты, воспоминания, включая представления о самом себе, которые могут быть как приятными, так и неприятными;
- Когниции, мысли (C - cognition) - идеи, ценности, мнения и установки относительно самого себя и других людей;
- Социальные связи, отношения (I - interpersonal relationships) - отношение человека к другим людям, межличностные связи с друзьями, знакомыми, родственниками, начальством, властями и т.д.;
- Физиологические переменные (D - drugs and biological factors) - биологический статус клиента, включая медицинские препараты, которые он принимает, пищевые привычки, возможные зависимости.

В соответствии с принципами мультимодальной терапии А. Лазарус (Лазарус, 2001) выдел следующие четыре положения¹²:

1. Люди действуют и реагируют в рамках семи модальностей (BASIC ID);
2. Эти модальности связаны со сложными цепочками поведенческих и психофизиологических явлений, и они существуют в состоянии взаимного проникновения;
3. Точную оценку состояния человека дают систематические исследования каждой модальности и их взаимодействия друг с другом;
4. Комплексная терапия предусматривает специальную коррекцию существенных проблем в области BASIC ID.

В своих теоретических положениях мультимодальная терапия имеет много общего с РЭПТ А. Эллиса. Данный подход хорошо себя зарекомендовал при лечении сексуальных нарушений депрессивных состояний, фобий, психосоматических расстройств, нарушений поведения у детей¹³.

1.2.Схема терапия

Схематерапия или Схема-ориентированная модель была разработана американским специалистом, доктором Джеффри Янгом и является интегративным психотерапевтическим подходом, который совмещает в себе аспекты когнитивной, межличностной и психоаналитической терапии. Данный подход ориентирован, прежде всего, на работу с пациентами с хроническими депрессиями, ПТСР, а также личностными расстройствами. Схема-терапия одно из новых и «самых эффективных методов лечения личностных расстройств»¹⁴, по мнению Холмогоровой А.Б.

Специфика схема-терапии определяется, прежде всего, следующими особенностями:

¹² 10. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия.– СПб.: Речь, 2001

¹³ <http://cognit-therapy.ru/index.php/o-kognitivnoj-terapii/history>

¹⁴ Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга - один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности //Консультативная психология и психотерапия №2/2014С. 78–87 (с.78), электронный ресурс//Портал психологических изданий PsyJournals.ru <http://psyjournals.ru/mpj/2014/n2/>

- Сфокусированность на переработке воспоминаний о травматическом раннем опыте.

- Интенсивное использование экспериентальных техник, таких как техники воображения, для изменения негативных эмоций, связанных с этим опытом.

- Концептуализация психотерапевтических отношений как ограниченного родительства (limited reparenting) для создания условий переживания положительного опыта взаимодействия, который не получил пациент в детстве (со всеми необходимыми этическими и профессиональными границами).

- Опора на модель схем-модусов, которая помогает терапевту и пациенту понять текущие проблемы пациента и направляет выбор терапевтических техник (Холмогоровой А.Б.,2014).

В схема-терапии используются три важнейших понятия:

1.Ранние неадаптивные схемы (РНС), сформировавшиеся в раннем опыте, представляют собой способы презентации этого опыта, определяющие эмоции, поведение и характер переработки информации в текущем опыте. Согласно модели личностной модели в СТ они возникают, когда какие-то базовые потребности ребенка не удовлетворяются.

Схема считается патологической только в том случае, когда она ассоциируется:

- с патологическими эмоциональными переживаниями (или симптомами);
- с нарушениями социального функционирования.

Д. Янг выделяет 18 схем, организованных в 5 категорий.

Категории схем	Схемы
Разобщенность и отвержение	Покинутость/нестабильность Недоверие/насилие Эмоциональная депривация Дефективность/стыд Социальная изоляция/отчуждение

Нарушение личностной автономии и непризнание достижений	Зависимость/некомпетентность Подверженность физическому вреду или болезням Слитность с другими/неразвитое Я Обреченность на неудачу
Нарушенные границы	Обладание особыми правами/грандиозность Недостаток самоконтроля/самодисциплины
Направленность на других	Подчинение Самопожертвование Поиск одобрения
Сверхбдительность и подавление	Негативность/пессимизм Подавление эмоций Завышенные требования к себе Карательность

2. Стили копинга – это способы совладания со схемами, а также то, как схемы проявляются в межличностных отношениях клиентов. Это понятие тесно связано с психодинамической концепцией механизмов защиты¹⁵.

Выделяют три стиля копинга:

1. Капитуляция – человек действует так, как если бы схема соответствовала реальности и проявляет поведение, как будто сдается перед этой схемой.

2. Избегание – человек заслоняется от социальных ситуаций и/или невыносимых эмоций путем самоизоляции, злоупотребления ПАВ или других видов избегающего поведения.

3. Гиперкомпенсация – человек ведет себя властно и самоуверенно, как если бы реальность была бы полностью противоположна схеме.

При этом все три стиля копинга могут иметь место в одной дезадаптивной схеме. И, наоборот, в разных схемах, проявляется один стиль поведения.

¹⁵ Арнтц, Арнуд Практическое руководство по схема-терапии [Текст] : методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / Арнуд Арнтц, Гитта Якоб ; пер. с англ. Екатерины Плотниковой ; науч. ред. Александр Викторович Черников. - Москва : Научный мир, 2016. – 317.

3. **Концепт «модусы схемы»**, обозначающий определенное устойчивое на какой-то промежуток времени эмоциональное состояние, призван объяснить быструю смену настроения или наличия конфликтных желаний и идей одновременно.

Модусы схем описываются четырьмя основными категориями, каждая из которых включает еще ряд подвидов:

1. Модус «Дисфункциональный ребенок» (когда переживаются интенсивные негативные эмоции — страх, злость, стыд, тоска, угроза) подразделяется на два подвида: 1) уязвимый ребенок (печаль, покинутость, беспомощность); агрессивный ребенок (злость, агрессия) и 2) импульсивный ребенок (непереносимость фрустрации).

2. Модус «Дисфункциональный родитель» включает также два подвида: 1) наказывающий / критикующий родитель и 2) требовательный родитель, предъявляющий нереалистично высокие стандарты.

3. Модус «Дисфункциональное совладание» представляет собой стратегии дисфункционального совладающего поведения, среди которых выделяются: 1) избегание (отвлечение и успокоение посредством, например, алкоголя или самостимуляция в виде ухода в рискованное поведение); 2) сверхкомпенсация, в том числе в виде нарциссической грандиозности; 3) отказ от борьбы в форме капитуляции и подчинения своих потребностей другому лицу.

4. С наличием психического здоровья связаны два модуса: 1) «Довольный ребенок» и 2) «Здоровый взрослый».

Дж. Янг определяет психическое здоровье как способность проявлять и удовлетворять свои базовые психологические потребности.

Взаимосвязь между категориями схем и нарушенными базовыми эмоциональными потребностями

Категория схем	Базовые потребности
Разобщенность и отвержение	Безопасная привязанность, принятие, забота
Нарушения личностной автономии и непризнание	Автономия, компетентность, чувство

достижений	самости
Нарушения границ	Реалистичные границы, самоконтроль
Направленность на других	Свободное выражение потребностей и эмоций
Сверхбдительность и подавление	Спонтанность, способность к игре

Схемы подразделяются на: 1) режимы, связанные с преобладанием негативных эмоций и 2) режимы, направленные на совладение с этими эмоциями.

«Режимы» - состояние, при котором активируется та или другая схема.

Режимы подразделяются на:

- Детские режимы;
- Дисфункциональные родительские режимы;
- Дисфункциональные копинговые режимы
- Здоровые режимы здорового взрослого и счастливого ребенка

Детские режимы возникают, когда человек испытывает сильные, негативные, вызывающие напряжение или невыносимые переживания, которые неадекватны ситуации и сопровождающиеся сильными чувствами тревоги, отчаяния, одиночества, безнадежности, покинутости, опасности.

Родительские режимы также связаны с негативными эмоциями, однако исходят из внутреннего давления, либо из ненависти к себе, самобичевание, нравственных установок и моделей поведения родителей.

Все интервенции терапевта исходят из текущего эмоционального состояния клиента.

В соответствии с этим главная задача СТ — помочь взрослому человеку встретиться со своими потребностями, которые не были удовлетворены в детстве, и способствовать их удовлетворению.

Модели режимов при различных расстройствах личности.

Для пограничного расстройства личности характерны следующие четыре

дисфункциональных режима, которые объединены в модель, подробно описанную в работе Amtz & van Genderen (2009)¹⁶:

- Режим покинутого, подвергшегося настигу, связанный с сильными чувствами угрозы и оставленное, обычно сопровождающимся страхом быть подвергнутым насилию и вновь покинутым.

- Режим рассерженного/импульсивного ребенка, отражающий гнев, связанный с несправедливым обращением с пациентом в детстве. Часто этот режим сочетается с режимом недисциплинированного или импульсивного ребенка, говорящим о склонности пациента бесконтрольно удовлетворять свои потребности независимо от возможных последствий.

- Режим карающего родителя, основной дисфункциональный родительский режим, в котором пациент подвергается максимальному обесцениванию. Для этого режима характерна ненависть к себе, широко распространенная среди таких пациентов.

- Режим отстраняющегося защитника, основной копинговый режим, функция которого заключается в защите пациента от интенсивных эмоций, связанных с детскими и родительскими режимами. Как правило, этот режим ассоциируется с такими поведенческими проблемами, как социальная самоизоляция, избегание, злоупотребление ПАВ и седативными препаратами, переизбыток и т.п.

Для нарциссического расстройства личности характерны следующие режимы:

- Режим одинокого уязвимого р, сопровождающийся чувствами неполноценности или унижения.

- Режим крайне требовательного родителя.

- Режим яростного ребенка. При угрозе активации режима яростного ребенка пациенты впадают в нарциссический гнев и теряют контроль над проявлениями агрессии.

- Режим самовозвеличения, наиболее часто встречающийся копинговый режим, которому присущи идеализация образа себя и обесценивание окружающих. В этом режиме пациенты гиперкомпенсируют чувство неполноценности и несостоятельности.

- Режим отстраненной само стимуляции или самоуспокоения в котором пациенты прибегают к азартным играм, употреблению ПАВ (в особенности, психостимуляторами типа кокаина), компульсивному потреблению порнопродукции, избыточным занятиям сексом и т.п. Проявлением данного режима также могут быть крайние формы

¹⁶ Arnoud Arntz , Hannie van Genderen , Jolijn Drost Schema Therapy for Borderline Personality Disorder, Wiley-Blackwell 2009, p.212

трудоголизма.

Для истерического расстройства личности характерны следующие режимы:

- Режим уязвимого ребенка
- Режим импульсивного/недисциплинированного ребенка
- Гиперкомпенсаторный режим поиска внимания, включающий типичные истерические паттерны, а также сексуализированное поведение.

Для избегающего расстройства личности характерны следующие режимы:

- Режим одинокого, уязвимого ребенка.
- Режим карающего родителя, связанный с сильнейшим чувством вины.
- Режим избегающего защитника, позволяющий пациентам дистанцироваться от собственных глубинных потребностей, чувств и мыслей.
- Режим покорной капитуляции, связанный с паттернами подчиненного поведения, характерными для таких пациентов часто ставят на первый план чувства и убеждения других людей.

Для зависимого расстройства личности характерны следующие режимы:

- Сильно выраженный режим покинутого/подвергшегося насилию ребенка.
- Режим зависимого ребенка, отражающий субъективное чувство неспособности самостоятельно справиться с повседневной жизнью.
- Режим карающего родителя, внушающего чувство вины в случаях, когда пациент пытается на первый план выводить свои собственные потребности, а не потребности других людей. В этом такие пациенты сходны с пациентами с избегающим личностным расстройством. Этот режим также активизируется, когда пациенты принимают самостоятельные решения и пытаются обрести автономность («Ты не умеешь этого делать!»).
- Режим покорной капитуляции, главный копинговый режим зависимую личностного расстройства.

Для обсессивно-компульсивного расстройства личности характерны следующие режимы:

- Режим одинокого ребёнка, который, как правило, не признается на начальном этапе терапии.
- Режим требовательного и/или карающего родителя.
- Режим перфекциониста-гиперконтролера, направленный на избежание ошибок и несчастных случаев, а также связанный с острым чувством вины за совершенные ошибки. Это гиперкомпенсаторный режим, который также может проявляться в трудоголизме.
- Режим самовозвеличивания или нарциссический копинговый режим. Пациенты считают,

что перфекционизм дает им моральное преимущество над окружающими людьми, на которых нельзя положиться из-за их поверхностного отношения к делу.

Для параноидного расстройства личности характерны следующие режимы:

- Режим покинутого / подвергшегося насилию ребёнка, который, как правило, не признается пациентом в начале терапии.
- Режим яростного ребёнка.
- Режим карающего родителя.
- Режим подозрительного гиперконтролера, отражающий параноидные переживания и поведение.
- Дополнительный копинговый режим избегающего защитника отражающий социальную самоизоляцию и проблемы с алкоголем, типичные для пациентов с данным личностным расстройством.

К пациентам судебно-психиатрического профиля применима модель режимов личностных расстройств кластера В. Она не описывает конкретное психиатрическое расстройство, но скорее отражает паттерны делинквентного поведения, так как главная цель лечения во всех подобных случаях состоит в том, чтобы понять такое поведение и ограничить его проявления. Для пациентов судебно-психиатрического профиля выделяются следующие режимы:

- Режимы уязвимого и яростного ребёнка (сходно с другими личностными расстройствами).
- Дисфункциональные родительские режимы (сходно с другими личностными расстройствами).
- Режим угроз и нападения, специфический режим гиперкомпенсации, в котором пациенты предпринимают заранее запланированные агрессивные действия с целью удовлетворения своих потребностей или интересов.
- Гиперкомпенсационный режим жульничества и манипуляций, содержащий паттерны лживого и жульнического поведения. В этом режиме пациент стремится заставить других людей - персонал больницы, тюрьмы или любого другого обманываемого - поверить в его добропорядочное поведение. Следует помнить, что в этом режиме пациенты не честны - они скрывают важную информацию или лгут с целью избежать наказания и добиться удовлетворения своих потребностей (например, раздобыть денег).
- Режим хищника, в котором пациенты наносят тяжелые увечья или убивают человека в холодной и расчетливой манере с тем, чтобы добиться собственных целей или избавиться от кого-то, кто им неприятен.

У пациентов судебно-психиатрического профиля, как правило, диагностируются тяжелые личностные расстройства, чаще всего ПРЛ или социопатия. Поэтому при разработке концепции индивидуального случая необходимо интегрировать судебно-психиатрические режимы в модель, характерную для соответствующего расстройства личности.

Процедура проведения схема-терапии:

Схема-терапия начинается с этапа диагностики, который обычно занимает 2—

4 сессии и включает следующие задачи:

- Изучение деструктивных паттернов в текущей жизни пациента
- Вычленение ранних малоадаптивных схем, способов совладания и доминирующих модусов, который ответственны за эти паттерны
- Оценка темперамента пациента для определения степени влияния конституциональных аспектов и их взаимодействия с другими факторами развития (депривация, травма и т.д.)

Решение этих задач достигается с помощью трех основных методов:

- Интервью, сфокусированное на истории жизни
- Заполнение опросников
- Данные самонаблюдения

Диагностика заканчивается диаграммой когнитивной концептуализации, которая обсуждается с пациентом, с помощью чего решаются следующие задачи:

- совместное формулирование целей и кооперация с пациентом
- знакомство пациента с концептуальным аппаратом СТ
- Прояснение для пациента его неудовлетворенных эмоциональных потребностей

Терапия может продолжаться до года и более, в зависимости от тяжести проблем и слабости модуса здорового взрослого. СТ предъявляет довольно высокие требования к личности терапевта. В частности, указываются следующие важные для успеха терапии характеристики:

- Способность постоянно выявлять и чувствовать неудовлетворенные потребности
- Гибко перестраиваться и различать потребности, которые пациент может удовлетворить сам, и которые нуждаются в подключении функции ограниченного родительства (limited parenting)
- Уметь выносить и контейнировать сильный аффект
- Способность поддерживать реалистичные ожидания и адекватные

границы

- Быть готовым на контакт с пациентом вне сессий в случае экстремальных обстоятельств и суицидального риска
- Использовать свой опыт и делиться им с пациентом
- Открыто выражать тепло и заботу
- Поддерживать чувство стабильности объекта у пациента с целью интернализации этого стабильного объекта и развития модуса здорового взрослого
- Не поощрять нереалистичные компенсаторные фантазии, основанные на ложной потребности поддерживать образ своего величия¹⁷.

1.3.Метакогнитивная психотерапия

Появление Метакогнитивной терапии (Metacognitivetherapy) - МКТ - связано с именами оксфордских ученых – Дэвида Кларка (David A.Clark) и Эдриена Уэллса (Adrian Wells). Э. Уэллс в 1994 году опубликовал базовую метакогнитивную модель, которая была разработана для работы с больными, страдающими генерализованным тревожным расстройством. Позднее эта модель была адаптирована для лечения широкого спектра психических заболеваний.

В отличие от традиционных когнитивных моделей, МКТ фокусирует внимание не на содержании и смысле автоматических мыслей, а на процессе мышления, на метакогнициях, на «мышлении по поводу мышления». Метакогниции – это мыслительные операции, оценивающие мышление и управляющие им.

Пациенты, страдающие тревогой или депрессией, часто жалуются на невозможность контролировать свое мышление, на навязчивые, повторяющиеся мысли – руминации, которые могут быть связаны с негативным предвосхищением событий, с переживаниями собственных неудач, чрезмерной фиксацией на телесных симптомах и другие. Эти руминации ухудшают эмоциональное состояние пациентов, однако

17

Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга - один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности //Консультативная психология и психотерапия №2/2014С. 78–87 (86), электронный ресурс//Портал психологических изданий PsyJournals.ru — <http://psyjournals.ru/mpj/2014/n2/>

одновременно с пониманием этого, пациенты склонны верить, что perseverirующие размышления полезны, помогают в конечном итоге найти выход из трудного положения (метакогнитивное убеждение «буду много думать – найду выход из ситуации») или предотвратить опасность. Комплекс шаблонов мышления, связанных с навязчивой фиксацией внимания на негативных аспектах, беспокойстве называется Когнитивно-фиксационный синдром (Cognitive-Attentional Syndrome - CAS), он и является главной мишенью МКТ¹⁸.

МКТ-терапевты помогают пациентам избавиться от CAS при помощи выявления и изменения метакогнитивных убеждений, обучения способам контроля за направлением мышления, используют техники тренировки внимания, отстраненного осознания внутренней жизни и другие.

Метакогниция относится к внутренним когнитивным факторам, которые контролируют, отслеживают и оценивают мышление. Ее можно подразделить на метакогнитивное знание (например, «я должен беспокоиться, чтобы справиться»), переживания (например, ощущение знания) и стратегии (например, способы контролирования мыслей и защиты убеждений)¹⁹.

Как указывает Эдриан Уэллс, в своей «жесткой» форме метакогнитивная теория предполагает, что иррациональные убеждения, или схемы, которым придавали особое значение Альберт Эллис и Аарон Бек в своих когнитивных теориях — или, по меньшей мере, их устойчивость и влияние — являются продуктами метакогниций. Метакогниции направляют внимание, определяют стили мышления и направляют прямые копинг-реакции таким образом, что это постоянно приводит к возникновению дисфункционального знания. Это динамический взгляд на убеждения, как на создаваемые более стабильными метакогнициями. Этот взгляд подразумевает, что лечение должно быть направлено на изменение метакогниций, а не их последствий.

¹⁸ <http://cognit-therapy.ru/index.php/o-kognitivnoj-terapii/history>

¹⁹ Эдриан Уэллс Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии (с.3).

В «мягкой» форме теория предполагает, что метакогнитивные убеждения существуют наравне с другими имеющимися убеждениями о себе и о мире, но в качестве отдельных сущностей, ответственных за контролирование когниции и использование других, более общих, убеждений и знаний. При этой форме лечение может сохранять компонент оспаривания традиционных убеждений, но также оно должно иметь дело с сосуществующими метакогнициями.

Этот подход не ставит под вопрос валидность мыслей и убеждений, как традиционная когнитивно-поведенческая терапия, а направляет психотерапевта на путь изменения метакогниций, порождающих дезадаптивные стили трудно контролируемого устойчивого негативного мышления. Например, метакогнитивный подход к лечению травм предполагает, что метакогнитивные убеждения и стратегии контроля, которые нарушают встроенную саморегуляцию, являются причиной, почему симптомы не прекращаются. Тенденция к беспокойству и руминации, замыканию внимания на угрозе и совладанию путем избегания мыслей препятствует нормальной адаптивному процессу и ведет к постоянным мыслям об опасности и устойчивым симптомам.

Из этого следует, что лечение должно состоять из устранения беспокойства и руминации, ликвидации аттентивных стратегий мониторинга угроз и помощи пациентам в переживании навязчивых мыслей без избегания или реагирования на них непродуктивным подавлением или стратегиями руминации и постоянных размышлений. Этот подход отличается от стандартной когнитивно-поведенческой терапии тем, что не включает оспаривание мыслей или убеждений о травме или длительную и повторяющуюся экспозицию с травматическими воспоминаниями. Вместо этого он включает изменение отношения к мыслям, отказ от сопротивления или досконально продуманного концептуального анализа и откладывание стилей дезадаптивного мышления, включающих беспокойство, руминацию и негибкий мониторинг угроз. В метакогнитивной терапии (МКТ) убеждения

оспариваются, но фокус делается на убеждениях человека по поводу самой когниции.

При лечении депрессии МКТ нацеливается больше на процесс руминации, чем на содержание ряда негативных автоматических мыслей. Лечение включает технику тренировки внимания для прерывания постоянных негативных размышлений и достижения гибкого контроля над стилями мышления. Кроме того, оно включает оспаривание негативных метакогнитивных убеждений о неконтролируемости депрессивного мышления и оспаривание позитивных убеждений о необходимости руминации как средства совладания с грустью и нахождения ответов²⁰.

Можно привести пример – в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, работая с глубинным убеждением «Я не достоин любви», терапевт будет задавать вопросы, направленные на то, чтобы вызвать у пациента сомнение в истинности этого убеждения – «Чем это обоснованно?» В рамках метакогнитивной терапии задаст вопрос: «А для чего Вам надо оценивать достойны вы или не достойны любви?»

Все факторы, относящиеся к мета-когнитивным - то есть к интерпретации, наблюдению и контролю над мышлением - могут быть разделены на три категории:

1. МК-Верования. Это — наша «теория мышления», все верования и схемы, относящиеся к мышлению и мыслям. Также сюда могут быть отнесены убеждения насчёт личной способности к концентрации внимания или эффективности памяти. Всё «мета-когнитивное» знание можно разделить также на два типа: 1) Декларативные (явные) схемы и 2) Процедурные (скрытые) схемы.

К первым относятся правила и предписания, которые запросто выражаются в вербальной форме, скажем «Если нервничать, то можно получить сердечный приступ»; «Если я буду фокусироваться на угрозах, то смогу их

²⁰ Эдриан Уэллс Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии (с.7).

предотвратить» и т.п. Вторые — не выражаются в словах так запросто; это своего рода «бессознательные программы», регулирующие, например, распределение внимания, поиск информации в памяти и т.п. Оценить можно опосредованно, с помощью некоторых специальных «проективных» средств (существуют специальные мета-когнитивные профили для этого); или же несколько «в лоб» — «Как вы это вспомнили?»

Также, мы можем разделить эти схемы по содержанию. Соответственно, выделяются Позитивные Верования — которые подразумевают пользу, выгоду и преимущества каких-либо мыслей или мыслительных стратегий, например «Я должен уделять внимание угрозам, чтобы от них спастись»; и Негативные — указывающие на опасность, вред или недопустимость других когнитивных, например: «Если мысли о насилии — то непременно его совершу против воли»; «Если об этом думать — оно обязательно случиться, поэтому думать нельзя» и т.п.

Как можно понять, МКТ разделяет позицию РЭПТ насчёт того, что именно верования и ядерные схемы являются основными «драйверами» токсичного мышления, и фундаментальной причиной эмоциональных и поведенческих расстройств.

2. МК-Переживания (Опыт). Сюда относятся все ситуативные оценки и ощущения, связанные с текущим умственным состоянием. Например, негативные интерпретации навязчивых мыслей у обсессивных пациентов — являются МКП; в «классическом» подходе, это назвали бы «негативными авто-мыслями». Также — тревога насчёт тревоги, частый вторичный симптом, относится сюда же. Также, это субъективные чувства, примером которых является «Вертится на кончике языка» — стойкое ощущение, что какая-то информация в памяти точно есть, хотя и прямо сейчас недоступна.

3. МК-Стратегии. Это — наборы действий, направленные на управление и изменение мышления с целью саморегуляции. Могут заключаться в подавлении, или напротив, в погружении в определённые мысли — не так важно; очевидно, что как любые автоматические мысли и решения, они

зависят от ядерной теории — то есть Мета-Когнитивных Верований, на основе которых и принимаются те или иные шаги.

Также Э.Уэллс выделяет два Режима переживания мыслей:

1.Объектный. Это, можно сказать, «режим по умолчанию» — когда мы переживаем ментальные события в объективированной форме, как нечто реально и прямо воспринимаемое; также, например, как сейчас мы воспринимаем ушами тиканье часов и машины за окном. То есть, в обычном объектном режиме — мы не рассматриваем мысли и образы как нечто, относящееся к «параллельному», виртуальному плану, мы буквально сливаем их с объективной реальностью. Неподготовленный человек тем более не оценивает свои мысли и прочие когнитивные события как всего лишь внутренние репрезентации или конструкции, независимые от внешнего мира. Мета-Когнитивный.

2.На контрасте — это как раз тот самый «особый» режим, в котором мы сознательно воспринимаем своё мышление как «виртуальную реальность», не относящуюся к объективным явлениям (т.е. к себе, к другим, к миру вокруг и т.п.). Мысли и образы в данном режиме — оцениваются всего лишь как внутренние репрезентации разной степени точности и истинности. Само по себе пребывание в этом режиме — уже может быть терапевтичным, но требует сознательной регулярной практики; и соответственно, разработки и «укоренения» релевантных мета-когнитивных процедур.

Более того — мета-когнитивный режим содержит в себе возможность использования более конкретной терапевтической техники, а именно — Отстранённой Осознанности (Detached Mindfulness, DM). В контексте МКТ, осознанность определяется как объективное внимание к мысли или верованию, а отстранённость — состоит из двух факторов:

- 1) Отказ от любой концептуализации или регулирующей активности в ответ на эту мысль;
- 2) Сепарация сознательного переживания Себя от этого верования. Таким образом, деструктивная схема или верование могут быть помещены за

границы образа Я, отделены от него (диссоциированы), и на этом этапе эти мысли и установки становятся неважными для само-регуляции.

В МКТ переформулирована стандартная ABC-модель расстройства.

Так, выглядит она как АМ (-В)С:

«А» в данном случае — это также активирующие события, но относящиеся к ментальному, когнитивному плану; то есть, это определённые мысли, образы и т.п.

«А» активируют некорректные мета-когнитивные схемы, М;

«М» влияют и используют «обычные» схемы объектного уровня «В».

Возникают соответствующие симптомы, «С», токсичные эмоции и неадаптивное поведение.

Мультимодальная терапия

А. Лазарус был одним из первых, кто значительно расширил теоретические и практические границы вначале бихевиоральной терапии, а затем и КБТ. А. Лазарус считал, что для оптимизации эффективности терапии и осуществлении более стабильных результатов лечения, часто требуется выход за рамки когнитивных и поведенческих методов. Лазарус расширил сферу КБТ, включив в свою концепцию новые составляющие: физические ощущения (в отличие от эмоционального состояния), визуальные образы (в отличие от языка на основе мышления), межличностные отношения и биологические факторы.

В конечном итоге А. Лазарус разработал свой терапевтический подход, который назвал "мультимодальной терапией" (BASIC ID).

Аббревиатура BASIC ID отражает 7 психических уровней функционирования человека.

Это:

Поведение (В - behavior) - внешние действия, поведение, жесты и поступки человека, которые можно наблюдать и регистрировать;

Аффект (А - affect) - состоит из эмоций, чувств и настроений;

Ощущения, восприятие (S - sensation) - включает все модальности ощущений (слух, зрение, обоняние, осязание, вкус, тактильная и проприо-чувствительность), в результате которых складываются образы;

Воображение и представления (I - imagery) - повторяющиеся сны, мечты, воспоминания, включая представления о самом себе, которые могут быть как приятными, так и неприятными;

Когниции, мысли (C - cognition) - идеи, ценности, мнения и установки относительно самого себя и других людей;

Социальные связи, отношения (I - interpersonal relationships) - отношение человека к другим людям, межличностные связи с друзьями, знакомыми, родственниками, начальством, властями и т.д.;

Физиологические переменные (D - drugs and biological factors) - биологический статус клиента, включая медицинские препараты, которые он принимает, пищевые привычки, возможные зависимости.

В соответствии с принципами мультимодальной терапии А. Лазарус (Лазарус, 2001) выдел следующие четыре положения²¹:

1. Люди действуют и реагируют в рамках семи модальностей (BASIC ID);
2. Эти модальности связаны со сложными цепочками поведенческих и психофизиологических явлений, и они существуют в состоянии взаимного проникновения;
3. Точную оценку состояния человека дают систематические исследования каждой модальности и их взаимодействия друг с другом;
4. Комплексная терапия предусматривает специальную коррекцию существенных проблем в области BASIC ID.

В своих теоретических положениях мультимодальная терапия имеет много общего с РЭПТ А. Эллиса. Данный подход хорошо себя зарекомендовал при лечении сексуальных нарушений депрессивных состояний, фобий, психосоматических расстройств, нарушений поведения у детей.

²¹ Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия.– СПб.: Речь, 2001

Терапия, основанная на медитации полноты осознания

Понятие полноты осознания (mindfulness), заимствовано из традиционных буддийских медитативных практик. К данному направлению относятся: 1) медитация полноты осознания, 2) когнитивная терапия, основанная на медитации полноты осознания, 3) диалектическая поведенческая терапия, 4) терапия принятия и приверженности (обязательств) (Тукаев Р.Д, Кузнецов В.Е., 2013)²². Медитация полноты осознания была разработана профессором медицины Массачусетского университета Д. Кабат-Зинном в начале 80-х годов для терапии хронического болевого синдрома и получила название «Методика снижения стресса с помощью медитации полноты осознания» (MBSR).

В своей книге Д. Кабат-Зинн, пишет: «Полнота осознания предполагает изучение человеческой природы, обретение мировоззрения и места человека в этом мире, а также умение по достоинству ценить полноту каждого прожитого мгновения»²³. Поэтому, в качестве необходимых для обучения полноте осознания Д. Кабат-Зинн выделяет: 1) безоценочное восприятие, 2) терпение, 3) чистоту восприятия, 4) веру в собственную интуицию и компетентность, а также уверенность в себе; 5) «нестремление», отсутствие других целей, кроме собственно медитации; 6) принятие вещей такими, какие они есть в настоящий момент, 7) отсутствие ограничений в отношении собственных мыслей, наблюдение за их появлением и исчезновением.

Методика Д. Кабат-Зинна включает «формальную медитацию» и «медитацию повседневной жизни». «Формальная медитация» представлена техниками мысленного сканирования тела и концентрации на дыхании, а также хатха йогой. «Медитация повседневной жизни» подразумевает применение вышеописанных семи принципов медитации полноты осознания

²² Тукаев Р.Д, Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания: сходства, различия, терапевтические перспективы. Часть 2. // Ж.Социальная и клиническая психиатрия 2013, т.23, №2

²³ Кабат-Зинн Д. Куда бы ты ни шел - ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни, М.: Независимая фирма «Класс», 1999

во время обычной для человека активности. Помимо медитаций MBSR включает: изучение литературы о природе стресса, элементы тренинга уверенности в себе, обучение копинг-стратегиям²⁴.

В дальнейшем область применения MBSR существенно расширилась и стала применяться для уменьшения уровня стресса при онкологических заболеваниях, у больных тревожными расстройствами, социофобией и др.

Когнитивная терапия, основанная на осознанности (Mindfulness-based Cognitive Therapy) была разработана для предотвращения рецидивов депрессии при рекуррентном депрессивном расстройстве. Создатели данного направления З. Сигал, М. Уильямс и Д. Тисдейл, адаптировали методику Д. Кабат-Зинна, соединив концепцию осознанности с когнитивной моделью депрессии.

Считается, что рецидив депрессии возникает из-за циркулирующих в сознании пациента депрессогенных моделей мышления, формирующих порочные круги, замыкающиеся на телесном и психическом уровнях (Тукаев Р.Д, Кузнецов В.Е., 2013). Поэтому, для борьбы с повторяющимися рецидивами, по мнению авторов данного подхода, необходимо выработать следующие 4 навыка:

1. Научиться выходить из круга навязчивых мыслительных шаблонов.
2. Научиться распознавать психические состояния и процессы, ведущие к новому приступу депрессии, и стать более осознанными в отношении их причин, хода, особенностей протекания.
3. Научиться находить новые способы взаимодействия с теми аспектами жизни, которые вызывают депрессию.
4. Научиться поворачиваться лицом к трудностям и заинтересованно проживать сложные периоды жизни.

²⁴ Тукаев Р.Д, Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания: сходства, различия, терапевтические перспективы. Часть 2. // Ж.Социальная и клиническая психиатрия 2013, т.23, №2

Таким образом, программа обучения разделена на 2 этапа: 1) обучение наблюдению за внутренними процессами (негативными мыслями, эмоциями и телесными ощущениями), осознанию и исследованию их динамики; 2) обучение применению навыков в ситуации повседневной жизни.

Предполагается, что в дальнейшем, при рецидиве депрессии, пациент сможет распознать появление депрессивных мыслей, выявить пути формирования и избавиться от них с помощью освоенных методик, предотвратив развертывание депрессивного синдрома.

Когнитивная терапия, основанная на медитации полноты осознания, применяется также в качестве сопутствующей терапии при лечении панического и генерализованного тревожного расстройств.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) разработана М. Линехан в конце 80-х годов и предназначена для предотвращения суицидального поведения пациентов с пограничным расстройством личности. Основной целью терапии является изменения патологических моделей поведения, эмоционального реагирования и мышления на основе их изучения.

К необходимым для освоения в процессе терапии навыкам М. Линехан также относит навыки межличностного общения, регулирования эмоционального состояния, преодоления стресса и навыки полноты осознания, способствующие росту личностной интегрированности.

Навыки полноты осознания делятся автором на «Что»-навыки и «Как»-навыки. «Что»-навыки включают: наблюдение внешнего и внутреннего опыта; описание своих эмоций и происходящих событий; вовлеченность. «Как»-навыки описывают способы осуществления «Что»-навыков: безоценочно; с сосредоточением на текущей активности; с концентрацией на результате и его прагматичной оценке²⁵.

²⁵ <http://cognit-therapy.ru/index.php/o-kognitivnoj-terapii/history>

Утверждается, что овладение вышеприведенными навыками устраняет нарушение восприятия собственной личности, предопределяющее симптоматику пограничного расстройства личности.

Следует отметить, что ДПТ отличается детальная проработка процесса терапии. Программа рассчитана на год терапии и год последующего наблюдения. Описано применение ДПТ для лечения депрессий, для больных расстройствами пищевого поведения и др.

Терапия принятия и обязательств (acceptance and commitment therapy) (ТПО), основанная на принятии пациентами своего заболевания и принятии на себя обязательств по совладанию с ним, была разработана С. Хайесом и К. Вильсоном (Hayes, Strosahl and Wilson, 1996; Hayes and Wilson, 1994)²⁶. ТПО предполагает, что избегание не является адаптивным механизмом, так как избегаемый стимул способен распространяться на значительную часть жизнедеятельности. Психопатология частично обусловлена попытками клиента уменьшить свои проблемы, избежать или уклониться от них (Wilson, Hayes, and Gifford, 1997).

Поэтому терапевтическими целями в ТПО являются: 1) принятие, 2) когнитивное разделение (т.е. разделение мыслей и их негативной эмоциональной составляющей), 3) присутствие здесь и сейчас, 4) вынесение «Я» за скобки происходящего, 5) ориентация на собственные ценности, вместо принятия социально навязанных, 6) изменения поведения для реализации собственных ценностей.

Для реализации этих целей существует множество упражнений, включающих медитацию полноты осознания, использование метафор, упражнения на визуализацию, дистанцирование, тренировку нового поведения и т.д.

Упражнение²⁷.

Подход А.Эллиса.

²⁶ МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии, СПб., 2001.

²⁷ Психотренинг по методу Альберта Эллиса 1999, 330с. (с.12).

1. Вспомните, когда вы в последний раз были чем-то сильно встревожены. Что вас так обеспокоило?

Встреча с незнакомыми людьми?
Положение дел на работе?
Отношения с человеком, который вам дорог?
Экзамены?
Собеседование при поступлении на работу?
Предстоящая партия в теннис или в шахматы?
Поступление в университет?
Угроза страшного диагноза?
Несправедливое отношение к вам?

2. Отметьте, какие конкретно требования успеха или одобрения породили вашу тревогу. Какие «должен» или «обязан» стояли перед вами?

«Я *должен* произвести на этих людей хорошее впечатление!»
«Если я *хочу*, чтобы меня ценили на работе, я *должен* это сделать!»
«Мне нравится этот человек, и я *должен* заслужить его одобрение!»
«Этот экзамен очень важен. Я *обязан* сдать его на «отлично!»»
«Это хорошее место, и я *неприменно должен* понравиться нанимателю».
«Если я выиграю эту партию в теннис (или в шахматы), то докажу всем, что я хороший игрок. А потому я *обязан* выиграть и показать всем, какой я мастер!»
«Школа, в которую я поступаю, самая хорошая, и я очень хочу туда попасть. Значит, я *обязан* поступить, а иначе это будет просто ужасно!»
«Если бы у меня была эта страшная болезнь, это было бы слишком ужасно, это было бы невыносимо. Я *должен* знать наверняка, что этой болезни у меня нет!»
«Я относился к ним хорошо, и значит, они тоже *обязаны* относиться ко мне так же. Они не должны поступать со мной не справедливо. Это *ужасно*, что они так делают!»-

3. В каждом случае поищите слова, выражающие ваши предпочтения («Я *хотел бы* получить эту работу») и ваши заповеди или требования («Значит, я *должен* получить эту работу. Я просто *не переживу* отказа»).

Проделайте то же самое в отношении недавно пережитой депрессии.

4. Отыщите ее причину и попробуйте настойчиво выделить те *требования*, которые способствовали развитию депрессии.

Например: «Поскольку я хотел получить эту работу, то *должен был* как следует подготовиться к собеседованию, но я этого не сделал так, как *нужно*, - следовательно, я *идиот*, который *не заслуживает* такой хорошей работы».
«Я *должен был* больше тренироваться, чтобы выиграть этот теннисный матч, но я не тренировался столько, сколько *должен был* бы, и это доказывает, что я ленивый чурбан, который *никогда ничего* не добьется ни в теннисе, ни в чем бы то ни было другом!»

5. Вспомните, какие *требования* вызвали ваш гнев, направленный против другого человека, - в связи с тем или иным событием.

Например: «После того как я буквально лез из кожи, чтобы достать Джону денег, он не вернул мне долг, хотя *обязан был* это сделать. Он просто безответственный тип! Он *не имеет права так*. Со мной обращаться!» «Я могла бы пойти на пляж в субботу, но сидела и глупо ждала воскресенья, а тут пошел дождь. Ведь *должна же* быть в воскресенье хорошая погода! Дождь пошел — это просто *ужасно*. Это *непереносимо*, когда я так хочу на пляж!»

6. Всякий раз, когда вы чувствуете тревогу, депрессию или гнев, имейте в виду, что, скорее всего, в таких случаях вы не только очень *сильно хотите* чего-то, вы *требуете*, чтобы все происходило только так, а не иначе, *требуете*, чтобы вы обязательно получили то, чего хотите. **Итак, ищите слово «должен».** И не оставляйте своих попыток до тех пор, пока не найдете. Если у вас не получается, обратитесь за помощью к друзьям, родственникам или РЭТ-терапевтам. Проявите настойчивость!

Практическое задание.

Используя прочитанный и дополнительный материал по разделу, подберите упражнения, используемые в современных видах когнитивно-ориентированной психотерапии:

- использование метафор,
- упражнения на визуализацию,
- упражнение на дистанцирование,
- упражнения на тренировку нового поведения.

Раздел 2. Коучинг как вид терапии

Тема 1. Коучинг и его виды

Коучинг как отдельный вид консультирования сформировался в 80-е годы прошлого столетия на стыке психологии, философии, менеджмента и спорта. Открываются различные практико-ориентированные школы коучинга, работающие как по стандартам Международной ассоциации коучей ICF (Международная Академия Коучинга, Международный Эриксоновский Университет Коучинга), так и по авторским программам (Институт коучинга А.Д. Савкина, Школа системноинтегративного коучинга И.В. Рыбкина и др.). В настоящее время существует около 500 видов коучинга, которые можно разделить на две категории: коучинг в бизнесе (коучинг-менеджмент, executive-коучинг, корпоративный, стратегический, ситуационный, проектный, инновационный, карьерный, мотивационный) и лайф-коучинг (коучинг для подростков, семейный коучинг, коучинг отдыха, управления эмоциями и др). В последние годы активно проводятся исследования, посвященные проблеме сопоставления коучинга и психотерапии (D. Armstrong, 2002; V. Hart, J. Blattner, S. Leipsic, 2001; Y. Ives, 2008; D. Stober, 2006; L. Strickler, 2009; П. Уильямс, Девис, 2007)²⁸.

²⁸ ВИНОГРАДОВА Е.Л. КОУЧИНГ И ПСИХОТЕРАПИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПРАКТИК ВИНОГРАДОВА //Консультативная психология и психотерапия, 2010, № 1, С.200-219.

Как указывает Виноградова Е.Л., теоретическими основаниями для работы коуча могут выступать гуманистический, бихевиоральный, когнитивный, системный подходы, модель позитивной психологии, теория конструктивного развития взрослого (adult development approach) (Berger, 2006), методы андрагогики (Knowles, 1980), в т.ч. рефлексивная практика (Boud, 1994) и экспериментальное обучение (adult learning approach) (Kolb, 1984), эдвенчер-модель (adventure-based model) (Kemp, 2004), целеориентированный подход (goal-oriented approach) (Grant, 2006) и даже психоанализ (Kilburg, 2004). По замечанию Y. Ives, между данными подходами существуют фундаментальные различия в дефиниции самого понятия «коучинг» и его целей (Y. Ives, 2008).

Существуют разные определения коучинга. Одно из них, предложенное Дж. Грином и М. Грантом: «Коучинг – это сфокусированный на решении, ориентированный на результат систематический процесс сотрудничества, в ходе которого коуч содействует улучшению выполнения деятельности, увеличению жизненного опыта, самостоятельному научению и личностному росту людей»²⁹.

«Коучинг – это искусство способствовать повышению результативности, обучению и развитию другого человека», считает М. Дауни (2008, с.48).

Коучинг (не считая психоаналитического направления) ориентирован на работу только с психически здоровыми людьми, желающими добиться большей собственной эффективности.

Характеристика разных видов коучинга.

Коучинг-менеджмент.

Данный вид коучинга направлен на повышение эффективности работы сотрудника за счет самостоятельного решения им проблем, препятствующих достижению цели, и увеличение его мотивированности на достижение результата.

²⁹ Грин Дж., Грант Э.М. Коучинг принятия решений. СПб: Питер, 2005

В литературе существуют противоположные мнения относительно того, насколько коучинг может быть приемлем в менеджменте; является ли он новым стилем управления или должен сочетаться с другими способами взаимодействия менеджеров с персоналом³⁰.

Основные принципы коуч-менеджмента:

- Шаги к достижению результата осуществляются осознанно.
- Сотрудник ответственен за итог выполнения задачи.

Повышение результативности достижения целей с помощью принятия самостоятельных решений – цель такого менеджмента

Эффективность коуч-менеджмента.

Коуч-менеджмент будет эффективен при соблюдении следующих составляющих:

1. Сотрудники должны с энтузиазмом воспринимать такой управленческий стиль.
2. Коуч-менеджмент должен подходить под принципы работы и специализацию фирмы.
3. Руководитель должен сам прийти к решению принять такой стиль и способствовать развитию у себя необходимых качеств.

Содержательная **модель «ЗР»** фокусирует внимание коуч-менеджера на содержании трех основных вопросов, которые должны быть решены³¹:

1. Какого результата нам необходимо достичь?
2. Какие ресурсы у нас уже есть и какие необходимы еще для такого результата?
3. Какие решения нужно принять и реализовать, чтобы достичь желаемого результата с использованием имеющихся ресурсов?

На рисунке представлена схема, отражающая взаимосвязь коучинга в менеджменте и лидерстве по М. Дауни³². Майлз Дауни, считает, что у

³⁰ Королихин А. Коучинг в управлении - миф или реальность// "Тренинги в бизнесе", 2008 г.
<http://korolikhin.com/stati/kouching-v-upravlenii/>

³¹ http://www.hrm.ua/article/kouchmenedzhment_mifi_i_instrumenti#sel=5:34,5:42

³² Дауни М. Эффективный коучинг: уроки коуча коучей. –М.: Изд-во «Добрая книга», 2008, с.288.

коучинга есть свое место в организации и он повышает эффективность менеджмента и лидерства.

Эффективность коучинга в менеджменте и лидерстве



Executive-коучинг.

Executive-коучинг - индивидуальное консультирование, коучинг высших руководителей (должностных лиц), цель которого максимально раскрыть личную профессиональную эффективность.

Отличительная особенность этого вида коучинга - сочетание масштабных деловых целей и целей личного роста бизнес-лидера/ высшего должностного лица.

Как указывают практикующие коучи, ситуации, в которых особенно полезен executive-коучинг могут быть следующими:

1. Назначение на новую должность - переход к новому этапу жизни.
2. Новый этап развития бизнеса (новый бизнес-проект, диверсификация, реорганизация, выход/вход собственника из/в управление бизнесом, и т.п.). Необходимо сконцентрироваться для нового «рывка».
3. Неожиданные коллизии во взаимодействии с ключевыми лицами и/или собственниками, инвесторами. Ситуации, в которых особенно важно иметь союзника;
4. Собственникам бизнеса не удаётся согласовать свои цели/ среди собственников есть «неназываемые лица».

5.Создание/реорганизация эффективных управленческих команд;

6.Проведение эффективных совещаний.

7. Лидеру нужен надёжный конфиденциальный «спарринг-партнёр», чтобы увидеть все «за» и «против» в процессе выработки решений. Стратегические решения с высокой «ценой вопроса», часто с исключительной степенью конфиденциальности.

Корпоративный коучинг необходим, когда в компании поставлены следующие задачи:

- повышение продаж;
- повышение производственной/ операционной эффективности;
- снижение прямых издержек;
- необходимость удержания ключевых сотрудников;
- создание системы мотивации персонала для достижения главной бизнес-цели компании;
- повышение удовлетворенности клиентов.

Возможные этапы корпоративного коучинга:

1) коучинг с собственниками компании для конкретизации стратегических целей и задач, видения порядка реализации целей и задач на каждом этапе исполнения каждым центром финансовой ответственности;

2) работа с командами и индивидуальные сессии для руководителей всех уровней, включая топ-менеджмент, для получения обратной связи о целях и задачах проекта, устранения барьеров, мешающих эффективному взаимодействию работников в рамках работы над поставленной задачей, реализацией конкретного проекта, построения оптимальных конструктивных отношений внутри компании, а также с клиентами и партнерами по бизнесу;

3) создание новой корпоративной культуры компании на основе таких ценностей, как доверие, ответственность, эффективность и удовольствие от развития и обучения.

Мотивационный коучинг³³.

Клиентами мотивационного коучинга являются люди, которым трудно оставаться позитивно настроенными по отношению к достижению своих целей. Руководители и бизнес команды (трудовые коллективы) также могут извлечь выгоду из мотивационного коучинга, особенно во время трансформаций или нестабильности в компании.

Люди могут обращаться к мотивационному коучу за помощью в тех вопросах, которые им некомфортно обсуждать с друзьями или членами семьи. Коуч помогает определить ту проблему, с которой они столкнулись, нейтрализовать ее и найти решение, которое изменит их отношение.

Менеджеры часто обращаются к коучу под влиянием невероятного стресса, вызванного слишком высоким уровнем ответственности. Когда дела идут не так, как хотелось бы, клиенты могут обратиться к мотивационному коучу, чтобы трансформировать свои страхи и опасения из-за понижения своего статуса. Как правило, это происходит во времена экономической неопределенности, приводящие к временным сокращениям и увольнениям сотрудников.

Реализуя мотивационный коучинг, коуч:

- Помогает в определении ключевых сложностей, с которыми столкнулся клиент.
- Вместе с клиентом обнаруживает его истинную мотивацию.
- Находит пути наиболее полного использования мотивации.
- Помогает клиенту в создании новых отношений (установок) в соответствии с его ключевыми ценностями.
- Помогает клиенту визуализировать, как будет выглядеть жизнь, наполненная мотивацией.

Лайф-коучинг - это набор зарекомендовавших себя инструментов, применимых в различных ситуациях и помогающих людям во всех областях

³³ <https://erickson.ru/publications/articles/help-beginner/26449-20-kouchingovykh-nish/>

жизни. Он может быть направлен на развитие людей, отношений, духовности, здоровья и профессионального успеха.

Что делает человека счастливым, здоровым и успешным?

Ответ каждого человека уникален. У каждого из нас разные ценности и убеждения по поводу того, чего мы хотим достичь, как мы будем это делать, и что мы вообще думаем об успехе.

Лайф-коуч работает с клиентами в регулярных коучинговых сессиях. Это могут быть встречи лицом к лицу (очные), по телефону или скайпу. Во время первых встреч определяются приоритетные стратегии для достижения успеха и составляется представление о темпераменте клиентов, их потребностях и стиле общения. Коуч способствует успеху клиента, помогая ему определить видение, расставить приоритеты и разрабатывать план действий³⁴.

Вне зависимости от типа, «главными принципами коучинга являются осознанность и ответственность клиента за свои действия, свою жизнь. Ценность осознанности разделяется практически всеми психотерапевтическими школами, начиная с психоанализа. Несмотря на то, что коуч, в отличие от психотерапевта, не работает с запросами «почему?» и «хочу разобраться в себе», а только с запросами «как (достичь, повисить и пр.)?»», он уделяет значительное внимание развитию рефлексии клиента, стремится подвести его к инсайтам. С точки зрения М. Мелии, как в коучинге, так и в психотерапии у клиента есть возможность «увидеть свои реальные альтернативы, понять, за что и чем ты будешь платить, в зависимости от того или иного выбора» (Виноградова Е.Л., с.203).

Основное отличие психотерапии от коучинга большинство авторов видят в том, что психотерапевтические клиенты – это люди, имеющие проблемы если не медицинского, то психологического характера, пациенты, нуждающиеся в помощи, в то время как клиенты коучинга абсолютно здоровы и хотят повисить свою эффективность, еще больше преуспеть в

³⁴ <https://erickson.ru/publications/articles/help-beginner/26449-20-kouchingovykh-nish/>

жизни (Hayden, Whitworth, 1996; Sperry, 1997; Maynard, 2006 и др.). Как отмечает Sh. Brain, клиенты решают работать с коучем не потому, что они в этом нуждаются, а потому, что они этого хотят (Brain, 2002). Как отмечают П. Вильямс и Д. Дейвз, многие теоретические разработки, методы и техники работы в коучинге были заимствованы из таких целе-ориентированных школ как НЛП; психотерапия реальности Гласпера (Glasser reality therapy); психотерапия рациональных эмоций Эллиса (Ellis's rational emotive therapy); системная семейная психотерапия Хэйли, Мейденса, Сатир; психосинтез Ассаджиоли и др. (Вильямс, Дейвис, 2007)³⁵.

Коучинг основывается на принципах, отражающих основные идеи гуманистической психологии: отношение к клиенту как к уникальному, активному творцу своей жизни, имеющему право выбора и способному взять на себя ответственность за этот выбор; целостный взгляд на клиента; сотрудничество; безусловное позитивное внимание и уважение к клиенту; проявление со стороны профессионала подлинности и эмпатии³⁶. При этом, ориентация на всестороннее развитие клиента предписывает коучу выступать в роли фасилитатора, а не эксперта или более опытного собеседника.

При этом, имея много сходств с гуманистической психотерапией, коучинг отличается от нее, по мнению D. Stober:

- в целях коучинга и психотерапии,
- общей фокусировке во время сессий,
- задачах повышения осознанности клиента.

Цель гуманистической психотерапии - помочь клиенту обрести более функциональную жизнь, цель коучинга - сделать жизнь не только более функциональной, но и помочь клиенту в реализации его конкретных жизненных целей. Гуманистические терапевты работают, как правило, с чувствами клиента, а коучи в большей степени уделяют внимание конкретным действиям клиента, которые позволяют ему прийти к

³⁵ Вильямс П., Дейвис Д. Лайф-коучинг – новая профессия для психотерапевтов. Как перейти от психотерапии к коучингу. М.: Международная академия коучинга, 2007.

³⁶ ВИНОГРАДОВА Е.Л. КОУЧИНГ И ПСИХОТЕРАПИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПРАКТИК ВИНОГРАДОВА //Консультативная психология и психотерапия, 2010, № 1, С.200-219. (с. 207).

намеченным целям. В психотерапии осознанность ценна сама по себе, она помогает клиенту прийти к целостности, что, в свою очередь, влечет изменения в поведении. В коучинге работа над получением более ясного и полного понимания клиентом своих мыслей, чувств и реакций служит лучшему выполнению намеченных действий. Иными словами, работа коуча над повышением осознанности клиента основана на предположении, что лучшее понимание себя и действительности позволяет быть более эффективным в осуществлении задуманных планов (Stober, 2006, с. 19)³⁷.

Практическое задание.

Разработайте схему первой сессии с использованием открытых вопросов для реализации модели (например, мотивационного коучинга).

³⁷ Stober D. 2006. Coaching from the humanistic perspective in Evidence-Based Coaching Handbook, eds. Stober D. and Grant A.M. Wiley. New York.

Раздел 3. Психотерапия через переживание

Тема 1. Понимающая психотерапия Ф.Е. Василюка

Понимающая психотерапия основывается на идеях Л.С. Выготского. В соответствии с методологической программой Л.С. Выготского базовой методологической установкой психологии, по мнению Ф. Е. Василюка, разработчика понимающей психотерапии, должна стать «философия практики», или «методология психотехники».

В своей работе «Методологический анализ в психологии» (2003), он отмечает, что контуры новой психологии, которая на наших глазах завершает период своего становления, уже достаточно четко обозначились. Не отказываясь от задач объяснения, она выдвигает на первый план категорию сознания и потому становится феноменологической и диалогической, т.е. **понимающей** психологией, способной профессионально относиться к предмету исследования не только как объекту, но и как смысловому целому, и как живому Ты. Не случайно проблематика понимания в отечественной психологии (Знаков, 1994, 2005; Власова, 1995; Киршбаум, 1995; Пузько, 1995; Архангельская, 2005; Брудный, 2005; Лызлов, 2006; Мандрикова, 2006) переживает в последнее время настоящий расцвет. В психологии выделяются три магистральных и взаимосвязанных подхода: категории практики соответствует «деятельный» подход, категории сознания – понимающий подход, категории культуры – гуманитарный подход. Таковы методологические ориентиры понимающей психотерапии: она стремится реализовать себя как психология **понимающая – деятельная – гуманитарная**³⁸.

Понимающая психотерапия базируется на теории переживания Ф.Е. Василюка³⁹. Переживание в рамках терапии мыслится не как эмоциональный отклик терапевта на чувства клиента, но как целостная творческая работа

³⁸ Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. – М., 2003.

³⁹ Василюк Ф.Е. Психология переживания. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 200 с.

психотерапевта, протекающая на разных уровнях (эмоциональном, рефлексивном, личностном, коммуникативно-выразительном) и направленная на содействие продуктивному ходу и развитию переживания клиента. Общим **методом** этой целостной работы сопереживания является **понимание**. Таким образом, решение задачи специфики психотерапии как особой социо-культурной деятельности с позиции психологии переживания приводит к формулировке следующих ключевых характеристик теории понимающей психотерапии (табл.).

Таблица

Ключевые характеристики теории понимающей психотерапии

Антропологическая практика	Цель и ценность	Предмет	Проблемное состояние	Продуктивный процесс	Принцип деятельности профессионала	Метод
Понимающая психотерапия	Смысл	Жизненный мир	Критическая ситуация	Переживание	Сопереживание	Понимание
<i>Для сравнения в следующих строках таблицы представлено описание по тем же параметрам медицины как одной из антропологических практик и бихевиоральной терапии как одного из психотерапевтических подходов.</i>						
Медицина	Здоровье	Организм	Болезнь	Восстановление функций и компенсация	Лечение	Аллопатия, гомеопатия и др.
Бихевиоральная терапия	Адаптация	Поведение	Дезадаптивное поведение	Научение	Обучение	Подкрепление

Основные терапевтические приемы - методические элементы понимающей терапии

Эмпатия. Структура эмпатической реплики включает в себя два основных элемента – оператор понимания и эмпатический знак. *Оператор понимания* («правильно ли я Вас понимаю», «так ли я понял» и т.п.) выполняет ряд важных функций, в частности, осуществляет такое ролевое структурирование терапевтических отношений, при котором терапевт занимает позицию «второго лица», сопереживающего слушателя,

диалогического Ты, а клиент обретает достоинство диалогического Я и статус автора повествования (а не одного из прототипов или персонажей своего рассказа).

Эмпатический знак в целом призван стать означающим для непосредственного переживания клиента, являющегося по отношению к нему означаемым. Эмпатический знак включает в свою структуру следующие элементы: *персону, модус переживания, переживаемое состояние, предмет переживания*. Каждый из этих структурных элементов может варьироваться, чем достигается изменение целостного смысла эмпатического отклика. Главным элементом эмпатического знака является *переживаемое состояние*. Дифференцировка различных семиотических аспектов эмпатии (индикативного, номинативного, сигнификативного и экспрессивного) позволяет добиваться тонких настроек терапевтических реплик.

Кларификация (прояснение). Общая задача проясняющих реплик в отличие от эмпатических – отображать не то, что клиент чувствует по поводу ситуации, а образ самой этой ситуации, включая действия клиента. Использование кларификации способствует привлечению когнитивных и отчасти волевых ресурсов для решения проблемы. Структура кларификации включает в себя оператор понимания и образ ситуации. *Образ ситуации*, в свою очередь, состоит из таких структурных элементов, как *персона, модус действия, действие, предмет и обстоятельства действия*. При построении проясняющих реплик психологическое ударение делается либо на действии субъекта, либо на предметном описании ситуации. Каждый элемент проясняющей реплики может приобретать разные формы, но главные вариации – вариации предмета – разделяются на две категории: перцептивные и интеллектуальные. Примером перцептивного варьирования может служить трансформация описания ситуации по принципу «зума», по аналогии со сменой режима киносъёмки «общий план – крупный план»

(*Бьюдженталь*, 2001). Примером интеллектуальных вариаций может служить изменение описания по параметру «абстрактное – конкретное».

Майевтика. Майевтические реплики фокусируют внимание клиента не на его переживании, действиях или предметах, которые он описывает, а на внутренних аксиомах (убеждениях, предпосылках), которые субъективно определяют именно эти переживания, намерения или образы. Субъективные аксиомы, выявляемые майевтикой, не осознаются клиентом, но не потому, что являются бессознательными, а потому, что они слишком самоочевидны, чтобы быть замеченными. Структура майевтической реплики содержит в себе следующие элементы: *оператор понимания – субъект (носитель убеждения) – модус убеждения – убеждение*, которое, в свою очередь, включает в себя: *персону – модальность – суждение*. Функция майевтики состоит в стимуляции процесса рефлексии. Откликом клиента на майевтическую реплику может быть либо теперь уже осознанная солидарность со сформулированным убеждением, либо отказ от него, либо его уточнение, но в любом случае это потребует включения рефлексивного отношения к предпосылкам своих мыслей, действий и переживаний.

Интерпретация. В рамках понимающей терапии метод интерпретации используется редко, но это не значит, что интерпретации вовсе нет места в излагаемом подходе. Она вступает в игру, когда в ходе психотерапевтического процесса работа переживания подходит к внутренней необходимости *объяснения* значимых элементов опыта, которые самому клиенту представляются иррациональными и непреднамеренными, но в то же время неслучайными и причастными его воле. По базовой логической структуре метод интерпретации состоит во введении феномена (это чаще всего симптом – нежелательное состояние или поведение пациента) в предлагаемый терапевтом контекст, в результате которого получает объяснение и восстанавливает утраченный им смысл. Особенность применения этой психотехнической единицы в понимающей психотерапии состоит в том, что интерпретативный контекст берется не из априорного

арсенала теоретических идей терапевта, а из опыта самого пациента, который уже стал предметом обсуждения в данном терапевтическом процессе⁴⁰.

Психотерапевтические методики, используемые в понимающей терапии.

Психотехника выбора. Эта методика реализует закономерности ценностного переживания в критической ситуации внутреннего конфликта. Анализ ценностного жизненного мира позволяет сформулировать следующие положения: а) альтернативы, между которыми совершается выбор, – это не различные объекты или способы действия, а существенные жизненные отношения, каждое из которых символизирует особый образ жизни; б) в основе подлинного выбора лежит не идея самотождественности личности, а идея личностной метаморфозы; в) во внутреннюю структуру выбора как необходимый элемент входит акт жертвования; г) в отличие от традиционного рационалистического понимания выбора как произвольного и сознательного рассудочного «взвешивания» преимуществ его следует мыслить как акт, до конца не рационализируемый и совершаемый в обратной смысловой перспективе «прислушивания» к ценности.

Данная методика, психотехнически воплощая основную идею экзистенциального выбора, помогает клиенту войти в такое состояние сознания, где он может освободиться от ложной и изнурительной модели «взвешивания» и где его внутренним ценностям будет предоставлена возможность явить себя в акте выбора.

Таким образом, методика демонстрирует способы психотехнического использования типологии жизненных миров для конкретных терапевтических целей.

Психотерапевтическое облегчение боли. Методика предназначена для психотерапевтической работы с болевым синдромом. Ключевой механизм ее основан на психотехнической реализации характерного различения боли и смысла боли. Страдание можно описать как динамическое

⁴⁰ Василюк Ф.Е. Психотехника переживания: Учеб. пос. - М.: Ахилл, 1991. - 24 с.
Василюк Ф.Е. Переживание и молитва. - М.: Смысл, 2005. - 192 с.

отношение боли к ее смыслу: страдание тем больше, чем больше непосредственное ощущение боли и чем меньше смысл боли. Понимающая психотерапия в целом видит свою задачу не в том, чтобы избавить человека от страдания, но в том, чтобы помочь ему совершить работу страдания. Применительно к проблеме боли, эта помощь состоит не столько в прямом снижении интенсивности болевых ощущений, сколько в раскрытии того смыслового контекста, в котором боль обретает смысл и становится переносимой.

Режиссура симптома. Техническая суть методики состоит в создании игровой ситуации, в которой клиент должен перейти от рассказа о болезненном состоянии или симптоме к «режиссерской постановке» этого симптома у «терапевта-актера». Такое парадоксальное изменение позиции клиента приводит к радикальному изменению его отношения к своему симптому и овладению им.

Теоретический смысл этой методики состоит в том, чтобы: а) продемонстрировать в наиболее концентрированном виде идею «работы сопереживания» терапевта, которая может осуществляться не только в ментальном понимании чувств и мыслей клиента, а буквально в телесном «проживании» проблемы клиента, разумеется, проживании контролируемом и управляемом; б) показать, какие богатые возможности для психотерапевтической техники, и в частности для работы с измененными состояниями сознания дает применение идеи регистров сознания.

Тема 2. Психотерапия экспериенциальная

Фундаментальная посылка экспериенциальной психотерапии, по мнению Томаса П. Мэлон, Патрика Т. Мэлон такова⁴¹: личностный рост происходит только в результате опыта, приобретаемого в ходе межличностных отношений, а на близость терапевтических отношений в

⁴¹ Мэлон Томас П., Мэлон Патрик Т. Экспериенциальная психотерапия//Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 432 с. (с.96)

экспериментальной терапии влияет прежде всего личность психотерапевта, вне зависимости от того, какого направления он придерживается: поведенческого, психоаналитического, гуманистического или какого-либо еще. В процессе терапевтических отношений клиент учится учиться и воссоздает в себе естественную способность к исследованию и росту. Так преодолевается его зависимость как от своего прошлого, так и от психотерапевта.

Они указывают на то, что психотерапевты, работающие в русле экспериментальной терапии, полагают, что те или иные техники и системы воздействия на клиента менее важны, чем конгруэнтность этих техник и систем с личностью психотерапевта. Техники не вызывают в клиенте коренных изменений. Они могут подвести его к таким изменениям, но глубокие личностные изменения и личностный рост происходят только в переживании терапии, а не просто в консультативно-обучающих отношениях.

Переживание, ведущее к личностному росту, включает межличностный процесс (преимущественно неинтенциональный и невербальный) между психотерапевтом и индивидом, проходящим психотерапию. Похожим образом происходит личностный рост человека на ранних стадиях его жизни в семье или в повседневной жизни. Переживание отношений выступает фактором роста, ибо рост происходит только в момент близости. Важность бессознательной коммуникации, аффективной связи между психотерапевтом и клиентом, конгруэнтности психотерапевта, клиента и системы обусловлена тем, что эти элементы благоприятствуют переживанию отношений, как это происходит в функциональных (то есть нормальных) семьях.

Особенность экспериментальной психотерапии заключается в том, что здесь каждая сессия складывается из четырех стадий. На первой из них клиент, выйдя на уровень сильных чувств, получает доступ к глубоким внутренним переживаниям и делает первый шаг к их пониманию. На второй стадии эти глубокие внутренние переживания получают признание,

приветствуются и принимаются. На третьей и четвертой стадиях клиент претерпевает качественную трансформацию, испытывая эти глубокие внутренние переживания и узнавая на собственном опыте, что значит быть новой личностью и вести себя как новая личность за пределами психотерапевтического кабинета⁴².

В адрес экспериенциальной терапии высказываются обычно три критических замечания⁴³. Первое сводится к тому, что ее нельзя изучить, как изучают ту или иную технику, нельзя описать в виде инструкции: "делай так-то и так-то". Второе критическое замечание формулируется так: экспериенциальная терапия представляет собой не школу психотерапии, а жизненную позицию или личностную философию и, следовательно, не поддается научной оценке. Она, по мнению критиков, относится скорее к искусству, чем к науке. И третье: экспериенциальную терапию критикуют за то, что она проходит в основном на бессознательном уровне, а, следовательно, ей не только невозможно научить, ее не только невозможно описать, но и проводить нельзя осознанно.

При этом авторы подчеркивают, что важным достоинством экспериенциальной терапии, основными понятиями которой являются "бытие", "отношения" и "опыт близких отношений с другими", заключается в том, что клиенты, проходящие ее, вряд ли будут подвергаться манипуляциям, эксплуатации, плохому обращению, соvrращению, принуждению или наказанию.

Элвин Р. Марер выделяет два отличия данного подхода к психотерапии от остальных. Они касаются ролей клиента и психотерапевта, а также способов их взаимодействия. Первое отличие заключается в том, что и психотерапевт, и клиент держат глаза закрытыми на протяжении всей сессии.

⁴² Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 432 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 80). (с.100).

⁴³ Мэлон Томас П., Мэлон Патрик Т. Экспериенциальная психотерапия//Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 432 с. (с.98).

Второе отличие связано с тем, что решающими факторами успешного проведения сессии выступают выбор, который клиенту приходится делать постоянно, его готовность и желание работать. Главная задача психотерапевта, соответственно, состоит в том, чтобы показать клиенту, что и как делать, и находиться вместе с ним на каждой стадии процесса. Такие новые задачи, стоящие перед психотерапевтом и клиентом, исключают традиционные роли и отношения между ними (Экспериментальная психотерапия, 2000).

Экспериментальная психотерапия, центрированная на клиенте

Этот вид терапии основывается на идеях двух выдающихся личностей К. Роджерса и Е. Джендлина. Джеймс Р. Айберг пишет, что на основании своих исследований процесса психотерапии Карл Роджерс пришел к выводу, что реализации этого стремления способствуют три условия: эмпатия, или умение психотерапевта поставить себя на место клиента, искренность или конгруэнтность психотерапевта и безусловное принятие клиента. Когда эти условия соблюдены, то психотерапевт и клиент встречаются как два человека, а не как человек и авторитетный профессионал. Такое качество отношений делает клиента более открытым и способствует его самоисследованию.

Работы Е. Джендлина, посвященные фокусированию, содержат много сведений о том виде самоисследования, который делает индивида более открытым и способствует его изменениям. В своих философских работах Джендлин рассматривает фокусирование в контексте различных процессов, присущих человеку. Двумя ключевыми понятиями здесь выступают "телесно переживаемый опыт" и дружественное, мягкое, восприимчивое отношение индивида к своим чувствам. Когда мы говорим о "телесно переживаемом

опыте", то имеем в виду то, как переживание ощущается в теле и находит символическое выражение в концепциях, эмоциях, образах и поведении⁴⁴.

Он также отмечает, что для психотерапевтов особый интерес представляет то, как сфера опыта может быть неадекватно символизирована. Вызвавшие сильные эмоции или связанные с самооценкой переживания могут быть воплощены в символы, не отражающие или искажающие их важные аспекты. Как следствие, жизнь становится обременительной, заполненной социальными проблемами или личностно мучительной. В такой ситуации символы, которые точнее выразили бы опыт и дали бы средства, необходимые для более удовлетворяющей и аутентичной жизни (именно это и есть критерий лучшей символизации), представлены в телесном ощущении. Такие имплицитные значения требуют процесса самоисследования и экспрессии, который позволил бы создать символы, более полезные для жизни в этом мире.

Терапевт, использующий данный подход, считает, что клиент сам стремится работать достаточно энергично в отличие от других направлений психотерапии, полагающих, что психотерапевт должен побуждать клиента к работе. Психотерапевт способствует поддержанию у клиента стремления работать тем, что проявляет:

- 1) уважение к выбранному клиентом темпу работы, считая, что в этом проявляется мудрость клиента;
- 2) уверенность в том, что переживаниям, лежащим в основе символов, следует доверять, и исследовать их полезно, хотя при этом, возможно, возникнут проблемы, страдания и трудности;
- 3) пристальное внимание ко всем экспериенциальным аспектам переживаний, которые ощущаются, но не выражаются вербально, и эмпатическое отражение таких переживаний. Если третье условие не соблюдается, то взаимодействие между психотерапевтом и клиентом может

⁴⁴ Джеймс Р. Айберг Экспериенциальная психотерапия, центрированная на клиенте// Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 432 с. (с.107).

стать всего лишь обменом мыслями о представленном клиентом материале, а это если и поможет клиенту в достижении переживания, то очень мало.

Практическое задание.

Используя технологию майевтики, в парах (роль психолог-клиент) сформулировать реплики, моделирующие процесс взаимодействия в ходе консультирования, учитывая, что майевтические реплики фокусируют внимание клиента не на его переживании, а на внутренних – очевидных для него убеждениях. Выявить тем самым, факторы которые субъективно определяют появление именно этих переживаний.

Раздел 4. Трансгенерационная психотерапия

Тема 1. Основные подходы к проблеме трансгенерационной передачи семейного опыта

Трансгенерационный подход интенсивно начал развиваться в 60–70-е гг. XX в. В его основу легли идеи З. Фрейда, К. Г. Юнга, М. Боуэна, Ф. Дольто, Н. Абрахама, И. Бузормениц-Надя, М. Терек и др. Уже во взглядах З. Фрейда и К. Г. Юнга ясно прослеживается идея о существовании трансгенерационной (межпоколенной) связи, которая представляет собой передачу предками и принятие потомками идей, образов, переживаний, чувств и т. д.⁴⁵.

При этом, как отмечает Сапоровская М.В., межпоколенная связь и феномен межпоколенного наследования, существование которых ни у кого не вызывает сомнения, большинством западных психологов и психотерапевтов рассматриваются как деструктивные, патологизирующие феномены. В большинстве работ, обобщающих клинический опыт, четко прослеживается идея о необходимости осознания, понимания, осмысления опыта предков. Именно это позволяет ослабить межпоколенную связь, затормозить процесс межпоколенного воспроизводства (повторения), что является необходимым условием дальнейшего конструктивного развития человека. К сожалению, на периферии внимания специалистов остается ресурсный (позитивный) аспект межпоколенной связи и наследования⁴⁶. В своей работе, Сапоровская М.В., осуществляет детальный анализ этой проблемы. Опираясь на ее данные можно говорить о том, что наибольшее развитие идея передачи межпоколенного опыта получила в рамках семейной психотерапии (2010).

В своих работах, в рамках системной семейной психотерапии, М. Боуэн объясняет передачу межпоколенного опыта феноменом триангуляции

⁴⁵ Королёва А. А. Трансгенерационный фактор в формировании жизненного сценария//Ярославский педагогический вестник, 2011, №3, Том II (Психолого-педагогические науки), (С.219-222).

⁴⁶ Сапоровская М.В. Теория и практика исследования межпоколенной связи в семейном контексте [Электронный ресурс]// Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 1(9). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 26.11.2018).

(объединения (коалиции) представителей разных поколений), как отражением деструктивной связи между ними, способствующей закреплению состояний тревоги и негативных переживаний⁴⁷.

Развивая собственное видение проблемы передачи межпоколенного опыта, А. А. Шутценбергер (A. A. Schutzenberger) создает новое направление в семейной психотерапии – психогенеологию, методом которой является трансгенерационная психогенеологическая контекстуальная терапия⁴⁸. Важный «инструмент» этой терапии – геносоциограмма – позволяет выявить и проанализировать семейные истории, выявить психологические связи между поколениями, которые представлены в жизни человека как бессознательное повторение опыта (как правило, драматического) предшествующих поколений.

Психоаналитическая семейная терапия подчеркивает значимость межпоколенной передачи опыта при анализе «вытесненного конфликта» и «симбиоза поколений», имеющих либидозную природу (Ф.Дольто, Н.Абрахам, И.Бузормени-Надь). Пытаясь ответить на вопрос о том, как происходит межпоколенная передача, как действует этот механизм, Дольто выдвинула предположение о существовании прочной связи между бессознательным матери и бессознательным ребенка в пренатальный период его развития (возможно, это и есть со-бессознательное матери и дитя, по терминологии Дж.Морено). Ребенок уже в этот период, по мнению автора, знает, угадывает и чувствует вещи, относящиеся к его семье на протяжении нескольких поколений⁴⁹.

Н. Абрахам совместно с М.Терек используют для объяснения возникновения негативных переживаний такие метафорические понятия как: «семейный склеп» и «семейный призрак». Появление призрака указывает,

⁴⁷ Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика [Текст] / ред. А. Я. Варга. – М. : Когито-Центр, 2005. – 496 с.

⁴⁸ Шутценбергер, А. А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы [Текст] / А. А. Шутценбергер ; пер. с нем. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 256 с. (с.53).

⁴⁹ Сапоровская М.В. Теория и практика исследования межпоколенной связи в семейном контексте [Электронный ресурс]// Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 1(9). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 26.11.2018).

что на потомка воздействует то, что для родителя означало рану (Шутценбергер, 2005, с.71, Приводится по: Сапоровская М.В., 2010).

Бузормени-Надь И. вводит понятие «скрытой лояльности семье», актуализирующейся через механизм идентификации с одним из членов семьи, связанным с негативным эмоциональным опытом. В психоаналитической терапии используется и термин «делегирование», когда долг ребенка по отношению к своим родителям или предшествующим поколениям передают как эстафету (на уровне установок).

Анализ изучения проблемы передачи психической травмы в поколениях⁵⁰, осуществлен Тарабриной Н.В. и Майн Н.В. В своей статье они пишут, что формирование личности ребенка начинается в рамках семьи, к которой он принадлежит как к группе, последняя в свою очередь сама является частью рода, нации, человечества. И на всех уровнях осуществляется накопление и передача информации. При рождении ребенку отводится некое место в генеалогии семьи. Это может быть место, специально предназначенное для него, а может быть чьим-то местом, например, умерших дедушки, тети, матери или другого ребенка. Тогда этому ребенку придется играть роль «заместительного» ребенка или стать родителем собственным родителям. С. Лебовиси (Lebovici, 2007) описывает этот процесс и вводит понятие «семейного мандата», который выдается ребенку при рождении и будет определять его положение и роль в семье.

В работах Е. Гранжон, А. Мижоля (Granjon, 1989, Mijola, 2004) межпоколенческая и чрезпоколенческая передача различается. Передача хорошо проработанных элементов, усвояемых психикой получателя, питающих его рост и функционирование, определяется ими как межпоколенческая, а в случае транс или чрезпоколенческой передачи передаваемое содержимое способно затруднить развитие или нарушить гармонию личности. Также межпоколенческая передача подразумевает

⁵⁰ Тарабрина Н.В., Майн Н.В. ФЕНОМЕН МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКОЙ ПЕРЕДАЧИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ (по материалам зарубежной литературы) // психология и психотерапия, 2013, № 3 (с.96-119).

передачу прямую, в рамках реального контакта, ее можно наблюдать со стороны, а транспоколенческая касается отдаленных поколений, и так передаются патологические элементы. Особенно это касается случаев, когда родители, а также предшествующие поколения, перенесли в своей жизни серьезную психическую травму; информация об этом будет передаваться потомкам. Если это событие было психически переработано, символизировано, вписано в индивидуальную память как опыт, получивший статус прошлого, воспоминания, потому что передается не только содержимое травматического опыта, но и способы его психической переработки и совладания с ним, что оказывает влияние на индивидуальное развитие ребенка (приводится по: Тарабрина Н.В., Майн Н.В., 2013, с.98).

Модели передачи травмы по М.Р. Анхарову с соавт. (Ancharoff, 1998):

- 1) Молчание может передавать травматичные послания также ощутимо, как и слова. Чтобы избежать пробуждения будущего дистресса, члены семьи стараются избегать разговоров, которые, как они полагают, могут запустить дискомфорт и последующую симптоматику в родителе.
- 2) Сверхоткрытость — родители раскрывают конкретную информацию, связанную с травмой, с множеством травмирующих деталей, чтобы «подготовить» детей к выживанию в мире, в котором, как они чувствуют, царит опасность.
- 3) Идентификация — дети, живущие с травмированным родителем, непрерывно сталкиваются с посттравматическими реакциями, которые могут быть непредсказуемыми и пугающими. Эти дети имеют тенденцию чувствовать себя ответственными за родительское несчастье и чувствовать, что если бы им удалось быть достаточно хорошими, их родители не были бы так грустны и сердиты.
- 4) Проигрывание - пережившие травму склонны проигрывать травму.

Основными психологическими механизмами передачи психического содержимого между субъектами, в том числе между поколениями, указывает Тарабрина Н.В., можно назвать идентификацию и проективную

идентификацию. И. Гампел (Gampel, 1995) описывает «радиоактивную идентификацию», которую она наблюдала в семьях, переживших Холокост.

М. Торк и Н. Абрахам (Торк, Абрахам, 2005) описывают механизм «эндокриптической идентификации». Речь идет о лакуне (crypte), формирующейся в Я, которая подвергается передаче.

Идентификация возможна даже с предком, которого ребенок лично не знал, но который был объектом любви, восхищения, или, напротив, стыда и боли его матери. Мать через вербальные и невербальные послания передает ребенку эту модель для идентификации. Такую модель А. Эйгер (Eiguer, 2005) называет трансгенерационным объектом.

Другой механизм, через который осуществляется передача, это проективная идентификация. Впервые она была описана М. Кляйн (Кляйн, 2001) как один из ранних, примитивных защитных механизмов, способ совладания с нежелательными элементами внутри психики. Эти неприемлемые, тревожащие элементы выбрасываются наружу и помещаются в психику другого человека. Субъект провоцирует объект вести себя так, как будто эти черты, страхи, фантазии принадлежат объекту.

П. Мичард (Michard, 1996, 2007) описывает термином парентификация («парент» - «родитель») принятие ребенком на себя роли родителя своих родителей. В крайних случаях, в силу своей верности, ребенок становится уязвимым, эксплуатируемым, сталкивается с требованиями, превосходящими его возрастные возможности.

Как показывают данные исследований, проанализированные Тарабриной Н.В. (2013), не столько само по себе переживание травмы представителем предшествующего поколения оказывает негативное влияние на потомков, сколько степень ее психической проработки, качество и количество посланий, передаваемых ребенку. Одним из важнейших факторов, позволяющих травмированному ребенку, а потом и взрослому психологически выживать в своем окружении и прибегать к более адаптивным механизмам для облегчения психической боли, является

сохранение удовлетворительного рефлексивного функционирования. П. Фонаги считает его потенциально решающим механизмом непрерывности и особенно межпоколенческой непрерывности. Рефлексивное функционирование отсылает к возможности интерпретировать образ действия других и понимания их эмоциональных состояний. Это понимание себя и других выходит за рамки видимого поведения и принимает в расчет эмоции, верования, невербализованные ожидания, которые лежат в основе поведения⁵¹.

При осуществлении психотерапевтического воздействия следует учитывать историческое измерение при интерпретации поведения в рамках индивидуальной и семейной терапии с тем, чтобы актуализировать межпоколенческий аспект передачи травматического опыта.

Тема 2. Фокусированные генограммы в практике консультирующего психолога

Генограмма – термин, использованный М. Боуэном в теории семейных систем. Это графический способ схематического отображения семейного дерева, включающего в себя обозначение членов семьи, их отношений друг с другом, дат важных событий, географического расположения. Использование генограмм заключается в создании визуального представления о семейных историях, мифах, легендах, правилах, спектре отношений, и их взаимосвязи на протяжении нескольких поколений. Она позволяет наглядно анализировать расположение различных групп в семейной системе, эмоциональные процессы ядерных семей, динамику «эмоциональных волн» в системах⁵².

Фокусированная генограмма – метод, разработанный и представленный группой авторов: Джеральд Викс (Gerald R. Weeks), Рита Демария (Rita DeMaria) и Ларри Хоф (Larry Hof). В 1999 г. они опубликовали книгу

⁵¹ Тарабрина Н.В., Майн Н.В. ФЕНОМЕН МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКОЙ ПЕРЕДАЧИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ (по материалам зарубежной литературы) // психология и психотерапия, 2013, № 3 (с.111).

⁵² Панов М.К. Фокусированные генограммы в практике психотерапевта//Журнал Практической Психологии и Психоанализа, 2010, №2.

"FOCUSED GENOGRAMS: intergenerational assessment of individuals, couples, and families" («Фокусированные генограммы: межпоколенческая оценка индивидуальностей, супружеских пар и семей»).

Фокусированные генограммы предназначены для изучения природы каких-то конкретных убеждений, взглядов, эмоциональных и поведенческих моделей.

Фокусированная генограмма представляет собой результат ряда структурированных вопросов, основанных на Теории семейных систем⁵³, задаваемых в определенной последовательности, и позволяющих терапевту получить точную и полную информацию об одном локальном аспекте жизни клиентов через рассмотрение многопоколенческих паттернов.

Например:

- отношение к образованию, профессии,
- деньгам,
- браку,
- социальным ролям,
- гендерным ожиданиям в семье,
- предпочтения в области интимности, сексуальных отношений,
- этнические особенности,
- особенности эмоциональной сферы и др..

Фокусированная генограмма может использоваться как непосредственно на сессии, и тогда она может выступать в качестве некой структуры, либо в форме домашнего задания.

Фокусированную генограмму нужно применять тогда когда клиент нуждается в осознании, что его убеждение находится под давлением некой семейной традиции. Если это пара, или семья, то тогда, когда пользу принесет сравнение клиентами взглядов на один и тот же вопрос, которые также уходят корнями в традиции своих родительских семей.

Пример. Генограмма, сфокусированная на чувствах.

⁵³ Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика/ ред. А.Я.Варга. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с.

Такая генограмма может включать ответы на следующие вопросы:

- Какие чувства были преобладающими у каждого из членов Вашей семьи?
- Какое чувство, настроение было преобладающим в вашей семье в целом? Кто создавал это настроение, кто был ответственным за него?
- Какие чувства были наиболее частыми, а какие наиболее сильными?
- Выражение каких чувств в семье было под запретом? Если табуированное чувство все же проявлялось, какое следовало наказание?
- Что происходило при невысказанности чувств в семье?
- Кто в семье знал, а кто не знал о том, что чувствовали другие?
- Что случалось с Вами, когда Вы выражали запретное чувство или чувства?
- Как Вы приспособились к жизни, испытывая такие, так сказать, нежелательные эмоции?
- Пытались ли другие навязывать вам свое мнение в том, как и что Вы должны чувствовать?
- Видели ли Вы когда-либо, как кто-нибудь терял контроль над его или её чувствами? Что тогда происходило? Страдал ли кто-нибудь конкретно от этого? Как именно?
- Если в Вашей семье использовалось физическое наказание, какие чувства выражали при этом родители? А какие чувства были позволены детям?
- Испытываете ли Вы чувства, которые не можете объяснить, но которые близки к тем чувствам, которые Вы испытывали в прошлом?

Вопросы о том, какие чувства были представлены в семье, какие чувства были приемлемыми или не приемлемыми, и как различные чувства выражались, объясняют историческую основу отношений. Например, партнер тогда может начать видеть, как определенные чувства всегда блокировались. И что отношения, которые, возможно, когда-то были функциональны и полезны, могут быть уже не функциональны сегодня.

Практическое задание.

Используя выше приведенную схему проведения сфокусированной генограммы, сформулируйте вопросы для выявления проявления агрессии.

Использованная литература:

1. Арнтц А. Практическое руководство по схема-терапии [Текст] : методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / Арнуд Арнтц, Гитта Якоб ; пер. с англ. Екатерины Плотниковой ; науч. ред. Александр Викторович Черников. - Москва : Научный мир, 2016. - 317
2. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб., 2002
3. Бек А. Когнитивная терапия депрессий // Московский психотерапевтический журнал, 1996, № 3
4. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии, СПб.: Питер, 2003.
5. Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии: Учеб. пос. - М.: МГППУ: Смысл, 2003.-240 с.
6. Василюк Ф.Е. Психология переживания. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 200 с.
7. Василюк Ф.Е. Психотехника переживания: Учеб. пос. - М.: Ахилл, 1991. - 24 с.
8. Василюк Ф.Е. Переживание и молитва. - М.: Смысл, 2005. - 192 с.
9. Вильямс П., Дейвис Д. Лайф-коучинг – новая профессия для психотерапевтов. Как перейти от психотерапии к коучингу. М.: Международная академия коучинга, 2007.
10. ВИНОГРАДОВА Е.Л. КОУЧИНГ И ПСИХОТЕРАПИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПРАКТИК ВИНОГРАДОВА //Консультативная психология и психотерапия, 2010, № 1, С.200-219.
11. Грин Дж., Грант Э.М. Коучинг принятия решений. СПб: Питер, 2005
12. Дауни М. Эффективный коучинг: уроки коуча коучей. –М.: Изд-во «Добрая книга», 2008, с.288.
13. Джеймс Р. Айберг Экспериментальная психотерапия, центрированная на клиенте// Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 432 с.
14. Кабат-Зинн Д. Куда бы ты ни шел - ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни, М.: Независимая фирма «Класс», 1999
15. Королёва А. А. Трансгенерационный фактор в формировании жизненного сценария//Ярославский педагогический вестник, 2011, №3, Том II (Психолого-педагогические науки), (С.219-222).
16. Королихин А. Коучинг в управлении - миф или реальность// "Тренинги в бизнесе", 2008 г. <http://korolikhin.com/stati/kouching-v-upravlenii/>

17. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. — М., 2008
18. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001
19. Мак Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в психическом процессе. — М., 1998.
20. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии, СПб., 2001.
21. Мэлон Томас П., Мэлон Патрик Т. Экспериментальная психотерапия//Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 432 с.
22. Панов М.К. Фокусированные генограммы в практике психотерапевта//Журнал Практической Психологии и Психоанализа, 2010, №2.
23. Психотерапия — что это? Современные представления/Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона / Пер. с англ. Л.С. Каганова. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 432 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 80).
24. Сапоровская М.В. Родители и дети: развитие совладающего поведения в семье. Психология совладающего поведения / под ред. Т.Л.Крюковой, Е.А.Сергиенко. Москва: ИП РАН, 2008. С. 347–365.
25. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика/ ред. А.Я.Варга. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с. Сапоровская М.В. Теория и практика исследования межпоколенной связи в семейном контексте [Электронный ресурс]// Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 1(9). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 26.11.2018).
26. Тарабрина Н.В., Майн Н.В. ФЕНОМЕН МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКОЙ ЕРЕДАЧИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ (по материалам зарубежной литературы) // психология и психотерапия, 2013, № 3 (с.96-119).
27. Уолен С., ДиГусепп Р., Уэслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия: когнитивно-бихевиоральный подход. Пер. с англ. Общ. ред. — М.: Институт Гуманитарных Знаний, 1997. — 257 с. (с.6).
28. Тукаев Р.Д, Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания: сходства, различия, терапевтические перспективы. Часть 2. // Ж.Социальная и клиническая психиатрия 2013, т.23, №2
29. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В сб.: "Основные направления современной психотерапии". М.: Когито, 2000.
30. Холмогорова А.Б. Личностные расстройства // Клиническая психология. Том 2 /Холмогорова А.Б. ред. — М., 2012
31. Шутценбергер А.А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое

- использование геносоциограммы: пер. с нем. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. 256 с.
- 32.Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии
- 33.Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. / Пер. с англ. — СПб.: Изд-во Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — С. 45.
- 34.Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса 1999, 330с.
- 35.Эдриан Уэллс Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии
- 36.Stober D. 2006. Coaching from the humanistic perspective in Evidence-Based Coaching Handbook, eds. Stober D. and Grant A.M. Wiley. New York.

Список рекомендуемой литературы.

1. Амон Г. Психосоматическая психотерапия, СПб, «Речь», 2001.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии, СПб.: Питер, 2003.
3. Бион У.Р. Элементы психоанализа // пер. с англ. М.: Когито#Центр, 2009. 127 с.
4. Болебер В. Воспоминание и историзация: трансформация индивидуальной и коллективной травмы и ее межпоколенческая передача [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа, 2010, №4. URL: <http://psyjournal.ru/articles/vospominanie-i-istorizaciya-transformaciya...>
5. Боулби Дж. Привязанность // пер. с англ. М.: Гардарики, 2003. 477 с.
6. Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии: Учеб. пос. - М.: МГППУ: Смысл, 2003.-240 с.
7. Василюк Ф.Е. Психология переживания. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 200 с.
8. Василюк Ф.Е. Психотехника переживания: Учеб. пос. - М.: Ахилл, 1991. - 24 с.
9. Василюк Ф.Е. Переживание и молитва. - М.: Смысл, 2005. - 192 с.
- 10.Вильямс П., Дейвис Д. Лайф-коучинг – новая профессия для психотерапевтов. Как перейти от психотерапии к коучингу. М.: Международная академия коучинга, 2007.
- 11.Винникотт Д. Игра и реальность // пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 288.
- 12.Волкан В. Расширение психоаналитической техники. Руководство по психоаналитическому лечению. СПб, ВЕИП, 2012.
- 13.Зимин В.А.Природа и функции объекта безразличия // Вестник Московского Психоаналитического общества, М. 2016, с.41-69.

14. Грин А. Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо, А. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 333—362.
15. Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П. Развитие в психоанализе, Сост. и научн. ред. И.Ю. Романов. М.: Академический проект, 2001. -512 с.
16. Крюкова Т.Л. с соавт. Психология межпоколенных отношений: конфликты и ресурсы. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2009. 340 с.
17. Лапланш Ж., Понталис Ж.Б. Первофантазм. Первоначало фантазма // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо, А. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 244—274.
18. Сапоровская М.В. Исследование межпоколенных связей в семейном контексте [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2008. N 2 (2). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 12.09.2012).
19. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: Изд#во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
20. Торок М., Абрахам Н. Болезнь траура и фантазм чудесного трупа // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо, А. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 317—333.
21. Vasilyuk F. The Psychology of Experiencing. - L : Harvester Wheatsheaf, 1991.-258 p.