

Частное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования

Санкт-Петербургский Институт повышения
квалификации и профессиональной переподготовки
специалистов в области Гештальта

АНАЛИЗ ПРАКТИКИ ПОД СУПЕРВИЗИЮ

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА
В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ КАРДИОПАЦИЕНТОВ**

Руководитель работы, супервизор:

Матушкин Валерий Викторович

Автор работы:

Глухих Любовь Сергеевна

г. Челябинск

2017 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ КАРДИОПАЦИЕНТОВ.....	6
1.1 Некоторые термины, необходимые мне для использования гештальт-подхода в своей клинической практике психолога-консультанта	6
1.2 Этапы моей работы с кардиопациентами с использованием гештальт-подхода.....	10
ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. АНАЛИЗ ПРАКТИКИ.....	21
2.1 Анализ моих встреч с клиенткой Галиной с использованием гештальт- подхода.....	21
2.2 Анализ моих встреч с клиенткой Еленой с использованием гештальт-подхода	29
2.3 Анализ моих встреч с клиентом Петром с использованием гештальт-подхода	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	41
ПРИЛОЖЕНИЕ	49

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность практики.

Выбор данной темы был сделан мною осознанно в связи с недостаточной изученностью данной темы в гештальт-подходе. Имея большой опыт работы с детьми и подростками в области клинической психологии (10 лет работы педагогом-психологом и медицинским психологом), я решила написать анализ практики под супервизию со взрослыми.

Согласно медицинской статистике, заболевания органов кровообращения продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения для большинства стран мира, в том числе и для России. Данные болезни представляют собой группу заболеваний сердца и кровеносных сосудов, в которую входят ишемическая болезнь сердца; болезнь сосудов головного мозга; болезнь периферических артерий; ревмокардит; врожденный порок сердца; тромбоз глубоких вен и эмболия легких и многие другие.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. Большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении различных факторов риска (употребление табака и алкоголя, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности).

Как указано в приказе Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2011 г. №362н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 сентября 2009 г. №599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля», с данной категорией пациентов должен активно работать и медицинский психолог. Однако, на самом деле, редко какое медицинское учреждение (особенно, бюджетное) включает в свое штатное расписание данную должность.

В отечественной и зарубежной науке понятия психологического консультирования, симптома, внутренней картины болезни изучены разными специалистами в этой области. В области гештальт-терапии, психологического консультирования с использованием гештальт-подхода, особенности оказания психологических и психотерапевтических услуг специалистами кардиологическим больным изучены очень мало. Поэтому все вышеперечисленное и вызвано мой интерес к данной теме. Хотя, консультировать клиентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями я начала достаточно недавно.

Цель анализа моей практики – обобщить свой опыт работы с клиентами кардиологического профиля с использованием гештальт-подхода.

Задачи для моей практики:

- 1) Дать характеристику научным подходам в области психологического консультирования, особенностей заболевания органов кровообращения и применения гештальт-подхода в клинической практике.
- 2) Сделать описание моих встреч с Галиной, Еленой и Петром с использованием гештальт-подхода.
- 3) Проанализировать фрагменты встреч с Еленой, Петром и Галиной с использованием гештальт-подхода (под углом терапевтических отношений, с разбором возможных ошибок и «терапевтических вилок»).

Методологической основой данной работы, на мой взгляд, является феноменологический подход в гештальт-терапии (Э. Гуссерль, Ф. Брендано, М. Шелер).

Анализ моей практики под супервизию состоит из введения, двух глав (теоретического обзора по проблеме использования гештальт-подхода в психологическом консультировании взрослых при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, анализа моих встреч с клиентами), выводов, заключения, библиографического списка и приложений. Библиографический список содержит 114 наименований.

По материалам данной работы были опубликованы научные статьи в сборниках журнала «Психологическое консультирование Онлайн», монографии Н.Л. Белопольской «Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты».

Я хочу отметить, что еще на первом году обучения в СПБИГ (терапевтический год) в 2015 году я начала проводить теоретический анализ практики под супервизию. На тот момент, я работала медицинским психологом в ГБУЗ ЧОДКБ. В 2016 году я стала заниматься частной психологической практикой, активно проводить индивидуальные психологические консультации именно с клиентами кардиологического профиля.

На момент завершения данного анализа практики я стала председателем правления Челябинского регионального отделения ОО «Федерация психологов-консультантов России», руководителем профильной организации по прохождению преддипломной и научно-исследовательской практики студентов направления подготовки 37.03.01. Психология Университета Российского инновационного образования г. Челябинска.

Я хочу, чтобы мою работу под супервизию могли использовать в своей практической деятельности другие медицинские психологи, работающие со взрослыми в поликлинике, стационаре специализированного медицинского профиля и частной практике.

Благодаря поддержке моего терапевта Орловой Светы, огромнейшей помощи в написании работы моего супервизора Валерия Матушкина, а также собственному интересу к использованию гештальт-подхода в практике, у меня родились разные идеи, которые отражены в данной работе.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ КАРДИОПАЦИЕНТОВ

1.1 Некоторые термины, необходимые мне для использования гештальт-подхода в своей клинической практике психолога-консультанта

В данном параграфе я хочу говорить о том, какие существуют клинические аспекты использования гештальт-подхода в работе психолога-консультанта.

Известные гештальт-терапевты С. Гингер и А. Гингер считают, что основной практикой гештальт-подхода могут быть такие сферы применения, как индивидуальная терапия, терапия пар и семейная терапия, групповая терапия и группы личностного роста. Основными областями применения гештальт-подхода, на мой взгляд, могут быть применение гештальт-подхода в работе социальных работников, в образовании, в центре акушерства и гинекологии, в различной клинической практике (работа с симптомом, телом), в коучинге, в подготовке руководителей [23].

Лично для меня, психологическая работа очень разнообразна, уникальна и удивительна. В научной психологии различают различные виды оказания психологической помощи (работы), а именно: психологическая профилактика, психологическое просвещение, психологическое сопровождение, психологическая диагностика, тренинги, психореабилитация, психокоррекция, немедицинская психотерапия и психологическая экспертиза [5; 6; 18; 21; 38; 39-42; 49; 51-52; 67: 90; 95-96; 111].

В период написания анализа практики под супервизию, я пришла к выводу о том, что чаще всего в своей практической деятельности медицинского психолога я использую такой вид психологической помощи как консультирование.

За время подготовки написания теоретической части я изучила множество различных литературных источников по проблеме психологического консультирования. Данная теоретическая литература мною многократно изучена, и я активно применяю данные теоретические аспекты в своей работе психолога-консультанта.

Для меня важным и ценным является рассмотрение различных подходов к психологическому консультированию. Мне важно здесь про это сказать, т.к. на данные подходы в научной психологии я могу опираться в своей работе.

Бесспорно, понятие психологического консультирования всесторонне изучено в отечественной психологии. Теоретические особенности данного понятия мною были условно объединены в 2 группы: психологическое консультирование как вид психологической помощи и как отрасль научных знаний [4; 7-8; 19; 24; 25; 30; 36; 44; 48; 50; 60-61; 63; 72; 74-76; 86-87; 98; 101; 107; 109-110; 114].

В первую группу я включила работы известных отечественных психологов Б.Д. Карвасарского [47, 91], А.В. Петровского [89], Л.Б. Шнейдер [112], В.В. Колпачникова [54], М.К. Тугушкиной [88], А.Е. Алешиной [5], Е.Н. Голуновой [24], М.Р. Минигалиевой [68], Г.С. Абрамовой [1], Н.Г. Линде [59], В.Э. Пахальян [77], Е.Е. Сапоговой [94], М.А. Гулиной [26-29], И.В. Вачкова [18], И.Б. Гриншпуна [18], Д.В. Желателева [34], М.Е. Хилько [108]. Во вторую группу вошли научные подходы Г.Б. Мониной [69], А.Н. Елизарова [33], Р.С. Немова [70], О.В. Галустовой [22], Ю.В. Меновщикова [66], Ф.Е. Василюка [16].

К моему удивлению, в зарубежной психологии понятие психологического консультирования изучено незначительно, в отличие от отечественной, где также рассматривается как вид помощи [7; 31].

В различных нормативно-правовых актах (законах) психологическое консультирование также рассматривается как вид услуг и одно из направлений помощи специалиста-психолога [21; 37; 39; 46; 73; 93].

В зарубежной гештальт-терапии основные ее теоретические аспекты, на которые я опираюсь в своей работе, были изучены Ф. Перлзом [78-80], С. Гингер и А. Гингер [23], Ж.-М. Робинот [92], Г. Масколье [64], М. Спаниоло Лобб [102], П. Филлипсон [106], П. Колин [53], а в отечественной – Н.М. Лебедевой и Е.А. Ивановой [58], И.Д. Булюбаш [12-15], О.В. Немиринским [99].

Для начала рассмотрим, что же понимается под болезнью, здоровьем и симптомами в гештальт-подходе. В своих работах Ф. Перлз указывает на то, что прежде всего болезнь или симптом является примером незавершенной ситуации. По его мнению, болезнь, как искаженная форма жизнедеятельности, исчезнет с выздоровлением человека или его смертью. То же происходит, если болезнь, особенно сопровождающаяся болью, будет принимать значение хронической «фигуры», не склонной к отступлению на задний план и еще менее склонной к ассимиляции и исчезновению с переднего плана. Это изменение происходит через перестройку всего организма человека [80].

И.Д. Булюбаш же пишет о том, что под физическим и психологическим здоровьем в гештальт-терапии подразумевается способность свободно создавать живые, хорошо сформированные и четко очерченные «фигуры», наиболее адекватно использующие ресурсы «поля», а также способность человека разрушать эти «фигуры» [13].

В гештальт-терапии, отечественными и зарубежными специалистами, выделяются очень важные постулаты симптома [13; 80; 99]:

1. Всякий симптом – это то, что некогда ранее было творческим приспособлением, а затем превратилась в консервативное приспособление.

2.Симптом – это противоречие, парадокс. Он является выражением витальности и одновременно «защитой» против витальности, отражением определенной «проблемы», и одновременно, способом решить эту проблему.

3.Симптомы является «атакой» на свободное проявление возбуждения, и одновременно косвенным, «компромиссным» способом поддержать активность, связанную с удовлетворением потребности.

4.Симптомы также являются способом борьбы с тревогой и, одновременно, способом хронического поддерживания тревоги.

5.Механизмом фиксации симптома является хроническое напряжение низкой интенсивности.

6.Связь различных симптомов с фазами цикла опыта и механизмами прерывания контакта.

7.Психосоматические симптомы заменяют радость жизни.

8.Все симптомы рассматриваются в контексте контакта, а это предполагает рассмотрение конкретных потребностей клиента, характеристик среды и смысла симптоматического поведения человека.

9. Симптом как застывавшая часть организма, которая стала привычкой и перестала осознавать.

10. Симптом – это результат противоречия между первичной (приобретается в течение жизни) и вторичной физиологией (склонность к неосознанному сохранению определенных паттернов взаимоотношений и совершение без осознания привычных стереотипных действий).

Таким образом, указанные выше термины помогают мне опираться на них при моей работе с кардиоклиентами в области консультирования.

К тому же, в научной психологии психосоматический симптом рассматривается как:

1. Результат конверсии психической энергии (конверсионная модель З. Фрейда).
2. Результат разрешения конфликтов вегетативной нервной системе (модель вегетативного невроза и теории векторов Ф. Александера).
3. Результат использования незрелых психологических защит (модель двухэшелонной линии обороны А. Митчерлиха).
4. Результат нарушения объектных отношений (М. Кляйн, Р. Фэйрберн, Д. Винникотт, О. Кернберг).
5. Результат нарушения самоуважения (эго-психология Х. Кохута).
6. Результат ресоматизации функций «Я» (концепция десоматизации М. Шура).
7. Результат переживаний потери объекта (G.L. Engel).

8. Результат алекситимии (W. Brautigam, P. Christian, M. Rad).
9. Результат ролевого конфликта (J.T. Moreno).
10. Нарушение структуры «Я» (концепция Г. Аммона).
11. Результат интроекции дисфункциональных базисных схем.
12. Результат дисфункции семейной системы.
13. Результат наличия высокой энтропии и аттрактора болезни (концепция Пригожина-Ананьева) [56].

Важно сказать, симптом человека имеет как социальное, так и индивидуальное содержание [2; 9-10; 113]. Если рассматривать индивидуальное и социальное содержание заболевания с точки зрения гештальт-подхода, то, на мой взгляд, к индивидуальному содержанию болезни можно отнести острую ситуацию высокой интенсивности, наличие у клиента каких-либо сопротивлений (например, ретрофлексии и интроекта), ответственность и выбор клиента. В социальное содержание болезни могут входить такие параметры, как чувства и эмоции по отношению к имеющемуся у клиента симптому, образы и метафоры болезни, как именно клиент воспринимает свои симптомы и как именно взаимодействует с ними, особенности поля клиента (близкое окружение, профессиональная деятельность).

О.В. Немиринский отмечает, что при анализе симптомов на индивидуально-психологическом уровне, можно учитывать три аспекта: поддержка и отвержение конкретных переживаний; понимание психосоматического симптома как сплава ретрофлексии и проекции; увязывание актуализации симптоматики с фазами цикла опыта. Автор также предлагает схему стадий прямой работы с симптомом:

1. Превращение частичной проекции в тотальную путем идентификации с больным органом (переживание проецируемых качеств, желаний, чувств).
2. Реконструкция личного контекста взаимоотношений (частичное обращение ретрофлексии).
3. Стадия ассимиляции проекции (принятие ответственности за переживание желания или чувства, которое приписывалось органу и/или другому лицу).
4. Стадия полного обращения ретрофлексии (тестирование устойчивости обретенной ответственности (например, в реальных взаимодействиях) [99].

На мой взгляд, работая с симптомом, гештальт-терапевт может придерживаться следующих стратегий:

- Холизма (идеи о целостности и взаимообусловленности психического и соматического; организма и среды).

- Феноменологии клиента – обращения к миру внутренних феноменов клиента, его субъективных переживаний по поводу своих проблем и затруднений, позволяющий смотреть на них глазами клиента, обращаться к так называемой внутренней картине болезни.

- Эксперимента – активного исследования и преобразования сложившихся способов взаимодействия клиента со средой с целью получения нового уникального опыта.

Таким образом, теоретические аспекты понятий психологического консультирования, симптома и гештальт-подхода изучены достаточно широко. Однако, применение именно гештальт-подхода в консультировании таких клиентов рассмотрено недостаточно, что говорит об высокой актуальности моей темы.

2.2 Этапы моей работы с кардиопациентами с использованием гештальт-подхода

В данном параграфе я расскажу о том, как я работаю с кардиопациентами с использованием гештальт-подхода.

В моей работе с кардиоклиентами я использовала различные этапы гештальт-терапевтического процесса, которые отражены в книге Н.М. Лебедевой и Е.А. Ивановой «Путешествие в гештальт» [58].

И так, на преконтакте, в контактинге, в полном контакте и в постконтакте моя работа психолога-консультанта с использованием гештальт-подхода заключалась в следующем (цикл контакта П. Гудмена):

1. На преконтакте:

Здесь потребность в изменениях клиентом кардиологического профиля и симптом не осознаются. Как мне думается, мои задачи на данном этапе могут быть следующими:

- Исследовать, что представляет собой этот человек (психодиагностика с использованием гештальт-подхода).
- Что он считает симптомом.
- Заключить терапевтический контракт (желательно, на пролонгированную работу).

На данном этапе работы обнаруживаются такие уровни присутствия, как формальное присутствие, поддержание взаимоотношений с клиентом, стандартное общение (по Дж Бьюдженталю).

Для реализации задач того, что представляет собой человек и его симптом, мною была придумана и составлена таблицы 1 и 2, в которой отражены некие алгоритмы диагностики с использованием медицинской модели и гештальт-подхода.

Таблица 1 – Диагностика симптома с использованием гештальт-подхода и медицинской модели

№	Области диагностики	Описание
1	Медицинская модель описания симптома	
1.1	Медицинский диагноз (шифр по МКБ-10)	
1.2	Соматические жалобы клиента	
1.3	Анамнез жизни	
1.4	Семейный анамнез	
1.5	Социальное положение на момент консультации	
1.6	Индивидуально-психологические особенности	
1.7	Потребности	
1.8	Способности	
1.9	Жизненные события в разные возрастные периоды	
2	Симптом в гештальт-подходе	
2.1	Как воспринимает симптом клиент	
2.2	Образы, метафоры	
2.3	Чувства, эмоции по отношению к симптому и своей болезни	
2.4	Острая ситуация высокой интенсивности	
2.5	Хроническая ситуация низкой интенсивности	
2.6	Терапевтические гипотезы	
2.7	Сопротивления контакту	
2.8	Потребность, которая блокируется	
2.9	Выгода симптома (ради чего организовано данное сопротивление)	
2.10	Позы, телесные реакции, голос и дыхание при описании симптома клиентом	
2.11	Особенности проявления функций «Id», функции «Ego», функции «Personality» при описании симптома	
2.12	Различные реакции на интервенции гештальт-терапевта (например, обращается за помощью, не слушает, что говорит терапевт и т.д.)	

Я считаю здесь важным сказать о том, на какие термины я опираюсь в своей работе с симптомом в медицинской модели при заполнении таблицы 1. Под болезнью чаще всего понимается нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов [105].

В медицинской модели все заболевания подразделяются: на острые и хронические (по характеру течения); молекулярные, хромосомные, клеточные, тканевые, органые и заболевания всего организма (по уровню, на котором в организме выявляются специфические патологические изменения); вызванные механическими, физическими, химическими, биологическими и психогенными факторами (по этиологическому фактору); женские и мужские (по гендерным отличиям), взрослые и детские (по возрастному фактору). По родственным признакам болезни подразделяются на внутренние, хирургические, онкологические, наследственные, гинекологические, урологические, кожные, инфекционные, венерические, отарингологические, эндокринологические, педиатрические и психиатрические и др. Выделяют три периода течения болезни: латентный (развивается до появления первых симптомов), продромальный (появление общих для многих до появления первых симптомов), продромальный (появление общих для многих болезней симптомов), разгар болезни (появление специфических симптомов). Формами возникновения болезни является острое (действия инфекции, химических факторов) и хроническое (например, сахарный диабет). Исходами болезни являются: выздоровление (практически полное восстановление жизнедеятельности человека (функций организма, адаптационных возможностей, работоспособности): неполное выздоровление, т.е. переход в хроническое течение болезни (неполное восстановление функций, измененных под воздействием болезни) и биологическая смерть человека [105].

Действительно, в современной медицине создано учение о болезни (нозология), которая включает в себя следующие понятия: этиология (знание о причине возникновения болезней); патогенез (учение о механизмах возникновения и развитии болезни); патоморфогенез (морфологические изменения, возникающие при развитии болезней); патоморфоз (учение об изменчивости болезней под влиянием различных факторов), теория диагноза (идентификация болезней), виды классификация болезней.

В настоящее время, в системе здравоохранения действует международная классификация болезней 10-го пересмотра, которая используется для кодирования медицинских диагнозов [65]. Итак, понятие «диагноз» включает в себя заключение о

сущности болезни и состоянии клиента, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении клиента.

Диагнозы подразделяются на этиологический, патогенетический, нозологический, патологоанатомический (по характеру и содержанию), ориентировочный, предварительный, окончательный (по степени достоверности); прямой, дифференциальный, лабораторный, клинический, санитарно-эпидемиологический (по способу построения и обоснованиям) [105]. Приведу пример из своей практики консультирования кардиопациентов. Большинство моих клиентов с кардиологической патологией обращаются ко мне за консультациями, уже имея хронический вид течения заболевания и предварительный диагноз врача-кардиолога. Если рассматривать медицинский прогноз, касаемый выздоровления, то чаще всего, моим клиентам кардиологи говорят о типе неполного выздоровления. Чаще всего ко мне приходят больше женщин, чем мужчин.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, заболевания органов кровообращения включены в класс IX, в который включены следующие блоки (2016 г.): I00-I02 – острая ревматическая лихорадка; I05-I09 – хронические ревматические болезни сердца; I10-I15 – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением; I20-I25 – ишемическая болезнь сердца; I26-I28 – легочное сердце и нарушения легочного кровообращения; I30-I52 – другие болезни сердца; I60-I69 – цереброваскулярные болезни; I70-I79 – болезни артерий, артериол и капилляров; I80-I89 – болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках; I95-I99 – другие и неуточненные болезни системы кровообращения [43; 45; 65]. С такими шифрами кардиологических диагнозов может встретиться гештальт-терапевт в своей работе. Такие шифры могут быть отражены в пункте 1.1 таблицы 1.

В 2018 г. планируется ввести в использование ICD-11 (МКБ-11). На сайте <http://apps.who.int> в открытом доступе имеется ICD-11 Beta Draft, в которой к болезням сердечно-сосудистой системы относятся следующие группы и категории: симптомы, признаки и клинические данные системы кровообращения; опухоли системы кровообращения; развивающиеся аномалии системы кровообращения; гипотония; ишемическая болезнь сердца; заболевания коронарной артерии; легочная болезнь сердца или заболевания малого круга кровообращения; перикардит; острый или подострый эндокардит; сердечно-сосудистые заболевания клапанов; некоторые указанные ревматические болезни сердца; болезни миокарда или сердечных камер; аритмия сердца; сердечная недостаточность; цереброваскулярные заболевания; болезни артерий; болезни вен; болезни лимфатических сосудов или лимфатических узлов; инфекции сердечно-сосудистой системы;

функциональные сосудистые болезни кожи; постпроцедурные расстройства сердечно-сосудистой системы.

Важно заметить, что в рекомендуемые штатные нормативы для оказания медицинской помощи данной нозологической группе кардиоклиентов не включены должности врачей-психотерапевтов (психиатров) и психологов. Я считаю, что данная категория клиентов очень нуждается в своевременной психолого-психотерапевтической помощи и вводить данные должности в штат просто необходимо.

В пункте 1.2 мною заполняются соматические жалобы. Здесь я отмечу, что большинство моих кардиоклиентов говорят о таких симптомах, как боли в сердце, повышенное сердцебиение и головокружение.

В пунктах 1.3, 1.4, 1.5 описывается анамнез жизни таких клиентов, семейный анамнез и социальное положение, что является безусловно важным для медицинской модели [55].

В пункте 1.6 таблицы 1 я указываю индивидуально-психологические особенности такого клиента. В теоретическом аспекте индивидуально-психологические особенности взрослых пациентов с кардиологической патологией в психологической науке изучены достаточно. Л.И. Вассерман, Е.А. Трофимова, О.Ю. Щелкова и У.В. Лебедева отмечают, что у больных с нарушениями ритма сердце по результатам экспериментально-психологического исследования выявляются признаки умеренно выраженной тревожности, эмоциональной лабильности, ипохондричности, динамика которых процессе комплексного лечения указывает на гармонизацию личности в связи со снижением актуальности витальной угрозы. Отношение к заболеванию пациентов с нарушениями ритма сердца по результатам экспериментально-психологического исследования характеризуется относительным преобладанием адаптивных установок, что в значительной мере обусловлено превалированием проблемно-ориентированного стиля совладания со стрессом. В структуре совладающего со стрессом поведения у таких пациентов преобладали стратегия разрешения проблемы с поиском социальной поддержки, стратегия избегания проблем на низком уровне. Вместе с тем структуре внутренней картины болезни значительное место занимают сенситивный и тревожно-ипохондрические тенденции, выраженность которых соотносится с тяжестью соматического статуса. В процессе комплексного медицинского лечения у клиентов с нарушениями ритма сердца отмечается позитивная динамика отношения к болезни, определяемая преимущественно снижением актуальности гипернозогностических тенденций. Качество жизни больных с жизнеугрожающими аритмиями сердца снижено по сравнению с нормативными показателями и зависит от степени выраженности сердечной дисфункции [17].

Отечественные специалисты Е.О. Бойко, Л.Е. Ложникова, И.В. Паршикова, М.И. Агеев, О.Г. Зайцева, В.А. Стрижев пришли к выводу о том, что у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, отмечаются эргопатический, сенситивный, гармоничный типы отношения к заболеванию [11;17].

Психологическое исследование, проведенное Т.В. Жуковой и В.А. Милькота, определило, что среди пациентов с ИБС у женщин преобладают тревожные расстройства, а у мужчин – депрессивные [35]. Наличие тревожных расстройств у кардиологических больных отмечает также и Г.В. Погосова [85]. Длительность ИБС и наличие артериальной гипертензии являются отягощающими факторами в формировании эмоциональных расстройств у пациентов. В структуре высокой тревожности у пациентов с ИБС независимо от пола преобладают усталость, расстройства сна, вялость, пассивность, быстрая утомляемость, прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Своевременная диагностика и целенаправленная коррекция выявленных изменений позволит улучшить качество жизни таких пациентов.

Многочисленные исследования психологических особенностей данной нозологической категории кардиологических клиентов свидетельствуют о присущих им высоком уровне фрустрированности, эмоциональной неустойчивости, сдержанности в социальных контактах, склонности к консерватизму, высоком уровне подозрительности, тенденции к росту тяжести заболевания при крайних вариантах поведения, соответствующих типам А и Б. Выявлены аффективные, тревожно-личностные, депрессивные, тревожно-фобические и ипохондрические расстройства, оказывающие негативное воздействие на течение и исход болезни, личностные адаптационные ресурсы при кардиальной патологии и особенности психической дезадаптации. Данными авторами было определено, что кардиологические больные используют защитные механизмы по типу реактивных образований, отрицания и компенсации, а также копинг-стратегии, имеющие различное психологическое содержание [57; 62; 71].

Отечественные специалисты А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев, Е.П. Шатова, И.Н. Филиппова указывают на то, что у пациентов с ГБ и ИБС выявляется эргопатический тип отношения к заболеванию. Также авторами была отмечена коморбидность сердечно-сосудистых расстройств с депрессией и тревогой. У больных с пороками сердца нередко развивается ипохондрическая фиксация на заболевания, кардиофобия и другие фобии, что относится к личностной реакции на болезнь [103].

Зарубежные исследователи L. Mangelli, A. Bravi, G.A. Fava, F. Ottolini, P. Porcelli, C. Rafanelli, M. Rigatelli, N. Sonino, G. Goglin, J.J. Delamare, B. Baker, D. Newman, J. Jordan,

G. Overbeck, W. Joos, E. Nasi, M. Markiewicz, T. von Uexküll выделяют определенные психосоматические критерии психологических особенностей пациентов при кардиальной патологии: фобии болезни, танатофобии, тревоги по поводу здоровья, отрицания болезни, устойчивую соматизацию, вторичные к психическому заболеванию функциональные соматические симптомы, конверсионные симптомы, реакции годовщины, раздражительности, поведения типа А, деморализации и алекситимии [62].

В пунктах 1.7-1.9 заполняются индивидуальные данные по потребностях, способностям и событиям в разные возрастные периоды, что позволяет мне больше узнать про клиента.

Описание симптома в гештальт-подходе (пункты от 2.1 до 2.12 таблицы 1) также заполняются на каждого клиента индивидуально и теоретического научного экскурса, на мой взгляд, не требуют.

Таблица 2 – Фокусы внимания для диагностики ресурсов клиента в гештальт-подходе

№	Области внимания терапевта	Описание феноменологии
1	Самоподдержка клиента	
2	Интерес к себе	
3	Проявление любопытства к миру вокруг	
4	Взаимоотношения с агрессией (принятие, проявление)	
5	Наличие/отсутствие юмора у клиента	
6	Возможные ресурсы, указанные самим клиентом	

Таблицы 1 и 2 заполняются мною на первой встрече с клиентом кардиологического профиля и при окончании пролонгированной работы с ним. Заполнение таких таблиц в разный временной промежуток встреч с клиентами позволит мне определить эффективность моей работы, а также узнать, как клиент проживает свою жизнь.

Далее я хочу сказать, каковы отличия во взаимоотношениях между терапевтом (или врачом) и клиентом (или пациентом) в гештальт-подходе и медицинской модели. Основные аспекты отличий отражены в таблице 3.

На мой взгляд, медицинская модель основана на взаимоотношениях «Я-ОНО». Врач («Я») наблюдает за течением болезни («ОНО») через проявление различных симптомов у

пациента. Медицинское искусство врача заключается в том, чтобы правильно и качественно провести обследование и лечение с соблюдением необходимых протоколов и стандартов лечения, не причиняя вред пациенту. Здесь единственной ответственностью пациента является то, чтобы он вовремя прошел диагностику у врачей и выполнял все их предписания. Симптом и лекарство от него является центральной фигурой в медицинской модели.

В «Я-Ты» отношениях, отраженных в гештальт-подходе, происходит встреча двух людей: гештальт-терапевта и клиента. Например, это Люба (гештальт-терапевт) и Ольга (клиент). У Любы своя жизнь, свои взгляды, интересы. У Ольги – свои. И они встречаются. Искусство гештальт-терапии – это искусство присутствия в жизни клиента. Люба является гостем в жизни Ольги. Люба реагирует, проявляется, когда Ольга влияет на нее своей жизнью, тем как она контактирует с Любой.

Здесь взаимодействие устанавливается посредством диалога, и именно это взаимодействие является терапевтическим. По мнению М. Бубера, отношения «Я-Ты» всегда сопровождаются любовью. Любовь – это ответственность «Я» за «ТЫ», выступающая за интернациональность. Важно отметить, что в гештальт-подходе диалог вырастает из «Между» контактирующими личностями. В момент «Я-ТЫ» встречи нет цели. Такая встреча, на мой взгляд, означает способность личностей отдаться моменту, быть поглощенными процессу и включенными в него. Подлинный диалог, по мнению И.Д. Булюбаш, состоит из двух составляющих: «Я-ТЫ» и «Я-ОНО» [13].

Таблица 3 – Особенности отличий во взаимоотношениях между терапевтом и клиентом в гештальт-подходе и медицинской модели

	Гештальт-подход	Медицинская модель
1	Взаимоотношения развиваются между клиентом и терапевтом посредством диалога [12-15; 32; 58; 64; 81-84].	Медицинская (психологическая, психотерапевтическая) помощь оказывается пациенту [20].
2	Взаимоотношения регулируются этическим кодексом гештальт-терапевта	Взаимоотношения регулируются Федеральным законом N 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Конституцией РФ, Уголовным кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 N 2300-1; Законом РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях

		прав граждан при ее оказании», Гражданским кодексом РФ № 51-ФЗ от 30.11.1994 г. [20; 39]
3	<p>Дж. Бьюдженталь:</p> <p>Уровни присутствия [58]:</p> <p>1. Формальное общение. <i>Пример из практики:</i> клиента Елена говорит: «Я – Елена, я работаю помощником юриста».</p> <p>2. Уровень поддержания контакта. <i>Пример из практики:</i> я собираю информацию о Елене (пол, возраст и т.д.).</p> <p>3. Уровень стандартных отношений. <i>Пример из практики:</i> выявление у Елены глубоких чувств по отношению к симптому, конфликтов.</p> <p>4. Уровень критических обстоятельств. <i>Пример из практики:</i> клиентка Елена злится и кричит: «Как меня все достало».</p> <p>5. Уровень интимности. <i>Пример из практики:</i> клиент Петр: «Я только тебе расскажу, что вот недавно бросил пить. Пил страшно. Никто, кроме тебя не знает».</p> <p>Также можно использовать подход П. Сенге, который выделяет следующие уровни взаимоотношений:</p> <p>1 уровень – деловой (например, «у меня что-то не в порядке, доктор как механик должен устранить неполадку»).</p> <p>2 уровень – лечение больного и его поведения.</p> <p>3 уровень – глубокий уровень, когда</p>	<p>Модели видов взаимоотношений: (теория Р. Витча) [100]:</p> <p>1.Техническая (пациент как неисправный механизм, который нуждается в починке). <i>Пример из практики:</i> клиентка Елена пришла к кардиологу, и он назначил медицинские лекарства, чтобы выздоровела.</p> <p>2.Патерналистская (врач – «родитель», пациент – «неразумное дитя»)). <i>Пример из практики:</i> клиент Петр выслушал «родительские» наставления своего врача: «Разве так можно было так себя запустить, как маленький, ей Богу».</p> <p>3.Коллегиальная (с пациентом согласовываются все решения врача). <i>У меня таких примеров из практики нет.</i></p> <p>4.Контрактная (взаимоотношения базируются на договоре о взаимном уважении прав друг друга). <i>У меня таких примеров из практики нет.</i></p> <p>С.Г. Стеценко добавляет к ним еще 3 модели [104]:</p> <p>1. Либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);</p> <p>Технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);</p> <p>3.Интерпретационная (врач беседует с</p>

	<p>выясняется почему пациент ведет себя таким образом.</p> <p>4 уровень – Кем я, как пациент, являюсь? Чем я, как личность, уникален? [97]</p>	<p>больным, разъясняя суть заболевания пациента).</p>
4	<p>Важность и ценность терапевтических отношений между гештальт-терапевтом и клиентом</p>	<p>Важность и ценность соблюдения стандартов и протоколов лечения.</p> <p><i>Пример из практики:</i> врач Дима и врач Александр не соблюдали ведение протоколов лечения, записи в медицинской карте пациента были заполнены частично, за что врачи были привлечены к дисциплинарной ответственности по Трудовому кодексу РФ в виде выговора.</p>

2.В контактинге.

На данном этапе работы я стремлюсь к созданию и укреплению терапевтического альянса, развитию взаимного доверия, установлению «Я-Ты» диалога, исследованию актуального состояния клиента на момент проведения консультации, определению ведущего типа сопротивления. Основным уровнем присутствия, на мой взгляд, здесь являются стандартные отношения.

3. В полном контакте.

На данном этапе работы мои действия направлены на помощь клиенту в осознании сопротивлений, поддержании уровня моей открытости перед клиентом. Здесь я использую разные интервенции, в зависимости от вида сопротивления контакту, а также селективное самораскрытие.

4. В постконтакте.

На данном этапе работы происходит ассимиляция изменений, которые произошли у клиента на протяжении пролонгированной работы с использованием гештальт-подхода. Здесь я использую обратную связь с клиентом, спрашиваю у него, как изменилась его жизнь. Также использую повторное заполнение таблиц 1 и 2, их анализ и сравнение с данными, полученными при первичной встрече с клиентом. При использовании медицинской модели проводится оценка эффективности психотерапии (чаще всего применяется клиническая шкала оценки эффективности психотерапии Б.Д. Карвасарского).

Подводя итог всему вышесказанному мною, хочу сказать следующее. Во-первых, различные подходы к оказанию психологического консультирования как медицинского подхода изучены разными специалистами достаточно широко и разнообразно. Во-вторых, медицинский подход существенно отличается от работы в собственно в гештальт-подходе. Работа гештальт-терапевта с кардиопациентами, на мой взгляд, мало изучена, что подогревает мой интерес к данной теме. В самой системе здравоохранения (медицинской модели) клинические психологи практически не работают с данной категорией пациентов, успешно направляя их к врачам-кардиологам и участковым терапевтам. Также в окончании главы 1 хотелось бы сказать, что мне очень интересно использовать в своей работе психолога-консультанта и медицинскую модель и гештальт-подход.

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. АНАЛИЗ ПРАКТИКИ

В самом начале я скажу о том, какие были условия для встреч моих клиентов кардиологического профиля. Мои клиенты Галина, Елена и Петр пришли ко мне на терапевтические встречи, «увидев» меня на сайте b17. Все мои встречи с ними были индивидуальными, были начаты еще в 2016 году; проходили в специальном кабинете психолога; продолжительность каждой такой встречи составляла 1 час. Первые мои встречи с Петром, Еленой и Галиной были с использованием медицинского подхода (заполнение таблиц 1 и 2 из главы 1). Отмечу также, что все встречи с моими клиентами были длительными (более 20 сессий).

2.1 Анализ моих встреч с клиенткой Галиной с использованием гештальт-подхода

Анализ практики №1

Моя вторая встреча с Галиной. Здесь привожу фрагмент начала встречи.

Т.: С чем ты сегодня? (*проясняю психологический запрос, актуальное состояние клиента*).

Г.: У меня есть ряд болезней, про которые я вам говорила: гипертония, аритмия, ВСД (*здесь Галина имеет в виду «вегето-сосудистая дистония»*). В детстве я лежала в неврологии с высоким давлением и мне поставили диагноз – вегетативная дистония, перманентно-пароксизмальное течение с нарушением регуляции артериального давления. И не сказали, как лечить.... Сейчас давление «скачет» 180 на 130, голова сильно болит, как понервничаю (*здесь Галина глубоко вздыхает, закатывает глаза*). Поставили гипертонию в этом году (2016 г.), была у кардиолога, врача-терапевта и эндокринолога.

Далее Галина начинает постукивать кулачками рук друг об друга.

Т.: Ты сейчас делаешь вот такое движение (*отзеркаливаю постукивание рук клиента. Здесь моя интервенция к Id, которая направлена на осознание Галиной возможной ретрофлексии*).

Г.: Да, делаю.

Т.: Можешь поделаться его какое-то время? (*моя интервенция направлена на замедление темпа*). Делай это медленно и ощущай, что с тобой происходит... (*интервенция к Id, направленная на осознание клиентом возможной ретрофлексии через замедление темпа и фокусирование клиентки на ее актуальных переживаниях*).

Галина медленно повторяет движение.

Т.: В какой руке сейчас ты себя ощущаешь? (*моя интервенция к Id, направленная на расширение зоны осознания клиента в телесной модальности*).

Г.: В левой.

Галина кивает на левую руку, сжатую в кулак.

Т.: И что твоя левая рука сейчас говорит правой? *(моя интервенция к Id, направленная на осознание клиентом своих переживаний).*

Г.: Задолбало!

Т.: И про что это для тебя? *(моя интервенция к Personality, проясняющая контекст того, что именно Галину задолбало).*

Г.: Про то, что мое высокое давление мешает моей работе и личной жизни.. У меня постоянно болит голова и меня это задолбало...*Галина тяжело вздыхает и снова делает это движение.*

Т.: А что ты ощущаешь сейчас, когда говоришь об этом? *(моя интервенция к Id, направленная на осознание клиентом своих переживаний по поводу ее головной боли).*

Г.: Какую-то безысходность...

Т.: А где именно? *(моя интервенция к Id, направленная на расширение осознания клиентом своих переживаний в телесной модальности).*

Г.: В голове конечно же. *(произнося эти слова, клиентка фыркает).*

Т.: И на что она похожа? *(моя интервенция к Id, направленная на расширение осознания клиентом своих переживаний в телесной модальности).*

Г.: Даже не знаю, на что она похожа... Я хочу ей сказать – «ВСЕ! Ты меня достала!

В этот момент, произнося «Все», клиентка разводит руки в сторону, и чуть поднимает голову вверх.

Т.: Можешь снова произнести «Все!» и повторить это движение? *(здесь я отзеркаливает движение Галины, моя интервенция к Id, направленная на расширение осознания клиентом своего состояния за счет фокусировки).*

Галина снова произносит «Все!» и повторяет свое движение.

Т.: Останься, пожалуйста, сейчас в этом положении. Что ты сейчас ощущаешь? *(моя интервенция к Id, направленная на расширение осознания Галиной своего состояния).*

Г.: Напряжение ощущаю.

Т.: Где именно ты ощущаешь это напряжение? *(моя интервенция к Id, направленная на расширение осознания клиентом своего состояния).*

Г.: В области шеи и головы.

Т.: Ты можешь сейчас постепенно начать усиливать это напряжение понемногу? *(моя интервенция к Id, направленная на работу с возможной ретрофлексией клиента, здесь использую амплификацию).*

Галина начинает сильно трясти головой и шеей, взгляд ее направлен на пол.

Т.: Где сейчас твой взгляд? *(моя интервенция к Id, проясняющая текущее состояние клиента).*

Г.: Я смотрю на пол, мне хочется на него смотреть, такой красивый ковер *(смотрит в пол)*. Мне хочется сейчас лечь. Но я не хочу лечь...

Т.: И как тебе то, что ты хочешь лечь, но не хочешь лечь? *(моя интервенция к Id, проясняющая текущее состояние клиента).*

Клиент: Я как будто останавливая себя.... Запрещаю себе сделать то, что на самом деле хочу... Ведь сейчас моя шея и голова напряжены и я хочу отдохнуть, расслабиться, лечь на ковер, но запрещаю себе.

Т.: Как тебе кажется, как то, что, что запрещаешь себе, может быть связано с тем напряжением в шеи и голове? *(моя интервенция к Personality, направленная на проверку связи ретрофлексии).*

Похоже на то, что и в жизни клиентка запрещает себе то, что хочет на самом деле. Мой интерес вызван, как же она «обходится» со своими потребностями.

Г.: Я думаю, что связано все напрямую... Вот.... Если я позволю себе расслабиться, давление спадет.. Оххх *(Галина вздыхает)*. Лечь хочу.... *(в этот момент, клиентка медленно встает со стула и ложится на ковер)*.

Т.: И как тебе сейчас? *(моя интервенция к Id, проясняющая текущее состояние клиента).*

Г.: Сейчас мне очень хорошо. Спокойно. Радостно. Я тебе очень благодарна, спасибо.

Мои размышления:

ИТАК, в данном анализе моей практике было показано использование гештальт-подхода в работе с кардиологическими клиентами. Как я поняла, я больше в своей работе с такими клиентами использую интервенции, направленные на ID. Как мне думается, клиентка получила новый опыт, «разрешив» себе лечь на пол в кабинете терапевта. На мой взгляд, симптом еще остался, в связи с чем, был назначен следующий сеанс.

Мое взаимодействие с Галиной устанавливается посредством диалога, и именно это взаимодействие является терапевтическим.

Если сделать теоретический экскурс, то по мнению М. Бубера, отношения «Я-Ты» всегда сопровождаются любовью. Любовь – это ответственность «Я» за «Ты», выступающая за интернациональность. Важно отметить, что в гештальт-подходе диалог вырастает из «Между» контактирующими личностями. В момент «Я-Ты» встречи нет цели. Такая встреча, на мой взгляд, означает способность личностей отдаться моменту, быть поглощенными процессу и включенными в него.

Анализ практики №2

Здесь приводится фрагмент начала моей третьей встречи с Галиной.

Г.: Вот сегодня опять на работе поднялось давление, закружилась голова. Мне стало страшно, а вдруг я умру. Я очень боюсь умереть (*в этот момент Галина плачет*).

«Терапевтическая вилка»: здесь я могла быть сказать другую интервенцию: «Как ты поднимаешь свое давление», или «Попробуй сказать – «Я поднимаю свое давление»».
Основная моя гипотеза: Галина боится остаться без опоры. Данный фрагмент работы считаю удачным и вполне заслуживающим для включения его в анализ практики.

Г.: А что для тебя смерть? (*моя интервенция к Personality, проясняющая конкретный контекст страха клиентки*).

Г.: Я боюсь, потому что мои родители останутся одни, я не смогу за ними ухаживать в старости, не могу быть для них опорой, они будут одни и тоже умрут.

Для меня здесь звучит страх «не быть опорой» для своих родителей. У меня возникает гипотеза о проекции в адрес матери и отца, которая связана с собственным страхом клиентки остаться без опоры.

Т.: Хорошо. Покажи, в какой части комнаты твои родители могли бы быть сейчас. (*моя интервенция к Personality, направленная на работу с возможной проекцией клиентки на своих маму и папу*).

Клиентка выставляет два стула рядом с собой.

Т.: С кем ты себя сейчас больше отождествляешь? С мамой или папой? (*моя интервенция направлена на прояснение проекции клиентки*).

Г.: С папой.

Т.: Побудь им сейчас, пожалуйста. Твоя дочь умерла. Что с тобой сейчас? (*моя интервенция к Id, направленная на осознание Галиной своих чувств, возникающих под проекцией отца*).

Г.: Мне плохо (*Галина плачет*). Доченька, как же так... (*рыдает*).

Т.: Дай сейчас течь своим слезам (*моя интервенция к Ego*).

Г.: Я хочу сказать ей: «Не уходи. Будь рядом со мной. Ты мне нужна».

Здесь я размышляю о потребности клиентки в поддержке со стороны среды.

Клиентка сильно сжимает свои руки в кулаки.

Т.: Как ты сейчас ощущаешь свои руки? (*моя интервенция к Id*).

Г.: Они очень напряжены.

Т.: Начни сейчас постепенно усиливать это напряжение. Что там появляется сейчас? (*моя интервенция к Id, направленная на расширение осознания клиенткой своего ретрофлексируемого паттерна через прием амплификации*).

Г.: Мне грустно и страшно. Как же мой отец будет без меня жить... (*всхлипывает*).

Т.: Про что это для тебя? *(моя интервенция к Personality, которая, на мой взгляд, позволит мне прояснить контекст потребности Галины в поддержке и последующего возникновения ретрофлексии).*

Г.: *(плачет)* Когда я была маленькая, отец много пил, постоянно унижал меня, оскорблял. Раньше он постоянно говорил: «Не лезь ко мне, бестолочь». Мне так хотелось быть ближе к нему.

В этот момент голос Галины начинает дрожать.

Терапевт: Твой голос меняется, когда ты об этом говоришь... *(моя интервенция к Id, которая направлена на осознание Галиной своего состояния).*

Г.: Да, мне обидно, и я злюсь на своего отца – я так просто хотела, чтобы он был рядом, поддерживал меня.

Т.: Да, я думаю, что это действительно очень обидно *(мое селективное самораскрытие гештальт-терапевта, которое направлено на поддержку принятия Галиной своей потребности быть рядом с отцом).*

Конечно, с большой натяжкой это можно считать самораскрытием. Здесь я озвучиваю одну из своих мыслей.

Г.: Я так хочу обнять своего папу, сказать, как я его люблю *(сейчас замечаю, как дыхание Галины становится ровным, спокойным, голос перестает дрожать).*

Терапевтическая вилка: здесь я могла бы сказать Галине о том, как у меня ее слова откликаются внутри.

Т.: Ты можешь сейчас это сделать, если ты хочешь *(моя интервенция к Ego).*

Галина подходит и обнимает стул.

Терапевтическая вилка: неудачный вариант с обниманием стула. Возможно, что здесь уместным просто сказать, что Галина любит своего папу.

Г.: ОХ. *(Галина вздыхает).* Папа, я тебя очень сильно люблю.

Г.: Спасибо тебе, мне так стало спокойно.

ИТАК, как мне думается, в данном фрагменте анализа практике моя работа была направлена на изучение фантазий и проекций Галины. Анализируя запись сеанса, прихожу к выводу, что при проведении психологического консультирования в гештальт-подходе я больше обращаю внимание на сам процесс консультации: в данной записи наиболее всего описания голоса, особенностей проявления функций ID, Personality, Ego. Замечаю, что в данном куске нет анализа моих терапевтических отношений с клиентом, хотя мною была сделана только лишь одна попытка селективного самораскрытия.

Меня это несколько огорчает в связи с тем, что я хочу больше внимание уделять терапевтическим отношениям терапевта с клиентом в гештальт-подходе. В дальнейшем буду стремиться также обращать свое внимание и на них.

На мой взгляд, медицинская модель работы психолога основана на взаимоотношениях «Я-ОНО». Врач/психолог («Я») наблюдает за течением болезни («ОНО») через проявление различных симптомов у пациента. Медицинское искусство врача/психолога заключается в том, чтобы правильно и качественно провести обследование и лечение с соблюдением необходимых протоколов и стандартов лечения, не причиняя вред пациенту. Здесь единственной ответственностью пациента является то, чтобы он вовремя прошел диагностику у врачей и выполнял все их предписания. Симптом и лекарство от него является центральной фигурой в медицинской модели.

В приведенном мною фрагменте работы анализа практики под супервизию моя с Галиной встреча устанавливается посредством диалога, и именно эта встреча является терапевтической.

Анализ практики №3

Здесь приводится фрагмент начала моей четвертой встречи с Галиной.

Г.: Я к тебе прямо с работы пришла. Ну и скандал сегодня был. Мне начальница сделала кучу замечаний, что я ничего не понимаю в бухучете. Начала на меня кричать. На меня нельзя кричать, у меня давление сразу поднимается. Я не понимаю, что именно делаю не так... Я начала оправдываться перед ней (*в этот момент у клиентки затряслись руки*).

Т.: Ты замечаешь, ты сейчас делаешь вот такое движение (*отзеркаливаю постукивание рук клиента. Здесь моя интервенция к Id, которая направлена на осознание Галиной возможной ретрофлексии*).

«Терапевтическая вилка»: здесь я могла бы исследовать, как **именно** оно у нее поднимается.

Г.: Да, у меня трясутся руки... Я хочу постоянной работы без скандалов, профессионального и личностного роста. Я ведь закончила магистратуру по бухгалтерскому учету, я много знаю. А она меня постоянно унижает... Я должна постоянно выполнять свою работу без ошибок. *При произнесении Галиной слов «Я должна постоянно выполнять свою работу без ошибок», я начинаю задумываться об интроекте.*

Т.: Допустим, что ты не выполнила работу без ошибок и что тогда (*моя интервенция к Personality, направленная на осознание клиенткой своих чувств в связи с возможным несоответствием интроекту «Ты должна выполнять работу без ошибок»*).

Заканчивая анализировать свою практику, я пришла к выводу, что слова Галины «Я должна выполнять работу без ошибок» – это так называемый шуддизм (долженствование). При

помощи шуддизма можно избегать осознания собственных желаний. Долженствование связано с процессом интроецирования, но все-таки не является интроектом.

Г.: Мне кажется, что начальница будет еще сильнее кричать.

Т.: А ты можешь показать мне, как она станет еще сильнее кричать? *(моя интервенция к Id, которая направлена на работу с проекцией клиентки, вытекающей из интроекта, и которая, предположительно, порождает у нее стыд).*

Галина встает, смотрит на стул, в котором сидела только что, морщит лицо и произносит: «Ну ты и тупая. Как можно было сделать такие грубейшие ошибки. И чему только вас учили в этих ваших университетах?»

При этом Галина делает резкое движение правой рукой в сторону стула, на котором сидела.

Т.: Что с твоим лицом сейчас? *(моя интервенция к Id, которая направлена на осознание клиенткой своих чувств, продолжение работы на присвоение клиентом своей проекции).*

Г.: Это похоже на отвращение.

Т.: Побудь в этом. Продолжай делать вот это движение правой рукой, постепенно усиливая его... *(моя интервенция к Id, которая направлена на осознание Галиной своих чувств и эмоций под проекцией через амплификацию).*

Т.: Как тебе кажется, какое послание в этом твоём движении правой рукой? *(моя интервенция к Personality, которая направлена на расширение осознания Галиной своей проекции).*

Г.: Да ты вообще тупица! Ты не достойна работать бухгалтером! Еще и личностный и профессиональный рост ей нужен! Ха-ха-ха.

Т.: Что ты сейчас ощущаешь? *(моя интервенция к Id).*

Г.: Я ее ненавижу. Но на самом деле, хочу тебе признаться, что я иногда сама высмеиваю людей, говорю грубо, унижаю *(тон голоса Галины изменяется, снижается, она говорит тише).*

Т.: И что сейчас с тобой, когда ты это понимаешь?

Г.: Мне грустно. Получается, что, то, что в моей жизни происходит – это все из-за меня? *(как я думаю, здесь происходит присвоение клиенткой Галиной ответственности за свою жизнь и происходящие события в ней).*

«Терапевтическая вилка»: здесь я могла бы присоединиться к этому процессу, и увидеть, что она на самом деле делает сейчас. Я могла бы сказать иную интервенцию (например, «Что с тобой сейчас?»).

Т.: Знаешь, я думаю, что если я буду кого-то унижать или на кого-то кричать, то мне будет очень сложно быть с ним в контакте (*мое селективное самораскрытие, поддерживающее осознание Галиной*).

«Терапевтическая вилка»: здесь я могла бы сказать Галине о том, как мне раскрываться перед ней; какая я, в контакте с ней.

Галина садится обратно на тот стул, на котором сидела.

Т.: Что с тобой сейчас? (*моя интервенция к Id, которая направлена на осознание клиенткой своих чувств*).

Г.: Чувствую себя очень униженной.

Т: Оставайся с этим ощущением... О чем оно тебе говорит? (*моя интервенция к Personality, проясняющая переживания Галины*).

Г.: Оно мне говорит, что хочется отдохнуть.

Т.: Ты сейчас можешь сделать это, если хочешь (*моя интервенция к Ego, которая направлена на ее выбор в реализации ее потребности отдохнуть*).

Г.: О, кей. Я сейчас лягу на ковер и немного отдохну (*Галина ложится на пол*).

Г.: Мне сейчас спокойно, голова не болит. Спасибо.

Мои размышления

В данном фрагменте работы я исследовала шуддизм Галины о том, что она должна выполнять работу без ошибок.

Как я думаю, что мною была показана лишь часть работы с симптомом через ассимиляцию проекции у Галины (та часть, где Галина говорит «Получается, что, то, что в моей жизни происходит – это все из-за меня?»).

Анализируя запись сеанса, я снова прихожу к выводу, что при проведении индивидуального психологического консультирования в гештальт-подходе я больше обращаю внимание на сам процесс консультации: в данной записи больше всего описания голоса, особенностей проявления функций Self.

На данном этапе работы с Галиной (ведь это уже 4-ая встреча), я могла бы давать больше интервенций, которые направлены на селективное самораскрытие. Данные интервенции, как я думаю, помогли бы мне больше «раскрыться» перед клиентом и установить более доверительные мои терапевтические отношения с ней.

Если рассматривать данный фрагмент через призму терапевтических отношений, я думаю, что здесь больше всего именно диалогового подхода «Я-Ты» отношений, чем медицинского подхода «Я-ОНО».

2.2 Анализ моих встреч с клиенткой Еленой с использованием гештальт-подхода

Анализ практики №4

Здесь приводится фрагмент начала моей второй встречи с Еленой.

Е.: У меня очень часто поднимается давление.

Т.: Расскажи мне, пожалуйста, когда и при каких обстоятельствах повысилось давление (*моя интервенция к Personality, которая направлена на восстановление контекста возникновения симптома*).

Е.: Это было около месяца назад, дату точно не помню. В этот день я смотрела фотографии своего бывшего молодого человека. Мы расстались с ним около 2-х лет назад, а я до сих пор иногда ему пишу ВКОНТАКТЕ сообщения; пишу, что почему он меня бросил, почему он ищет сейчас новую девушку. И из-за всего этого у меня поднялось давление...

Т.: Давай прямо здесь и сейчас организуем эту ситуацию (*моя интервенция к Ego, продолжающая работу с контекстом симптома*).

Е.: Хорошо, давай.

Елена берет два стула, садится на правый стул.

Е.: Вот я сижу за ноутбуком, открываю ВК и вижу, что у него стоит статус «в активном поиске». Я злюсь на него!!! (*в этот момент Елена делает «руки в боки», и произносит звук «ффф»*).

Т.: О чем ты думаешь сейчас? (*поддержание проявлений Елены «здесь и сейчас»*).

Е.: Я думаю о том, как было нам с ним хорошо. Как мы гуляли вместе, ездили отдыхать. Ох... (*клиентка «заказывает глаза», ее лицо краснеет*). Вот я сейчас чувствую, как у меня поднимается давление.

Т.: Ощущай сейчас, пожалуйста, свое дыхание и то, как ты сейчас сидишь. (*моя интервенция к Id*).

Моя терапевтическая гипотеза: я предполагаю, что возможно, симптом повышения давления у клиентки как-то связан с историей ее взаимоотношений с бывшим молодым человеком.

Т.: Скажи, где именно ты ощущаешь давление, которое у тебя поднимается сейчас? (*моя интервенция к Id*)

Е.: Я чувствую его в своей голове.

В этот момент Елена начинает гладить себя по шее правой рукой.

Т.: Что ты делаешь сейчас своей правой рукой? (*моя интервенция к Id, которая направлена на расширение осознания*).

Е.: Глажу себя по шее.

Т.: И что с тобой сейчас? *(моя интервенция к Id, которая направлена на прояснение актуального состояния Елены).*

Е.: Я только сейчас начинаю понимать, что мне не хватает его рук; хочу, чтобы он гладил меня, вернулся ко мне.

Здесь, как мне думается, Елена говорит о своей потребности дальнейшего продолжения взаимоотношений с ее бывшим молодым человеком.

Е.: Я думаю, что мое давление поднимается из-за того, что я психую, злюсь на него, что мы не вместе сейчас.

Т.: Возможно *(моя интервенция к Personality, которая направлена на поддержание осознания клиенткой своего симптома).*

Т.: Покажи мне, как ты злишься на него, психуешь? *(моя интервенция к Id, которая направлена на прояснение контекста).*

Елена встает, начинает топтать ногами по полу, и кричать: «Как ты мог так со мной поступить» ...

Т.: Сделай это еще раз, сильнее... *(моя интервенция к Id с использованием приема амплификации).*

Елена продолжает топтать ногами, кричать, потом начинает рыдать...

«Терапевтическая вилка»: здесь можно было присоединиться к процессу проживания злости у Елены, встретиться с этим чувством, ощутить его силу, погрузившись глубже, увидеть, что питает эту злость». Например, можно было сказать такую интервенцию: «Расскажи мне о своей злости».

Е.(всхлипывая): Получается, что мое давление повышается из-за того, что я злюсь на него???

Т.: И как тебе это осознание? *(моя интервенция к Personality, направленная на осознание своего симптома).*

Е.: Оно мне нравится. Я думаю, что если я перестану на него злиться, то и давление у меня упадет.

Т.: Как ты сейчас ощущаешь свою шею, голову и давление? *(моя интервенция к Id, которая направлена на осознание клиенткой ее актуального состояния).*

Клиентка опять гладит себя по шее правой рукой.

Е.: Ты знаешь, я чувствую, что давление у меня немного спадает. Спасибо тебе...

Мои размышления:

Я думаю, мною была показана лишь определенная часть моей работы в гештальт-подходе с симптомом через прояснение самого контекста симптома у Елены. Здесь я более

поддерживаю отношения с клиенткой Еленой, недели стремлюсь выйти на более глубокий уровень доверительных терапевтических отношений, т.к. всего моя 2-ая встреча с ней.

Для себя замечаю, что исследованию актуального состояния клиента в этом фрагменте я посвящаю мало. Я расстроена, т.к. думаю, что здесь более полезным было бы увидеть, что именно «здесь и сейчас» происходит с клиенткой Еленой. Это могло быть и терапевтической вилкой в работе: дать Елене интервенцию о том, что сейчас с ней происходит, как именно у нее сейчас поднимается давление, а также предложить ей эксперимент, который будет направлен на исследование того, как она поднимает давление. Радуюсь, что у меня получилось определить для себя гипотезу в данном фрагменте работы. *Здесь мне кажется очень важным, чтобы она не просто поняла, из-за чего она поднимает давление, а прожила в сеансе этот процесс, увидела это изнутри. Чтобы она, вместо «поднимается давление», сказала «не проявляю злость в его адрес, потому что» ... Чтобы у Елены появился вопрос типа «как можно проявлять злость, на того, кто важен для нее» ...*

Анализ практики №5

Здесь мною приводится фрагмент начала моей третьей встречи с Еленой.

Е.: Мне стало немного спокойнее после нашей последней встречи, но изредка бывают моменты напряжения, связанные с моей работой в офисе. Я сидела на работе за компьютером и вдруг почувствовала волну напряжения, которая гуляет по моему телу то вверх, то вниз. *В этот момент Елена начинает делать разные движения руками вверх и вниз. У меня возникает гипотеза о ретрофлексии.*

Т.: Ты можешь сейчас показать, как эта волна напряжения гуляет по твоему телу? *(моя интервенция к Id, которая направлена на осознание Еленой своего напряжения и того, как именно «оно существует» в теле).*

Елена начинает показывать движения руками, поднимая их то вверх, то вниз, включая все тело.

Т.: Что ты делаешь сейчас? *(моя интервенция к проявлениям «здесь и сейчас» у Елены).*

Е.: Я как будто хочу погрузиться в это напряжение.

Здесь, на мой взгляд, Елена приносит метафору «хочу погрузиться». Возможно, работа с этой метафорой позволит ей осознать смысл своего симптома.

Т.: Хорошо, погружайся *(моя интервенция к проявлениям «здесь и сейчас» у Елены).*

Е.: Вот.

Елена берет плед, начинает в него укутываться.

Е.: Я вот, погрузилась.

Т.: Что с тобой сейчас? *(моя интервенция к проявлению Елены «здесь и сейчас»).*

Е: Мне сейчас хорошо и уютно. Я хочу еще дальше погружаться.

Т: А куда именно? *(моя интервенция к Personality, проясняющая потребность клиента, которую символизирует ее «погружение»).*

Е.: Я хочу погрузиться и понять, что со мной происходит... И вообще... Я хочу избавиться от этого чертово давления... Мне сейчас так стыдно, что я ругаюсь...Блин... *(Елена закрывает глаза)*. Знаешь, я сейчас представляю себе дорогу....

Т: Знаешь, куда она ведет?

Е.: В лес.

Т: А какой именно лес? Ведь леса бывают разные... *(моя интервенция к Personality, направленная на уточнение конкретного контекста метафоры леса у Елены)*.

Е.: Дремучий и темный лес.

Е.: Знаешь, мне так одиноко в этом лесу и немного страшновато... *(Елена сильнее закутывается в плед)*.

Т: То есть в этом лесу ты одна? *(моя интервенция к Personality, проясняющая контекст метафоры леса)*.

Е.: Да! Только я и сплошные деревья.

Т: И что тебя пугает тогда? *(моя интервенция к Personality, проясняющая возникновение страха у Елены)*.

Е.: Ты знаешь, прямо сейчас меня уже ничего не пугает. Даже, наоборот, мне вот сейчас хочется пойти туда. Мне интересно, что за лес такой.

Т: Ну, можем пойти туда, если хочешь... *(моя интервенция к Ego, поддерживающая желание Елены встретиться с ее интересом к лесу)*.

Елена встает со стула и делает шаг в сторону «леса», но потом она останавливается и начинает оглядываться по сторонам.

Е.: Да. Тут только я и деревья.

Т: И как тебе это?

Е.: Мне здесь спокойно, в лесу – это не на работе в офисе. Когда все орут и что-то от меня хотят. Ох. *(вздыхает)*. Я хочу побыть еще немного в этом лесу *(Елена закрывает глаза)*. Здесь ведь, на самом деле никто на меня не кричит, я одна. Ох. *(Елена опять вздыхает)*.

Е.: Я сейчас хочу побыть одна, ничего не говорить.

ИТАК, как мне думается, моя работа была направлена на установление диалога между мною и Еленой.

Если рассматривать данную часть работы через призму использования клинической модели или диалоговой, я думаю, что больше всего я использую в своей работе именно

клиническую модель гештальт-терапии, опираясь на теории SELF, фазы цикла контакта по П. Гудмену, работу с метафорами симптома.

На мой взгляд, медицинская модель основана на взаимоотношениях «Я-ОНО». Врач («Я») наблюдает за течением болезни («ОНО») через проявление различных симптомов у пациента. Медицинское искусство врача заключается в том, чтобы правильно и качественно провести обследование и лечение с соблюдением необходимых протоколов и стандартов лечения, не причиняя вред пациенту. Здесь единственной ответственностью пациента является то, чтобы он вовремя прошел диагностику у врачей и выполнял все их предписания. Симптом и лекарство от него является центральной фигурой в медицинской модели.

В отношениях «Я-Ты», отраженных в гештальт-подходе, происходит встреча двух людей Елены (клиентки) и Любы (гештальт-терапевта). У Любы своя жизнь, свои взгляды, интересы, а у Елены – свои. И они встречаются. Искусство гештальт-терапии – это искусство присутствия в жизни клиента. Люба является гостем в жизни Елены. Люба реагирует, проявляется, когда Елена влияет на нее своей жизнью, тем как она контактирует с Любой.

Для себя отмечаю, что в моей записи встречи с Еленой отсутствует анализ того, какая я в контакте с ней, какие чувства я испытываю при встрече с Еленой. Я больше уделяю внимание тому, какие интервенции я даю Елене, правильные ли они, как она реагирует на слова. Думаю, что это отчасти напоминает медицинскую модель работы и мою концентрацию на том, какая Елена в процессе встречи с ней. В данной записи наиболее всего описания голоса, особенностей проявления функций ID, Personality, Ego.

В дальнейшем, я хочу больше обращать внимание на то, что со мной, когда я с Еленой, я хочу больше проявлять себя во встречах с Еленой и другими моими клиентами.

2.3 Анализ моих встреч с клиентом Петром с использованием гештальт-подхода

Анализ практики №6

Это моя вторая встреча с Петром. Здесь привожу фрагмент начало встречи (**авторство произношения речи у Петра мною написано здесь дословно**).

П.: Вот сегодня опять я к тебе п-п-прр-ришел. *(Петр заикается)*. УФФФ. Каа-ааа-к ммне тяжело ггговорить... Годдд назад я перенес инссульт. У меня опять ннна-на-чалось это.. ну.. зааикккание.. *(Петр заикается)*.

В этом момент у меня возникает желание исследовать процесс «началось заикание». В тот момент, когда я только хотела задать Петру свой вопрос, он начинает говорить сам, когда только у него возникло заикание.

П.: ЗЗЗЗзакание у мменя ннн-началось еще в детстве. Вот..У ммменя и у отца было заикание. Он всю жизнь зззззакался. Я ж – неееетт. В ппподростковом возрасте у меня зззззакание, ааа после инсульта опять началось.

Т.: А что для тебя заикание? *(моя интервенция к Personality, проясняющая конкретный контекст данного процесса заикания).*

П.: ЗЗЗЗзакание – для меня большая трудность. Я его неенавижужу... Вот недавно, ннначал замечать, что после ии-инсульта, кк-как только вижу мать, сильно заикаюсь... УФФ.

В этот момент я начинаю злиться на Петра, что он так долго говорит, заикается и я начинаю терять нить самого разговора встречи с ним... Возможно, что я очень сильно концентрируюсь на том, какой в этом процессе со мной Петр и на его речь.

Дальше я хочу задать вопрос Петру о его отношениях с мамой.

Т.: Петр, расскажи о том, что с тобой, когда ты видишь свою мать и заикаешься? *(моя интервенция, которая направлена на прояснение контекста у Петра о том, что происходит с ним и «его хворью - заиканием», когда он видит свою мать).*

П.: Мать, она, как-бы.... Оона очень ддавит на меня. Она считает, что я должен делать все, как иииммено она хочет. Но – я не хочу. Я хххочу жить о нее поддальше. И вот. У меня случился инсульт... Сейчас она жживет в Миассе, а я – здесь, в ЧЧЧелябинске.

Здесь я замечаю, что Петр совсем мне не проясняет контекст, что с ним происходит в момент встречи его и мамы. Я очень удивлена, что мне не понятно и я думаю, какую интервенцию давать ему дальше.

Затем, у меня возникает терапевтическая гипотеза о том, что в данном случае у Петра такой симптом возникновения инсульта и в последующем заикания, является желанием его сепарации от матери. Мне думается, что инсульт (как симптом) у Петра может быть связан с тем, что при возникновении такого симптома, Петр «оказался» в больнице г. Челябинска, а не г. Миасса (где живет его мать). Важно сказать, что все симптомы рассматриваются в контексте контакта, а это предполагает рассмотрение конкретных потребностей клиента, характеристик среды и смысла симптоматического поведения человека.

Возможной терапевтической вилкой здесь может быть исследование процесса «давления» матерью на Петра, т. е. как мать «давит» на него.

Петр прерывает мои мысленные рассуждения и говорит дальше.

П.: На самом деле, мне очень хорошо, когда ее нет.

ВАУ. *Здесь я очень радуюсь тому, что данную фразу Петр произнес без заикания. Сейчас хочу спросить о том, заметил ли Петр, что сказал ровно, без запинки.*

Г.: Петр, ты заметил, что твоя речь изменилась сейчас? *(моя интервенция к Id, которая направлена на осознание Петром своего состояния).*

П.: Да, я заметил.

Здесь я еще больше радуюсь тому, что он заметил. Дальше хочу спросить у него, как у него откликается то, что он заметил?

Т.: И как тебе это?

П.: Ох... *(вздыхает).* Я вот думаю, м-может это все из-за н-нее? Я Хочу выпить воды, можно, я немного устал.

В этот момент я начинаю злиться на Петра. Я хотела дальше продолжить давать свои интервенции Петру, позволить ему встретиться с чувством давления матерю на него, ощутить силу такого давления. Но выбрала дать ему стакан воды.

Мои наблюдения:

Для себя отмечаю, что при этой встрече с Петром, я наконец-таки начала обращать внимание на то, что со мной происходит во время встречи с ним. С Еленой и Галиной я практически не отслеживала, какая я в контакте с ними, как влияют мои интервенции на меня во время диалога с Еленой и Галиной. Проанализировав запись, вижу, что менее всего у меня указано, на что направлены мои интервенции, я больше пишу о том, что хочу дальше сделать и для чего.

Если рассматривать данную часть моей работы через призму уровней присутствия по теории Дж. Бьюдженталя, то я думаю, что на данном этапе моей встречи с Петром мои терапевтические отношения с ним находились на уровне стандартных отношений. В данной встрече, как мне думается, я менее всего опиралась на теории SELF, фазы цикла контакта по П. Гудмену, свое желание давать «правильные интервенции» и просто дала возможность быть этой встрече.

Анализ практики №7

Это моя третья встреча с Петром. Здесь привожу фрагмент встречи.

П.: Вот. Опять, пришел к тебе... Заикаться меньше стал. Голова немного болит.

Т.: Что ты хочешь сейчас, Петр? *(моя интервенция, которая направлена на выявление запроса сегодняшней встречи).*

П.: Я хочу узнать, почему у меня болит после инсульта голова.

Дальше я хочу спросить, что ему может дать знание того, из-за чего болит голова. Мне интересно, какова его потребность в таком знании.

Но, вдруг мне приходит мысль, что здесь можно организовать эксперимент, чтобы узнать феноменологии симптома (контекста).

Т.: Можешь показать, где локализована твоя головная боль после инсульта (*моя интервенция к Ego, продолжающая работу с контекстом симптома*).

Петр зачинает резко трясти руками и головой, показывает на левую часть головы.

П.: Воооотт ззззздесь. Мннне сложно говорить. (*начинает очень сильно заикаться*).

Дальше хочу предложить работу с рисунком.

Т: Петр, я предлагаю сделать рисунок под названием «Моя головная боль».

(моя интервенция к Ego, продолжающая работу с контекстом симптома).

Далее Петр выбирает карандаши и начинает рисовать. Здесь для себя отмечаю, что Петр взял только карандаш одного цвета (черный). У меня возникает интерес спросить у него: что сейчас с ним происходит.

П.: Все. ЯЯЯ нариссовал.

Т.: Познакомь меня сейчас с твоим рисунком (*моя интервенция, проясняющая конкретный контекст симптома. Хочу здесь увидеть рисунок «глазами» Петра*).

П.: Это моя головная боль... Очень на Бабу-Ягу похоже. Депрессивная сейчас она.

Петр опережает мою интервенцию «Что ты там сейчас видишь». Замечаю, что интерес мой к рисунку спадает. Так хотелось дать классную и правильную интервенцию. Дальше мне хочется спросить у Петра, что с ним сейчас. Мне хочется быть с ним в контакте.

Т: Ты сейчас смотришь на рисунок, что чувствуешь? (*моя интервенция, которая направлена на актуальное состояние Петра*).

П.: Мне грустно.

Т.: Расскажи мне о твоей грусти (*моя интервенция на актуальное состояние*).

Терапевтическая «вилка»: здесь можно было бы озвучить грусть на рисунке; дать такую интервенцию: «Стань рисунком (или частью рисунка)». Двигайся, как на рисунке, звучи, проживай».

Терапевтическая «вилка»: здесь также можно было мне рассказать Петру о том, что у меня к его рисунку; как я откликаюсь на рисунок; на то, что это грусть?

П.: Когда я смотрю на этот рисунок и Бабу-Ягу, я вспоминаю о своей матери. Этот рисунок мне очень напоминает о ней. Она такая же депрессивная, как и этот рисунок.

Для себя отмечаю, что Петр опять-таки опережает мою следующую интервенцию про «челнок в его жизнь». Здесь я хотела спросить у него: «Как это у него там в жизни».

П.: Вот... Эта ббабка живет одна-одинешенька... Депрессует. Так же как и я. Я ведь тоже сейчас один живу.. Мама живет отдельно. Мне ссейчас хочется дорисовать ей цветы. Чтобы она не грустила...

В этот момент Петр берет черный карандаш и начинает рисовать цветы и улыбается?

Дальше мне хочется у него спросить: что с ним сейчас.

Т.: Как ты сейчас? (*интервенция на актуальное состояние*).

П.: Мне сейчас радостно... И совсем голова не болит... Спасибо.

Здесь я тревожусь о том, все ли я сделала «правильно», «правильно» ли я сделала работу с рисунком в гештальт-подходе, ведь работа с рисунком не является основной в работе с симптомами.

Мои размышления:

Очень рада тому, что в первые разрешила себе «попробовать» на вкус использование рисунка в работе с Петром. Во-первых, мне было очень интересно выбрать не привычный способ для меня работы, что-то новое и увлекательное.

Для себя отметила, что я больше стала обращать внимание на то, какие чувства, эмоции у меня вызывают слова Петра, какая я в контакте с ним. В данном фрагменте встречи, как терапевт, я более «живая».

Также обращаю внимание, что мало открываюсь Петру, мало говорю о том, что со мной сейчас происходит. Здесь я также могу сказать о том, что я прячусь за своими интервизиями, и как мне кажется, избегаю показать себя настоящую Петру.

Если опять рассматривать данную часть моей работы через призму уровней присутствия по теории Дж. Бьюдженталя, то я думаю, что на данном этапе моей встречи с Петром мои терапевтические отношения с ним также находились на уровне стандартных отношений.

Отмечу, что осознанно выбираю рассказать здесь о своей тревоге, наконец-то встретиться с ней. Ведь для меня является очень ценным быть «живым» терапевтом, а не «механистическим роботом», который бесконечно использует медицинский поход в своей работе клинического психолога-консультанта. В последующих встречах больше замечать, какая я с Петром как живой человек.

Анализ практики №8

Это моя четвертая встреча с Петром. Здесь привожу фрагмент встречи.

П.: Здравствуй. Моя речь стало спокойней, ровней. Я практически перестал заикаться.

Т.: И что ты хочешь сейчас в связи с этим?

(моя интервенция на проявление актуального запроса «здесь и сейчас»).

П.: Я тебе рассказывал, что после инсульта мне оформили инвалидность. Сейчас я не работаю. Я ооочень хочу работать, Люб. Мама у меня на пенсии, отец – умер. Сейчас мама мне помогает деньгами, высылает их мне из Миасса. Я б-боюсь, что, когда мама будет очень старенькая, кто будет ей помогать. Я не смогу. Как она будет жить, без поддержки и опоры.

Здесь у меня возникает гипотеза о проекции в адрес матери, которая может быть связана с собственным страхом Петра остаться без поддержки и опоры (в особенности – его возможный страх остаться без материальной опоры со стороны матери).

Т.: *Покажи, в какой части комнаты твоя мать могла бы быть сейчас (моя интервенция к Personality, направленная на исследование проекцией Петра в отношении мамы).*

Петр показывает на цветочный горшок возле окна.

Т.: *Побудь ей сейчас, пожалуйста. Что с тобой сейчас? (моя интервенция к Id, направленная на осознание Петром своих чувств, возникающих под проекцией материнской фигуры).*

П.: *Мне немного грустно. Как же я буду одна-то.*

Здесь я размышляю о потребности Петра в поддержке со стороны среды. Мой интерес связан с тем, как заявляет Петр среде о своей потребности.

В этот момент Петр сильно сжимает свои руки в кулаки.

Петр прерывает мои размышления.

П.: *Я сейчас очень встревожен и напряжен.*

Т.: *Начни сейчас постепенно усиливать это напряжение и тревогу. Что там появляется сейчас? (моя интервенция к Id, направленная на расширение осознания Петром своей ретрофлексии через прием амплификации).*

П.: *Там появляется грусть (всхлипывает).*

Т.: *Про что это для тебя? (моя интервенция к Personality, которая, на мой взгляд, позволит мне прояснить контекст потребности в поддержке и последующего возникновения ретрофлексии).*

П.: *Я сам нуждаюсь в поддержке.*

Здесь я думаю, что на самом деле, будь я на его месте, я бы тоже нуждалась в поддержке. Ведь Петр долгое время находился в реанимации, не мог говорить вообще.

У меня очень откликается внутри то, о чем он говорит. В этот момент я отмечаю, что смущаюсь, т. к. не знаю, какую интервенцию говорить дальше. Слова Петра о том, что он нуждается в поддержке, очень трогают меня.

В этот момент голос Петра становится немного громче.

Т.: *Я сейчас замечаю, твой голос меняется, когда ты об этом говоришь... (моя интервенция к Id, которая направлена на осознание Петром своего состояния).*

Здесь я осознанно выбираю не «раскрываться» Петру, т.е. не говорю ему о своем смущении, т.к. считаю, что на данный момент считаю такую открытость немного преждевременной. Наша встреча с Петром только 4-ая. Здесь я избегаю предъявлять себя Петру, такую, какая я есть.

П.: *Да. Я сейчас х-хочу сказать своей м-матери, как она мне дорога.*

Т.: Ты можешь сейчас это сделать, если ты хочешь (*моя интервенция к Ego*).

П.: Я так хочу выздороветь. Проклятая болезнь. Я хочу с-сказать своей матери, что с-сейчас очень нуждаюсь в ее поддержке.

Вот. Наконец-то. Очень радуюсь тому, что Петр наконец-то хотя бы проговорил том, что сейчас он очень нуждается в поддержке матери.

Мои размышления:

Хочу начать с темы сравнения медицинской модели терапии с диалоговой моделью (гештальт-подходом). Если опять рассматривать данную часть моей работы через призму уровней присутствия по теории Дж. Бьюдженталя, то я думаю, что на данном этапе моей встречи с Петром мои терапевтические отношения с ним также находились на уровне стандартных отношений. Отмечаю, что для достижения уровня интимности наших с ним встреч мне необходимо быть более открытой перед Петром. Как мне кажется, я таким образом избегаю предъявлять себя (как терапевт) Петру. До обучения в Санкт-Петербургском Институте Гештальта, я больше применяла медицинский подход в консультировании.

Я использую в этой встрече клиническую модель гештальт-подхода, т. к. опять опираюсь на разные гештальт-теории и алгоритмы работы в гештальт-подходе.

Обращаю внимание на то, что продолжаю обращать внимание на то, что со мной, когда я с Петром, а не только на то, что с Петром, когда он со мной. Безусловно, очень важно отмечать, как клиент проявляется в процессе его встречи с терапевтом, но и важно – какой клиент в отношениях с терапевтом.

Для себя отмечу, что я хочу в дальнейшем делать своей «фигурой» в моих встречах с Петром способность «проживать» диалог с ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные мною фрагменты встреч с Галиной, Еленой и Петром иллюстрируют лишь часть моей работы с клиентами кардиологического профиля с использованием гештальт-подхода. Написав свою работу по анализу практики под супервизию, я пришла к выводу о том, что больше всего я использую в своей работе именно клиническую модель гештальт-терапии, опираясь на теории SELF, фазы цикла контакта по П. Гудмену, работу с метафорами симптома.

На мой взгляд, медицинская модель основана в большей степени на отношениях «Я-ОНО», чем отношениях «Я-Ты». Медицинский работник («Я») наблюдает за течением болезни («ОНО») через проявление различных симптомов у пациента. Медицинское искусство врача заключается в том, чтобы правильно и качественно провести обследование и лечение с соблюдением необходимых протоколов и стандартов лечения, не причиняя вред пациенту. Здесь единственной ответственностью пациента является то, чтобы он вовремя прошел диагностику у врачей и выполнял все их предписания. Симптом и лекарство от него является центральной фигурой в медицинской модели.

В «Я-Ты» отношениях в гештальт-подходе, происходит встреча; здесь взаимодействие устанавливается посредством диалога, и именно это взаимодействие является терапевтическим. Важно отметить, что в гештальт-подходе диалог вырастает из «Между» контактирующими личностями. В момент «Я-ТЫ» встречи нет цели. Такая встреча, на мой взгляд, означает способность личностей отдаться моменту, быть поглощенными процессу и включенными в него.

С огромным интересом я буду продолжать изучать гештальт-подход и планирую в дальнейшем поступить на третью ступень СПБИГ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1.Абрамова, Г.С. Психологическое консультирование: теория и опыт / Г.С. Абрамова. – М.: Академия, 2001. – 240 с.
- 2.Абросимов, И.Н. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение у взрослых пациентов с муковисцидозом: диссертация канд. психолог.наук / И.Н. Абросимов. – М., 2016. – 198 с.
- 3.Алешина, Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина. – М.: Класс, 2007. – 208 с.
- 4.Андронникова, О.О. Основы психологического консультирования: учебное пособие / О.О. Андронникова. – М.: Инфра-М, 2013. – 416 с.
- 5.Андронникова, О.О. Специальные проблемы психологического консультирования: учебное пособие / О.О. Андронникова. – М.: Вузовский учебник, Инфра-М, 2013. – 348 с.
- 6.Аралова, М.А. Справочник психолога ДОУ / А.М. Аралова. – М.: Сфера, 2010. – 272 с.
- 7.Архангельская, В.В. Консультативная психология: на пути к новой специальности / В.В. Архангельская // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – №1. – С.158-179.
- 8.Беребин, М.А. О статусе медицинского психолога в системе здравоохранения, недостатках системы подготовки клинических психологов и связанных с ними проблемами и перспективах / М.А. Беребин. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2012. –№ 2. – [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
- 9.Бовина, И.Б. Россия в современном мире: подход к теории социальных представлений /И.Б. Бовина, Т.Г. Стефаненко, О.А. Тихомандрицкая, Н.Г. Малышева, Е.О. Голынчик // Электронный журнал «Знание. Понимание. Умение». – 2009. – № 2. – <http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2009/2>.
- 10.Бовина, И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни в молодежной среде. – http://psyjournals.ru/psytelesnost/30442_full.shtml.
- 11.Бойко, Е.О. Психологическое сопровождение больных с сердечно-сосудистой патологией / Е.О. Бойко, Л.Е. Ложникова, И.В. Паршикова, М.И. Агеев, О.Г. Зайцева, В.А. Стрижев // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию Курского государственного медицинского университета и 10-летию кафедры психологии и педагогики «Психологическое сопровождение лечебного процесса». [Электронный ресурс]. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2010. – 438 с.

12. Булюбаш, И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии / И.Д. Булюбаш. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2003. – 223 с.
13. Булюбаш, И.Д. Руководство по гештальт-терапии / И.Д. Булюбаш. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2011. – 768 с.
14. Булюбаш, И.Д. Руководство по обучению гештальт-терапевтов / И.Д. Булюбаш, Н.В. Пугач. – Издательский дом «Бахрах-М», 2016. – 416 с.
15. Булюбаш, И.Д. Я тебя слышу. Феномены языка и речи в практике гештальт-терапевта / И.Д. Булюбаш. – Самара: Бахрах-М, 2014. – 272 с.
16. Василюк, Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории / Ф.Е. Василюк // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. – №1. – С.15–32.
17. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Питер, 2011. – 271 с.
18. Вачков, И.В. Введение в профессию «психолог» / И.В. Вачков, И.Б. Гриншпун, Н.С. Пряжников. – М.: МПСИ, 2007. – 464 с.
19. Ведехина, С.А. Клиническая психология: конспект лекций / С.А. Ведехина. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 174 с.
20. Великанов, А.А. Организационные аспекты работы медицинского психолога в системе комплексной кардиореабилитации: анализ реальной ситуации и расчетной потребности / А.А. Великанов, И.А. Зеленская, Е.И. Лубинская, О.Б. Николаева, Е.А. Демченко // Вестник ЮУрГУ. – 2012. – №45. – С.78-82.
21. Веракса, А.Н. Практический психолог в детском саду / А.Н. Веракса, М.Ф. Гугова. – М.: Мозаика-Синтез, 2016. – 144 с.
22. Галустова, О.В. Психологическое консультирование: конспект лекций / О.В. Галустова. – М.: Приор-издат, 2005. – 240 с.
23. Гингер, С. Гештальт-терапия контакта / С. Гингер, А. Гингер, пер. с фр. Е.В. Просветиной. – СПб.: Специальная Литература, 1999. – 287 с.
24. Голунова, Е.Н. Особенности динамики диалога в ситуации психологического консультирования: дис. ... канд. психол. наук / Е.Н. Голунова. – М., 1998. – 158 с.
25. Горнякова, М.В. Специфика психологического консультирования взрослых по образовательному запросу: автореферат дис. ... канд. психол. наук / М.В. Горнякова. – Кемерово, 2015. – 27 с.
26. Гулина, М. А. Теоретические и методологические основы индивидуального психологического консультирования / М.А. Гулина. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского Государственного Университета, 1998. – 272 с.

27. Гулина, М.А. Консультативная психология / М.А. Гулина, Ю.П. Зинченко. – СПб.: Питер, 2015. – 336 с.
28. Гулина, М.А. Теоретические и методологические основы индивидуального психологического консультирования : дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 1998. – 297 с.
29. Гулина, М.А. Терапевтическая и консультативная психология / М.А. Гулина. – СПб.: Речь, 2001. – 352 с.
30. Гусакова, М.П. Психологическое консультирование: теория и практика / М.П. Гусакова. – М.: Эксмо, 2010. – 288 с.
31. Джордж, Р. Консультирование: теория и практика / Р. Джордж, Т. Кристиани; пер. с англ. А. Шадура. – М.: Эксмо, 2001. – 448 с.
32. Евстигнеева, Е.А. Феноменологический подход в психотерапевтической практике экзистенциального и гуманистического подходов: магистерская диссертация / Е.А. Евстигнеева. – М., 2011. – 101 с.
33. Елизаров, А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: учебное пособие / А.Н. Елизаров. – М.: «Ось-89», 2003. – 336 с.
34. Желателев, Д.В. Основы консультативной психологии: учебное пособие / Д.В. Желателев. – СПб.: ЛГУ, 2013. – 111 с.
35. Жукова, Т.В. Эмоциональные расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца / Т.В. Жукова, В.А. Милькота – <https://www.bsmu.by/militarymedicine>.
36. Забродин, Ю.М. Психологическое консультирование / Ю.М. Забродин, В.Э. Пахальян. – М.: Эксмо, 2009. – 384 с.
37. Закон о психологической помощи населению в г. Москве №43 от 07.10.2009 г. – <http://base.consultant.ru>.
38. Занковский, А.Н. Введение в профессию: учебное пособие / А.Н. Занковский. – М.: Издательский центр ЕОАИ, 2009. – 71 с.
39. Истратова, О.Н. Нормативно-правовая документация практического психолога / О.Н. Истратова, Л.В. Посошенко. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 318 с.
40. Истратова, О.Н. Справочник психолога начальной школы / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 448 с.
41. Истратова, О.Н. Справочник психолога средней школы / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 510 с.
42. Карандашев, В.Н. Психология: введение в профессию / В.Н. Карандашев. – М.: Смысл, 2000. – 288 с.
43. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР, 2012. – 848 с.

44. Кашапов, М.М. Консультационная работа психолога: учебное пособие / М.М. Кашапов. – Ярославль: ЯрГУ, 2005. – 196 с.
45. Киреев, С.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, смертность и ожидаемая продолжительность жизни среди женского населения 35-64 лет г. Москвы за период с 1980 по 2001 гг.: автореферат дис. ... канд. мед. наук / С.В. Киреев. – М., 2008. – 23 с.
46. Клименко, С.В. Договор возмездного оказания неклинических психологических услуг в Российской Федерации: автореферат дис. ... канд. юрид. наук / С.В. Клименко. – М., 2007. – 25 с.
47. Клиническая психология: учебник для вузов / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2016. – 896 с.
48. Ключева, Н.В. Консультативная психология: методические указания / Н.В. Ключева. – Ярославль: ЯрГУ, 2011. – 60 с.
49. Козьяков, Р.В. Введение в клиническую психологию. Рабочая программа дисциплины для студентов, обучающихся по направлению «Психология», профиль «Психологическое консультирование», программа подготовки бакалавра – очная форма обучения / Р.В. Козьяков. – М.: Директ-Медия, 2013. – 22 с.
50. Колганова, В.С. Взгляды различных слоев населения на психологическое консультирование / В.С. Колганова // Вестник Северо-Кавказского гуманитарного института. – 2015. – №2. – С. 204-212.
51. Колесникова, Г.И. Психокоррекция нарушений развития: учебное пособие / Г.И. Колесникова. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 345 с.
52. Колесникова, Г.И. Психологическое консультирование / Г.И. Колесникова. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 283 с.
53. Колин, П. Клиническая феноменология / П. Колин. – Днепропетровск, Totem print, 2013. – 20 с.
54. Колпачников, В.В. Общее введение в индивидуальное психологическое консультирование / В.В. Колпачников // Вопросы психологии. – 1998. – №6. – С. 35–39.
55. Кулаков, С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2002. – 236 с.
56. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
57. Лазарева, Ю.Л. Некоторые психологические характеристики пациентов с кардиологической патологией / Ю.Л. Лазарева, Е.Л. Николаев // 16-я

- межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии». – 2014. – Т.17. – №1. – С.87-93.
58. Лебедева, Н.М. Путешествие в гештальт: теория и практика / Н.М. Лебедева, Е.А. Иванова. – СПб.: Речь, 2013. – 560 с.
59. Линде, Н.Д. Психологическое консультирование: теория и практика / Н.Г. Линде. – М.: Аспект-пресс, 2010. – 255 с.
60. Макарова, Е.Ю. Представление о психологическом консультировании у разных социальных групп: дис. ... канд. психолог. наук / Е.Ю. Макарова. – М., 2009. – 187 с.
61. Маклаков, А.Г. Общая психология / А.Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2013. – 583 с.
62. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2010. – 1024 с.
63. Мартынова, Е.В. Психологическое консультирование на современном этапе: проблема определения понятия, цели и задачи / Е.В. Мартынова. – М.: Генезис, 2015. – 335 с.
64. Масколье, Г. Выбери свою жизнь. Гештальт сегодня / Г. Масколье. – М.: Академический проспект, 2017. – 189 с.
65. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (комплект из 4-х книг). – М.: Медицина, 2003. – 2466 с.
66. Меновщиков, В.Ю. Введение в психологическое консультирование / В.Ю. Меновщиков. – М.: Смысл, 2013. – 191 с.
67. Микляева, Н.В. Работа педагога-психолога в ДОУ: методическое пособие / Н.В. Микляева, Ю.В. Микляева. – М.: Айрис-Дидактика, 2005. – 384 с.
68. Минигалиева, М.Р. Психологическое консультирование: теория и практика / М.Р. Минигалиева. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 603 с.
69. Моница, Г.В. Психологическое консультирование детей и подростков: учебник / Г.В. Моница. – СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2011. – 210 с.
70. Немов, Р.С. Психологическое консультирование / Р.С. Немов. – М.: Юрайт, 2015. – 440 с.
71. Николаев, Е.Л. Психотерапия и психологическая помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.Л. Николаев, Ю.Л. Лазарева // Вестник психологии и психотерапии Чувашии. – 2015. – Т.11. – №1. – С.57–76.
72. Олифинович, Н.И. Индивидуальное психологическое консультирование: теория и практика / Н.И. Олифинович. – Мн.: Тесей, 2005. – 264 с.
73. Организация деятельности Службы психолого-педагогического сопровождения в системе образования Новосибирской области. Выпуск I: Нормативные правовые документы федерального уровня для педагогов-психологов / Т.П. Абакирова,

- Л.К. Водолазкая, Т.И. Кулевцова, Н.Н. Плеханова, Ю.В. Шихвархер. – Новосибирск: Серия «Психологическое сопровождение образования», 2005. – 281 с.
74. Орлова, Е.А. Клиническая психология: учебник для бакалавров / Е.А. Орлова, Н.Т. Колесник. – М.: Юрайт, 2016. – 359 с.
75. Осипчук, И.В. Подготовка специалистов в области психологического консультирования в системе дополнительного профессионального образования: дис. ... канд. пед. наук / И.В. Осипчук. – М., 2015. – 235 с.
76. Основы психологического консультирования / Под ред. Д.А. Донцова. – СПб.: Речь, 2013. – 224 с.
77. Пахальян, В.Э. Психологическое консультирование: учебное пособие / В.Э. Пахальян. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.
78. Перлз, Ф. Опыты психологии самопознания / Ф. Перлз, Р. Хефферлин, П. Гудман. – М.: Гиль-Эстель, 1993. – 240 с.
79. Перлз, Ф.С. Практикум по гештальт-терапии / Ф.С. Перлз, П. Гудман, Р. Хефферлайн. – М.: Психотерапия, 2007. – 240 с.
80. Перлз, Ф.С. Эго, голод и агрессия / Ф.С. Перлз. – М.: Смысл, 2014. – 368 с.
81. Погодин, И.А. Классическая концепция цикла контакта в методологии гештальт-терапии / И.А. Погодин // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2011. – №2. <https://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2701>.
82. Погодин, И.А. Диалоговая гештальт-терапия. Психотерапия переживанием / И.А. Погодин. – Ростов-на-Дону, Феникс, 2012. – 384 с.
83. Погодин, И.А. Рискую быть живым. Психотерапия присутствием / И.А. Погодин. – Ростов-на-Дону, Феникс, 2012. – 368 с.
84. Погодин, И.А. Управляемое чудо или как неузнаваемо изменить свою Жизнь, начав переживать ее / И.А. Погодин. – Киев: Издательский дом Дмитрия Бурого, 2016. – 136 с.
85. Погосова, Г.В. Тревожные состояния у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты / Г.В. Погосова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5. – № 5. – С.75–80.
86. Психологическое консультирование: практическое руководство / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: БАХРА-М, 2016. – 824 с.
87. Психологическое консультирование: справочник практического психолога / Сост. С.Л. Соловьева. – М: АСТ, Полиграфиздат; СПб.: ООО «Сова», 2010. – 640 с.
88. Психологическое консультирование и консультирование в практической психологии / Под ред. М.К. Тутушкиной. – СПб.: Изд-во «Дидактика-Плюс», 2001. – 352 с.

89. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
90. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития / Под ред. С.Д. Забрамной, И.Ю. Левченко. – М.: В. Секачев, 2007. – 128 с.
91. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
92. Робин, Ж.-М. Гештальт-терапия / Ж.-М. Робин. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2007. – 64 с.
93. Руководство для начинающего профессиональную деятельность педагога-психолога / В.И. Давыдова, О.М. Трофимчук, Т.В. Башак, И.Ю. Кривошеина, С.И. Аббакумова – Челябинск: Серия «Социально-психологическое сопровождение образования», 2010. – 190 с.
94. Сапогова, Е.Е. Консультативная психология: учебное пособие / Е.Е. Сапогова. – М.: Академия, 2008. – 352 с.
95. Семаго, М.М. Диагностико-консультативная деятельность психолога образования: методическое пособие / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: Айрис-Пресс, 2004. – 288 с.
96. Семаго, М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования: методическое пособие / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2005. – 336 с.
97. Сенге, П. Преображение. Потенциал человека и горизонты будущего / П. Сенге, О. Шармер, Д. Яворски, Б.С. Фраурз. – М.: ЗАО ОЛИМП БИЗНЕС, 2008. – 304 с.
98. Сидоров, П.И. Клиническая психология / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – М.: ГЭОТАО-медиа, 2008. – 880 с.
99. Симптом и контакт: клинические аспекты гештальт-терапии / Под ред. О.В. Немиринского. – М.: МИГТиК, ИОИ, 2015. – 294 с.
100. Скотенко, О.Л. Модели взаимоотношений врача и пациента: автореферат дис. ... канд. психолог. наук / О.Л. Скотенко. – Волгоград, 2010. – 23 с.
101. Смолова, Л.В. Психологическое консультирование: учебное пособие / Л.В. Смолова. – М.: Флинта, 2015. – 415 с.
102. Спаниоло Лобб, М. Сейчас-Ради-Потом в психотерапии: гештальт-терапия, рассказанная в обществе эпохи постмодернизма / М. Спаниоло Лобб. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. – 366 с.
103. Спринц, А.М. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией / А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев, Е.П. Шатова, И.Н. Филиппова. – СПб.: Спецлит, 2007. – 253 с.

104. Стеценко, С.Г. Защита прав пациента и информированное согласие / С.Г. Стеценко // *Здравоохранение*. 2001. – №12. – С. 129–135.
105. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни / Н.И. Федюкович. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 576 с.
106. Филиппсон, П. Self в отношениях / П. Филиппсон. – М.: Добросвет, 2014. – 272 с.
107. Халимова, Н.А. Индивидуальное психологическое консультирование в системе высшего профессионального образования: дис. ... канд. психолог. наук / Н.А. Халимова. – М., 2001. – 265 с.
108. Хилько, М.Е. Возрастная психология: конспект лекций / М.Е. Хилько, М.С. Ткачева. – М.: Юрайт, 2010. – 194 с.
109. Чернов, А.Б. К вопросу об определении понятия «психологическое консультирование» / А.Б. Чернов // *Прикладная психология и психоанализ: электронный научный журнал*. – 2013. - № 1. – <http://ppip.idnk.ru>.
110. Шавердян, Г.М. Консультирование или психотерапия-light / Г.М. Шавердян // *Перспективы науки и образования*. – 2013. – №3. – С.68-85.
111. Широкова, Г.А. Справочник дошкольного психолога / Г.А. Широкова. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 382 с.
112. Шнейдер, Л.Б. Психологическое консультирование: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Серия «Серебряная сова» / Л.Б. Шнейдер, Г.В. Вольнова, М.Н. Зыкова. – М.: Ижица, 2002. – 224 с.
113. Шорина, Н.М. Внутренняя картина болезни как предмет психологического исследования: учебное пособие / Н.М. Шорина. – Владивосток: Мор. гос. университет, 2003. – 32 с.
114. Якиманская, И.С. Психологическое консультирование: учебное пособие / И.С. Якиманская, Н.Н. Биктина. – Оренбург: ОГУ, 2015. – 230 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Групповая процедура

Взаимодействие первое.

Работа в парах. Один участник – врач, другой – пациент. Участникам, которые врачи, предлагается: «Побудьте сейчас врачами. Устройте себе рабочее место, где вы будете принимать своих пациентов. У вас будет 15 минут, чтобы принять пациента и назначить ему лечение». Также врачам будет предложены различные медицинские инструменты, халат, шапочка. Пациенту необходимо вспомнить о своем физическом симптоме, который есть у него сейчас (если такого симптома нет – приходить к врачу с тем, что ты здоров).

После того, как участники-врачи будут готовы, они зовут своих пациентов и начинают свой медицинский прием. После того, как прием закончится – шеринг в парах в течение 10 минут.

Взаимодействие второе.

Работа в парах. Один участник – гештальт-терапевт, другой – клиент. Всем участникам предлагается возвратиться в терапевтическую модель гештальт-подхода.

Участникам, которые клиенты, предлагается: «У вас будет 15 минут, чтобы прийти на встречу к своему гештальт-терапевту и рассказать ему о своей «хвори»».

После того, как встреча закончилась – шеринг в парах в течение 10 минут.

В конце групповой процедуры – общий шеринг.