

Основы психологического консультирования

Ψ

Витебск 2006

**Основы
психологического
консультирования**

Учебно-методический комплекс

Репозиторий ВГУ

УДК 159.9 (075.8)
ББК 88.492 я 73
О - 75

Автор-составитель: старший преподаватель кафедры психологии и коррекционной работы УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат психологических наук **А.А. Стреленко**

Рецензенты: заведующий кафедрой психологии и коррекционной работы УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат психологических наук С.Л. Богомаз; доцент кафедры психологии и коррекционной работы УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат психологических наук Т.Е. Косаревская

В учебно-методический комплекс включены: содержание курса, задания для самостоятельной работы, контрольные вопросы, основные понятия курса.

Материалы комплекса адресованы слушателям института повышения квалификации и переподготовки кадров, могут быть использованы студентами психологических факультетов, а также всеми, кто интересуется проблемами психологического консультирования.

УДК 159.9 (075.8)
ББК 88.492 я 73

© УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006

ВВЕДЕНИЕ

Психологическое консультирование как область психологической науки и практики включает в себя знания об особенностях внутреннего мира человека, оказавшегося в сложных жизненных ситуациях, и возможных путях преодоления этих ситуаций, умение использовать полученные знания во взаимодействии с нуждающимися в профессиональной помощи людьми.

Важным моментом в изучении курса является ознакомление с практикой психологического консультирования, его основными проблемами и методами. Курс ориентирован на дальнейшее самостоятельное изучение будущими психологами-консультантами теории и освоение собственного практического опыта консультирования.

Известно, что одним из «инструментов» оказания помощи другим людям является личность самого консультанта. Поэтому профессиональное развитие будущего консультанта – это и работа над самим собой, включающая в себя развитие навыков самоанализа, осознание и созидание личного мировоззрения и ценностных оснований собственной жизни, становление умения понимать свой внутренний мир и мир другого человека, строить на основе этого взаимодействие с ним.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель курса «Основы психологического консультирования» – систематизация знаний в области различных направлений психологического консультирования.

Задачи дисциплины:

- освоение основных понятий психологического консультирования;
- раскрытие содержания основных принципов оказания психологической помощи;
- обобщение представлений технологии консультативного взаимодействия;
- формирование навыков профессиональной психологической помощи клиентам в области различных направлений консультирования;
- формирование навыков самоанализа;
- развитие умения понимать свой внутренний мир и мир другого человека.

Лекционный курс

Тема 1. Принципы оказания психологической помощи

План:

- 1.1. Цели и задачи психологического консультирования.
- 1.2. Принципы психологического консультирования.
- 1.3. Сущность понятий консультирование, психотерапия, коррекция.

Цели и задачи психологического консультирования

Основная цель психологического консультирования – это оказание психологической помощи, разговор с психологом должен помочь человеку в решении его проблем и налаживании межличностных отношений с окружающими.

Спокойный и вдумчивый разговор со специалистом позволяет узнать и понять о себе и об окружающих людях много нового, что также является ценным, поскольку служит информацией для размышлений о себе и о других, способствует расширению представлений об окружающей человека действительности. Для клиента, обращающегося за помощью к психологу, такой результат может оказаться важным не только с точки зрения повышения его психологической стабильности, но также послужить основанием для обращения за дальнейшей помощью к другим специалистам, если это окажется необходимым.

Также еще одной задачей консультирования является принятие клиентом на себя ответственности за происходящее с ним. В ходе консультации locus жалобы клиента должен быть переведен с других на себя.

Бывает, что человек, пришедший на прием, с самого начала заявляет: «Я сам во всем виноват». Но, к сожалению, подобное заявление не свидетельствует об истинном понимании меры своей ответственности, а скорее является лишь своеобразным кокетством.

Существуют, однако, ситуации, в которых обсуждать проблемы вины и ответственности с клиентом не следует. Таковыми, являются случаи, когда клиент приходит на консультацию, переживая горе или серьезную личную утрату, например, связанную со смертью кого-либо из близких. В состоянии горя люди часто склонны брать на себя неоправданно большую ответственность и вину перед теми, кого с ними нет считая себя причастными к их смерти. В такой ситуации работа консультанта как раз должна быть направлена на то, чтоб скорректировать неадекватные представления, снять лишний груз и ответственности с плеч клиента.

Принципы психологического консультирования

Несоблюдение профессиональных принципов и требований в некоторых странах (например, в США) может привести к тому, что психолог лишается диплома, права на практику и предложение своих профессиональных услуг и т.д.

В нашей стране такой опыт пока отсутствует: для этого нет необходимых условий, таких, как организованное профессиональное сообщество, юридически узаконенные лицензии и разрешения на практику, унифицированная система подготовки и т.д. Но следует помнить, что существуют определенные принципы поведения психолога-консультанта и что следование им не только обеспечивает этичность профессиональной деятельности, но и является залогом успешности психологического взаимодействия.

Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту

Здесь заложен целый комплекс профессионального поведения, направленного на то, чтобы клиент чувствовал себя спокойно и комфортно во время приема. Доброжелательное отношение подразумевает не просто следование общепринятым нормам поведения, но и умение внимательно слушать, оказывать необходимую психологическую поддержку, не осуждать, а стараться понять и помочь каждому, кто обращается за помощью.

Ориентация на нормы и ценности клиента

Этот принцип подразумевает, что психолог во время своей работы должен ориентироваться не на социально принятые нормы и правила, а на те жизненные принципы и идеалы, носителем которых является клиент. Эффективное воздействие возможно лишь при опоре на систему ценностей самого клиента, критическое же отношение консультанта может привести к тому, что пришедший на прием человек замкнется, не сможет быть искренним и открытым, а, следовательно, и возможности консультативного воздействия окажутся практически нереализуемыми. Принимая же ценности клиента, уважая их и отдавая им должное, консультант сможет воздействовать на них в том случае, если они являются препятствием на пути нормального функционирования человека.

Запрет давать советы

Клиентам нельзя давать советы. Основания для этого достаточно широки и многообразны. Прежде всего, каков бы ни был жизненный и профессиональный опыт психолога, дать гарантированный совет другому невозможно: жизнь каждого уникальна и непредсказуема. К тому же, советуя, консультант полностью берет на себя ответственность за происходящее, что не способствует развитию личности консультируемого и его адекватного отношения к действительности. В такой ситуации психолог ставит себя в позицию «гуру», что реально вредит консультированию, приводит к тому, что у клиента, вместо активного стремления разобраться в своей жизни и изменить ее, формируется пассивное и поверхностное отношение к происходящему. При этом любые неудачи в реализации совета обычно приписываются консультанту как давшему совет авторитету, что, естественно, мешает пониманию клиентом своей роли в происходящих с ним событиях.

Анонимность

Важнейшим условием психологического консультирования является его анонимность. Это значит, что любая информация, сообщенная клиентом психологу, не может быть передана без его согласия ни в какие общественные или государственные организации, частным лицам, в том числе родственникам или друзьям. Из этого правила существуют исключения (о которых клиент всегда предупреждается заранее), специально оговоренные законом во многих странах. В нашей стране таким исключением, пожалуй, можно считать ситуацию, когда психолог узнает во время приема о чем-либо, что является серьезной угрозой для чьей-либо жизни. Но, конечно же, даже в этой ситуации его действия должны быть максимально осторожными и соотноситься с интересами клиента.

Разграничение личных и профессиональных отношений

Существует немало очень опытных и профессиональных консультантов, которые попадали в ловушку, переходя с клиентами на дружеские отношения или пытаясь оказывать профессиональную помощь своим друзьям и ближайшим родственникам. Как известно, в своем отечестве пророка нет, и любые рекомендации и откровения с близкими легко обесцениваются.

В психотерапии существуют два важнейших понятия, имеющих огромное значение для работы с пациентами: «перенос», то есть склонность клиента переносить и проецировать на психотерапевта и отношения с ним свои отношения со значимыми людьми, основные проблемы и конфликты; «контрперенос», то есть склонность психотерапевта проецировать свои отношения со значимыми людьми и основные внутренние проблемы, и конфликты на отношения с пациентом. Эти понятия, введенные в психоанализ З. Фрейдом, на сегодняшний день широко используются в рамках самых разных направлений психотерапии. Они означают, что любые человеческие отношения и даже такие «специальные» отношения, складывающиеся в рамках психотерапии, находятся под влиянием внутренних личных потребностей и желаний человека, которые, скорее всего не осознает. Более того, даже профессионал-психотерапевт часто оказывается «обезоружен» контрпереносом. Именно для того, чтобы понимать, управлять и уметь использовать в целях анализа свой контрперенос, как, впрочем, и ряд других личных и межличностных феноменов, для начинающего психотерапевта существует обязательное требование прохождения своего собственного анализа и долгой работы с супервизором.

Для консультанта достаточно понимать, что сохранение его авторитета для клиента во многом связано с тем, что последний мало знает о нем как о человеке, у него нет оснований как для восхищения психологом, так и для осуждения его как личности. Установление тесных личных отношений между консультантом и клиентом приводит к тому, что они, как близкие люди, начинают удовлетворять те или иные потребности и желания друг друга и консультант уже не может сохранить объективную и отстраненную позицию, необходимую для эффективного разрешения проблем клиента.

Несколько десятилетий назад в зарубежной практической психологии активно дискутировались и анализировались различные последствия вступления клиента и консультанта (психотерапевта и пациента) в личные, в том числе сексуальные отношения, а также возможные влияния этого фактора на процесс терапии. Различных точек зрения было множество. Но общий вывод, к которому привели эти дискуссии, один: по возможности личных отношений лучше избегать, а если что-то подобное все же случилось, следует быть максимально осторожным, стараться действовать, прежде всего, в интересах клиента и как можно скорее прервать процесс консультирования или психотерапии.

Включенность клиента в процесс консультирования

Для того чтобы процесс консультирования был эффективным, клиент во время приема должен чувствовать себя максимально включенным в беседу, ярко и эмоционально переживать все, что обсуждается с консультантом. Для того чтобы обеспечить такую включенность, психолог должен следить за тем, чтобы развитие разговора выглядело для клиента логичным и понятным, а так же чтобы человек не просто «внимал» специалисту, а ему было действительно интересно. Ведь только в том случае, если понятно и интересно все, что обсуждается, можно активно искать пути разрешения своей ситуации, переживать и анализировать ее.

Сущность понятий консультирование, психотерапия, коррекция

Психологическое консультирование тесно связано, а во многом переплетается с психологической коррекцией и психотерапией. Мы ограничимся условным их делением. Ю.Е. Алешина определяет психологическое консультирование как непосредственную работу с людьми, направленную на решение различного рода психологических проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях, где основным средством воздействия является определенным образом построенная беседа. Соответствующая форма беседы активно используется, и в психокоррекционной работе, и в психотерапии. Но если консультирование ориентировано прежде на помощь клиенту в реорганизации его межличностных отношений, то психокоррекционное или психотерапевтическое воздействие ориентировано в основном на решение глубинных личностных проблем человека, лежащих в основе большинства жизненных трудностей и конфликтов.

За рубежом консультирование понимается по-разному:

- как «срединная» область между психотерапией профессиональной и популярной психологией;
- консультант – это «помощник» психотерапевта. Подобно тому, как фельдшер может работать в паре с врачом. Таким образом, консультант – это уровень квалификации;
- консультирование – это работа с более «поверхностными» проблемами клиента, не на уровне «глубинной психологии»;
- консультант – это «психотерапевт», не прошедший сам «длительной» психотерапии с глубинной проработкой собственной проблемы.

В нашей стране консультирование – это практика заимствования приемов и методик психотерапии при работе со здоровым человеком. Каким же образом можно различать консультирование и психотерапию?

Во-первых, с какими проблемами пришел клиент, – межличностными или глубинными личностными, часто проявляется уже в формах обращения за помощью, в специфике жалоб и ожиданий от встречи с психологом. Клиенты психолога-консультанта обычно подчеркивают негативную роль других в возникновении собственных жизненных сложностей; у клиентов, ориентированных на глубинную психокоррекционную работу, locus жалоб иной: их чаще беспокоит собственная неспособность контролировать и регулировать свои внутренние состояния, потребности и желания.

Во-вторых, направленность локуса жалобы и готовность человека определяют и форму работы с ним. Основная задача психолога-консультанта состоит в том, чтобы помочь клиенту посмотреть на свои проблемы и жизненные сложности со стороны, продемонстрировать и обсудить те стороны взаимоотношений, которые, будучи источниками трудностей, обычно не осознаются и не контролируются. Основой такой формы воздействия является, прежде всего, изменение установок клиента, как на других людей, так и на различные формы воздействия с ними. В ходе консультативной беседы клиент получает возможность шире взглянуть на ситуацию, иначе оценить свою роль в ней и в соответствии с этим новым видением изменить свое отношение к происходящему и свое поведение.

Психотерапевтическое воздействие строится иначе. Жалобы играют незначительную роль, поскольку уже на начальных этапах работы они углубляются и переформулируются. В беседе со специалистом затрагиваются не только актуальные ситуации взаимоотношений клиента, но также прошлое (события детства, юности), активно используются такие специфические формы психической продукции, как сны и ассоциации. Важная черта психотерапии – особое внимание к взаимоотношениям между человеком, обратившимся за помощью, и профессионалом, анализ которых в терминах переноса и контрпереноса является одним из важнейших средств углубления и расширения возможностей воздействия, тогда как в консультировании подобные вопросы практически никогда не обсуждаются. Анализ глубинных слоев психики приводит к пониманию причин патогенных переживаний и поведения и таким образом способствует решению личностных проблем. Различна и деятельность этих видов психологического воздействия. Так, если психологическое консультирование чаще бывает краткосрочным и редко превышает 5–6 встреч с клиентом, то процесс психотерапии длится дольше и ориентирован на десятки, а то и сотни встреч в течение ряда лет.

Таким образом, консультирование – это вербальное и невербальное взаимодействие психолога-консультанта и клиента с целью понимания и осознания клиентом своих жизненных затруднений (проблем).

Различия по интенсивности и глубине этого взаимодействия определяются:

- уровнем квалификации психолога и его личностной готовностью;
- готовностью (зрелостью клиента);
- степенью сложности проблемы (погруженностью проблемы в глубину сознания). Различия между консультированием и психотерапией по этим параметрам относительны.

Более принципиальными различия между консультированием и психотерапией представляется в том, что психолог:

- консультирует здорового человека;
- процесс консультирования – это процесс взаимодействия, а не воздействия;
- взаимодействие осуществляется в форме беседы, в ходе которой, при необходимости, могут применяться коррекционные техники.

Литература:

1. *Алешина Ю.* Индивидуальное и семейное консультирование. – М.: «Класс», 2000. – 208 с.
2. *Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г.* Справочник практического психолога. – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2004. – 928 с.
3. *Мэй Р.* Искусство психологического консультирования / Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс: ЭКСМО ПРЕСС, 2001.
4. *Немов Р.С.* Основы психологического консультирования – М.: ВЛАДОС, 1999.

Тема 2. Теоретические аспекты консультативного процесса

План:

- 2.1. **Глубинное направление (психодинамическое направление).**
- 2.2. **Бихевиоральное направление в психологическом консультировании.**
- 2.3. **Гуманистическое направление.**

Глубинное направление (психодинамическое направление)

Главная задача психолога-консультанта состоит в том, чтобы создать для нормального, психически здорового клиента условия для создания им осознанных нешаблонных способов действия, которые позволили бы ему действовать в соответствии с возможностями культуры.

Психологу-консультанту надо вступить в такое взаимодействие с клиентом, чтобы он смог найти новые способы действия, новые переживания, новые мысли, новые цели для дальнейшей жизни.

При этом психолог, независимо от его теоретической ориентации, использует в своей работе такие понятия, как жизнь, смысл жизни, место человека в жизни, ценности, индивидуальность.

Я кратко остановлюсь на характеристике возможных подходов к практике психологического консультирования, сложившихся в настоящее время в психологии, взяв за основу характеристики ее основные направления:

Итак, глубинная психология или психодинамические теории, основоположником которых был З. Фрейд. Сегодня психодинамическая теория, созданная З. Фрейдом, существует во множестве модификаций и представлена работами А. Адлера, Э. Эриксона, Э. Фромма, К. Хорни, К. Юнга, В. Рейха и др. Популярными сегодня транзактный анализ Э. Берна, гештальттерапия Р. Перлза, биоэнергетика А. Лоуэна родились на основе работы их авторов в классической теории Фрейда.

Главной задачей психоанализа является выявление и изучение подсознательной сферы, которая управляет человеком. Психолог, работая с клиентом с позиции психодинамической теории, стремится к тому, чтобы клиент осознал свои подсознательные процессы и научился воздействовать на них. В этом случае считается, что цель взаимодействия психолога и клиента достигнута.

В этой теории считается, что устойчивые личностные характеристики обычно формируются очень рано. Эти детские стереотипы потом в разных вариантах воспроизводятся во взрослом поведении. Жизнь человека определяется его прошлым.

Психолог, работающий с клиентом, выделяет эти стереотипы, устанавливает их связь друг с другом и с детским опытом человека. Затем мысли и действия клиента обозначаются в терминах психоанализа, то есть интерпретируются.

З. Фрейд сформулировал теорию развития личности, выделив и обозначив в ней периоды, реализующие различные задачи развития личности, и описал кризисы развития; психолог работает с содержанием этих кризисов и помогает человеку достичь интенциональности.

Распознавание эмоциональных и поведенческих стереотипов можно осуществить через изучение защитных механизмов личности. Психоаналитическая консультация ставит в центр осознание истоков проблем клиента. Инсайт как момента осознания часто бывает достаточно для начала личностного изменения.

Личностные конфликты З. Фрейд описывал в терминах Оно, Я и Сверх-Я. В современных модификациях теории задачей психолога является нахождение с помощью Я человека определенного непротиворечивого отношения между Оно и Сверх-Я. Оно – это область бессознательного. Сверх-Я – то, что личность приобрела в процессе социализации. Я – это проводник между Сверх-Я и Оно. Сильное Я, регулирующее отношения между Оно и Сверх-Я, - важнейшее условие достижения интенциональности.

Так как основной задачей Я является сохранение баланса между внешними (социальными) силами, действующими на человека и внутренними (бессознательными), то психолог постоянно работает с самозащит-

ными механизмами личности. В психодинамических теориях считается, что большинство защитных механизмов применяется для подавления сексуальности.

Важными механизмами самозащиты являются также фиксации (задержка на одной стороне развития), регрессия (возврат при угрозе стресса на более раннюю стадию развития), перенос бессознательных переживаний в физическую сферу (например в головную боль), провокационное поведение (вести себя таким образом, чтобы человек был вынужден обнаружить чувства, на которые неспособен сам провоцирующий, например, высказать гнев или любовь).

В процессе интервью психолог, работающий на основе психодинамической теории, использует следующие приемы:

1. Анализ символов повседневности, например, направленная ассоциация клиента на заданное слово.
2. «Фрейдовская ошибка» – это ошибки, описки, обмолвки клиента, которые рассказывают подсознательные чувства клиента. Свободное ассоциирование является лучшим способом понять смысл этих ошибок.
3. Анализ сновидений через поток свободных ассоциаций по поводу содержания сна.
4. Анализ сопротивления как проявление более широкого механизма вытеснения.
5. Анализ содержания переноса клиента. Перенос относится к чувствам клиента и по отношению к психологу. Обратный перенос – это содержание чувств психолога по отношению к клиенту. Психолог обязан идентифицировать, понять и проработать свои чувства к клиенту.

Осознание своих чувств по отношению к клиенту и умение обращаться со своими чувствами – составная часть работы практического психолога любого направления.

Итак, свободное ассоциирование – основа всех техник, применяемых психологами, использующими психодинамическую теорию.

Бихевиоральное направление в психологическом консультировании

Исходная методологическая позиция психологов этого направления состоит в том, чтобы дать клиенту контроль над своими действиями, вызвать конкретные перемены в его поведении.

Исторически это направление идет от работ Д. Уотсона и Б. Скиннера. Психолог вместе с клиентом пытается вмешаться в жизненные условия клиента с целью их изменения. Это строится на следующих основных составляющих бихевиоральной психологии: 1) отношение психолога и клиента; 2) определение проблемы через операционализацию поведения; 3) понимание контекста проблемы через функциональный анализ; 4) установление социально важных целей для клиента.

1. Психолог-бихевиорист делится своими планами с клиентом, надеясь на активность клиента во взаимодействии с собой.

2. Психолог-бихевиорист основывается на ясных и четких данных о поведении и поступках клиентов. Анализ предполагает ясное знание психологом того, что клиент делает и как он себя ведет.

Цель операционализации поведения – перевести неясные слова в объективные, наблюдаемые действия. Психолог-бихевиорист задает себе и решает вопрос: «Могу ли я видеть, чувствовать, осязать понятия, которые употребляет мой клиент?»

3. Функциональный анализ предполагает исследование событий, предшествующих поступку, сам поступок и его последствия, то есть результат. Так выясняются причинно-следственные связи в последовательности событий, определяющих внешнее поведение клиента.

4. Установление социально важных целей для клиента обязательно предполагает участие клиента. Психолог выбирает и вырабатывает с клиентом достижение для него цели, предполагающие конкретный план действий на будущее.

Бихевиоральный анализ – это акцент на конкретных действиях и поступках человека. Психолог-бихевиорист делает упор на действиях человека, а не на его размышлениях по поводу действий.

Точно определив проблему, психолог готов предлагать клиенту ответы на решения.

Психолог-бихевиорист пользуется многими техниками, среди них наиболее популярной является тренировка настойчивости. Тренировка настойчивости позволяет большинству клиентов преодолеть беспомощность и неадекватность.

При тренировке настойчивости в ходе интервью кроме открытых и закрытых вопросов психолог использует ролевые игры, в ходе которых психолог с помощью директив задает направленные интервью.

Вопросы, ролевые игры и перечисление альтернатив для принятия решения, по мнению бихевиористов, способствуют изменению поведения клиента.

Среди процедур изменения поведения психолог-бихевиорист использует, кроме тренировки настойчивости, тренировку релаксации, целенаправленное уменьшение тревожности (фобии), основанное на обучении глубокой релаксации, построении иерархии страхов и увязыванием объекта тревоги с иерархией страхов на фоне упражнений на релаксацию.

Моделирование поведения и поощрение за желаемое поведение – это тоже бихевиористские методы обучения клиентов новому поведению.

Психологи-бихевиористы широко используют дневниковые и иные записи клиентов, которые они ведут во время работы с психологом.

Гуманистическое направление в психологии

Оно ставит в центр своей методологии личность клиента, которая является контролирующим центром в принятии психологом решений. Это отличает это направление от психодинамической теории, делающей акцент

на то, как прошлое воздействует на настоящее, и от бихевиористской теории, использующей воздействие окружения на личность.

Гуманистическое, или экзистенциально-гуманистическое, направление в психологии развивалось К. Роджерсом, Ф. Перлзом, В. Франклом.

Их основная методологическая позиция состоит в том, что предназначение человека – жить и действовать, определяя свою судьбу, сосредоточение контроля и решений находится внутри самого человека, а не в его окружении.

Основные понятия, в которых это направление психологии анализирует жизнь человека, – это понятие человеческого существования, принятие решения или выбор и соответствующее ему действие, облегчающее тревожность; понятие интенциональности – благоприятной возможности, утверждающей, что человек, действуя в мире, должен ясно осознавать воздействие мира на него.

Задача клиента и психолога состоит в том, чтобы как можно полнее понять мир клиента и поддержать его во время принятия ответственного решения.

Основное понятие, с которым работают психологи этого направления, – мироощущение конкретного клиента.

Работа с миром клиента требует от психолога навыков внимания и выслушивания, качественной эмпатии. Психолог должен уметь работать с противоречием реального и идеального образа «Я» клиента, устанавливая с клиентом взаимоотношение. В этом процессе во время интервью психолог должен добиваться конгруэнтности с клиентом. Психолог для этого должен обладать аутентичностью во время интервью, относиться к клиенту заведомо положительно и безоценочно.

В ходе интервью психолог пользуется открытыми и закрытыми вопросами, отражением чувств, пересказом, самораскрытием и другими приемами, позволяющими клиенту проявить свое мироощущение.

Используя в общении с клиентом методы взаимодействия, позволяющие клиенту снять тревожность и напряжение, психолог показывает клиенту, как надо общаться с людьми. Клиент, услышанный и понятый психологом, может измениться.

В гуманистическом направлении психологии особое место занимает гештальттерапия (Ф. Перлз), отличающаяся разнообразием воздействующих на клиента приемов и микротехник. Перечислим некоторые из техник гештальттерапии: восприятие «здесь и теперь», директивность; речевые изменения; метод пустого кресла: беседа с частью своего «Я»; диалог «верхней собаки» – авторитарной, директивной, и «нижней собаки» – пассивной с чувством вины, ищущей прощения; фиксированное ощущение; работа со снами.

Гуманистическое направление практической психологии постоянно ориентируется на индивидуальный рост клиента.

Практический психолог, работающий с клиентом, вносит в интервью с ним собственное мировоззрение. Если психолог склонен навязывать свою точку зрения клиенту, то это может привести к неспособности слышать клиента, что разрушит ситуацию взаимодействия. Психолог, чтобы работать эффективно, не должен начинать работу с предвзятыми идеями о том, как должен быть устроен мир его клиента. Практическая работа психолога – это работа с конкретной индивидуальностью человека. В том числе и с собственной индивидуальностью – составной частью его профессиональной позиции.

Психологу необходимо постоянно изучать свои личностные и профессиональные возможности, чтобы избежать ригидности или излишней свободы в развитии личных понятий.

Литература:

1. *Абрамова Г.С.* Практическая психология. – М.: «Академия», 1997. – 368 с. (с. 140–150).
2. *Нельсон – Джоунс Р.* Теория и практика консультирования / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000.
3. *Немов Р.С.* Основы психологического консультирования – М.: ВЛАДОС, 1999.
4. Психологическая помощь и консультирование в практической психологии / ред. Тутушкина М.К. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001.

Тема 3. Технология консультативного взаимодействия

План:

- 3.1. **Этапы консультирования.**
- 3.2. **Основные стадии, последствия и эффективность психологического консультирования.**
- 3.3. **Взаимоотношения клиента и консультанта.**

Этапы консультирования

На основании эмпирических исследований выявлена 5-шаговая модель беседы.

1-й шаг – «знакомство». Продолжительность его от нескольких секунд до 10–15 минут, основная цель: установление контакта с обратившимся за консультацией или группой, собравшейся для беседы. Более успешному прохождению стадии знакомства способствует проведение консультаций в удобном, изолированном помещении. Консультанту поможет выражение радости от общения, использование фаз единомыслия, местоимений «мы», неявное повторение элементов поведения консультируемого (например, темпа и громкости речи, преимущественного использования слов, жестов, позы).

2-й шаг – «суть проблемы». Состоит в сборе информации о самой проблеме, условиях ее возникновения и развития. Консультант должен вся-

чески избегать интерпретации проблемы со стороны консультируемого и стараться сосредоточиться на фактических сведениях, например, на времени существования проблемы, ее влиянии на поведение консультируемого, ее связи с прошлым опытом. На этом уровне можно использовать некоторые психодиагностические методы, особенно при наличии компьютерной техники. Стоит запомнить некоторые особенности поведения консультируемых, понять, в чем они видят причины неудач и затруднений: во внешней сфере жизнедеятельности (родственники, жена, начальник, сотрудники, соседи, друзья) или в недостаточном собственном анализе ситуации и собственных промахах (экстернальный и интервальный типы поведения).

3-й шаг – «*желаемый результат*» от взаимодействия с консультантом. Существуют определенные требования к желаемому результату. Прежде всего, он должен быть позитивным типа. Результат должен быть конкретен и сопоставим с текущим временем, в противном случае его целесообразно разбить на ряд промежуточных результатов. Естественно, желаемый результат должен находиться в гармонических отношениях с другими целями консультируемого, дополнять их.

4-й шаг – «*вариативность*». На этой стадии обсуждаются различные способы решения задачи, причем за консультируемым остается право выбрать или самому придумать способ достижения желаемого результата.

5-й шаг – *обобщение всех предыдущих стадий*. Основные ошибки консультанта связаны с нарушением последовательности перечисленных шагов.

Основные стадии, последствия и эффективность психологического консультирования

Независимо от того, проводится ли разовая консультация или осуществляется пролонгированная работа в виде ряда психотерапевтических сессий, консультирование можно рассматривать как диалектический процесс, включающий ряд стадий:

1. *Заключение контракта* между клиентом, от которого поступает добровольный заказ на консультацию, и консультантом, дающим согласие оказать помощь, обеспечивая безопасность и поддержку в ходе консультирования.
2. *Пояснение запроса и анализ проблемной ситуации*. На этой стадии консультанту необходимо сориентироваться в проблеме клиента, внимательно слушая его, используя открытые вопросы, перефразирование и переспрашивание для получения достаточной информации. В то же время консультант рефлексировывает свои чувства и чувства клиента, помогая ему глубже погрузиться в проблему и подойти к постановке психотерапевтической цели.
3. *Переформулирование проблемы и постановка психотерапевтической цели, уточнение контракта*. На данной стадии по мере выяснения условий и ситуации возникновения проблемы, анализа чувств и отношений клиента к ней определяется суть проблемы, т. е. та психологическая трудность, которая мешает клиенту найти выход из сложившейся ситуации. При этом

главным является осознание самим клиентом сути проблемы с психологической точки зрения.

4. *Поиск способов решения проблемы.* На данном этапе необходимы согласие клиента на исследование собственных психологических трудностей, поиск и принятие на себя ответственности за выбираемые решения.

В процессе консультирования у клиента происходят изменения, которые могут в той или иной мере повлиять на его личность и жизнь в целом. В любом случае клиенту предоставляется возможность получить новый опыт, и чем глубже он осознает это, тем благоприятнее. Для него окажутся последствия консультации, а следовательно, выше ее эффективность.

Процесс консультирования может осуществляться в диапазоне от одной (45–60-минутной) до некоторого числа психологических сессий. Последствия консультирования можно рассматривать с точки зрения изменений, происходящих в личности клиента, и степени его удовлетворенности результатами консультирования.

Важно выделить предположительные последствия консультативной работы в зависимости от уровня изменений, происходящих в клиенте:

- усиление внимания к собственным потребностям, переживаниям и мыслям; развитие способности к самопознанию и осознанию нового опыта;
- изменение отношений к себе и окружающему миру; приобретение способности заботиться о себе, самостоятельно решать свои проблемы, делая выбор, принимая решения и неся за них ответственность.

Можно содержательно рассмотреть эффективность процесса консультирования, связывая его с личностным продвижением и ростом клиента.

Взаимоотношения клиента и консультанта

Важную роль в процессе консультирования играют взаимоотношения между клиентом и консультантом, которые могут по-разному смотреть на ожидаемый результат и пути выполнения заданий.

Наиболее известными являются следующие позиции консультанта по отношению к клиенту:

- позиция равенства;
- позиция «сверху»;
- позиция «снизу».

В разных теоретических ориентациях консультанту приписываются различные позиции, но, пожалуй, наиболее традиционной в консультировании является позиция равенства и партнерства по отношению к клиенту, хотя и в этом случае направляющая и определяющая роль остается за психологом.

Наиболее эффективно разрешение проблем осуществляется в ситуации, когда между клиентом и консультантом создаются и поддерживаются отношения активного сотрудничества. Консультанту трудно что-либо решить, если клиент не хочет сотрудничать, скрывает какие-нибудь факты, относящиеся к решению проблемы. Такое консультирование препятствует обучению консультируемого.

В случае директивного поведения консультант занимает позицию руководителя или является инициатором действий. В процессе консультирования консультант оказывает влияние на клиента. При этом важно активизировать клиента и пробудить его инициативу, но не манипулировать им.

Отдельный человек меняется на нескольких уровнях знания отношений, индивидуального и межличностного поведения. Сопротивление изменениям может быть обусловлено множеством как психологических, так и иных причин, из которых необходимо особо выделить следующие:

- отсутствие убежденности в необходимости изменений;
- недовольство переменами, насаждаемыми извне;
- желание избежать неожиданностей;
- страх перед неизвестностью и возможной неудачей;
- нарушение установленного порядка, привычек и взаимоотношений;
- отсутствие уважения и доверия к лицу, инициирующему осуществление изменений.

Перед тем как приступить к консультированию, необходимо провести предварительный диагноз, который ограничивается беседой с клиентом и сбором предварительных сведений о нем. При этом следует выявить основные проблемы клиента. Часто на этом этапе клиент затрудняется сформулировать свои проблемы, принимая симптомы за проблемы, имея предвзятое мнение о причинах проблем, односторонность взгляда и т.п.

Проблема, которая существует у клиента, должна быть описана с помощью основных аспектов или характеристик:

- 1) сущность или содержание;
- 2) сфера, к которой относится проблема;
- 3) уровень владения проблемой;
- 4) возможная степень интенсивности влияния проблемы на поведение клиента;
- 5) временная перспектива (как давно существует данная проблема).

Придя на консультацию, клиент по возможности должен иметь ответы на следующие вопросы:

- какая у него есть проблема;
- какова цель его визита;
- сможет ли он принять активное участие в совместной работе с консультантом по решению своей проблемы.

Литература:

1. *Алешина Ю.* Индивидуальное и семейное консультирование. – М.: «Класс», 2000. – 208 с.
2. *Немов Р.С.* Основы психологического консультирования – М.: ВЛАДОС, 1999.
3. *Шилов И.Ю.* Фамилистика (Психология и педагогика семьи). Практикум. – СПб, ООО «Издательство «Петрополис», 2000. – 416.

Тема 4. Основы индивидуального консультирования

План:

- 4.1. Технология ведения беседы консультантом.
- 4.2. Типичные ошибки в консультационной беседе.
- 4.3. Проведение консультаций с разными категориями людей.
- 4.4. Психологическая защита в понимании психоанализа.

Технология ведения беседы консультантом

К принципам ведения беседы относят:

1. *Ограничение речи консультанта при диалоге.* В ходе беседы реплики, замечания должны быть по возможности наиболее краткими и редкими. Это необходимо для того, чтобы максимально использовать время, побольше узнать о человеке, который обратился за консультацией, не забывая о том, что один из древних приемов психотерапии состоит в том, чтобы дать человеку выговориться. За счет того, что собеседник внимательно слушает, создавая, таким образом, атмосферу полного доверия, у рассказчика возникает ощущение облегчения, освобождения от напряжения и беспокойства.

Появление другого заставляет человека быть более критичным, более логически осмысливать различные факты, останавливаться на деталях; ориентированный на собеседника рассказ более осмыслен, завершен. Это углубляет понимание человеком, пришедшим на консультацию, собственных проблем, способствует принятию необходимых решений, является составляющей психологического воздействия. Кроме того, много говоря о себе, человек оказывается как бы в собственной реальности, где легче вспоминаются детали, связываются события, меньше проявляется сопротивления.

При слушании, если человек говорит по делу, нужно стараться ничем не перебивать его, с пониманием и уважением относиться к тем паузам и остановкам, которые встречаются в рассказе.

2. *Приближение разговорной речи психолога к речи консультируемого.* Первым шагом в реализации этого требования является освобождение речи психолога от профессиональных слов и выражений, которые не могут быть поняты другим человеком (консультируемым). Непонимание сложной речи специалиста ведет к тому, что клиент замыкается, эмоционально отдален, перестает интересоваться тем, что происходит.

3. *Краткость и точность высказываний консультанта.* При этом необходимо:

- а) не пускаться в излишние объяснения по поводу беседы или заданных вопросов;
- б) использовать краткие вопросы, в которых по возможности опущены все те слова, которые так или иначе могут быть поняты из общего контекста беседы;

в) собирать дополнительную информацию о клиенте и об окружающих его людях.

4. *Анализ эмоциональных переживаний.* В рассказе человека о себе и других можно условно выделить два плана. Первый – это оправдания, объяснения, логическое выстраивание деталей рассказа. Обычно в подобных рассуждениях содержится значительный элемент социальной желательности, стремления поддержать свой авторитет и престиж в глазах консультанта; мысли и оценки, которые приходят в голову консультируемого по поводу себя и окружающих, меняются в зависимости от отношений со значимыми людьми, личности собеседника и т.д.

Для понимания и анализа глубинных причин поведения человека большой интерес представляет второй план – эмоции, чувства, переживания связанные с ситуациями и отношениями. О чем бы не рассказывал человек, психологу следует больше узнать о том, что он переживал и чувствовал в определенное время.

5. *Контакт с клиентом во время беседы.* Для того чтобы общение психолога с клиентом состоялось, необходим хороший контакт на вербальном и невербальном уровнях.

– *Вербальный контакт.* К первой группе относятся все те формы общения, которые направлены на установление доверительных и откровенных отношений между психологом и человеком, обратившимся за помощью. Это подбадривание, похвала, выражение поддержки и т.п. Необходимо использовать такие формы общения в самых разных случаях: в начале беседы, чтобы установить контакт и снять напряжение; когда обсуждаются слишком важные и щепетильные вопросы; когда человек расстроен и плачет.

Одним из важнейших косвенных вербальных средств является использование имени человека, которое влияет на поддержание контакта. Само упоминание имени работает на контакт с человеком, способствует возникновению у последнего ощущения, что его слушают с уважением и пониманием. Это способствует установлению более доверительного и откровенного уровня беседы.

Также необходимо выражение согласия и одобрения со стороны психолога. Важен в данном случае сам факт, что психолог не молчит, а кивает, подбадривает, соглашается: «Да», «Конечно» «Угу». Это способствует возникновению ощущения, что человека внимательно слушают и понимают.

– *Невербальный контакт.* Включает ряд составляющих:

1) «контакт глаз». Психологу следует смотреть во время беседы на клиента, иначе у последнего возникнет ощущение, что его не слушают. Оптимальное пространственное положение во время беседы – психолог и клиент сидят под углом, чуть наискось;

2) «выражение лица». За этим следует внимательно следить. Лучше всего, если на лице можно будет прочесть доброжелательное участие (стоит специально понаблюдать за собой перед зеркалом, затем выбрать то выраже-

ние, которое больше всего подходит к ситуации консультирования). Независимо от ситуации выражение лица и голос не должны выдавать растерянности и смятения. Выражение спокойствия и уверенности на лице психолога само по себе имеет психологический эффект, способствуя ощущению, что все нормально, со всем можно справиться;

3) «поза тела». Поза консультанта не должна быть напряженной и закрытой (закрытость позы связывается со скрещенными руками или ногами; напряженность проявляется в судорожном сжимании ручки кресла, сидении на краю стула, демонстрации чего-то непривычного или неестественного в поведении). Не стоит близко придвигаться собеседнику или сидеть на кресле, наклонившись прямо вперед (это вызывает ощущение давления и нарушения личностного пространства). Не стоит забывать о том, что консультируемый зеркально отражает поведение консультанта, а изменение в позе влечет за собой изменение психологического состояния;

4) «тон и громкость голоса». Тон консультанта должен быть не просто доброжелательным, но и соответствовать тому, что говорится. Не стоит говорить с клиентом слишком громко. Скорее наоборот приглушенный голос в большей мере способствует возникновению у собеседника ощущения доверительности, интимности;

5) «использование паузы». Соблюдая паузу, психолог предоставляет возможность говорить клиенту, стимулирует монолог. Пауза подчеркивает значительность сказанного, необходимость осмыслить и понять ситуацию. Пауза дает возможность добавить нечто новое к тому, что уже сказано, поправить, уточнить. Для нормальной паузы вполне достаточно 30–40 с.

Типичные ошибки в консультационной беседе

- не установлен необходимый психологический контакт, что препятствует созданию благоприятного для беседы психологического климата;
- переход к решению проблемы без достаточного изучения ее сути;
- жесткая привязанность первоначально выбранной гипотезе;
- авторитарность по отношению к собеседнику, навязывание ему своего мнения;
- мнение собеседника не выслушивается или игнорируется и подвергается критике;
- тем или иным способом создаются препятствия для разъяснения и обоснования собеседником своей точки зрения;
- постановка собеседнику прямых вопросов («в лоб») при неясных ему мотивах самой постановки вопросов.

Поведение консультаций с разными категориями людей

Следует отметить, что рекомендации психолога при проведении консультации рассчитаны в основном на самореализацию личности как субъекта деятельности.

Тревожные, неуверенные в себе, часто эмоционально неустойчивые люди, обращаясь к психологу, пытаются с его помощью снять с себя ответственность перед возникающими проблемами или хотя бы разделить ее с

компетентным человеком. С такими людьми психолог-консультант должен быть уверенным, четким, даже категоричны в своих выводах. Его задача – прояснить причины и следствия кризисной ситуации и убедительно, простым, понятным языком привести консультируемого к необходимости самому принять решение. При взаимодействиях с такими консультируемыми желательно выдерживать дистанцию, позволяющую лучше осознать внешне наблюдаемые проблемы. Недопустимы примеры из своей жизни, ссылки на собственные трудности, так как они снижают авторитет консультанта.

Второй тип консультируемых отличается высокой уверенностью в себе и своих решениях. Они приходят к консультанту лишь для того, чтобы подтвердить правильность принимаемого решения и убедиться в достаточности высокого собственного профессионализме. Если это действительно так, то консультанту остается только подтвердить выводы. Консультант становится ведомым, и его позиция мягкого, доброго человека очень импонирует уверенным в себе консультируемым.

Есть, тип консультируемых, не столько уверенных в себе, сколько самоуверенных, вдобавок еще и нигилистов, считающих посещение консультанта пустой тратой времени. В таких ситуациях консультант должен найти конструктивный выход путем выяснения причин нигилизма и выбора тем для совместного обсуждения. Можно ненавязчиво предложить пройти психодиагностическое обследование по некоторым методикам, например, по 16-факторному опроснику Р. Кеттела, по тесту Розенцвейга или тесту Лири, что заставит обследуемого задуматься над некоторыми особенностями своего поведения, например, об излишней категоричности и резкости своих суждений.

Некоторые консультируемые не могут сформулировать свои затруднения, они только ощущают резкое снижение комфортности, настроения, активности, самочувствия, когда буквально все валится из рук и трудно сосредоточиться на анализе проблемной ситуации. Консультант должен помочь таким растерявшимся людям, используя биографическую методику, определяя сложности в прошлом и на этой основе прогнозируя сложности в настоящем и будущем. Уместно использовать аналогии, сравнительные примеры с тем, чтобы консультируемый мог сравнивать, задумываться и вообще более активно управлять течением собственной жизни.

Некоторые люди приходят на консультацию с целью выговорить набоевшее. Им нужен хороший слушатель, терпеливый, сочувствующий, внимательный. Каждый человек нуждается во внимании, и если у него дефицит дружеского или родственного общения, усугубляющийся неважным психологическим климатом в семье, то часто консультант должен выполнять функции психотерапевта, особенно если консультируемый эмоционально неустойчив или физически и психически ущербен (инвалиды, люди с профессиональными заболеваниями, одинокие пенсионеры).

Для людей такой категории больше всего подходит модель рефлексивного слушания, когда консультант не прерывает монолог консультируемого, давая ему возможность услышать себя со стороны. Чтобы консультируемый сам пришел к осознанию собственных проблем, консультант время от времени задает ему эхологические вопросы типа: «Так Вы говорите, что...», – создавая тем самым модель конструктивного диалога. Достаточно большую роль при этом играют поза, мимика, жесты – все, что работает на эмоциональный контакт.

Клиенты могут быть людьми чрезвычайно скрытными, интровертированными, неохотно дающими сведения о себе. В таких случаях консультант должен уметь свободно переключаться с одной темы на другую, чтобы вызвать консультируемого на откровенный разговор. При межличностном общении чаще всего консультант называет свое имя и отчество и обращается к консультируемому также по имени-отчеству, но при общении с «неконтактными» людьми возможно анонимное консультирование, аналогичное разговору в пути, когда полная анонимность подкрепляется уверенностью в том, что больше со своим попутчиком мы никогда не встретимся.

Психологическая защита в понимании психоанализа

Психологическая защита – система стабилизации личности, проявляющаяся в устранении или сведении к минимуму отрицательных эмоций, чувства тревоги, возникающих при рассогласовании внутренних составляющих структуры личности «Оно», «Я» и «Сверх Я».

«Оно» регулируется принципом удовольствия, «Сверх Я» – моральная цензура и совесть, «Я» руководствуется принципом реальности. Очень часто возникают конфликты между этими началами в структуре личности-индивидуальности. Для того чтобы психический мир человека оставался стабильным, включаются различные виды психологической защиты. Общая черта всех видов защиты – неосознанность.

Наиболее важные, из них в процессе консультирования:

Фрустрация – вынужденный отказ, внутреннее состояние или психологический конфликт, когда личность сталкивается с каким-либо препятствием на пути к достижению своих осознаваемых или неосознаваемых целей.

Вытеснение – устранение из сферы сознания конкретного психического содержания (мыслей, желаний, влечений), не совместимого с установками личности.

Замещение – перевод бессознательно обусловленных и неприемлемых для личности по моральным причинам мыслей и желаний в социально приемлемые формы.

Подавление – выталкивание в подсознание нежелательной информации.

Рационализация – якобы разумное (рациональное) объяснение собственных подсознательных желаний, оправдание своего поведения.

Проекция – склонность приписывать другим людям собственные (чаще порочные) мысли, желания, влечения.

Перцептивная защита – снижение чувствительности анализаторов под влиянием нежелания воспринимать неприятную информацию.

В процессе личностного роста в силу огромного количества трудностей и кризисов может возникнуть так называемое *сопротивление*. Впервые этот термин был употреблен известным австрийским врачом и психотерапевтом Зигмундом Фрейдом. Он определил сопротивление как своеобразную оппозицию, включающую все контролируемые силы пациента, которые противодействуют психоанализу. Фрейд считал, что каждый прогрессивный шаг личности в процессе лечения (психотерапии) сопровождается сопротивлением, представляющим собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому. Сопротивление может быть осознанным либо, что случается чаще, неосознанным.

Проявления сопротивления многообразны – это эмоции, отношения, идеи, побуждения, фантазии или действия, т.е. практически каждая психическая функция возможна в качестве сопротивления. В этом смысле вид сопротивления показывает, как человек обычно защищается от проблем в своей жизни. Ученик З. Фрейда Вильгельм Райх, а позднее Фредерик Перлз, внесший в свою концепцию гуманистические представления о личности, стали рассматривать сопротивление как переживание внутренней преграды, возникающей у людей по отношению к возможным изменениям в поведении или при осознании значимых переживаний. Сопротивление зачастую подобно бессознательному нежеланию что-то делать, это проявление определенной защиты от стресса (как неопределенной угрозы) при помощи ухода от нерешенных проблем.

В определенных ситуациях реакции сопротивления являются адекватными, и нет необходимости навсегда и полностью избавляться от них. Однако преувеличение опасности может привести человека к предохраняющим (защитным) действиям слишком часто, и это ограничит процесс его свободного развития. Дж. Буженталь считает, что с помощью сопротивления человек поддерживает идентичность самому себе в этом изменяющемся мире, защищая некий конструкт «Я и внешний мир».

Литература:

1. Немов Р.С. Основы психологического консультирования – М.: ВЛАДОС, 1999.
2. Шилов И.Ю. Фамилистика. (Психология и педагогика). Практикум. – СПб, ООО «Изд-во «Петрополис», 2000. – 416 с.

Тема 5. Основы группового консультирования

План:

- 5.1. Особенности работы с группой.
- 5.2. Роли, нормы и типы поведения в группе.
- 5.3. Руководство группой.
- 5.4. Групповой процесс.
- 5.5. Групповая этика.

Особенности работы с группой

Наиболее частым вариантом работы в ситуации группового консультирования является анализ психологом детско-родительских отношений или отношений между взрослыми людьми в условиях производственного конфликта.

Первое, с чем начинает работать психолог в групповом консультировании, – это система реально существующих отношений между людьми (которые реально в ситуации консультирования могут и не присутствовать).

Содержание этих отношений может быть самым различным, но для психолога важно перевести его на язык описания субъективной модальности каждого члена группы, чтобы в процессе интервью со всеми членами группы каждый смог выработать свои альтернативы в исследуемой ситуации. Выработка альтернатив связана с потребностью и возможностью каждого члена группы выразить свои актуальные возможности («я могу»), свои чувства («я чувствую»), свои мысли («я думаю»), свои желания («я хочу»), а также свои представления об их изменении.

Исследование структуры группы позволяет психологу не только выделить иерархические отношения – кто лидер, а кто ведомые, но и проанализировать содержание воздействия одного члена группы на другого.

Группа в ситуации консультирования может выступать как коллективный клиент, а может быть так, что в ней один или несколько человек – клиенты, а остальные выступают в роли заказчика или пользователей психологической информации. Психолог обозначает эти роли членов группы, дозируя, таким образом, свое действие в группе.

Проводя групповое консультирование, психолог особенно внимательно должен контролировать содержание своей позиции, чтобы не организовать коалицию с одним членом группы против других. Такие тенденции особенно сильны в конфликтных группах.

Психологическое групповое консультирование тесно связано с понятием групповой психотерапии, в частности с понятием психокоррекционных групп.

Психокоррекционная группа – это искусственно созданная (лабораторная) малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Это неструктурированное взаимодействие *здесь и теперь*, при котором участники изучают происхо-

дящие с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Лэкин (1972) выделяет следующие процессы и признаки, характерные, по его мнению, для психокоррекционной группы:

- облегчение выражений эмоций;
- возникновение ощущения принадлежности к группе;
- обязанность самораскрытия;
- апробирование новых навыков поведения;
- санкционированная группой свобода межличностного общения (межличностные сравнения);
- разделение с формальным лидером ответственности за руководство группой.

Среди психокоррекционных групп выделяют:

- группы для решения проблем;
- группы для обучения межличностным взаимоотношениям (группы подготовки бизнесменов, руководителей);
- группы роста (самосовершенствование);
- терапевтические группы.

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

Значительное влияние на развитие групповой психотерапии оказал К. Роджерс. Он заложил основы гуманистического направления в психотерапии. Его «терапия, центрированная на клиенте», понятия об «энкаунтер-группах», «процессе встреч» заложили основу антиавторитарной недирективной психотерапии.

Несомненное влияние на исследование малых психокоррекционных групп оказали работы К. Левина, особенно его «теория поля».

Среди современных отечественных ученых много сделали для развития групповой психотерапии С.С. Либих, А.Л. Гроссман, Н.В. Иванов, А.И. Захаров и др.

Роли и нормы

Психология малой группы включает в себя такие понятия, как роли, нормы, лидерство, типы поведения, групповой процесс.

Роли – это поведение, принятое членами группы и рассматриваемое ими как соответствующее групповым интересам.

Каждый член малой группы, будь то производственный коллектив или семья, играет в ней ту роль, которую считает подходящей для себя и для этой конкретной группы (заведующий отделением, отец семейства и т.д.).

Эффективная группа нуждается в равновесии положительного и отрицательного. Поддерживающая, корригирующая функция группы включает в себя не только дружеские, но и недружеские действия, не только согласие, но и несогласие. Чем более гибкими, пластичными будут участни-

ки группы в своих ролях, тем более эффективной будет группа в достижении своей конечной цели.

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

Нормы существуют в любой группе и в любом обществе, а нарушение принятых норм всегда предусматривает наказание. Чем жестче нормы и суровее наказание за их нарушение, тем авторитарнее группа. Примером могут служить неформальные, авторитарные группы асоциальных подростков.

Каждая психокоррекционная группа устанавливает свои нормы поведения, но в каждой из них обычно поощряются эмпатия, правдивость, теплота и открытость.

По мнению Б.Д. Карвасарского, каждый член психокоррекционной группы может:

- выполнять распорядок групповых занятий;
- говорить в группе обо всем открыто и искренне;
- не выносить за пределы группы того, что происходит во время групповых занятий;
- помогать товарищам по группе осознать и изменять свой способ поведения, если он противоречит общепринятым нормам;
- отказаться от общих фраз, говорить о проблемах и переживаниях, как своих собственных, так и товарищей по группе, конкретно и по принципу *здесь и теперь*;
- выслушивать взгляды, мнения и советы членов группы, обдумывать их, но принимать решения самостоятельно.

Подчинение перечисленным нормам не является обязательным, но от их соблюдения или несоблюдения зависит эффективность работы психокоррекционной группы.

Выполнение норм поведения во многом зависит от информированности и сплоченности группы.

Типы поведения в группе

В социальной психологии выделяют четыре основных типа поведения людей в малой группе.

Обособляющий тип. Хорошо выражена индивидуальная ориентировка. Оптимальное решение задач возможно только в условиях относительного обособления от группы, самостоятельно.

Ведомый тип. Выражена тенденция к конформности, подражательству, добровольному подчинению. Оптимальное решение групповой задачи возможно в контакте с более уверенными и компетентными членами группы.

Лидирующий тип. Индивидуум ориентирован на власть в группе. Оптимальное решение задач возможно при условии подчинения себе других членов группы.

Сотрудничающий тип. Индивидуум постоянно стремится к совместному с другими решению задач и следует за группой в случаях разумных решений.

Знание типов поведения участников группы помогает психологу при распределении ролей, способствует более глубокому пониманию механизмов психологической несовместимости отдельных ее членов.

Совпадение формального и неформального лидера в одном лице упрощает ситуацию, несовпадение делает групповой процесс более сложным.

Руководство группой

К. Левин и др. выделяют следующие три стиля руководства группой: *авторитарный, демократический и попустительский.*

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

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

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

Специально проведенные исследования показывают, что оптимальный стиль руководства в психотерапевтической группе – демократический (Рудестам, 1990). Однако известно, что стиль руководства может меняться в зависимости от психологического климата и экстраординарных ситуаций, которые нередко возникают в группе. В таких случаях авторитарное руководство может быть более эффективным, чем позиция невмешательства. Существует определенная закономерность: чем более сплочена группа, тем менее активен и авторитарен руководитель.

Личность руководителя. Определенное влияние на эффективность руководства группой оказывают личные качества психолога.

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

Рудестам (1990) специфическими лидерскими качествами считает: энтузиазм, умение убеждать и подчинять себе окружающих, уверенность в себе и ум.

Групповой процесс

Понятие групповой процесс (групповая динамика) впервые введено К. Левиным в 1936 г. Центральная идея этого понятия состоит в том, что законы поведения индивидуумов в группах следует искать в познании детерминирующих их «социальных и психологических сил».

Кратохвил (1978) выделяет четыре фазы группового развития.

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

Вторая фаза (конфликты и протест). Появляется тенденция к самоутверждению, начинается распределение ролей: активные и пассивные, лидирующие и «угнетенные», «любимчики» и «нелюбимчики» и т.п. Возникает недовольство как друг другом, так и психологом, а в конечном результате – разочарование.

Недовольство психологом еще более усиливается, если он отказывается от лидирующей, авторитарной роли. Эмоционально-стрессовый накал достигает пиковой точки: обсуждения превращаются в «товарищеский суд», беседа с психологом – в конфликт. Если психолог недостаточно опытен, то на этой фазе возможен развал группы.

Третья фаза (развитие и сотрудничество). Снижается эмоциональная напряженность, уменьшаются число и острота конфликтов. Наступает консолидация групповых норм и ценностей. Борьба за лидерство отступает на задний план. Появляется потребность в своей принадлежности к группе, актуальным становится чувство ответственности за общие интересы. Между членами группы зарождаются взаимопонимание, искренность, интимность. Диалоги становятся более откровенными и доверительными. У индивидуума появляется чувство безопасности, уверенность в том, что группа его защитит. Появляется желание открываться, нормализуются отношения с психологом.

Четвертая фаза (целенаправленная деятельность). Группа становится рабочим коллективом, зрелой социальной системой. Ее члены размышляют, советуются, принимают решения. Налаживается положительная обратная связь, которая не нарушается даже в тех случаях, когда к обсуждению сознательно допускаются отрицательные эмоции и конфликты.

В отечественной психологии и психотерапии принято выделять адаптационную, фрустрирующую, конструктивную и реализационную фазы групповой динамики.

Групповая этика

Внутригрупповая этика включает в себя круг вопросов, наиболее важными из которых являются:

- согласие или несогласие участвовать в групповом процессе;

- свобода выбора участия в тех или иных действиях группы;
- профилактика психических травм.

Parloff (1970) подчеркивает, что профессиональные руководители групп должны ограничиваться скромной рекламой и открыто говорить о границах своих компетенции и возможностей. В то же время информация о целях, методах, продолжительности и принципах групповой психотерапии, наоборот, должна быть наиболее полной. Это позволяет пациенту правильно решать вопрос о том, участвовать ему, а этом виде лечения или нет.

Второй вопрос касается более интимных механизмов группового процесса. Поэтому каждый участник имеет право не участвовать в тех или иных действиях или ситуациях при работе группы. При этом ни руководитель группы, ни сама группа не должны оказывать на такого участника чрезмерного давления, а тем более понуждать его к искренности и самораскрытию.

Третий вопрос тесно связан со вторым. Имеет значение также продуманный отбор отдельных членов при формировании группы.

Обязательным для руководителя и всей группы в целом является соблюдение конфиденциальности. Все, что обсуждается в группе, не должно выходить за ее пределы. В противном случае групповой процесс может прерваться.

Литература:

1. *Абрамова Г.С.* Практическая психология. – М.: «Академия», 1997. – 368 с. (с. 174–181).
2. *Кондрашенко В.Т., Донской Д.И.* Общая психотерапия: Учеб. пособие. – 2-е изд., доп и перераб. – Мн.: Выш. шк., 1997. – 464 с. (с. 312–350).

Тема 6. Основы семейного консультирования

План:

- 6.1. **Семья как целостная структура.**
- 6.2. **Психологические подходы к проблемам семьи.**
- 6.3. **Диагностика типов отношений в семье. Работа с семьей в целом и ее отдельными членами.**

Семья как целостная структура

Семья определяется как социальный институт, как ячейка общества, как малая группа совместно проживающих и ведущих общее хозяйство родственников. Однако психологический подход к пониманию семьи (в отличие, например, от социологического и экономического подходов) имеет свою специфику. В рамках этого подхода семья рассматривается как пространство совместной жизнедеятельности, внутри которого удовлетворяются специфические потребности людей, связанных кровными и родственными связями. Это пространство представляет собой достаточно слож-

но устроенную структуру, состоящую из различного рода элементов (ролей, позиций, коалиций и т.п.) и системы взаимоотношений между ее членами. Так структура существует в соответствии с законами живого организма, поэтому имеет закономерную динамику, проходя в своем развитии целый ряд фаз и этапов.

С точки зрения известного семейного психолога Г. Навайтиса, определение психологической сущности семьи должно соотноситься с целями исследования семьи и целями взаимодействия психолога с семьей. Г. Навайтис обсуждает понятие семьи, которое целесообразно исследовать при консультировании семьи психологом. Он предлагает ввести понятие семьи как малой группы, которая получает профессиональную психологическую помощь со стороны специалистов. Содержание понятия «семья» раскрывается через ряд положений.

Семья – группа, удовлетворяющая потребности своих членов. Эти потребности наиболее успешно удовлетворяются в уникальном взаимодействии конкретных людей. Главная особенность семейного взаимодействия – объединять удовлетворение различных потребностей.

– Для удовлетворения связанных с семьей потребностей создается структура семейных ролей:

- ✓ Семейная структура и функции семьи закономерно развиваются.
- ✓ Психологическое консультирование семьи помогает согласовывать и удовлетворять потребности, связанные с семьей, оптимизировать семейную структуру и способствует развитию семьи.
- ✓ Потребность в консультировании семьи возрастает в моменты перехода семьи с одного этапа развития на другой.
- ✓ Периодизация развития семьи может определяться по совокупности отношений, связанных с семьей, и их значимости.
- ✓ На каждом этапе развития семьи существуют специфические задачи, без решения которых невозможно перейти на новый этап.

Б. Дружинин предлагает простую систему своеобразных координат, относительно которых происходит самоопределение психолога в выборе семьи как объекта психологического исследования. Он говорит о том, что исследовательские подходы к семье можно расположить на двух условных шкалах:

- «нормальная – аномальная семья»;
- «идеальная – реальная семья».

«Нормальная семья» по Дружинину – это семья, которая обеспечивает требуемый минимум благосостояния, социальной защиты и продвижения ее членам и создает потребные условия для социализации детей до достижения ими психологической и физической зрелости. Таковой является семья, где ответственность за семью как целое несет отец. Все остальные типы семей, где это правило не выполняется, Дружинин считает аномальными.

В рамках второй шкалы понятие «идеальная семья» определяется как нормативная модель семьи, которая принимается обществом и отражается в коллективных представлениях и культуре, главным образом религиозной.

С точки зрения известного отечественного семейного психолога А. Варги, семья представляет собой самореализующуюся систему. Это означает, что поведение системы целесообразно, а источник преобразования семьи находится внутри нее самой. Это означает также, что события, которые происходят в семье, часто не зависят от желания ее членов, так как жизнь в семье определяется и регулируется правилами и законами функционирования семейной системы. Изменения в семейной системе могут происходить как на структурном (например, разделение территории проживания), так и на функциональном уровне (изменение отношений между членами семьи).

Варга А. предлагает анализировать семью, используя шесть параметров, раскрывающих содержание семьи как системы. *Схема анализа семьи как системы* предполагает выделение следующих компонентов:

- стереотипы взаимодействия;
- семейные правила;
- семейные мифы;
- границы;
- стабилизаторы;
- семейные истории.

Под *стереотипами взаимодействия* понимаются часто повторяющиеся сообщения (или послания) одного члена семьи всей семье и способы взаимодействия друг с другом. Сообщением может являться любое событие, происходящее внутри семейного пространства, как-то: хлопанье дверью, прикосновение, плач, приступ мигрени и т.п. Все члены семьи точно расшифровывают полученные сообщения (например, громкое хлопанье дверью старшей дочерью перед уходом на дискотеку демонстрирует родителям ее намерение вступить с ними в традиционный спор по поводу времени возвращения, а громыхание кастрюлями женой на кухне считывается мужем как наличие у нее чувства раздражения по поводу поездки к его родителям и т.п.). Выделяются и патогенные стереотипы поведения. К такому роду стереотипам, например, относится выделенный Г. Бейтсоном феномен двойной связи, или «двойной ловушки».

Семейные правила. Под семейными правилами понимаются «писанные» и «неписанные» (гласные и негласные) нормы, регулирующие поведение членов семьи как малой группы. Правила могут быть культурно заданными, соответствующими общепринятым в данной культуре нормам (например, запрещающими сексуальные отношения супругов в присутствии детей) и существующими лишь в данной конкретной семье.

Правила могут регулировать практически все сферы жизнедеятельности семьи (распределение функций, способы времяпрепровождения, приоритеты в распределении бюджета, частота общения с родственниками и т.д.). В каждой семье существуют запреты на проявление определенных эмоций (агрессии, страха, зависти), за нарушение норм члены семьи подвергаются санкциям. При этом степень тяжести и вид санкции со стороны семьи по отношению к нарушителю в разных семьях отличаются друг от друга. Виды санкций, например, могут быть таковы: лишение эмоциональной близости, высмеивание, изоляция, передача ответственности.

Нарушение функционирования семьи задается жесткостью и ригидностью правил. В семьях, где возможны изменения правил (например, при взрослении детей), эмоциональные срывы и конфликты случаются реже. Семейные правила рассматриваются в качестве внешней основы семейных мифов.

Семейные мифы. Мифология семьи характеризует довольно глубокие пласты семейных систем. Миф определяется как сложное семейное знание о себе. Миф актуализируется в кризисные моменты (социальные перемены, приход нового человека в семью и т.п.). Формируется миф в течение 3–4 поколений. Варианты мифов: «Мы – семья героев», «Мы – дружная семья», «Мы – семья спасателей».

Члены семьи видят и интерпретируют реальность в категориях мифа. Содержание семейного мифа определяет логику поступков. Например, люди, живущие по правилам мифа «Мы – семья спасателей», могут выбирать себе в партнеры тех, кто демонстрирует специальное «инвалидное» поведение. Люди, существующие в логике мифа «Мы – герои», не могут жить без особого чувства переживания преодоления преграды, барьера.

Границы. Предполагается, что семья как любая система имеет свои границы, определяющие ее структуру. Границы – невидимые линии внутри семьи, которые формируют подсистемы. Границы могут быть ясными, ригидными и диффузными. Ясные границы существуют в здоровой, функциональной семье. При ригидных границах информация между подсистемами проходит с трудом. Наличие таких границ характеризует «разделенную семью», в которой члены семьи эмоционально отделены друг от друга. Диффузные границы допускают легкое проникновение информации между подсистемами, что ведет к спутанности во взаимоотношениях (например, мать с дочерью обсуждает подробность своей сексуальной жизни).

Границы могут быть внешними, очерчивающими контур семейного взаимодействия с внешним мифом. По степени проницаемости внешних границ (легкости вхождения в семью посторонних людей) они могут быть открытыми и закрытыми. Внутренние границы характеризуют наличие подсистем (коалиций) в семье. Коалиции называются вертикальными, если включают в себя одного из взрослых и ребенка (например, мама образует коалицию с сыном против папы), и горизонтальными, если в них включены

члены семьи одного уровня, одного поколения. Вертикальные коалиции дисфункциональны. Наличие в семье такого рода коалиций нарушает функционирование семейной системы. При исследовании семьи должно описываться следующее: где, какие границы проходят, на какие подсистемы подразделяется семейная система. Особое внимание следует обращать на наличие коалиций и характеристику границ.

Стабилизаторы. Стабилизатором называется такой элемент семейной системы, функция которого состоит в том, чтобы поддерживать постоянство семейной системы. Стабилизаторы удерживают семью от распада. В качестве стабилизатора семьи могут выступать любые элементы и феномены жизни; к *функциональным стабилизаторам* относят следующие: общее дело; общее место проживания; общие дети.

К *дисфункциональным стабилизаторам* можно отнести измены, алкоголизм, болезнь и т.п. Болезнь довольно часто может выступать в качестве стабилизатора, так как больного человека нельзя оставлять одного надолго. Некоторые семьи имеют такую структуру стабилизаторов, которая с точки зрения стороннего наблюдателя может восприниматься как структура, неизбежно разрушающая семью. Так, например, пьянство мужа позволяет жене управлять им, актуализируя при необходимости его чувство вины. Такого рода семья может существовать достаточно долго, так как супруги позволяют друг другу переживать и испытывать излюбленные (но социально не одобряемые) чувства.

Семейная история. Под семейной историей понимают стереотипы поведения и взаимодействия, которые воспроизводятся в нескольких поколениях. Метод исследования и описания семейной истории – *генеграмма*, предложенная М. Боуэном в 1978 г. Цель генеграммы – показать, как образцы поведения внутрисемейных взаимоотношений передаются из поколения в поколение и как события, подобные смертям, болезням, профессиональным успехам, переездам на новое место жительства, влияют на современные поведенческие образцы, а также на внутрисемейные отношения.

Психологические подходы к проблемам семьи

В практике семейного консультирования можно выделить несколько направлений, которые взаимно пересекаются и дополняют друг друга:

1. Работа с одинокими людьми, которые желают создать семью, но терпят неудачу уже на начальной стадии завязывания знакомства.
2. Добрачное консультирование пар, подающих заявление на регистрацию брака.
3. Консультирование конфликтных, кризисных семей и разводящихся семей.
4. Прием родителей, сталкивающихся с трудностями в воспитании детей, и подростков, конфликтующих со своими родителями, педагогами и окружением.

Каждое из этих направлений имеет свою специфику, и по каждому может вестись как индивидуальная, так и групповая работа.

Обычно человеку удается решить свои проблемы, однако весьма часто это происходит за счет ущемления интересов других людей либо за счет игнорирования собственных интересов. В результате появляется внутриличностная и межличностная напряженность, а это может привести к дискомфорту, конфликтам, умственным и физическим расстройствам и в конечном итоге к болезням. Поэтому раннее обращение к психологу можно рассматривать и как профилактическую меру.

Помощь «семейного» психолога может быть многофункциональной: работа с супружескими конфликтами и их дискомфортными состояниями – депрессией, агрессией, астенией; решение вопросов с «непослушными детьми»; налаживание отношений с «ворчливой» тещей и «суровым» свекром и т.п.

Еще более важными и актуальными оказываются теоретические представления, когда краткосрочное консультирование перерастает в длительное. Где супруги не только хотят «слегка разобрать накопившийся мусор», но также и более серьезно переосмыслить и перестроить свои отношения. Для того чтобы вести такую работу, психолог должен уметь различать внешние неадекватные паттерны супружеского взаимодействия и глубокие причины, способствующие их возникновению. Глубинные представления относятся к числу наиболее распространенных и так или иначе представлены во многих теориях внутрисемейного взаимодействия (следует подчеркнуть, что для работы на этом уровне необходимы специальные навыки и техники работы, для того чтобы способствовать осознанию супругами более глубоких и скрытых проблем).

Один из таких наиболее часто используемых в семейной терапии конструкторов (или, иначе говоря, представлений о том, что происходит на более глубинном уровне взаимодействия и что приводит к тем или иным паттернам поведения супругов) можно условно обозначить как роль родительской семьи. Это представление базируется на идеях психоанализа о том, что каждый супруг (в более широком смысле – каждый взрослый человек), взаимодействуя с представителями противоположного пола, в том числе в своей семейной жизни, стремится реализовать те паттерны взаимодействия, которые были усвоены в детстве в семье родителей. Причем стремление к реализации «родительских» паттернов взаимодействия чаще всего носит компенсаторный характер, то есть человек стремится получить от своего партнера любовь и признание в той области, в которой в детстве он ощущал дефицит подобного отношения, чаще всего от родителя противоположного пола.

Таким образом, многие ситуации и способы взаимодействия с партнером (которые обычно и являются конфликтными) служат не развитию отношений, не достижению каких-то жизненных целей, а часто представляют собой лишь способы компенсации трудностей и проблем детства. (Например, женщина, требующая, чтобы муж не оставлял ее подолгу одну,

болезненно переживающая каждую его отлучку из дома, более поздний, чем обычно приход с работы и т.п., часто бессознательно реализует не свое реальное «взрослое» желание как можно больше времени находиться с мужем, а тот дефицит внимания и любви со стороны отца, который она когда-то испытывала в детстве).

Таким образом, одна из задач супружеской психотерапии (консультировании) – помочь клиентам разобраться в том, как в их взрослой семейной жизни проявляются паттерны и модели взаимодействия, усвоенные ими в детстве и теперь осложняющие и затрудняющие построение зрелых, взрослых отношений как с супругом, так и со своими собственными детьми. Анализ этих неосознаваемых потребностей и стремлений позволяет избавиться от них, «расчищая» дорогу более зрелым и адекватным отношениям, которые также выстраиваются в процессе психотерапии.

Тесно связан с вышеизложенными представлениями еще один конструкт, который нередко самостоятельно используется для анализа супружеского взаимодействия. Это представление о том, что большинство проблем и конфликтов, связанных с отношениями, являются следствием бессознательной борьбы супругов за власть и влияние, их конкуренции друг с другом. Для торжества над партнером используются любые средства: отказ от участия в сексуальных отношениях – чтобы продемонстрировать другому низменность его стремлений, унижить и наказать за что-либо; поздние приходы как доказательство собственной независимости и самостоятельности; обвинения и претензии по мелочам – для того чтобы убедить партнера в том, что он (она) ни на что не способен /на/ и т.д. Интерпретируя и анализируя такие конкурентные отношения между супругами, консультант может опираться на те модели взаимодействия, а соответственно, и на те паттерны конкуренции, которые существовали в родительских семьях каждого из них. Другой «источник» интерпретации возникновения конкуренции – борьба за власть между мужчинами и женщинами как представителями двух противоположных полов. Такой взгляд непродуктивен, в частности, потому, что здесь не прослеживаются какие-либо перспективы для «примирения» между борющимися сторонами. Супруги, сколько с ними ни работай, так и останутся мужчиной и женщиной, а жесткое приписывание каждому из них каких-либо прав и обязанностей противоречит не только психотерапевтическим нормам, но и просто здравому смыслу.

К проблемам распределения власти в отношениях можно подходить и непосредственно, как это делают многие авторы, считая, что борьба за власть, признание и влияние – это естественная реальность любых отношений. При этом результатом психотерапии является не решение этой проблемы в принципе, что вообще невозможно, а установление между супругами некоторого баланса, когда, условно говоря, все выигрыши и проигрыши одного компенсируются или уравниваются выигрышами или проигрышами другого. Подобное представление о супружеских взаи-

моотношениях, связанное лишь с распределением власти, является более простым, а следовательно, и более доступным для использования при работе с супружескими парами, обращающимися в консультацию.

Таким образом, в рамках консультирования в качестве причин прихода клиента обычно рассматриваются и обсуждаются скорее всего те, которые предлагаются клиентом, тем более, что именно это является реальностью супружеских отношений, которая осознается как нечто тревожащее и проблемное.

Диагностика типов отношений в семье

В рамках общего процесса консультирования семьи выделяется особый этап, когда консультант осуществляет диагностику семейных отношений. На практике проведение диагностики с использованием тех или иных методов и техник может осложняться определенными причинами. Ряд из них выделен Г. Навайтисом. Он отмечает следующие факторы, которые должны учитываться консультантом на данном этапе.

- ✓ Отсутствие единого подхода к диагностике семейных отношений. Каждая модель консультирования содержит собственное толкование, как методов диагностики, так и тех фактов, на которые следует обращать внимание.
- ✓ На оценку семейных отношений может влиять проекция опыта самого психолога, а также уровень развития способности к их рефлексии самих консультируемых.
- ✓ Различное толкование динамики семейных отношений членами семьи, искаженное не полностью осознанными внутриличностными проблемами.

Автор подчеркивает необходимость профессиональной рефлексии собственной деятельности, в частности осознания того, почему он применяет тот или иной метод, как предвидит последствия его применения и учитывает специфические особенности клиентов. Однако можно выделить некоторые общие принципы, на которые обычно опираются семейные консультанты.

- ✓ Одной из первых задач, решаемых консультантом, является создание доверительных отношений с членами семьи. Для этих целей традиционно используются различные техники (от активного слушания до присоединения).
- ✓ Выбор времени и места для проведения диагностической процедуры в рамках консультативного процесса определяется в зависимости от предварительно сформулированной гипотезы и общей схемы работы с семьей.
- ✓ Семейную диагностику целесообразно начинать со сбора демографическо-биографической информации, используя для этого метод генограммы.

Работа по систематизации и описанию специальных методов и техник диагностики внутрисемейных отношений была проведена американскими специалистами в области семейного консультирования Р. Шерманом и Н. Фредманом. С их точки зрения, под методом понимается комплекс приемов и предложений, осуществляемых непосредственно консультантом. Метод является орудием психологической помощи семье. При его использовании большое значение имеет временной аспект, процедура применения и опыт консультанта в интерпретаций результатов.

Для диагностики состояния семьи и ее психологического благополучия традиционно используются следующие методы:

- проективный тест «Скульптура семьи»;
- метод генограммы;
- метод «Семейное пространство»;
- проективный тест «Рисунок семьи».

Литература:

1. *Алешина Ю.Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – Изд. 2-е. – М.: «Класс», 2000. – 208 с.
2. *Навайтис Г.* Семья в психологической консультации – М.: Воронеж: МОДЭК, 1999.
3. Основы психологии семьи и семейного консультирования / Под общ. ред. Н.Н. Посысоева. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 328 с.
4. *Шилов И.Ю.* Фамилистика. (Психология и педагогика семьи). – СПб, ООО «Петрополис», 2000. – 416 с.

Тема 7. Возрастно-психологическое консультирование

План:

- 7.1. Проблемы и задачи возрастно-психологического консультирования.
- 7.2. Психология развития как теоретическая основа возрастно-психологического консультирования.
- 7.3. Виды и формы консультирования.
- 7.4. Особенности дошкольного консультирования.
- 7.5. Особенности консультирования в школьной практике.
- 7.6. Консультирование родителей по проблемам ребенка.
- 7.7. Особенности коррекционно-консультационной работы с учителями и родителями подростка.

Проблемы и задачи возрастно-психологического консультирования

Необходимость возрастно-психологического консультирования вызвана тем, что в развитии детей даже при отсутствии патологических нарушений в рамках медико-биологических нормы имеется множество трудностей психологического плана, которые требуют своевременного обнаружения и коррекции. Критерием неблагоприятных реакций является несоответствие поведения ребенка предъявленным требованиям со стороны социаль-

но-культурного окружения, или несоответствие реального хода развития ребенка и оптимального, т.е. максимально достижимого в благоприятных условиях. В настоящее время консультируются не только дети с отклонениями в развитии, но и дети с собственно психологическими проблемами.

Общая задача возрастного консультирования – это контроль за ходом психического развития ребенка на основе представлений о нормативном содержании и периодизации этого процесса.

Конкретные подзадачи, которые выделяют в возрастном консультировании Бурменская и соавторы, следующие:

– Во-первых, ориентация родителей, учителей в возрастных особенностях ребенка.

– Во-вторых, своевременное первичное выявление детей с различными отклонениями и нарушениями психического развития и направления их в медико-психологические комиссии.

– В-третьих, предупреждение вторичных психических осложнений у детей с ослабленным соматическим или нервно-психическим здоровьем – рекомендации им по психогигиене и психопрофилактике. Для понимания в дальнейшем специфики возрастного консультирования нельзя не сделать небольшого экскурса в область возрастной психологии.

Психология развития как теоретическая основа возрастнопсихологического консультирования

Возрастные особенности – это характерные для того или иного периода психологические особенности, которые проявляются у всех представителей данного возраста.

Психологическое содержание возрастных характеристик составляет сплав органического и культурного развития (Б.А. Ананьев, 1969 г.).

Л.С. Выготский писал, что к началу каждого возрастного периода складывается совершенно своеобразное специфическое для данного возраста, единственное и неповторимое отношение между ребенком и средой – так называемая «социальная ситуация развития в данном возрасте». Это отношение определяет характер восприятия внешнего и внутреннего мира, формирует новую структуру сознания.

Возраст включает в себя конкретный период жизнедеятельности человека, выступает мерой накопленных человеком за этот период определенных свойств и качеств.

Границы, отделяющие один возраст от другого – условны, но сам возраст – «объективная категория».

На основе теории Л.С. Выготского его учениками Л.И. Божович и др. были выделены основные составляющие психологического возраста:

- 1) социальная ситуация развития;
- 2) ведущий тип деятельности, где возникают и развиваются новые психические функции;
- 3) изменения в сфере сознания и личности.

В каждом возрастном периоде накапливаются «новообразования» – т.е. психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени. Новообразования, накапливаясь с течением времени, постепенно приходят в противоречие со старой ситуацией развития, ломают ее и строят новые отношения – возможности. Таким образом, «новообразование» не только предпосылка, но и продукт возрастного развития.

При определении возрастного диагноза критерии новообразования Л.С. Выготский предлагает дополнить еще одним: не только определять уровень достигнутого актуального развития, но и исследовать «зону ближайшего развития», т.е. характеризовать состояние «несозревшего процесса». Определить «зону ближайшего развития» можно как разницу между достижениями ребенка в сотрудничестве со взрослым и в самостоятельной деятельности.

В психике ребенка может происходить скрытое формирование образований, которые не обнаруживаются до определенного момента, но на рубеже возрастного периода проявляются. В некоторых возрастах развитие характеризуется медленным эволюционным течением – плавным изменением личности, длительный срок не происходит резких перемен. Наблюдать в этом случае можно только заключительные итоги развития. Так проходит большая часть детства. Но наряду с постепенным развитием в психике существуют и кризисные возрастные периоды – на протяжении нескольких месяцев или года могут произойти резкие и капитальные сдвиги – переломы в личности ребенка. Ребенок меняется весь в целом, в основных чертах личности. Начало и конец кризиса – неотчетливы, в середине – резкое обострение – кульминация.

При проведении дошкольного и школьного консультирования психолог должен хорошо ориентироваться в том, что является «новообразованием» в данном возрастном периоде.

Новообразования дошкольного возраста: возникновение опосредованной мотивации, внутренних этических инстанций, зарождение самооценки, потребности в одобрении взрослых.

Новообразования младшего школьного возраста: познавательное отношение к действительности, более сложные формы мышления; произвольность – такой уровень потребностной сферы ребенка, когда он действует не непосредственно, а руководствуясь сознательно поставленными целями, нравственными требованиями и чувствами; устойчивые формы поведения, складываются основы характера. В «зоне ближайшего развития» младшего школьника формируется потребность в одобрении сверстниками.

Новообразования среднего школьного возраста (подросток): устремленность на переход к взрослой жизни; ориентация на сверстников; потребность завоевать у сверстников авторитет, формирование устойчивой

самооценки. В зоне ближайшего развития подростка – формирование самостоятельности, переход к самовоспитанию.

Новообразования старшего школьного возраста: профессиональное самоопределение, формирование мировоззрения и самосознания, формирование иерархии мотивов и целей, намерений, ценностей. В «зоне ближайшего развития» – осуществление выбора профессии и образа жизни.

Написание заключения о консультировании ребенка проводится по схеме:

1. Информация об истории развития ребенка и его здоровья.
2. Особенности социальной обстановки (семья, коллектив сверстников, окружение).
3. Особенности поведения и деятельности ребенка.
4. Дифференцированная характеристика развития познавательной и эмоционально-личностной сферы ребенка.

Виды и формы консультирования

В зависимости от того, какая сторона деятельности представлена в консультировании наибольшим образом, различают следующие виды консультирования:

- Профилактическое консультирование, которое может носить или просветительский (ответы на вопросы) или превентивный характер (тематические беседы).
- Диагностическое консультирование, в котором определяются возможные варианты диагноза.
- Коррекционное консультирование, в котором определяются возможные варианты диагноза.
- Психотерапевтическое консультирование, связанное с более глубоким вмешательством в психику клиента, чем коррекционное.
- Развивающее консультирование, связанное с определением путей развития личности клиента.
- Комплексное консультирование, сочетающее в себе все виды консультирования.

В зависимости от возрастного статуса консультируемого контингента можно выделить:

- Младенческое консультирование.
- Консультирование детей раннего возраста.
- Дошкольное консультирование.
- Консультирование младших школьников.
- Подростковое консультирование.
- Юношеское консультирование.
- Взрослое консультирование.
- Геронтологическое консультирование.

В зависимости от тематической направленности можно выделить следующие виды консультирования:

- Семейное консультирование.
- Сексуальное консультирование.
- Консультирование по учебным вопросам.
- Профилактическое консультирование.
- Консультирование по разрешению конфликтов и т.д.

В зависимости от числа консультируемых лиц консультации делятся на:

- Индивидуальные.
- Групповые.

Особенности дошкольного консультирования

Основное направление дошкольного консультирования – это решение проблемы, обусловленные психическим неблагополучием ребенка. Чаще всего психическое неблагополучие ребенка выражается в расстройстве его поведения, что и побуждает родителей, воспитателей или других близких ребенку лиц, обратиться за психологической помощью. Кроме неадекватного поведения, типичным показанием для оказания психологической помощи ребенку является распад семьи или длительная госпитализация. В этих кризисных ситуациях ребенок испытывает сильные негативные переживания, которые в дальнейшем тоже могут привести к дестабилизации личности или заболеванию.

К основным причинам психического неблагополучия в детстве относятся:

Инверсия семейных ролей.

В психологической литературе описана модель нормальной семьи – отец, мать, дети. Положения и роли отца и матери в семье взаимодополняемы. Мать, безусловно, любит своего ребенка, каким бы он ни был, и показывает ему эту любовь. Любовь отца ребенок должен «заслужить», выполняя те требования, которые предъявляет ему отец – в этом смысле любовь отца условна. Учитывая опыт психоаналитической практики, не следует забывать, что для мальчика отец является соперником в его любви к матери, а для девочки такой соперницей является мать. Если описывать данные взаимоотношения на символическом языке, то у мальчика происходит идентификация с отцом посредством которой идет освоение «мужского» поведения, такого, которое может «понравиться» матери, а девочка идентифицируется с матерью, осваивая такое поведение, которое «одобрит» отец.

Мать окружает ребенка заботой, нежностью, лаской, поддержкой – обеспечивая тот эмоциональный фон, только при наличии которого, ребенок может нормально развиваться. Отец поощряет, одобряет и поддерживает то поведение ребенка, которое соответствует «правилам» освоения социальных ролей.

Если описанные в модели нормальные взаимоотношения родителей с ребенком изменены, нарушены, то у ребенка часто происходит дезадаптация к социуму, которая проявляется или уже в детском, раннем возрасте, или в будущем, во взрослом состоянии.

А.И. Захаров, описывая невроты у детей, приводит, опираясь на статистические данные, «психологический» портрет матери ребенка-невротика. Как правило, это представительница технической интеллигенции, гиперсоциальна, доминантна, честолюбива, рациональна, тревожно-мнительна, с обостренным чувством долга. В ее взаимоотношениях с ребенком проявляется часто формализм, повышенная требовательность, диктат решений и однозначность суждений, отсутствие ласки, нежности, тепла. Такая мать не демонстрирует ребенку безусловную любовь и принятие.

Авторитарная, доминантная женщина в семье часто становится первичным звеном семейного «поражения», которое передается далее из поколения в поколение. Если такая авторитарная мать воспитывает дочь, то взаимоотношения у них, чаще всего, складывается холодные и формальные, недостаток тепла порождает у дочери страхи, депрессию, подавленность. Как правило, муж авторитарной женщины имеет зависимый характер. Подавленность дочери и зависимость отца усиливают их взаимную привязанность друг к другу, что вызывает ревность со стороны матери. В подобной семье дочь вырастает инфантильной, несамостоятельной, тревожной, с неадекватной «Я-концепцией», невротичной. Когда у нее рождается собственный ребенок, то свои страхи она склонна проецировать на него, ребенок становится для нее сверхценной идеей и вырастает в условиях гиперопеки. Гиперопека формирует у ребенка невротическую зависимость, в свою очередь. Если при этом в семье ребенок испытывает недостаток мужского влияния в контрасте с избытком женского, то это приведет к психологическим трудностям в супружеских и семейных отношениях в будущем. Невроз у ребенка, таким образом, – это отражение проблем семьи в трех поколениях.

Современные женщины с высшим образованием часто, как пишет А.И. Захаров, состоят в разводе со своим супругом. Если в диаде «мать – ребенок» вырастает сын, то отсутствие мужской идентификации у сына и проецирование на него матерью своих отношений с супругом часто формирует у него истерический невроз. Именно в неполной семье «мать – сын» особенно остры конфликты, так как мать часто оказывается нетерпимой к общим с отцом чертам характера сына.

Таким образом, ученый делает вывод, что инверсия семейных ролей, нарушение нормальных взаимоотношений ребенка с родителями приводит к неврозу детей. Невроты у детей не возникают, если родители справляются со своими проблемами сами. Разлука с матерью, помещение ребенка в ясли, длительная госпитализация – все это может стать психической травмой для ребенка, причиной его психического неблагополучия, так как прерывает теплые отношения в семье.

Неправильное поведение родителей, других взрослых, окружающих ребенка.

Период детства является сенситивным периодом жизни человека, когда закладываются основы его характера, личности, жизненного стиля. Если интеллектуальные или эмоциональные качества по тем или иным причинам не развивались в раннем детстве, или развивались неправильно, то впоследствии бывает очень трудно преодолеть их недостаток, а может быть, иногда и невозможно. Так как это формирование основ характера, личности маленького человечка осуществляется в его взаимоотношениях со взрослыми, в общении, то исключительно важно, чтобы неправильное поведение родителей или других взрослых, окружающих ребенка, не генерировало у него проблем, которые приведут к психологическому неблагополучию.

Такое «неправильное» поведение родителей или других взрослых может быть разным.

Во-первых, это могут быть неосознаваемые установки у родителей, которые проявляются в ориентации:

- на всегда послушного ребенка;
- на превосходство своего ребенка над другими;
- на ускоренное развитие ребенка.

а. «Всегда послушный» ребенок очень удобен. Но у любого ребенка всегда бывают «острые» периоды, когда ему хочется «делать все по-своему». Такие попытки всегда подавляются, а часто за ними стоит потребность ребенка в самостоятельности, то ребенок вырастает подавленным, пассивным и забытым. Опыт ранней самостоятельности не оценим для всего дальнейшего развития ребенка. Постоянное подавление попыток к самостоятельности может обострить непослушание, капризы или негативизм.

б. Если у родителей выражено стремление, чтоб их ребенок превосходил всех других, был лучше всех, то в поведении это выражается, как правило, в завышении требований к нему. В результате у ребенка формируется неадекватная самооценка.

в. При ориентации родителей на ускоренное развитие ребенка им следует понимать, что это может породить ряд психологических затруднений у ребенка – с одной стороны, а с другой – ряд педагогических проблем. У ребенка может сформироваться неадекватная самооценка, напряженность и тревожность из-за опасности «не оправдать ожидания», из-за трудностей взаимоотношений со сверстниками в часто меняющемся коллективе.

К педагогическим проблемам относятся проблема создания программы занятий для обеспечения оптимальной реализации всех возможностей ребенка, программы удовлетворения познавательных потребностей ребенка. Может быть, в целом отрицательная неосознаваемая установка у родителей, если ребенка «не ждали» – в этом случае он вызывает постоянное раздражение, недовольство, отрицательное оценивание во всем.

Во-вторых, неправильное поведение родителей может быть обусловлено недостатком знания в каких-нибудь областях – медицины, педагогики, психологии.

а. Например, проблема левшества у ребенка. Родители могут не знать, что переучивание ребенка может излишне невротизировать его, что затруднения в обучении этих детей могут быть обусловлены недостаточным развитием речи, пространственного анализа, тонкой моторики.

б. Дети, не посещающие детский сад или другие детские учреждения, имеют, как правило, дефицит общения со сверстниками, что приводит к сложностям адаптации при поступлении в школу. Если родители не помогут ребенку наладить контакт со сверстниками и к тому же очень опекают его, то ребенок в школе окажется несамостоятельным и безынициативным. На фоне истероидной акцентуации ребенка с продолжающейся потворствующей гиперпротекцией может развиваться и психопатия по типу «кумир семьи».

в. У детей, посещающих детский сад, достаточно рано может сформироваться устойчивый статус в детском коллективе «звезды» или «изолированного». И в том, и в другом случае было бы полезно, если бы родители корректировали неадекватную самооценку ребенка.

г. Перенос внимания родителей со старшего ребенка на родившегося второго может стать травмой для старшего – он не может понять, почему родители вдруг «перестали его любить».

Следует отметить то, что во взаимоотношениях «ребенок – взрослый» необходима своевременная перестройка на каждом возрастном этапе. *Ошибки, систематически допускаемые родителями в воспитании детей.*

К таким типичным ошибкам, способствующим психическому неблагополучию ребенка, относятся:

- проецирование родителем на ребенка своих личностных проблем, неотрагированных чувств – приписывание детям того, что присуще ему самому;
- излишняя беспомощная фиксация родителей на страхах ребенка;
- разрыв между словом и делом – когда родительская мораль абстрактна и не подкрепляется делом;
- непоследовательность требований из-за несогласованности родителей;
- неправильные (когда запрещается то, что жизненно необходимо для ребенка – побегать, пошуметь) и многочисленные запреты (слово «нельзя» так часто произносится, что становится невыполнимым) – такие запреты дезорганизуют психическую жизнь ребенка и разрушают фундамент дисциплинированности;
- неблагоприятная оценка уровня какой-либо деятельности, высказанная самому ребенку, особенно если эта неблагоприятная оценка расширяется до объема всего, что делает ребенок. Негативные оценки, расширенные до объема личности в целом, формируют у ребенка «комплекс неполноценности»;
- сравнение ребенка с кем-то другим, более успешным, также развивает у него «комплекс неполноценности» и, кроме того, способствует

развитию зависти, эгоцентризма, тревожности. Родители при этом часто думают, что ребенок не хочет, а он не может. Ребенку нужен огромный запас оптимизма, чтобы сохранять побуждение учиться всему. Сама природа ребенка рассчитана на этот оптимизм, она исключает спонтанную отрицательную самооценку и самокритику. Для любого ребенка сознание, что он хуже кого-то, очень вредно. Только взрослые могут ему это внушить.

Занятость родителей.

Проблема занятости родителей становится одной из ведущих причин психического неблагополучия современного ребенка.

Если родители делегируют свои родительские функции воспитателям яслей и детских садов, а далее интерната и школы, то хорошо известно, что ребенок в раннем возрасте испытывает эмоциональный шок, который переходит в эмоциональную депривацию, а далее провоцируется задержка общего психического развития, в том числе и речевого.

Даже если родители не отдают своего ребенка в ясли или интернат, то современный темп жизни, вызывая постоянную занятость родителей, искажает характер нормальных взаимоотношений родителей и детей:

- а) в семье уменьшено общение родителей с детьми до необходимого минимума;
- б) содержание общения в семье обеднено и сведено к контролю;
- в) отсутствует совместная полезная деятельность ребенка с родителями;
- г) дети испытывают дефицит теплоты и внимания к себе.

Кроме перечисленных факторов негативного влияния на психическое благополучие детей следует отметить, что развитию неблагополучия способствуют также физическое нездоровье ребенка» особенности личности родителей и характера ребенка.

Личностными особенностями родителей, провоцирующих психическое неблагополучие ребенка, являются аффективность, тревожность, доминантность, гиперсоциальность, а также наличие невротических тенденций.

Особенно уязвимыми являются дети, имеющие такие черты характера, как эмоциональность (жалостливость, плаксивость, непосредственность), впечатлительность (ребенок долго помнит страх, обиду, какое-нибудь событие), наивность, отзывчивость, незащищенность, импрессивность (все держит в себе, не склонен рассказывать о своих чувствах).

После осознания родителями или воспитателями причин психического неблагополучия ребенка в ходе консультации, будет возможен переход на следующую стадию коррекции. Просветительская работа среди родителей, воспитателей и учителей будет способствовать профилактике психических осложнений у ребенка.

Особенности консультирования в школьной практике

В школьной практике чаще всего основаниями для классификации психологических консультаций являются возраст, адрес (с кем проводится консультация), содержание, проблема.

По мнению значительного числа психологов-исследователей показывают, что 15–20 % школьников находятся в состоянии школьной дезадаптации и нуждаются в психотерапевтической и психологической помощи.

Общими причинами дезадаптации являются:

- Во-первых, недостаточный учет современной школы глубинных и возрастных закономерностей формирования личности школьника.
- Во-вторых, игнорирование индивидуальных психологических и психофизиологических особенностей школьников при стандартизированных требованиях к их проведению.
- В третьих, блокирование творческой активности, присущей каждому ребенку.
- В четвертых, подмена коллективных форм жизни, необходимых для формирования личности ребенка, формальными ролевыми взаимоотношениями.

Школьники, которые входят в группу риска или группу дезадаптивных, их родители или учителя – все обращаются к школьному психологу за помощью, приходят на консультацию. Консультации проводятся для воспитателей, учителей, администрации образовательного учреждения, учащихся, родителей.

Воспитатели и учителя чаще всего обращаются к психологу по следующим поводам: причины трудностей в усвоении детьми программы обучения, материала по отдельным учебным предметам; нежелание и неумение детей учиться; эмоциональные и личностные нарушения; конфликтные отношения с другими детьми и взрослыми; неэффективность собственных педагогических воздействий; общение детей разного возраста со сверстниками и формирование детского коллектива; пути расширения собственных профессиональных умений; возможности выявления и развития интересов, способностей и склонностей учащихся; методы профориентационной работы со школьниками.

Основные проблемы, по которым обращаются к психологу родители: как готовить детей к школе; отсутствие интересов у детей; нежелание учиться; плохая память; повышенная рассеянность; неорганизованность; несамостоятельность, лень; агрессивность; повышенная возбудимость или, наоборот, робость, боязливость; профориентация; отношение ребенка к взрослым в семье, к младшим (старшим) сестрам или братьям.

Примерный круг проблем, по которым обращаются на консультацию подростки и старшие школьники: субъективные переживания по поводу неблагополучия отношений с другими – застенчивость, страх, переживаемое чувство обиды за кого-то; взаимоотношения в семье – непонимание со стороны родителей, слежка и жесткие запреты, борьба подростков за самостоятельность, уходы из дома, семейные конфликты, беспокойство о чле-

нах семьи; проблема «мальчик-девочка» вне сферы секса – ссора с любимым человеком, страх потерять любовь, соперничество и ревность, желание привлечь внимание того, кто нравится, отсутствие взаимности, поиск знакомств и т.д.; секс и беременность – давление со стороны партнера с требованием интимной близости, ранняя беременность, переживание страха перед венерическими заболеваниями, СПИДом, сексуальные комплексы; нереализованная потребность в романтической любви, в ее духовных началах; проблемы, связанные с приемом медикаментов и химических веществ – поиск медицинской помощи, опасения в связи с употреблением наркотиков, алкоголя и пр.; досуг и молодежная культура; личные проблемы и переживания – чувство вины, тоски, пустоты и одиночества, отчаяния, страдания по поводу своего физического облика, переживание утраты смысла жизни.

Консультирование родителей по проблемам ребенка

Общая предпосылка успешного результата консультирования родителей – создание доверительных откровенных отношений с ними. Основы такого доверительного отношения:

- уважение;
- признание беспокойства по поводу ребенка;
- одобрение заинтересованности родителей в устранении трудностей ребенка.

Не рекомендуется:

- критиковать действия родителей;
- сомневаться в их педагогической компетентности.

Обратная связь родителям, облеченная в тактичную форму, возможна только на заключительных этапах.

В первых встречах любой намек на неодобрение действий родителей может вызвать у них сильные защитные реакции. В последующих встречах необходимо разъяснять родителям возможные цели и задачи консультирования. Консультанту необходимо провести коррекцию неадекватных ожиданий родителей перед началом консультирования:

1. Разъяснить сложность проблемы.
2. Рассказать о длительности консультационной работы.
3. нивелировать ожидание на получение готового рецепта.
4. Провести адекватную ориентацию родителей в структуре консультационно-коррекционной работы.
5. Сформировать установку на совместный и разносторонний анализ проблемы ребенка.
6. Провести специальные разъяснения, если ребенка необходимо направить на консультацию к другими специалистами.

Психолог на всех этапах работы должен:

- 1) показывать заинтересованность в ребенке;
- 2) стремиться освобождать родителей от тяжелых чувств;

- 3) стимулировать их внимание к позитивным сторонам проблемы;
- 4) активизировать поиск решения.

Цель этой коррекционной работы психолога в начале консультирования родителей – предупреждение о возможных трудностях. Недопустимо, чтобы родители имели установку на «волшебное» разрешение трудностей, немедленный результат – это снизит их активность в решении проблемы. В то же время консультант не должен внушать неоправданных ожиданий, чтобы не было обманутых надежд.

Беседу полезно проводить одновременно с обоими родителями.

Во-первых, это дает более объективную разностороннюю информацию о представлениях их обоих о причинах трудностей ребенка, о средствах их разрешения. Во-вторых, родители должны почувствовать общую ответственность за судьбу ребенка, за те цели, которые они ставят перед ребенком, за будущее, на которое они ориентируют ребенка.

Сообщение конкретных данных психологического обследования родителям помогает преодолеть ошибочные представления о характере и степени трудностей ребенка.

Консультанту вместе с родителями необходимо выработать реалистическое представление о трудностях ребенка, наметить и обсудить с ними специальную программу действий.

В ходе консультирования психолог проявляет теплоту, понимание, уважение к родителям. Эффективность беседы с родителями оценивается по тому, могут ли родители более или менее уверенно действовать на основе тех сведений» рекомендаций, которые они получили от психолога. Возможно, гари необходимости посещение ребенка психологом на дому.

После окончания консультирования родителям полезно иметь на руках психологическое заключение, написанное ясным, понятным языком, или самим записать выводы-рекомендации. Это позволяет им не раз вернуться к рекомендациям, обдумать, искать конкретные меры, проверять их на последующем поведении ребенка.

Особенности коррекционно-консультационной работы с учителями и родителями подростка

Часто в ходе консультирования родителей подростка психологу приходится ориентироваться и на просвещение взрослых, на развитие у них способности к децентрации – способности видеть проблемы подростка не только со своей позиции, но и глазами самого подростка. Взрослые во взрослении подростка часто видят только негативные стороны – непослушность, скрытость – не замечая позитивное новое – эмпатию, стремление подростка помочь родителям разделить их горе или радость.

Родители готовы «давать», но не готовые «взять» – принять подобное отношение, помощь от сына или дочери-подростка. Это происходит, как правило, оттого, что нет позиции «равенства», нет готовности «быть на равных».

Если отношения подростков с родителями напряжены и значимы, то отрицательные переживания, возникающие с учителями, для подростка малозначимы. Учителя же «думают» при этом, как показали исследования, что для подростка эти переживания являются довольно значимыми.

Младший подросток ориентируется на поддержку учителя, поощрение, старший подросток стремится к личностному общению с учителем. Подростка все больше волнуют профессиональные и личностные качества учителя. Чаще всего подросток не удовлетворен личностными качествами учителя, но все равно стремится к общению с ним, чего учитель часто не замечает. Учителя ошибочно думают, что подростки удовлетворены общением с ними. Таким образом, у подростка с возрастом нарастает потребность в личном общении с педагогом и невозможность ее удовлетворить. Соответственно расширяется зона конфликтов внешних и внутренних.

Когда учителем все трудности учения относятся на счет лени, безответственности подростка, то это тормозит развитие личности подростка. Необходимо предъявить требования и к личностным качествам педагога: самокритичности, культуре общения.

Особенно трудным в общении с подростком взрослые считают посткризисный период (14–15 лет), когда начинается период созидания, формирования новых психологических образований. При этом старые воспитательные меры не эффективны, а новыми родители еще не владеют, не опираются на положительные конструктивные качества.

Литература:

1. *Бурменская Т.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г.* Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психологического развития детей. – М.: Издат. МГУ, 1990.
2. *Гарбузов В.И.* Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. – СПб: АО «Сфера», 1994. – 160 с.
3. *Захаров А.И.* Детские неврозы (психологическая помощь родителей детям). «Респек», СПб: 1995. – 192 с.
4. Психология подростка. Полное руководство. Под ред. члена-корреспондента РАО А.А. Реана – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 432 с.
5. Рабочая книга школьного психолога / Под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1991.
6. *Шеховцова Л.Ф.* Теоретические и практические аспекты психологического консультирования. – СПб.: Издат. С.-Петербургского университета педагогического мастерства, 1996. – С. 108.

Практические занятия

Тема 1. Работа психолога-консультанта с супружескими конфликтами

- 1.1. Конструктивная функция конфликта в семье.
- 1.2. Ознакомление с методикой «Конструктивная ссора» (см.: Основы психологического консультирования: Практикум / Авт.-сост. Н.В. Кухтова. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. – 93 с.).
- 1.3. Интервью по генограмме.
- 1.4. Вопросы интервью для исследования структуры семейной системы.

Задания для самостоятельной работы

- Постройте генограмму своей семьи (см.: Основы психологического консультирования: Практикум / Авт.-сост. Н.В. Кухтова. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. – 93 с.
- Самостоятельно изучите литературу по феноменологическим методам семейного консультирования и семейной терапии.

Рекомендуемая литература

- Пезешкиан Н.* Позитивная семейная психотерапия. – М.: Смысл, 1993.
- Черников А.В.* Системная семейная психотерапия. – М.: Издательство «Класс», 1996.
- Шутценберг А.А.* Синдром предков. – М.: Издательство Института психотерапии, 2001.

Тема 2. Методы психологического консультирования

Поведенческая терапия последствий кризисных ситуаций и состояний.

Психологическая помощь при переживании горя.

Помощь при потенциальном суициде.

Задания для самостоятельной работы

- Сформулируйте «Правила первой психологической помощи для психологов» применительно к следующим ситуациям: супружеская измена; разговор с ребенком, потерявшим родителей и др. (приложение 1).
- Прочтите отрывок из записи первой встречи с клиенткой, перенесшей утрату (приложение 3). Предположите, какой условно выделенной фазе горя соответствуют переживания. Есть ли признаки депрессии или имеются другие негативные реакции? Подумайте, какая, на ваш взгляд, помощь нужна клиентке? (приложение 2).
- Проведите письменный анализ отрывка из телефонной беседы (приложение 4) с целью определения степени суицидального риска. Проведите экспресс-оценку по «Шкале угрозы суицида» (приложение 4). Свои выводы обсудите в группе.

Рекомендуемая литература

Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001. Глава 21: Суицидальное поведение. – С. 288–378.

Психические состояния / Сост. и общ. редакция Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2000.

Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия. – М.: Академия, 2002.

Ромек В.Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. – СПб.: Речь, 2002.

Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002.

Цзен Р.В., Пахомов Ю.В. Психотренинг: Игры и упражнения. – М.: ФиС, 1988.

Черепанова Е.М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку. – М., 1997. Глава 4: психология горя. – С. 38–59.

Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб.: Речь, 2002.

Тема 3. Психологическое обследование ребенка в практике проведения консультирования

- 3.1.** Выбор психодиагностического блока по исследуемой проблеме клиента.
- 3.2.** Схема анализа результатов психологического обследования ребенка (приложение 5).
- 3.3.** Заключение психолога (приложение 5).
- 3.4.** Рекомендации, требования к ним (приложение 5).
- 3.5.** Отработка навыка написания психологического заключения на ребенка.
- 3.6.** Выработка рекомендаций.

Тема 4. Технология консультативного взаимодействия

Отработка навыка выделения основных тем в тексте для построения предмета взаимодействия (см.: Основы психологического консультирования: Практикум / Авт.-сост. Н.В. Кухтова. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. – 93 с.

Невербальные средства коммуникации, особенности их проявления и «считывания» (см.: Основы психологического консультирования: Практикум / Авт.-сост. Н.В. Кухтова. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. – 93 с.

Тема 5. Самоанализ психолога-консультанта

- 5.1.** Реальные и идеальные представления о себе как о психологе-консультанте (см.: Основы психологического консультирования: Практикум / Авт.-сост. Н.В. Кухтова. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. – 93 с.
- 5.2.** Написание эссе на тему: «Я-консультант».

ПРОГРАММА КУРСА «ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ».

Лекционный курс

Принципы оказания психологической помощи. Принцип системности, отказа от манипулирования, уважения личности клиента, безоценочности, отказа от конкретных рекомендаций и др. Профессиональная этика психолога-консультанта.

Теоретические аспекты консультативного процесса. Основные методологические подходы в практике психологического консультирования. Глубинная психология. Бихевиоральное направление. Гуманистическое направление.

Технология консультативного взаимодействия. Установление доверительного отношения в процессе консультирования. Средства вербальной и невербальной поддержки. Техники сообщения информации. Активное и эмпатическое слушание. Поиск ключевого слова. Резюме, фаза завершения в контакте.

Основы индивидуального консультирования. Беседа как основной метод психологического консультирования. Технология ведения беседы консультантом. Типичные ошибки в консультационной беседе. Проведение консультаций с разными категориями людей. Психологическая защита.

Групповое консультирование. Особенности работы с группой. Формирование группы. Формы и типы поведения в группе. Групповой процесс. Подходы к групповому консультированию. Распределение ролей. Конфликты и их преодоление в группе.

Основы семейного консультирования. Семья как целостная структура. Психологические подходы к проблемам семьи. Диагностика типов отношений в семье. Работа с семьей в целом и отдельными ее членами.

Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы и задачи возрастно-психологического консультирования. Психология развития как теоретическая основа возрастно-психологического консультирования. Виды и формы консультирования. Особенности консультирования в различные периоды детства и подросткового возраста. Консультирование родителей по проблеме ребенка.

Практические занятия

Работа психолога-консультанта с супружескими конфликтами. Конструктивная функция конфликта. Ознакомление с методикой «Конструктивная ссора» (С. Кратохвил). Интервью по генограмме. Вопросы интервью для исследования структуры семейной системы.

Методы психологического консультирования. Поведенческая терапия последствий кризисных ситуаций. Психологическая помощь при переживании горя. Помощь при потенциальном суициде.

Психологическое обследование ребенка в практике проведения консультирования. Выбор психодиагностического блока по исследуемой проблеме клиента. Схема анализа результатов психологического обследования ребенка. Заключение психолога. Рекомендации, требования к ним. Отработка навыка написания психологического заключения на ребенка. Выработка рекомендаций.

Технология консультативного взаимодействия. Отработка навыка выделения основных тем в тексте для построения предмета взаимодействия.

Самоанализ психолога-консультанта. Реальные и идеальные представления о себе как о психологе-консультанте. Написание эссе на тему: «Я-консультант».

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ КУРСА

Активное слушание

Диагностическое интервью

Диалог

Завершение консультации

Заказчик

Защитные механизмы

Индивидуальное консультирование

Клиент

Конгруэнтность

Консультативная гипотеза

Консультативная психология

Консультационная сессия

Личность психолога-консультанта

Методы психологического консультирования

Недирективная разговорная терапия К. Роджерса

Поведенческая психотерапия

Позитивная «бархатная» психотерапия Н. Пезешкиана

Практическая психология

Психологическая помощь

Психологический анамнез

Психологический диагноз

Психологический прогноз

Психологический симптом

Психологический синдром

Психологическое заключение

Психологическое консультирование

Психологическое манипулирование

Психолог-консультант

Психолого-педагогическая консультация

Разговорно-центрированная терапия
Разделение ответственности
Раппорт
Самоактуализация
Семейное консультирование
Синдром «сгорания»
Терапевтический договор
Трудный клиент
Этика психолога-консультанта

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Сходства и различия внеклинической психотерапии и психологического консультирования.
2. Действующие лица в психологическом консультировании.
3. Основные направления и формы психологического консультирования.
4. От чего зависит выбор направления и формы психологической консультации?
5. Чем отличается клиент от пациента?
6. Почему качества личности имеют важное значение для психолога-консультанта?
7. Какие вы знаете методы психологического консультирования?
8. Почему беседа является ведущим методом психологического консультирования?
9. Что такое «активное эмпатическое слушание»?
10. Каковы особенности психолого-педагогического консультирования?
11. Кто является клиентом в семейном консультировании? Почему?
12. Каковы преимущества и проблемы опосредованного консультирования (по телефону и через Internet)?
13. Каковы последствия и эффективность психологического консультирования?
14. Типичные ошибки психолога в консультационной беседе.
15. Тактика проведения консультации с эмоционально неустойчивыми людьми.
16. Особенности проведения консультации с самоуверенными людьми.
17. Особенности проведения консультации с людьми, обнаруживающими дефицит дружеского или родственного общения.
18. Каковы особенности консультативной работы психолога с группой?
19. Каковы цели и умения, приобретаемые клиентом в Т-группах?
20. Каковы основные признаки групп-встреч?
21. Охарактеризуйте основные психологические подходы к проблемам семьи.

22. Каковы трудности при проведении возрастно-психологического консультирования?
23. Приемы установления эмоционального контакта с клиентом.
24. Основные принципы консультирования.
25. Оптимальные стили руководства психотерапевтической группы.
26. Фазы группового процесса.
27. Внутригрупповая этика.
28. Схема анализа семьи как системы (по А. Варга).
29. Особенности заполнения анамнеза.
30. Каковы требования к написанию психологического заключения, постановке психологического диагноза и выработке рекомендаций?

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. *Абрамова Г.С.* Практическая психология. – М.: Издат. Центр «Академия», 1997.
2. *Александровская Э.М.* Психологическое сопровождение школьников – М.: Академия, 2002.
3. *Алешина Ю.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – Изд. 2-е. – М.: «Класс», 2000. – 208 с.
4. *Андрущенко Т.Ю.* Диагностические пробы в психологическом консультировании. – М.: Академия, 2002.
5. *Ануфриев А.Ф., Костромина С.Н.* Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: «Ось-89», 2000. – 272 с.
6. *Бурменская Т.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г.* Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психологического развития детей. – М.: Издат. МГУ, 1990.
7. *Гарбузов В.И.* Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. – СПб: АО «Сфера», 1994. – 160с.
8. *Глэддинг С.* Психологическое консультирование. – СПб.: Питер, пер. с англ., 2002.
9. *Горностай П.П., Васековская С.В.* Теория и практика психологического консультирования. – Киев, 1995.
10. *Дубровина И.В.* Рабочая книга школьного психолога. – М.: Просвещение, 1991.
11. *Дубровина И.В.* Школьная психологическая служба. – М.: Педагогика, 1991.
12. *Кондрашенко В.Т., Донской Д.И.* Общая психотерапия – Мн.: Выш. шк., 1997. – 464 с.

13. *Мэй Р.* Искусство психологического консультирования / Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-ПРЕСС, 2001.
14. *Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования. – СПб: Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.
15. Психологическая помощь и консультирование в практической психологии / Ред. Тутушкина М.К. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001.
16. Рабочая книга школьного психолога / Под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1991.
17. *Шеховцова Л.Ф.* Теоретические и практические аспекты психологического консультирования. – СПб.: Издат. С.-Петербургского университета педагогического мастерства, 1996. – С. 108.
18. *Шилов И.Ю.* Фамилистика. (Психология и педагогика семьи). Практикум. – СПб, ООО «Изд-во «Петрополис», 2000. – 416 с.

Дополнительная:

1. *Захаров А.И.* Детские неврозы (психологическая помощь родителей детям). «Респек», СПб: 1995, 192 с.
2. *Костина Л.М.* Игровая терапия с тревожными детьми. – СПб.: Речь, 2001. – 160 с.
3. Психологическая диагностика в психолого-педагогической практике (учебно-методическое пособие) / Сост. Константинов В.В., Ситников В.Л., Шилов И.Ю. – СПб.: ЛГОУ им. А.С. Пушкина, 2002.
4. Психология подростка. Полное руководство. Под ред. члена-корреспондента РАО А.А. Реана – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 432 с.
5. *Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2005. – 256 с.
6. *Рычкова Н.А.* Поведенческие расстройства у детей: диагностика, коррекция и психопрофилактика. – М.: «ТАНДЕМ» + «Гном-Пресс», 1998. – 100 с.
7. *Самоукина Н.В.* Игры в школе и дома: психотехнические упражнения и коррекционные программы. – М.: Новая школа, 1995. – 144 с.
8. *Ситников В.Л.* Образ ребенка (в сознании детей и взрослых). – СПб: Химиздат, 2001. – 288 с.
9. *Стреленко А.А.* Я-образ в сознании подростков, переживших сексуальное насилие. Учебно-методическое пособие / А.А. Стреленко. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2003 – 42 с.
10. *Шабалина В.В.* Зависимое поведение школьников. – СПб.: Медицинская пресса, 2001. – 176 с.
11. *Яковлева Н.Г.* Психологическая помощь дошкольнику. – СПб.: «Валери СПД», 2001. – 112 с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психологическое консультирование является одной из важнейших функций практического психолога. Как отрасль психологической науки и практики консультирование включает в себя знания об особенностях внутреннего мира человека, оказавшегося в затруднительной или сложной жизненной ситуации. Профессиональная беседа, лежащая в основе проведения консультативной деятельности, психолога с лицом, обратившемуся к нему за помощью, должна поспособствовать разрешению психологического вопроса или проблемы.

В учебно-методический комплекс включены: содержание курса, задания для самостоятельной работы, контрольные вопросы, основные понятия курса. В предлагаемом комплексе представлены практические задания, выполнение которых поспособствует лучшему освоению данной дисциплины. Осознание собственных представлений, убеждений, взглядов является исходным моментом для профессионального развития, поскольку направлены на становление исследовательских навыков, являющихся значимой частью профессии консультанта. Они включают в себя сопоставление разных подходов и методов консультирования, развитие навыков анализа профессиональной деятельности, а также формирование профессиональных навыков взаимодействия с другими людьми.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Особенности поведенческой психотерапии (Цит. по: Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2005. – С. 205–224).

С самого начала своего развития поведенческая психотерапия опиралась на классические поведенческие теории (бихевиоризм) и в этом качестве заимствовала у психологии поведения пристальное внимание к экспериментально полученному знанию и пренебрежение теми психическими явлениями, которые не поддаются непосредственному наблюдению и объективной фиксации.

Поведенческая терапия рассматривала болезненное поведение как одну из многих форм поведения, подчиняющуюся тем же самым законам, что и здоровое поведение. Поскольку изначально предполагалось, что поведение является результатом научения, то возникло предположение о возможности терапевтического обучения, основывающегося на достижениях психологии.

Болезненное, то есть доставляющее страдания самому человеку или его непосредственному окружению, поведение стало объектом терапевтического вмешательства. Устранив или модифицировав болезненное поведение, психолог, психотерапевт тем самым избавляет пациента от страданий и достигает заранее согласованных с ним целей терапии.

Поведенческой психотерапией может быть названа любая форма основанного на экспериментальных данных и контролируемого обучения новым, более эффективным и здоровым формам поведения, изменения (модификации) или устранения доставляющих страдания болезненных форм поведения.

Итак, речь идет о большой группе различных методов, которые объединяет общая идея использования с терапевтической целью достижений экспериментальной психологии поведения. А цель терапии состоит в изменении четко описанных и хорошо операционализированных образцов поведения, когнитивных и эмоций, которое экспериментально контролируется на всех этапах работы.

Таким образом, в ходе терапевтического общения и в результате использования специальных технологий психотерапевт, чтобы улучшить самочувствие пациента, влияет на его установки, ход мыслей и регуляцию поведения. Результатом такого рода вмешательств должно стать изменение баланса позитивных и негативных мыслей и чувств в пользу позитивных. С того момента, когда клиенту уже больше не требуется помощь психотерапевта, поведенческую психотерапию можно считать завершенной.

Психологическая помощь в кризисных ситуациях

Из самого названия «поведенческая психотерапия» следует, что это один из видов психотерапевтической практики, в центре внимания которой находятся особенности поведения клиента, доставляющие страдания ему самому или людям из его окружения. При определенной степени выраженности поведенческих нарушений эти страдания могут приобретать хронический затяжной характер, для устранения этих нарушений требуются специально организованные терапевтические действия. В рамках поведенческой психотерапии помощь, которую оказывает психотерапевт пациенту, состоит в том, что они вместе анализируют причины и характер поведенческих проблем, приводящих к страданиям; терапевт планирует и осуществляет мероприятия, направленные на устранение болезненных особенностей поведения или на формирование новых навыков поведения, отсутствие которых вызывало проблемы и болезненное состояние.

Характерные черты поведенческой психотерапии

Современные тенденции развития поведенческой психотерапии таковы, что все больше внимания уделяется формированию или повышению социальной компетентности пациента, практике, расширяющей его поведенческий репертуар, устраняющей негативный или деструктивный характер мыслей, то есть имеющей скорее гуманитарный, чем лечебный характер. Однако в этих тенденциях поведенческая психотерапия не оригинальна – такова общая линия развития психотерапии как науки и профессиональной практики.

Принципиальные отличия этого вида психотерапии от других состоят в следующем:

1. *Поведенческая психотерапия концентрируется в первую очередь на изменении поведения.* Ключевое отличие поведенческой психотерапии от других подходов заключается в том, что под терапией понимается любая форма обучения новым способам поведения, отсутствие которых, так или иначе, ответственно за психологические проблемы клиента. Часто такое обучение предполагает устранение ошибочных форм поведения или же их видоизменение. При этом способ и вид обучения (или переучивания) принципиального значения не имеют.

Конечно, в современной поведенческой психотерапии под «поведением» понимают не только внешние, явные его формы, но и всю гамму мыслительных (когнитивных) и эмоциональных процессов, участвующих в его регуляции. Именно нацеленность на достижения поведенческих изменений путем сложной многоуровневой работы можно отнести к числу наиболее значимых «родовых черт» поведенческой психотерапии.

2. *Контроль над процессом и результатами* – другая отличительная черта поведенческой психотерапии. Психотерапевт старается иметь дело только с четко фиксируемыми когнитивными, эмоциональными и поведенческими проявлениями и стремится получить очевидный и воспроизводимый

результат. Еще до начала активных психотерапевтических вмешательств определяется список целей, по степени достижения которых судят об эффекте психотерапии. Терапевты поведения не делают секретов из своих методов, доступно излагают принципы их действия пациентам, стремятся сами контролировать успех терапии и предлагают научиться этому своим пациентам. Кстати, именно за тщательный контроль результатов поведенческую психотерапию очень любят агенты медицинских страховых компаний.

3. *Опора на экспериментальные данные и психологические теории* является основой всего процесса психотерапии. Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы использовать методы, прошедшие тщательную экспериментальную оценку и опирающиеся на ясные теоретические концепты.

4. *Множественность отдельных техник и многообразие терапевтических подходов.* Достаточно трудно проследить внутреннее единство этих технологий, поскольку для отдельных случаев разработаны очень специфичные приемы, с которыми мы еще познакомимся. При осуществлении психотерапевтических мероприятий психотерапевт, исходя из картины поведенческих нарушений, каждый раз должен заново выбирать из этого многообразия методов наиболее подходящие. То есть речь идет скорее о разных технологиях, объединенных общей терапевтической ориентацией и рассчитанных на мульти-модальное воздействие, нежели о едином стандартизированном методе.

Психолог, использующий поведенческую психотерапию, ориентируется на психологическую модель проблемного поведения.

Психологическая модель проблемного поведения

В отличие от *квазимедицинских* моделей психических расстройств и девиаций, имеющих в своей основе биологические или физиологические предпосылки, поведенческая психотерапия использует психологическую модель отклоняющегося поведения, которая опирается на несколько базовых предположений (см.: Вильсон Д. Т. Поведенческая терапия // Журнал практической психологии и психоанализа, 2000, № 3).

1. Многие особенности поведения, которые раньше считались болезнями, рассматриваются в поведенческой психотерапии как «психологические трудности» или «жизненные проблемы».

2. Признается, что болезненное, или девиантное, поведение в основном приобретается по тем же законам, что и нормальное. Принципы изменения здорового и болезненного поведения одинаковы, и поэтому на болезненное поведение можно воздействовать обычными методами научения.

3. Поведение человека в большой степени зависит от *ситуативных переменных* и поэтому должно рассматриваться во взаимосвязи с актуальной ситуацией и исходя из ее особенностей. Анализу событий в далеком прошлом, приведших к возникновению болезненного поведения, уделяется совсем немного внимания.

4. Для того чтобы изменить поведение, не обязательно понимать причины его возникновения и происхождение проблемы. Во-первых, эти данные зачастую либо недоступны, либо требуется слишком много времени и усилий, чтобы их получить, во-вторых, мы еще очень мало знаем о причинно-следственных связях между психическими явлениями.

5. Для терапии необходимо предварительно проанализировать проблему с учетом многих модальностей и затем выбрать методы, подходящие для применения в условиях выявленных особенностей.

6. Способы и приемы терапии подбираются строго индивидуально, применительно к разным людям и их специфическим личным проблемам.

Этапы поведенческой психотерапии критических состояний

Исходя из названных базисных предположений, поведенческая психотерапия человека, оказавшегося в кризисной ситуации, осуществляется по нескольким взаимосвязанным и взаимодополняющим этапам.

1. *Поведенческая диагностика.* До начала вмешательства совместно с пациентом, обратившимся за помощью, определяют цель терапии, то есть обсуждают, к какому именно состоянию пациент хочет прийти с помощью терапевта, что будет считаться успехом терапии. На этом этапе в диалоге следует найти ответ на вопрос о том, какие образцы поведения требуется изменить с точки зрения их интенсивности, длительности, частоты или условий их проявления. Далее анализируют причины возникновения ошибочного или целевого поведения или те очевидные факторы, которые тормозят целевое поведение. Только на основании знания целевого поведения и причин его осуществления терапевт планирует и обсуждает с клиентом конкретные мероприятия по достижению желаемого состояния.

Конечно, не всегда в случае терапии кризисных состояний есть время и возможность провести детальный поведенческий анализ. Однако этика психологической помощи требует искать пути к максимально точной и подробной поведенческой диагностике.

2. *Терапевтические вмешательства.* На основе согласованного с клиентом плана терапии по совместно составленному расписанию происходят терапевтические встречи в групповой и (или) индивидуальной форме. Каждая из этих двух форм поведенческой терапии кризисных состояний имеет свои преимущества и недостатки, хорошо известные психологам и описанные в литературе. Особенностью терапии кризисных состояний является то, что чаще используется индивидуальная терапия. Эта форма уменьшает возможность подражать болезненному поведению других членов группы, а также такие негативные эффекты, как усиление негативной самооценки и рост чувства беспомощности, которые часто возникают в результате сравнения себя с более эффективно справляющимися с кризисной ситуацией пациентами.

3. *Контроль эффективности.* На каждом этапе поведенческой психотерапии проводится контроль ее эффективности по особой схеме, известной в экспериментальной психологии как «модель А-В-А».

Эта экспериментальная модель крайне проста и ограничена изучением одного испытуемого (А) до и после какого-либо терапевтического вмешательства (В). Речь идет о выборке различных действий испытуемого А до момента вмешательства, в процессе вмешательства и спустя некоторое время после него.

Вместо того чтобы сравнивать поведение пациента с эталонным, его сравнивают с ним самим, но таким, каким он был раньше. Таким образом, в самой схеме А-В-А заложен дополнительный источник мотивации изменений, ведь сравнение с эталоном почти всегда позволяет убедиться, что эталон не достигнут. Сравнение с самим собой в этом смысле всегда означает либо положительное подкрепление, либо возможность получить помощь в дальнейшей работе над своей проблемой.

Если выборка поведения испытуемого (пациента) после терапии приблизится к заранее определенным целям, то результат достигнут. Если ожидаемых изменений не будет обнаружено, то потребуется либо уточнение и конкретизация целей, либо коррекция плана психотерапевтических мероприятий.

Вряд ли стоит рассматривать три этапа поведенческой психотерапии как некоторую временную последовательность. Очень часто диагностика, вмешательство и контроль проходят одновременно. Анализ целей терапии уже означает своеобразное вмешательство, а контроль по модели А-В-А дает повод для дополнительного обсуждения целей или коррекции терапевтического плана. Важно только понимать, что пропуск любого из названных этапов заставляет специалистов усомниться либо в квалификации терапевта, либо в том, что осуществляется именно поведенческая психотерапия.

При работе в чрезвычайных ситуациях часто используются экспрессные формы психологической помощи и поддержки, своего рода «психологическая первая помощь», о которой мы расскажем далее. Но и эта экспрессная форма поведенческой психотерапии подразумевает прохождение всех трех названных этапов поведенческой психотерапии.

Кризисная ситуация как внутренний и внешний стимул.

В кризисной помощи пострадавшим в результате травматических событий психолог чаще имеет дело не с внешними стимулами (хотя такой кризис связан именно с внешними событиями), а с внутренними – с отражением внешних бед и катастроф.

И здесь следует четко различать индуцированные событием изменения в поведении (например, нервный тик или заикание), для сохранения которых сам внешний стимул уже не имеет особого значения, и изменения в поведении и настроении под постоянным влиянием трансформированного внешнего стимула в форме навязчивых образов или мыслей.

В первом случае нам, очевидно, не стоит возвращаться к анализу кризисного события, и наша цель состоит в устранении болезненного по-

ведения. В случае же с внутренним стимулом возникает возможность, которой не следует пренебрегать. Мы можем попытаться либо устранить этот внутренний стимул, либо научить пациента контролировать его, тем самым повлияв на снижение вероятности проявления болезненных реактивных форм поведения.

Методы поведенческой терапии последствий кризисных ситуаций

В зависимости от того, имеет ли психолог время для детального анализа ситуации или же он вынужден оказывать экстренную психологическую помощь, различают краткосрочную и долгосрочную кризисную поведенческую психотерапию. Разница между этими двумя подходами достаточно условна, поскольку часто «беда не приходит одна» и эти два подхода приходится комбинировать.

Правила первой психологической помощи для психологов

Правило 1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как скоро можно ожидать успеха. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

Правило 2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

Правило 3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.

Правило 4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

Правило 5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

Правило 6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

Правило 7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте этот факт, чтобы убедить его в его собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Правило 8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

Правило 9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

Правило 10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

Правило 11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

Правило 12. Если стресс является тем, с чем постоянно работает психолог, то он может негативно сказаться и на нем. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

Методы поведенческой психотерапии кризисных состояний

Известно, что искусство психотерапевта значительно шире, чем эклектическое сочетание различных приемов, и приобретает в процессе достаточно длительной послеузовской подготовки.

Очень условно можно разделить все методы поведенческой психотерапии кризисных состояний на приемы кратковременного облегчения и способы долговременного овладения кризисом.

Методы поведенческой терапии кризисных состояний

Кратковременное облегчение	Долговременные изменения
Спонтанное расслабление	Систематическое расслабление
Внутреннее отвлечение	Систематическое решение проблемы
Внешнее отвлечение	Изменение установок рэт
Позитивная самоинструкция	Беседа
Отреагирование	Десенсибилизация
Уменьшение дозы стресса	Мысленный стоп

К методам кратковременного облегчения переживания кризиса относятся следующие приемы поведенческой психотерапии.

Спонтанное расслабление. Пациенту предлагается каждый раз, когда встречаются объекты, которые напоминают ему о причиненном страдании, или же приходят мысли о травмирующем событии, несколько раз глубоко вздохнуть и расслабиться, встряхнуть опущенными руками, сделать круговые движения плечами, дать себе инструкцию на расслабление («я совершенно спокоен и расслаблен»). В результате должна уменьшиться доза стресса, провоцируемого болезненными внутренними или внешними стимулами.

Внутреннее отвлечение. Пациенту предлагается представить себе картину событий, вызывавших в прошлом позитивные чувства, или пофантазировать по поводу ожидаемых в будущем приятных вещей. Ожидается замещение этими мыслями или фантазиями мыслей и образов травмировавшего события.

Внешнее отвлечение. Вместе с пациентом выявляются занятия, которые обычно доставляют ему удовольствие. Дается задание заниматься как можно чаще этими приятными делами. Если уже давно планируется какое-либо приятное мероприятие, то этим рекомендуют заняться незамедлительно.

В качестве внешнего отвлечения могут использоваться и не очень приятные, но полностью занимающие внимание дела (ремонт, механическая работа, помощь кому-либо в сложном деле и т.п.).

Интенсивная внешняя деятельность, особенно безусловно приятная клиенту, выступает в качестве замещения болезненного поведения. От внешнего отвлечения, которое может использоваться несколько раз в течение дня и перемежаться другой деятельностью, интенсивная внешняя деятельность предполагает полное поглощение человека в течение всего дня (например, сложный туристический десятидневный поход).

Позитивная самоинструкция может быть использована в терапии, если кризисные события мешают пациенту выполнять его прямые обязанности, выступают в качестве внутреннего барьера. Пациенту рекомендуют произносить про себя простые, направленные на успех инструкции: «Я пойду и поговорю с ним об отсрочке платежей» или «Сейчас я сяду за компьютер и продолжу работу над статьей» или «Я немедленно займусь ремонтом на кухне».

Отреагирование. Ярость и злость, обида и негодование могут быть выражены с помощью физических упражнений, особенно из разряда восточных практик или боевых искусств. Как и в психодраме, пациенту можно помочь выплакаться, покричать, сказать громко, допуская любые выражения, о том, что он думает об обидчике.

Уменьшение дозы стресса. Если кризис был вызван каким-либо событием или учреждением, лицом или объектом и эти стимулы постоянно попадают на глаза, то степень страдания мы можем уменьшить, если придумаем способ уменьшения масштаба или степени конфронтации с этими стимулами.

Эти методы кратковременного облегчения имеет смысл дополнять приемами долговременных изменений.

Систематическое расслабление отличается от спонтанного тем, что клиенту дают задание регулярно посещать занятия для тренировки навыков релаксации в тренинговой группе или психотерапевтическом центре. В целях систематического расслабления используют аутотренинг, мышечную релаксацию по Джекобсону, йогу, массаж и пр.

Решение проблем. Многим пациентам дает чувство безопасности осуществление мероприятий по предотвращению критических событий в будущем (например, оборудование квартиры охранной сигнализацией или переезд из сейсмоопасного региона).

Изменение установок: рационально-эмоциональный тренинг. Если центр тяжести проблем состоит в искаженном представлении о долге и чрезмерном чувстве вины, то имеет смысл предпринять анализ установок и провести курс когнитивной терапии, например, рационально-эмоциональный тренинг по А. Эллису (см.: Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику. СПб.: Питер Пресс, 1997; Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб.: Питер Пресс, 1999).

Беседа. Открытая беседа или коммуникация в поведенческой терапии считается наиболее цивилизованным способом решения проблем. Пациенту предлагается составить список лиц, с которыми он может обсудить свою беду. Не обязательно эти беседы должны быть приятными, но обязательно – открытыми и честными. Ожидается, что прямой разговор «снимет камень с души» и позволит проверить некоторые, возможно, ошибочные предположения (подробнее о тренинге открытого выражения чувств см.: Ромек В. Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. СПб.: Речь, 2002). Такие беседы часто требуют продолжительного времени и детального разбора на последующих встречах с психотерапевтом.

Систематическая десенсибилизация по отношению к травмирующим стимулам заключается в предъявлении вызывающего неприятные эмоции стимула на фоне релаксации. При правильном применении метода стимулы, ранее вызывавшие негативные чувства, после тренинга автоматически вызывают релаксацию (см.: Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия М.: Академия, 2002. – С. 27–31).

Мысленный стоп. Каждый раз, когда в голову клиента приходят тревожные мысли о пережитом, ему предлагается говорить себе «стоп» (или представлять соответствующий образ, например, знак «Проезд закрыт»), делать небольшую паузу и переходить к внешнему или внутреннему отвлечению. Этот прием также требует многократного повторения и контроля со стороны психотерапевта. Ожидается, что частота «стопов» с течением времени уменьшается.

Также можно ознакомиться с таким источником по поведенческой психотерапии, как: Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.

Психологическая помощь при переживании горя (Цит. по: Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2005. – С. 126–145).

Помощь человеку, понесшему утрату, в большинстве случаев не предполагает профессионального вмешательства. Достаточно информировать близких, как вести себя с ним, каких ошибок не совершать. Зачастую помощи мешают различные предрассудки и заблуждения, например, бытует мнение, что не следует с горюющим говорить об умершем. На самом деле, это делать необходимо, но говорить могут друзья, близкие люди, в соответствующей обстановке, а не дальние знакомые, случайно встретившиеся на улице.

Если же в окружении человека отсутствуют люди, с которыми он может разделить свое горе, необходима помощь добровольного консультанта экстренной психологической помощи либо психолога, психотерапевта. В результате предотвращается опасность развития посттравматического стрессового расстройства и других заболеваний.

Формы горя:

- нормальное;
- патологическое;
- хроническое горе (характеризуется длительным застреванием во 2-й фазе);
- задержанное горе (вернувшееся через некоторое время);
- неожиданное горе;
- конфликтное горе;
- избегаемое горе;
- замаскированное горе.

Комплексы симптомов горя:

- эмоциональный комплекс – печаль, гнев, тревога, беспомощность, безразличие;
- когнитивный комплекс – навязчивые мысли, неверие, ощущение присутствия;
- поведенческий комплекс – нарушения сна, бессмысленное поведение, избегание вещей и мест, связанных с умершим, фетишизм, сверхактивность, уход от социальных контактов, потеря интересов;
- возможны комплексы физических ощущений и алкоголизация как поиск комфорта.

Болезненные реакции горя

Нормальный процесс скорби иногда перерастает в хроническое кризисное состояние, которое называется патологической скорбью. По мнению Фрейда, скорбь становится патологической, когда «работа скорби» неудачна или не завершена. Болезненные реакции горя являются искаже-

ниями нормального горя. Трансформируясь в нормальные реакции, они находят свое разрешение. Выделяется несколько типов патологической скорби.

а) Отсрочка реакции или «блокирование» эмоций во избежание интенсификации процесса скорби. Если тяжелая утрата застаёт человека во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели и даже значительно дольше. Иногда эта отсрочка может длиться годы, о чем свидетельствуют случаи, когда клиентов, недавно перенесших тяжелую утрату, охватывает горе о людях, умерших много лет назад.

б) Искаженные реакции. Отсроченные реакции могут начаться после паузы, во время которой не отмечается никакого аномального поведения или страдания, но в которой имеют место определенные изменения поведения клиента, однако обычно не столь серьезные, чтобы служить поводом для обращения за помощью. Эти изменения могут рассматриваться как поверхностные проявления не разрешившейся реакции горя. Можно выделить следующие виды таких изменений:

– *повышенная активность без чувства утраты*, а скорее с ощущением хорошего самочувствия и вкуса к жизни; предпринимаемая клиентом деятельность носит экспансивный и авантюрный характер, приближаясь по виду к занятиям, которым в свое время посвящал себя умерший;

– *появление у клиента симптомов последнего заболевания умершего* (например, через две недели после смерти отца, последовавшей от болезни сердца, у клиента были обнаружены изменения кардиограммы, наблюдавшиеся в течение трех недель). От формирования симптомов посредством идентификации, которые могут рассматриваться как результат истерической конверсии, необходимо отличать другой тип расстройств, а именно

– *психосоматические нарушения*, к которым относятся в первую очередь язвенные колиты, ревматические артриты и астму;

– *изменения в отношениях к друзьям и родственникам*; клиент раздражен, не желает, чтобы его беспокоили, избегает прежнего общения, опасается, что может вызвать враждебность своих друзей своим критическим отношением и утратой интереса к ним; развивается социальная изоляция, и клиенту, чтобы восстановить свои социальные отношения, нужна серьезная поддержка. Хотя враждебность клиента распространяется на все отношения, может также иметь место

– *особенно яростная враждебность против определенных лиц*. Такие клиенты, несмотря на то, что они много говорят о своих подозрениях и резко выражают свои чувства, в отличие от параноидных субъектов, почти никогда не предпринимают никаких действий против обвиняемых;

– многие клиенты, сознавая, что развившееся у них после утраты близкого чувство враждебности совершенно бессмысленно и очень портит их харак-

тер, усиленно борются против этого чувства и скрывают его, насколько возможно. У некоторых из них, сумевших скрыть враждебность, чувства становятся как бы «одеревеневшими», а поведение – формальным, что напоминает картину шизофрении;

– с этой картиной тесно связана *дальнейшая утрата форм социальной активности*. Клиент не может решиться на какую-нибудь деятельность, страстно стремясь к активности, он так и не начнет ничего делать, если кто-нибудь не подстегнет его. Утрачена решительность и инициатива, доступна только совместная деятельность, один он действовать не может. Ничто, как ему кажется, не сулит награды, делаются только обычные повседневные дела, причем шаблонно и буквально по шагам, каждый из которых требует от человека больших усилий и лишен для него какого бы то ни было интереса;

– *чрезмерно острое чувство вины*, сопровождаемое потребностью наказывать себя. Иногда такое наказание реализуется посредством самоубийства;

– бывает также, что клиент активен, однако большинство его действий *наносит ущерб его собственному экономическому и социальному положению*. Он с неуместной щедростью раздаривает свое имущество, легко пускается в необдуманные финансовые авантюры, совершает серию глупостей и оказывается в результате без семьи, друзей, социального статуса или денег. Это растянутое самонаказание, по-видимому, не связано с осознанием какого-либо особого чувства вины;

– это в конце концов приводит к такой реакции горя, которая принимает форму *ажитированной депрессии* с напряжением, возбуждением, бессонницей, с чувством малоценности, жесткими самообвинениями и явной потребностью в наказании. Такие клиенты могут совершать попытки самоубийства. Но даже если они не суицидоопасны, им может быть присуще сильное стремление к болезненным переживаниям;

– *трансформация скорби в идентификацию с умершим человеком*. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем;

– *растягивание процесса скорби во времени* с обострениями, например, в дни годовщин смерти.

Прогноз

В известных пределах тип и острота реакции горя могут быть предсказаны. У клиентов, склонных к навязчивым состояниям или страдавших ранее от депрессии, вероятнее всего, разовьется ажитированная депрессия. Острой реакции следует ждать у матери, потерявшей маленького ребенка. Большое значение для протекания реакции горя имеет интенсивность общения с умершим перед смертью. Причем такое общение не обязательно должно основываться на привязанности; смерть человека, который вызывал сильную враждебность, особенно враждебность, не находившую себе выхода вследствие его положения или требований лояльности, может вы-

зывать острую реакцию горя, в которой враждебные импульсы наиболее заметны. Нередко, если умирает человек, игравший ключевую роль в некоторой социальной системе, его смерть ведет к дезинтеграции этой системы и к резким изменениям в жизни и социальном положении ее членов. В этих случаях приспособление представляет собой очень трудную задачу.

Профессиональная задача психолога заключается в том, чтобы помочь клиенту по-настоящему пережить утрату, совершить работу горя, а не в том, чтобы притупить остроту душевных переживаний. Процесс скорби, оплакивания не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Имеется в виду очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Психотерапевт способен доставить облегчение, однако его вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо.

Что следует и чего не следует делать при оказании помощи клиенту, находящемуся в состоянии горя

1. *Следует* побуждать клиента к обсуждению его переживаний. Позвольте ему просто говорить об утраченном объекте своей любви, вспоминать положительные эмоциональные эпизоды и события прошлого.

2. *Не следует* останавливать клиента, когда он начинает плакать. Слезы, как сейчас известно, содержат анестезирующие вещества, действие которых сходно с действием морфина. Так что рыдания – это, скорее, физиологическая реакция организма, смягчающего душевную боль. (Замечательно при этом то, что организм одинаково реагирует на физическую и душевную боль – слезами).

3. В случае если клиент потерял кого-то из близких, следует постараться обеспечить присутствие небольшой группы людей, которые знали покойного (покойную), и попросить их говорить о нем (о ней) в присутствии клиента. В период утраты страдание облегчается присутствием родственников, друзей, причем существенна не их действительная помощь, а легкая доступность в течение нескольких недель, когда скорбь наиболее интенсивна. Понесшего утрату не надо оставлять одного, однако его не следует перегружать опекой – большое горе преодолевается только со временем. Горюющему человеку нужны постоянные, но не навязчивые посещения и хорошие слушатели.

4. *Следует* предпочесть частые и короткие встречи с клиентом редким и длительным посещениям. Роль слушателя может выполнять психолог, психотерапевт. Находиться со скорбящим человеком и надлежащим образом внимать ему – главное, что можно сделать. Чем больше психолог сопереживает скорби и чем адекватнее воспринимает собственные эмоциональные реакции, связанные с помощью, тем эффективнее целебное воздействие. Не следует поверхностно успокаивать скорбящего человека. Замешательство и формальные фразы лишь создают неудобное положение.

Клиенту надо предоставить возможность выражать любые чувства, и все они должны быть восприняты без предубеждения. Другая очень важная задача психотерапевта – помочь близким понесшего утрату человека правильно реагировать на его скорбь.

5. *Следует* учесть возможное наличие у клиента замедленной реакции горя, которая проявляется через некоторое время после смерти любимого человека и может характеризоваться изменениями в поведении, ажитацией, лабильностью настроения и злоупотреблением психоактивными веществами. Эти реакции могут проявляться также в годовщину смерти (так называемая реакция годовщины).

6. *Следует* учитывать, что реакция на ожидаемое горе проявляется до наступления утраты и может снизить остроту переживаний. Такая реакция может сыграть положительную роль.

7. *Следует* учитывать, что клиент, близкий родственник которого покончил жизнь самоубийством, может отказаться говорить о своих чувствах, опасаясь, что это каким-то образом его скомпрометирует.

8. В процессе скорби нередко наступает озлобленность. Понесший утрату человек стремится обвинить кого-то в случившемся. Вдова может обвинить умершего мужа за то, что он оставил ее, или бога, который не внял ее молитвам. Обвиняются врачи и другие люди, которые были способны реально или только в воображении страдальцы не допустить создавшейся ситуации. Речь идет о настоящей злости. Если она остается, то подпитывает депрессию. Поэтому психолог *должен не* дискутировать с клиентом и не корректировать его злобу, а помочь ей вылиться наружу. Только в таком случае уменьшится вероятность ее разрядки на случайных объектах.

9. Типичное проявление скорби – тоска по умершему. Человек, переживший утрату, хочет вернуть утерянное. Обычно это иррациональное желание недостаточно осознается, что делает его еще глубже. Навязчивые мысли и фантазии об умершем постоянно лезут в голову. Его лицо видится в толпе; пропадает интерес к событиям, которые прежде казались важными, к своей внешности. Места и ситуации, связанные с умершим, приобретают особую значимость. Психологу *следует* разобраться в символической природе тоски. Поиск умершего не бесцелен – он явно направлен на воссоздание утраченного человека. *Не надо* противиться символическим усилиям скорбящего, поскольку таким образом он старается преодолеть утрату. С другой стороны, реакция скорби бывает преувеличена, и тогда создается культ умершего.

10. Во время траура происходит значительное изменение идентичности, например, резко меняется самооценка осуществления супружеской роли. Поэтому важная составляющая «работы скорби» заключается в обучении новому взгляду на себя, поиску новой идентичности, психолог *должен* уделить этому моменту особое внимание.

11. В разные периоды жизни люди испытывают амбивалентные чувства друг к другу. После смерти близкого человека прежняя амбивалентность является источником чувства вины. «Работа скорби» обуславливает возврат к отношениям, которые прервала смерть. Предпринимается попытка понять их значение в перспективе времени. Понесший утрату постоянно задает себе вопросы: «Все ли я сделал для умершего?», «Достаточно ли уделял ему внимания?» Вспоминаются случаи несправедливого отношения к умершему, и страдающий человек говорит себе, что повел бы себя совершенно иначе, будь возможность все вернуть. Психолог *должен* с пониманием воспринимать эти сложные переживания как неизбежное изживание скорби.

12. В трауре очень существенны ритуалы. Они нужны скорбящему как воздух и вода. Психологически крайне важно иметь публичный и санкционированный способ выражения сложных и глубоких чувств скорби. Ритуалы необходимы живым, а не умершим, и они не могут быть упрощены до потери своего назначения. Если по какой-либо причине не были совершены некие ритуалы, психолог *может* порекомендовать их совершить.

Этапы психологической помощи

Помощь на стадии шока

Необходимо присутствовать рядом с человеком, понесшим утрату, не оставлять его одного, заботиться о нем. Выразить свою заботу и внимание лучше через прикосновения. Именно таким образом люди выражают свое участие, когда слова им неподвластны. Даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция. Страдающий человек всегда вправе не принять руку, так же как и другое участие, но предлагать помощь необходимо.

Помощь на стадии острого горя

Следует говорить об умершем, причине смерти и чувствах в связи с происшедшим. Спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Вопросы: «На кого он / она был похож?», «Можно ли увидеть его / ее фотографии?», «Что он / она любил делать?», «Что вы сейчас вспоминаете о нем / ней?» вовсе не бестактны, они позволяют скорбящему выговориться. Если перенесший потерю человек как бы замирает, ничего не говоря, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить, во что бы то ни стало заполнить тишину словами. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда он возвратится к реальности. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное – создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания. В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, – только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его. Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь не-

пременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, демонстрировать особый статус страдающего человека. Постепенно (ближе к концу этого периода) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

Помощь на стадии восстановления

Надо помогать заново включиться в жизнь, планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность вновь и вновь говорить об умершем. Полезными в этот период могут быть и какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет горюющему «встряхнуться»; иногда эффективны даже упреки в безразличии, невнимании к близким, напоминания об обязанностях.

Помощь профессионала, прежде всего, необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер (О помощи близким людям человека, совершившего суицид, см.: Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Составитель А.Н. Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. – С. 325–338), либо велик риск того, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса.

Психологическая помощь может потребоваться и через годы, прошедшие после утраты, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена.

Проблемы, разрешаемые в процессе консультирования, очень индивидуальны. Некоторые люди просто не понимают, что с ними происходит; в этом случае даже простые объяснения психологии горя могут помочь уменьшить страх и напряжение. Человек может отрицать переживание им горя, поскольку считает, что это показывает его слабость. Пациенты, обратившиеся за помощью в период острой стадии, требуют от психолога спасения, что может стать своего рода западней для профессионала, который в такой ситуации просто обречен испытывать чувство вины. Обычно на острой стадии горя человек жаждет, прежде всего, облегчения страданий, так как боль утраты и другие переживания могут быть невыносимыми. Парадокс состоит в том, что в этот период психолог должен помогать в переживании боли, необходимом для заживления травмы, а не избегать или отрицать ее, что делает кризисную помощь очень сложной проблемой, в том числе и для консультанта, поскольку он может оказаться мишенью для выражения агрессии со стороны пациента.

Количество сессий консультирования можно установить только тогда, когда речь идет о решении конкретной проблемы (например, вновь выйти на работу или начать навещать могилу умершего), а в большинстве

случаев консультирование продолжается до тех пор, пока пациент нуждается в сопровождающей помощи. По различным данным, большинство пациентов, консультирующихся в связи с утратой, проходят от четырех до десяти сессий в течение одного или двух лет после события. Довольно распространены и однократные обращения, в основном за разъяснениями и информацией.

Характер и темп продвижения от начала консультирования к переломному моменту и завершению также трудно определить, так как они зависят от множества индивидуальных факторов, например, особенностей личности пациента, обстоятельств утраты и т.д. Ранние сессии обычно фокусируются на переживаниях острой боли от потери, утраты контроля над своей жизнью, отсутствии ее смысла. Консультант обеспечивает необходимую эмоциональную поддержку, способствует выражению чувств, прежде всего – высвобождению боли. В качестве основного метода используется *безоценочное слушание*. Поддерживается стремление горющего каждый раз заново говорить о предмете боли, таким же образом инструктируется и его окружение. Консультант также может давать рекомендации о режиме сна, питания и других деталях образа жизни, советовать обратиться к врачу для медицинского обследования и лечения.

Где-то в середине пути консультант сталкивается с феноменом «всплывания» у пациента интенсивных переживаний, возвращения острой боли и других тяжелых чувств. Однако темы консультирования изменяются. Ключевыми становятся проблемы идентичности, изменения ролей, необходимость воссоздания после утраты своего «Я». Пациент может присоединиться к поддерживающей группе, где встретит таких же людей, потерявших близкого человека. Для переживающего горе в этот период важна и физическая активность. Одним из основных психологических методов помощи может быть когнитивная терапия.

Задачей завершающих сессий является помощь в возвращении и воссоздании жизненных смыслов. Пережитое интегрируется и претворяется в мотивацию и энергию для жизненных выборов и решений. Консультант помогает наметить цели, строить новые планы; они вместе обсуждают достижения пациента. Возможно, ему необходимо будет помочь освоить новые поведенческие навыки или восстановить старые, например, знакомиться и поддерживать знакомства, изменить образ жизни. Важно осмыслить, что все это делается не для того, чтобы «заменить» утраченное: восстановление не означает забвения. На самом деле, работа горя вряд ли может быть когда-нибудь полностью завершена.

Переживание утраты при разводе

Утрата близкого человека случается не только при его смерти. Развод представляет собой аналогичную ситуацию и порождает схожую динамику переживаний. Развод – это смерть отношений, вызывающая самые разнообразные, но почти всегда болезненные чувства.

Для описания развода Фройланд воспользовался классификацией Кюблер-Росс.

1. *Стадия отрицания.* Первоначально реальность происшедшего отрицается. Обычно человек затрачивает на близкие отношения много времени, энергии и чувств, поэтому сразу смириться с разводом трудно. На этой стадии ситуация развода воспринимается с выраженной защитой, посредством механизма рационализации обесцениваются брачные отношения: «Ничего такого не случилось», «Все хорошо», «Наконец пришло освобождение» и т.д.

2. *Стадия озлобленности.* На этой стадии от душевной боли защищаются озлобленностью по отношению к партнеру. Нередко манипулируют детьми, пытаясь привлечь их на свою сторону.

3. *Стадия переговоров.* Третья стадия самая сложная. Предпринимаются попытки восстановить брак, и используется множество манипуляций по отношению друг к другу, включая сексуальные отношения, угрозу беременности или беременность. Иногда прибегают к давлению на партнера при помощи окружающих.

4. *Стадия депрессии.* Угнетенное настроение наступает, когда отрицание, агрессивность и переговоры не приносят никаких результатов. Человек чувствует себя неудачником, снижается уровень самооценки, он начинает сторониться других людей, не доверять им. Нередко испытанное во время развода чувство отвержения и депрессия довольно долгое время мешают заводить новые интимные отношения.

5. *Стадия адаптации.* Когда психотерапевт встречается с разведенным клиентом во время одной из вышеназванных стадий, его цель – помочь клиенту «перейти» в стадию приспособления к изменившимся условиям жизни. В тех случаях, когда после развода остается неполная семья, детям тоже нужна поддержка в адаптации к новой ситуации. Такую поддержку может оказать как оставшийся с ними родитель, так и психотерапевт, помогающий матери или отцу преодолеть кризис.

Диапазон проблем, возникающих после развода, довольно широк – от финансовых до ухода за детьми. В разрешении проблем существенное место занимает умение жить без супруга (мужа или жены) и преодолевать одиночество. Неизбежна определенная ломка социальных отношений – приходится привыкать одному (одной) ходить на концерты, в гости. Важно здоровым и приемлемым путем удовлетворять сексуальную потребность. Роль психотерапевта в этих обстоятельствах может оказаться довольно значительной. Он должен помочь отделить одиночество от уединенности, открыто анализировать отношение к сексу и т.п.

Иногда важным этапом переживания является рассказ о случившемся, называние вещей своими именами: не «мы поссорились», а «мы расстались» или «он меня оставил». Как ни странно на первый взгляд, многие клиенты испытывают облегчение, признавая: «Этого не будет больше ни-

когда», – совершенно душевное действие, нет больше мучительной неопределенности, нет поминутного крушения несбыточных надежд: «А вдруг это он звонит?» Совершается то, что на языке гештальттерапии называется «закрытием Гештальта». Содержанием первой стадии переживания утраты является осознание: «Да, это свершилось». Затем встает вопрос: «Как же я теперь?» Постепенно происходит осознание всей совокупности изменений жизни, вызванных утратой, осознание потребностей, фрустрированных вследствие утраты, завершение внезапно оборванных отношений. Люди, находящиеся на этой стадии переживания утраты, часто в разговорах с окружающими воспроизводят фрагменты незавершенных разговоров с ушедшим, выяснения отношений. Достаточно часто на сеансе приходится задавать вопрос: «Кому предназначены эти слова?» Выражение накопившихся чувств, переживаний, высказывание упреков, жалоб, просьб постепенно приводит к осознанию того, какое место в жизни занимали утраченные отношения, что связывало людей, подготавливает прощание.

Если утрата каких-то отношений означает прежде всего фрустрацию вполне определенной потребности, то появляется возможность удовлетворения этой потребности каким-либо другим путем. Например, достаточно часто женщины тяжело переживают первый развод или разрыв отношений с первым мужчиной. Обычно в таком случае можно встретить неосознанную установку на то, что этот мужчина единственный, данный судьбой. Такое убеждение делает прощание очень болезненным, длительным процессом. Нередки случаи, что и через много лет после развода, после второго и третьего брака, первый муж все еще «ОН» единственный, хотя и потерянный мужчина, а все остальные – лишь более или менее удачные его заместители. В процессе психотерапии постепенно происходит осознание того, что другие существа мужского пола тоже мужчины, что женская судьба клиентки небезнадежна, она учится замечать и принимать внимание мужчин. Расстаться с одним из мужчин значительно легче, чем с единственным.

Признаки «зависания» переживания на стадии осознания последствий таковы: длительные внутренние разговоры с ушедшим, отсутствие новых идей и эмоций в этих разговорах, движение по кругу, в рассказе о ситуации человек уходит из контакта с собеседником, переживает по ходу рассказа те эмоции, о которых говорит, стремится рассказать, прежде всего, о партнере, умалчивая о себе, о своих чувствах. «Так что же потеряно?» – ответ на этот вопрос иногда требует длительной, кропотливой психотерапевтической работы, но именно многогранное осознание потребностей, фрустрированных в результате утраты, нахождение новых способов их удовлетворения дает возможность «простить и проститься». Иногда прощание и прощение происходят быстро и бурно, иногда медленно и незаметно – просто вдруг уходит тягостное чувство. Скорбь, отчаяние, обида сменяются печалью, а то и радостью, что, оказывается, можно жить дальше. Прерывание

работы горя, стагнация переживания утраты порождает тоску. Желания или намерения простить бывает недостаточно, нужны силы. Человеку бывает очень сложно отпустить свою обиду, свое несчастье, у него возникает ощущение большого риска. Простить – это значит остаться без возможности упрекнуть, предъявить счет, получить некое возмещение. Обида тоже может давать своеобразную защиту. Возникает замкнутый круг: страх мешает отпустить иллюзорную поддержку, иллюзиями потребность удовлетворить не удастся, длительная фрустрация истощает силы, усиливает страх. Работа с психологом, в психотерапевтической группе является шансом получить ту поддержку, которая поможет собраться с силами и сделать первые шаги без цеплянья за прошлое, в контакте «здесь и теперь».

Приложение 3

Интервью (отрывок из записи первой встречи) (Цит. по: Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2005. – С. 146–148).

Пациентка (женщина 26 лет) (П): Я понимаю, что вы не можете мне ничем помочь, пришла я к вам только из-за ребенка. Может быть, посоветуете, как вести себя... У меня муж погиб (пауза, сдерживает рыдания)... недавно.

Консультант (К): Ужасно... Какой ужас вы переживаете... Я постараюсь помочь, чем смогу (пауза). Как же это случилось?

(П): Они перевернулись. Ехали вместе с братом. У брата ни одной царапины... Муж был за рулем. Сразу за постом ГАИ. И скорость была маленькая. Никто не понял, что произошло. Перелом шеи. Выехал трейлер, он хотел в сторону... перевернулась машина. Он сразу умер. Потом привезли тело... не сразу. Погиб возле города П. Пока оформляли все. Только через три дня. Я не верила, не верила, пока не увижу. Детей отвезли к бабушке. Они не были дома, когда хоронили. Я не могла сыну сказать. Просила всех, соседей, родственников, чтобы не говорили. Привезли их домой, детей. Здесь все убрали, никаких следов нет. Он знал, что папа уехал. И ждет его, ко дню рождения подарок он обещал ему привезти... Извините... (сдерживаемые рыдания).

(К): Пожалуйста, не сдерживайте себя, плачьте... не нужно сдерживаться (пауза).

(П): (плачет)...

(К): Когда погиб ваш муж?

(П): Сегодня двенадцатый день. А ребенок вышел во двор, дети ему говорят: «Твой папа умер, его хоронили!» Это дети. Значит, из взрослых никто не подумал сказать, чтоб не трогали его. Он прибежал: «Мама, дети говорят, что папу нашего хоронили! Он же с дядей Олегом уехал, мама!» Я говорю: «Да, сынок. Дети ошиблись. Это был другой дядя». Дима когда уез-

жал, сын каждый день его ждал. Он был таким отцом – идеальным. Его все любили: свои, чужие дети. Он мог с детьми возиться день и ночь..., говорил: «У нас будет трое». Мне говорили: «Как тебе повезло!» (пауза). Я сыну ни за что не скажу, что его нет. Я не могу его видеть, я не могу себя сдерживать. А он уже на улицу не идет. Он говорит: «Мама, почему ты плачешь?», дергает меня, постоянно что-то просит.

(К): Наверное, он догадывается, что в доме беда случилась. Скрыть же невозможно свое состояние. Тем более, ему сказали дети. И он не знает, кому верить. Сколько ему лет: пять, больше?

(П): Будет шесть в мае.

(К): Он не знает, что делать, как и вы. Вам сейчас очень тяжело. И ему тоже очень плохо. Это самое тяжелое время. Может быть, вам будет легче, если вы будете вместе плакать, сейчас вы одна и сын один. Кто-нибудь еще есть дома, кроме вас, кто мог бы с ним поговорить?

(П): Сестра моя у нас ночует, днем она учится. Но она еще сама ребенок. А дочке два года. Она ничего не понимает. Хочет играть. Все время капризничает. А я не могу их видеть. Я никого и ничего не хочу. Я не хочу никого, кроме Димы, как вы не понимаете! Я не могу вместе с сыном плакать, я сойду с ума. Опять отвезти их к маме?

(К): Если вы отвезете, останетесь одна? Вряд ли так будет лучше. Вы физически как себя чувствуете?

(П): Не знаю. Я ничего не чувствую, кроме боли... Я не сплю. Но я не хочу никаких лекарств. Я не больная! У меня столько злости! Я ненавижу всех. Я ненавижу Бога, если он есть. Так не могло случиться. Почему живут негодяи, а Дима погиб? Нет никакого Бога. За что ребенку такое? Он никогда никому не сделал ничего плохого. Он был... просто... Все к нему шли, он ни одному человеку не отказал в помощи. И сейчас он поехал из-за брата, машину ему перегнать. Они все пользовались....

(П): Наверное, у него было много друзей....

(К): У него друзья и школьные, и институтские, и братья двоюродные, и соседи... Он всегда среди людей... (далее рассказ о муже).

Приложение 4

Суицидальное поведение как форма кризисного реагирования распознавания. Распознавание суицидальной опасности (Цит. по: Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2005. – С. 153–192).

Суицидальное поведение непосредственно связано с психологическим кризисом. Поскольку кризис вызывается депривацией и фрустрацией важнейших потребностей, например, в безопасности, принадлежности, достижении, автономии, понимании, возможность экстремальных последствий очевидна. Психологическая – душевная – боль, феномен, вероятно,

является общим признаком тяжелых кризисных состояний. Непереносимость душевной боли приводит к стремлению прекратить ее любым путем, и суицид может казаться человеку, находящемуся в кризисном состоянии, единственным способом избавления и разрешения всех проблем.

Термин «поведение» в данном случае кроме поведенческих реакций включает физиологические, эмоциональные и когнитивные аспекты психической деятельности.

Факторы суицидальной опасности

Многолетние исследования особенностей различных групп людей, покушающихся на самоубийство, выявили определенные демографические, медицинские и другие характеристики, связанные с суицидальным поведением. Знание этих факторов необходимо для оценки риска суицидального поведения.

Социально-демографические факторы

1. Пол – мужской (уровень суицидов у мужчин в три-четыре раза выше, чем у женщин, в то время как у женщин примерно в три раза выше уровень суицидальных попыток).
2. Возраст – возрастная группа от 45 до 65 лет (группы высокого риска: подростки и молодые люди обоего пола – от 12 до 24 лет, мужчины 20–30 лет, оба пола старше 50 и особенно старше 60 лет). Суицидальные попытки: максимальное количество для возрастного диапазона 25–29 лет.
3. Семейное положение – никогда не состоявшие в браке, разведенные, вдовы, бездетные и проживающие в одиночестве.
4. Образование и профессиональный статус – безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. Профессия или род занятий: военнослужащие срочной службы, врачи – прежде всего психиатры и анестезиологи.

Уровень парасуицидов (аутоагрессивных действий, не приведших к смертельному исходу) выше среди лиц со средним образованием и невысоким социальным статусом.

Медицинские факторы

1. Психическая патология:

- депрессия, особенно затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;
- алкогольная зависимость;
- зависимость от других психоактивных веществ;
- шизофрения;
- расстройство личности.

2. Соматическая патология – тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание:

- онкологические и заболевания органов кроветворения;
- сердечно-сосудистые (ИБС);
- заболевания органов дыхания (астма, туберкулез);
- врожденные и приобретенные уродства;

- потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие);
- ВИЧ-инфекция;
- состояния после тяжелых операций;
- состояния после трансплантации донорских органов и тканей.

Биографические факторы

1. Гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола и взрослые мужчины).
2. Суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом.
3. Суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (религиозные лидеры, кумиры поп-культуры и т.д.).

Следующие вопросы помогут точнее определить биографические факторы и их значение: Что случилось тогда? Что удержало тогда от суицидальной попытки? Пытался ли покончить с собой кто-либо из близких, друзей пациента? Есть ли человек, которым он восхищается (является для него примером), жив ли он? Как он умер?

Ряд авторов при оценке риска суицидальной попытки после парасуицида предлагают учитывать следующие факторы:

Внешние обстоятельства

- насколько суицидент был изолирован во время попытки;
- насколько вероятным было вмешательство в суицидальное поведение со стороны других людей;
- предпринимал ли суицидент предупреждающие меры против возможного раскрытия суицидальных намерений другими людьми;
- писал ли прощальное письмо или записку;
- искал ли помощи во время попытки или после;
- совершал ли финальные действия (которые, по его предположению, должны были привести к смерти).

Внутренние установки

- верил ли суицидент в то, что действительно убьет себя;
- говорил ли он, что хочет умереть;
- насколько предумышленной была попытка;
- какие чувства испытывал, обнаружив, что попытка не удалась (его спасли) – радости, сожаления, гнева.

Индикаторы суицидального риска

Это особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые также увеличивают степень риска суицидального поведения.

Ситуационные индикаторы суицидального риска

- 1) смерть любимого человека, особенно супруги или супруга;
- 2) развод;
- 3) потеря работы;
- 4) уход на пенсию;

- 5) вынужденная социальная изоляция, особенно от семьи или друзей (эмиграция, вынужденное переселение, тюремное заключение, у подростков – переезд на новое место жительства);
- 6) сексуальное насилие;
- 7) нежелательная беременность (у подростков);
- 8) «потеря лица» – у подростков (позор, унижение). *Вопросы:* Какие события недавнего прошлого или происходящие в настоящее время в жизни пациента способствуют формированию его суицидальной готовности? Как давно произошли негативные события? Что он предпринимал, чтобы справиться с ситуацией?

Для консультанта крайне важно не оценивать текущие события в жизни пациента с точки зрения своей системы ценностей. Необходимо понять, что они значат для него.

Поведенческие индикаторы суицидального риска

- 1) злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- 2) эскейп-реакции (уход из дома и т.п.);
- 3) самоизоляция от других людей и жизни;
- 4) резкое снижение повседневной активности;
- 5) изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- 6) предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- 7) частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- 8) «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей).

Вопросы: Как изменилось поведение пациента в последнее время (временной диапазон достаточно широк: от года до нескольких дней)?

Мы можем получить информацию о поведенческих индикаторах скорее от близких людей пациента, нежели от него самого.

Коммуникативные сигналы суицидального риска

Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное). Шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям.

Когнитивные индикаторы суицидального риска

1. Разрешающие установки к суицидальному поведению.
2. Так называемая негативная триада, характерная для депрессивных состояний: негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего. Собственная личность предстает как ничтожная, не имеющая права жить; мир расценивается как место потерь и разочарований; будущее мыслится как бесперспективное, безнадежное.
3. «Туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида.

4. Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов. Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у человека только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, оформилось намерение совершить самоубийство («я сделаю это, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте. Чем более обстоятельно разработан суицидальный план, тем выше вероятность его реализации.

Вопросы: Может ли ситуация измениться к лучшему? Есть ли какой-нибудь выход из сложившегося положения? Думает ли собеседник о самоубийстве? Как часто ему приходят в голову такие мысли? Как он оценивает подобные поступки? У него есть конкретный план? Решил ли он, когда это сделает? Каким образом собирается уйти из жизни? Есть ли у него средства самоубийства – таблетки, оружие и т. п.; знает ли он, где это приобрести? Что могло бы изменить его намерения? Что можно сделать (что должно произойти), чтобы его намерения изменились?

5. Импульсивность как характерологическая черта играет важную роль в суицидальном поведении, особенно у подростков. Импульсивный человек может в течение нескольких минут перейти от мысли о самоубийстве к суицидальным действиям. Поэтому, когда мы имеем дело с подростком, важно помнить, что отсутствие суицидального плана в настоящее время ничего не говорит о степени суицидального риска. Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, разумеется, это наблюдение должно быть неназойливым и тактичным. Другими словами, его нельзя предоставлять самому себе.

6. Существенное значение имеет доступность средств суицида (фармакологические препараты всегда под рукой или их еще нужно приобрести и т.п.). Степень летальности средств суицида не имеет определяющего значения в оценке степени риска суицидального поведения. Если суицидент воспользовался неэффективными средствами, попытка все же совершена, при этом вероятность суицидального поведения в будущем возрастает.

Подростки, в отличие от здоровых взрослых, чаще используют жестокие средства суицида, такие, как прыжки с высоты – в данном случае нет необходимости специально готовиться к суицидальному акту.

Эмоциональные индикаторы суицидального риска

- 1) амбивалентность по отношению к жизни;
- 2) депрессивное настроение: безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- 3) переживание горя.

Вопросы: Как пациент себя чувствует в последнее время? Какое у него теперь настроение? Часто ли его охватывает отчаяние (и другие сильные негативные чувства: острое чувство вины, отвращения к себе, беспомощности, безнадежности)? Когда он в последний раз чувствовал сильную подавленность? Сколько времени это продолжалось?

Это те «сильные стороны» человека, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодоления кризиса с позитивным балансом.

Внутренние ресурсы

- инстинкт самосохранения;
- интеллект;
- социальный опыт;
- коммуникативный потенциал;
- позитивный опыт решения проблем.

Внешние ресурсы

- поддержка семьи и друзей;
- стабильная работа;
- приверженность религии;
- устойчивое материальное положение;
- медицинская помощь;
- индивидуальная психотерапевтическая программа.

Анализ следующего отрывка из терапевтического интервью позволит начать с обобщения полученной от пациента информации и постепенно перейти к анализу факторов и индикаторов суицидального риска. Обратим внимание на то, что, проводя интервью, терапевт преследует несколько целей:

- 1) установить эмпатический контакт с пациентом;
- 2) вызвать надежду на улучшение, что, несомненно, является крайне важным в кризисной интервенции;
- 3) получить от него такую информацию, которая позволила бы сделать вывод о степени суицидального риска в настоящее время и в ближайшем будущем.

Эмпатический контакт предполагает, в первую очередь, безоценочное слушание, поддержку пациента в его пусть пока еще небольшом желании выговориться; поэтому терапевт не форсировал события и задал далеко не все необходимые вопросы, то есть полученная от пациента информация является весьма неполной. Попытаемся сделать предварительные выводы из имеющегося материала, к тому же, именно так обычно происходит в повседневной психологической и психотерапевтической практике.

Интервью 1 (первая встреча с психотерапевтом)

1. *Терапевт (Т.):* Чем я могу вам помочь?
2. *Пациент (П.):* Не знаю.
3. *Т.:* Ну, что-то же заставило вас прийти сюда?
4. *П.:* Мои друзья посоветовали: они волнуются о моем состоянии.
5. *Т.:* Что же их волнует?
6. *П.:* Они заметили, что последние месяцы у меня очень плохое настроение... что я не живу, я дышу, хожу, но это не жизнь.
7. *Т.:* Вы не радуетесь жизни?
8. *П.:* Так и есть.

9. Т.: Может быть, вы подробнее расскажете о своем состоянии?
10. П.: Когда я представляю, что могу прожить еще лет пятьдесят, то думаю, что такая жизнь мне не нужна.
11. Т.: Вы не хотите жить?
12. П.: Да. Пожалуй, так.
13. Т.: Что-то можно предпринять, чтобы вы почувствовали себя лучше?
14. П.: Не знаю, может, само собой что-то изменится, хотя вряд ли.
15. Т.: То есть вы не надеетесь на изменения к лучшему?
16. П.: Да, мне ведь уже скоро 25. В таком возрасте у всех есть кто-то, какие-то отношения. ...Но у меня никогда... и я думаю: «Для чего мне жить?»
17. Т.: Вы не женаты и ни с кем не встречаетесь?
18. П.: Да, можно еще сказать: никогда. Я и в работе уже не вижу смысла... Если так будет дальше, мне ничего не интересно.
19. Т.: Неинтересно жить?
20. П.: Это слово не передает мои ощущения. Возможно, неинтересно. Но лучше сказать: отвратительно. Если бы я вдруг попал под машину, это было бы лучше всего. Уже два года я в таком состоянии, и ничего не меняется.
21. Т.: Хорошо, что вы все же пришли. Если мы как следует разберемся, то сможем найти способ выйти из этого состояния.
22. П.: Не знаю.
23. Т.: Давайте все же попробуем? Что вы думаете о самоубийстве?
24. П.: На самом деле мне неприятно об этом говорить, я не считаю, что это так уж хорошо. Многие думают, что самоубийцы сумасшедшие. А я теперь понимаю, что человек может просто оказаться загнанным в угол. А может, я сам сошел с ума. Вам лучше знать. Но я предпочитаю своими мыслями ни с кем не делиться. Я только с одним другом говорил, просто чтобы выговориться.
25. Т.: Значит, я второй человек, я хочу сказать, что могу им быть... Вы давно думаете о самоубийстве?
26. П.: Мне пришло это в голову года два назад, а последние три месяца очень часто...
27. Т.: Как часто, каждую неделю или каждый день?
28. П.: Эти мысли у меня в голове почти все время.
29. Т.: Вы думаете только об этом?
30. П.: Иногда я понимаю, как хорошо я мог бы жить, но потом – как все на самом деле... и мне хочется побыстрее с этим покончить. Если бы я мог заболеть какой-нибудь опасной болезнью! Но в последнее время я даже не простужаюсь.
31. Т.: А еще раньше, до этих двух лет, у вас возникали мысли о самоубийстве?
32. П.: В первый раз лет в пятнадцать, потом иногда они приходили, но в последние годы чаще.
33. Т.: Это связано только с тем, что у вас нет девушки, или с другими проблемами тоже?

34. П.: Да, девушки нет, но я понял, что я вообще людям противен, да и себе тоже.
35. Т.: Вы имеете в виду, что если вы никому не нравитесь, тогда зачем жить?
36. П.: Да, это так.
37. Т.: А что-нибудь определенное вы думаете о том, как покончить с жизнью?
38. П.: Это необходимо сказать?
39. Т.: Конечно, вы можете не говорить, но если скажете, это поможет нам разобраться, что же с вами происходит.
40. П.: Да, я думал о разных возможностях...
41. Т.: Можете ли сказать, о каких?
42. П.: Выпрыгну из окна или брошусь под поезд..., но у меня не хватит смелости, потому что я трус.
43. Т.: Эти мысли слишком страшные?
44. П.: Да, так что теперь я думаю о более легких способах.
45. Т.: Например?
46. П.: Таблетки. У меня есть 50 таблеток аспирина, мне сказали, что этого хватит. Хотя я не уверен. Может быть, лучше выпрыгнуть из окна?
47. Т.: Вы хотите узнать у меня?
48. П.: Что ж, это было бы большой помощью с вашей стороны.
49. Т.: Ну, могу сказать, что вы не умрете от 50 таблеток аспирина. Хотя помочь вам я могу в другом: изменить настроение и мысли.
50. П.: Вы уверены, что это возможно? Просто взять и изменить?
51. Т.: Да, у меня есть опыт, а вообще люди давно уже серьезно занимаются такими проблемами. Есть масса книг, очень много знаний накоплено, и мы действительно помогаем людям с похожими состояниями. Давайте выясним еще кое-что. Вы предполагали или, может быть, уже решили, когда покончить с жизнью?
52. П.: Я загадывал, что если шесть дней подряд я буду чувствовать себя плохо, то сделаю это. Но шести дней подряд еще не было.
53. Т.: И какие приготовления вы сделали бы, если бы этот срок наступил?
54. П.: Наверное, я бы просто выпил 50 таблеток и, конечно, перед этим я хотел что-то написать... как-то попрощаться...
55. Т.: Как давно вы установили для себя такой срок?
56. П.: Десять дней назад.
57. Т.: Как ваши близкие относятся к тому, что у вас такое состояние?
58. П.: Вот они-то переживают за меня. Друзья уговорили меня обратиться к вам.
59. Т.: То есть они заботятся о вас?
60. Я.: Да, поэтому они и искали, кто может помочь.
61. Т.: Было ли похожее состояние у кого-нибудь из ваших друзей?
62. П.: Нет, у них не было такого: один уже женат, у другого есть девушка.
63. Т.: А у кого-нибудь из родственников не было попыток покончить с собой?

64. П.: Нет... хотя... не знаю.

65. Т.: В последнее время вы читали что-нибудь на эту тему или, может быть, видели по телевизору?

66. П.: Нет, но мне это все равно, что и где пишут, мне очень плохо. Это трудно понять. Вы действительно можете помочь?

67. Т.: Да, могу. Если будем с вами вместе. Сейчас мы обсудим возможную помощь. Но все же скажите, как получилось, что вы пришли через 10 дней после назначения срока, это случайность?

68. П.: Когда я загадал про шесть дней, мне стало легче. И так более-менее было с неделю. А потом снова... Вчера был третий день. Я подумал: друг будет винить себя, что не смог уговорить. Хотя иногда мне и это все равно. В какой-то момент я решил пойти, чтобы не быть свиньей.

Для определения степени суицидального риска вначале необходимо выбрать из текста интервью соответствующую информацию и упорядочить ее. Целесообразно использовать таблицы, в которые можно внести сведения, представленные пациентом. Конечно, во время консультации вряд ли уместно рисовать таблицы, однако соответствующие столбцы и колонки так или иначе представлены в мысленной схеме, которую использует терапевт. Следует отметить, что на практике могут применяться специально разработанные шкалы и вопросники, позволяющие оценить риск суицида, однако пока мы не обнаружили каких-либо качественных диагностических инструментов, сконструированных или адаптированных для русскоязычного контингента.

Делая предположение о степени суицидального риска, опытный практик пользуется и своей интуицией, основанной на опыте. Однако любой начинающий неопытный консультант или психотерапевт не может и не должен полагаться на интуицию, а обязан научиться проводить тщательный анализ интервью.

В таблицах 1–8 представлена выбранная из выше приведенного интервью информация, необходимая для определения степени риска суицидального поведения.

Таблица 1

Оценка социально-демографических факторов суицидального риска

Социально-демографические факторы	Пол	Возраст	Семейное положение	Образование, профессиональный статус
	мужской	Суициды: 45–65 лет; попытки: подростковый возраст и период 20–30 лет	Одинок, вдов, разведен	Высшее, высокий
Наличие (+) или отсутствие (–) фактора	+	+ для попыток (24 года)	+ (одинок)	? (не известен)

Таким образом, выявленные социально-демографические факторы соответствуют группе риска по суицидальным попыткам.

Закключаем, что пациент проявляет симптомы депрессивного состояния (см. пункты 6, 8, 16, 32 интервью). Терапевт также может думать о возможном расстройстве личности, ориентируясь на информацию в пунктах 14, 32. То, что молодой человек к 25 годам не имел значимых для него отношений с девушкой, хотя и хотел этого, – важное сведение, наводящее на размышления об особенностях его личности (п. 14).

Эти предположения имеют большое значение, поскольку необходимо понять, в какой степени пациент будет сотрудничать с вами; другими словами, «бороться за свою жизнь» в процессе кризисной интервенции. Если консультант-психолог понял, что имеет дело с депрессивным пациентом, ему следует предложить консультацию психиатра для решения вопроса о лечении. Это не значит, что вы отказываете пациенту в кризисной помощи. Консультант делает все возможное и зависящее от него, чтобы помочь пациенту выжить, значит, он отвечает за то, чтобы пациент был проинформирован обо всех формах необходимой ему помощи. Необходимость в медицинской помощи возрастает при ажитированной депрессии, а также на выходе из депрессивного состояния, когда повышается активность пациента, а его эмоциональное состояние остается тяжелым.

Таблица 2

Оценка медицинских факторов суицидального риска

Медицинские факторы	Психическое заболевание	Соматическое заболевание
	Депрессия, алкогольная зависимость, зависимость от других психоактивных веществ, шизофрения, расстройство личности	Заболевания онкологические, органов кроветворения, сердечно-сосудистые (ИБС), органов дыхания (астма, туберкулез), врожденные и приобретенные уродства, потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие), ВИЧ-инфекция, состояния после тяжелых операций, состояния после трансплантации донорских органов и тканей.
Наличие (+) или отсутствие (-) фактора	+ (депрессивное состояние), ? (возникает предположение о расстройстве личности)	? (не известно)

Таблица 3

Оценка ситуационных индикаторов суицидального риска

Ситуационные индикаторы	Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
1. Смерть любимого человека, особенно супруги или супруга	- (нет)
2. Развод	- (нет)
3. Потеря работы	- (не выявлено)
4. Уход на пенсию	- (нет)
5. Вынужденная социальная изоляция, особенно от семьи или друзей	- (нет)
6. Сексуальное насилие	- (нет)
7. Нежелательная беременность (у подростков)	- (нет)
8. «Потеря лица» (у подростков)	- (не выявлено)

Пациент упоминает о том, что друзья волнуются за него: они и способствовали его появлению в кабинете терапевта (см. пункты 4, 58,68). С другом он обсуждал свои суицидальные намерения (п. 24). Таким образом, мы можем быть уверены хотя бы в том, что он не находится в социальной изоляции. Однако мы не знаем, как обстоят дела с работой, и также не имеем точной информации по индикаторам 1, 6 и 8.

Таблица 4

Оценка поведенческих индикаторов суицидального риска

Поведенческие индикаторы	Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
1. Злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем	? (не выявлено)
2. Эскейп-реакции в прошлом	? (не выявлено)
3. Изоляция от людей и жизни	- (нет)
4. Снижение по ежедневной активности	? (не выявлено)
5. Изменение привычек	? (не выявлено)
6. Частое прослушивание траурной или просто скорбной музыки	? (не выявлено)
7. Предпочтение тем смерти и самоубийства в разговорах и чтении	- (нет)
8. «Приведение дел в порядок»	- (нет)

Судя по пунктам 4, 24 58, 68, можем уверенно заключить, что нет полной самоизоляции от других людей, также пациент не проявляет активного интереса к теме суицидального поведения. Он не следует и ритуалу «приведения дел в порядок», поскольку его суицидальный план в значительной степени зависит от случая, это похоже на игру в «русскую ру-

летку»: может быть, плохое состояние не продлится десять дней подряд, но не исключен и противоположный вариант развития событий. Следует учитывать, что подобный план ни в коей мере не снижает суицидальный риск. По остальным индикаторам у нас нет информации.

Оценивая когнитивные индикаторы, находим информацию, свидетельствующую о высоком риске суицидального поведения. Пациент выражает негативное отношение к себе (см. п. 34), пессимистичен по отношению к будущему (см. п. 10), не видит каких-либо способов решения проблемы, кроме самоубийства (см., п. 20), имеет конкретный суицидальный план и средства самоубийства (пусть даже и не эффективные). Неэффективность предполагаемого средства самоубийства не снижает риск суицидального поведения. Оценивая летальность планируемого способа суицида, следует исходить не из фактической летальности способа, а из представлений собеседника.

Таблица 5

Оценка когнитивных индикаторов суицидального риска

Когнитивные индикаторы		Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Разрешающие установки к суицидальному поведению		? (не установлено)
Негативная триада (негативные мысли)	о себе	+
	о будущем	+
	об окружающем мире и жизни в целом	+
«Туннельное видение»		+
Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов	мысли	+
	намерения	+
	конкретный план	+

При чтении интервью может возникнуть вопрос: правильно ли поступает терапевт, сообщая пациенту о неэффективности предполагаемого средства (50 таблеток аспирина)? На этот вопрос просто ответить, если мы придерживаемся этических принципов психотерапевтической и консультационной практики, поскольку одним из главных принципов является честность консультанта (терапевта). Нужно ли быть честным, если на карту поставлена жизнь человека? Попробуем представить себе, что терапевт из лучших побуждений (например, предполагая, что если пациент все же совершит суицидальную попытку, то останется жив) ввел пациента в заблуждение, сказав ему, что 50 таблеток аспирина – смертельная доза. Пациент не погиб, но утратил доверие не только к этому терапевту, но и к другим

представителям профессии. Он больше ни к кому не обращался за помощью, нашел более надежный способ суицида и совершил повторную попытку, которая оказалась «удачной». Изданного примера, однако, не следует делать вывод, что задачей консультанта является информирование кризисных пациентов или телефонных собеседников о действенности тех или иных препаратов. Например, не стоит убеждать подростка, который сообщает, что проглотил ртуть из термометра или сделал себе инъекцию бензина и ожидает скорой смерти, в том, что его жизнь вне опасности. Однако на такие прямые вопросы, как «смертельна ли такая доза лекарства?», консультант обязан либо предоставить конкретную информацию, в которой он уверен, либо сразу отказаться отвечать.

Выявлены еще два индикатора риска суицидального поведения (см. пункты 6, 10, 14, 30, 68 интервью).

Предварительный вывод о хорошем интеллектуальном потенциале пациента мы можем сделать, полагаясь на впечатление о стиле его речи и словарном запасе. Желание жить определенно выражается в посещении терапевта. Наличие друзей может свидетельствовать о коммуникативном потенциале. Отсутствие опыта значимых близких отношений с девушкой и неразрешенность этой проблемы указывают нам на возможный ключ кризисной помощи. По поводу внешних ресурсов следует получить дополнительную информацию.

Таблица 6

Оценка эмоциональных индикаторов суицидального риска

Эмоциональные индикаторы	Амбивалентные чувства по отношению к жизни	Депрессивное настроение	Переживание горя
Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора	+	+	- (не установлено)

Основной вывод из анализа интервью: высокая степень риска суицидального поведения. Несмотря на то, что терапевт сообщил пациенту о неэффективности его предполагаемого средства самоубийства, вероятность суицидальных действий остается высокой, поскольку, не разбираясь в лекарствах, люди в кризисном состоянии иногда просто принимают все лекарства, имеющиеся в домашней аптечке.

Сделанный вывод можно проверить, воспользовавшись *Шкалой оценки угрозы суицида* (табл. 8), разработанной Американской ассоциацией превенции суицидов. Шкала предназначена для экспресс-диагностики, поэтому вначале лучше учиться определять степень суицидального риска, используя детальный анализ состояния пациента, факторов и индикаторов суицидального риска.

Ресурсы пациента

Ресурсы пациента	Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Внутренние:	
интеллект	+
инстинкт самосохранения	+
коммуникативный потенциал	?
социальный опыт	-
опыт решения проблем	-
Внешние:	
поддержка семьи и друзей	+
стабильная работа	?
приверженность религии	?
финансовая стабильность	?
медицинская помощь	?
индивидуальная психотерапевтическая программа	?+

Итак, по суммарной оценке суицидальность пациента соответствует третьему уровню, то есть высокой степени суицидального риска. Необходима суицидальная интервенция: установление контакта с близкими, друзьями пациента, попытки найти альтернативный выход из сложившейся ситуации. Поиски альтернатив должны проводиться совместно с пациентом. Задачей номер один является выработка конкретного плана действий. Особенно важно обсудить, чем человек будет занят в ближайшие часы и дни, с кем и где проведет это время.

Психотерапевт должен быть доступен для пациента с высоким риском суицидального поведения в любое время. Если этот человек обратился в службу телефонной экстренной психологической помощи, ему предлагается звонить любому дежурному консультанту, так как все сотрудники должны быть проинформированы о сложившейся ситуации. Частнопрактикующий консультант или психотерапевт обязан сообщить такому пациенту номер телефона, по которому он всегда сможет с ним связаться.

Шкала оценки угрозы суицида

Пол	+	Мужской
Возраст	+	12–24, 45 и выше
Депрессия	+	Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план	+	Время, место, способ
		Летальность данного способа исполнения
	+	Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)	+	Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
ИТОГО	6	

ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0-2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска
3-4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка
5-6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция
7-10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция

Помощь при потенциальном суициде

Распознавание суицидальной опасности, разговор с суицидентом о его намерениях – это первая помощь. Одно из важных отличий суицидоопасного состояния – ощущение себя «вне» общества, поскольку тема самоубийства табуирована. Поэтому важнейшим принципом первой помощи при суицидальной опасности является требование к консультанту – добровольцу или профессионалу – задавать вопросы о самоубийстве, не избе-

гать этой темы. Это действительно важно: проявлять интерес, но не оценивать, не осуждать и не пытаться переубедить собеседника.

Далее приводится обобщенный перечень необходимых интервенций.

1. *Установление эмпатического контакта, отношений доверия.*
2. *Определение степени риска суицидального поведения и вероятности смертельного исхода.* Большое значение имеет прошлый опыт суицидального поведения и выяснение, что *тогда* удержало от суицида. Возможно, это поможет и сейчас. Следует помнить об очень важной особенности человека, склонного к самоубийству, – об амбивалентном отношении к жизни: о поиске пути к смерти и желании жить одновременно. Часто такой человек ищет помощи, говоря о том, что хочет умереть.
3. *Выработка совместного решения о дальнейших действиях.* В процессе оценки суицидального риска или после консультации должен постараться узнать, в чем состоит смысл самоубийства для пациента. От какой проблемы или целого клубка проблем он хочет сбежать в небытие? Этот вопрос помогает определить тактику дальнейшей интервенции. Узнав смысл суицидального поведения, можно вместе с пациентом пытаться искать альтернативные варианты решения проблемы. Одно из проявлений кризисного состояния – когнитивный хаос. Консультант должен помочь организовать лавину обрушившихся проблем в обозримые проблемные блоки, установить приоритетность их решения. Ему следует быть очень убедительным в выстраивании перспектив выхода из тупика. Может быть, если не сам пациент, то кто-то из его близких поможет в решении или хотя бы приближении к решению проблемы? Главное – побудить пациента к тому, чтобы он, пусть временно, но отложил суицид и сделал хоть один шаг к улучшению своей ситуации. Таким образом, позиция консультанта или психотерапевта должна быть активной и достаточно директивной. Однако следует обратить внимание на то, что убеждать человека в необходимости работать с проблемой, попытаться разрешить ее вовсе не значит уговаривать отказаться от суицида или, еще хуже, спорить о смысле жизни. Подобные интервенции только разрушают и так довольно хрупкую основу – контакт с пациентом, благодаря которому вы сможете помочь. Консультант только может сказать, что он лично не хочет, чтобы люди уходили из жизни, чтобы уходил его собеседник, что он будет стараться делать все, что от него зависит, чтобы этого не произошло. Фактически договор о том, что стоит вместо самоубийства попытаться предпринять какие-либо конструктивные действия, «план спасения», – это и есть *антисуицидальный контракт*.

Такой договор подразумевает и эмоциональный аспект – смену настроения пациента: от желания умереть до желания жить. Далее следует наметить конкретные шаги, тщательно обсудив их альтернативы и возможные последствия. Иными словами, в этот момент терапевтический процесс только начинается. Терапевтические методы подбираются индивидуально, но не следует упускать и фактор эффективности того или иного

метода в работе с определенными состояниями. Например, эффективность когнитивной терапии в работе с непсихотическими депрессивными расстройствами подтверждена многочисленными исследованиями.

Рекомендации по ведению с потенциальным суицидентом

1. Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника, симпатию к нему.
2. Задавайте вопросы прямо, в искренней и спокойной манере; используйте технику активного слушания.
3. Выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника:
 - суицидальный план;
 - время и место исполнения;
 - суицидальные мысли и попытки в прошлом;
 - самооценка вероятности своего суицида.
4. Попытайтесь выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, но не настаивайте на их обсуждении, если для собеседника это слишком тяжело.
5. Побудите его выразить свои чувства, связанные с проблемной областью.
6. Спросите, приходилось ли ему ранее рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас. Этот вопрос поможет подтолкнуть собеседника к мысли, что, возможно, главная его проблема в социальной (само) изоляции.
7. Будьте готовы к психотерапевтической работе (возможно, на длительное время) с вашим собеседником.

Приложение 5

Схема анализа результатов психологического обследования ребенка дошкольного возраста для предоставления на школьный психолого-медико-педагогический консилиум (Цит. по: Семаго М.М., Ахутина Т.В. и др. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов / Под общ. редакцией М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 1999. – 136 с).

Внешний вид и поведение ребенка в процессе обследования

В начале анализа результатов обследования желательно кратко описать внешний вид ребенка (состояние одежды, ногтей, кожи, характерные особенности внешнего вида). Соответствие антропометрических характеристик (рост, вес, пропорции частей тела) паспортному возрасту. Внешний вид ребенка может быть соотнесен с внешним видом родителей, что дает определенную информацию о наследственных особенностях, а также о внутрисемейных отношениях.

Необходимо проанализировать специфику поведения ребенка в процессе работы с психологом, его контактность, ориентированность на совместную либо самостоятельную деятельность, критичность к результатам

выполнения того или иного задания, адекватность принятия ситуации экспертизы. Обратит внимание на темп работы ребенка, заинтересованность в правильном выполнении заданий, общую мотивацию. Обязательно отмечаются проявления элементов негативного отношения к обследованию, отказ от деятельности или контактов со специалистом.

Анализируется характер игровых действий в процессе нахождения ребенка на обследовании, оцениваются творческие и эмоциональные ее характеристики, особенности использования тех или иных игровых материалов либо отсутствие игрового компонента деятельности (как в процессе обследования, так и по описаниям взрослых).

Отмечается наличие гиперактивности, двигательной расторможенности.

Характер деятельности

Оценивается целенаправленность деятельности ребенка, возможность сосредоточения его на конкретном задании. Отмечается импульсивность в выполнении заданий на наличие элементов импульсивности, неравномерность деятельности, инертность или ригидность выполнения того или иного задания (игры), степень ориентации на родственников, а также возможность критически отнестись к результатам выполнения того или иного задания, адекватность реакций на неуспех или похвалу. Характер деятельности соотносится с наличием двигательной расторможенности или гиперактивности.

Обязательно отмечается изменение характера деятельности в зависимости от истощения, изменения внешних параметров обследования (изменение характера деятельности в те моменты, когда «отвлекается» специалист, приходит кто-то посторонний, реакции родителей и т.д.).

Работоспособность

В процессе всего обследования отмечаются колебания работоспособности, время, в течение которого ребенок может продуктивно и целенаправленно работать, отмечаются проявления усталости, изменения характера и стиля деятельности на фоне утомления (например, возникновение импульсивности на фоне утомления). Отмечаются изменения эмоционального фона (проявления плаксивости, неадекватного смеха, негативизма как результата утомления). Отмечается влияние смены мотивации на работоспособность (вместо учебной – игровая или соревновательная), а также тип мотивации, который наиболее позитивно влияет на работоспособность ребенка.

При оценке работоспособности должно быть учтено влияние гиперактивности, двигательной расторможенности, если таковые особенности имеются.

Особенности внимания

Необходимо оценить возможности ребенка в плане сосредоточения, переключения и распределения внимания по ряду признаков в заданиях, в

частности в заданиях неучебного характера, связь устойчивости внимания с объемом восприятия (например, значительные трудности сосредоточения при увеличении объема внимания стимульного материала) и время работы ребенка. Также оценивается характер изменения его на фоне утомления, возбуждения или негативизма ребенка, связь параметров внимания с наличием или отсутствием такой характеристики, как гиперактивность.

Характер латерализации

При анализе характера латерализации (правосторонняя, левосторонняя или смешанная латерализация), наличие элементов правшества или левшеских тенденций (знаков). Важным параметром анализа является оценка взаимосочетания доминирующих органов (например, ведущая левая рука, левый глаз или ведущая правая рука и ухо при доминировании левого глаза и т.д.). Психологу в своем анализе необходимо учитывать все особенности деятельности ребенка, в той или иной степени связанные с особенностями латерализации. Здесь можно отметить, в каком направлении ребенок раскладывает последовательности картинок в методике «Установление последовательности событий», с какого угла начинает рисовать и в каком направлении рисует, движения взора ребенка в описании им сюжетных картин, какой рукой берет карточки или кубики, а какой рукой помогает, какой рукой перелистывает книгу и т.д.

Также необходимо проанализировать теснейшим образом связанные с этим особенности моторного развития.

Моторная ловкость

Оценивается общая «уклюжесть» ребенка, характер его движений в замкнутом и «занятом» пространстве (между партами, между стулом, столом). Как ребенок тянется за каким-либо предметом, сбивает ли при этом другие находящиеся на столе вещи, часто ли роняет карандаши, карточки, кубики. Анализируется способность делать ритмические и координированные движения (например, марширование и бег на месте), развитие графической деятельности (рисунок, письмо). Здесь необходимо отметить такие важные особенности, как сформированность рисунка, правильные (или неправильные) соотносительные размеры отдельных частей рисунка и письма, характер прорисовки линий, их четкость и «твердость». Особое внимание уделяется оценке сформированности мелкой моторики (скоординированные движения пальцев, манипуляции с мелкими предметами, а также моторным навыкам графической деятельности; рисунок, лепка, аппликация, владение ножницами). Здесь необходимо отметить такие важные особенности, как умение делать мелкие, точные движения на бытовом уровне (застегивание пуговиц, шнуровка ботинок и т.п.). В том же ключе анализируются и продукты деятельности ребенка (школьные тетради до-машние рисунки и т.п.).

Оценка речи ребенка

При оценке речевых параметров психолог должен отметить (не присваивая сам прав на логопедическое обследование) речевую активность (слабая, адекватная, чрезмерная), качество звукопроизношения, словарный запас, объем активного пассивного словаря и разница между этими объемами. Анализируется степень развернутости речевого высказывания, наличие аграмматизмов, наличие в речи так называемых «детских» слов. Необходимо особое внимание обратить на сформированность диалогической речи в режиме «вопрос-ответ», степень развернутости ответов, а также трудности инициации речевого высказывания, латентность (отсроченность) ответов.

Следует обратить внимание на эмоциональность и интонирование высказывания их адекватность, соотнесенность с содержанием высказывания. Все характеристики оцениваются с учетом микросоциальной речевой среды в которой растет ребенок (двуязычие, нарушение речи и/или слуха у родителей, особенности речи родителей, людей, проживающих с ребенком).

Необходимо оценить наличие специфических ошибок как в устной, так и в письменной речи.

Поскольку специального исследования речи проводить нецелесообразно, анализ речевых особенностей проводится по речевой продукции, полученной в течение всего психологического обследования. Особое внимание уделяется трудностям понимания речи, в том числе понимания сложных речевых конструкций.

Сформированность социально-бытовой ориентировки

В соответствии с конкретными педагогическими требованиями к определенному возрасту, программой обучения и с учетом уровня социокультурного окружения ребенка определяется уровень сформированности знаний об окружающем мире, в том числе о родственных отношениях и т.п. Кроме того, выясняются знания ребенка о настоящем (возраст, адрес, место проживания, имя, отчество педагога и т.п.).

Примечание. Трудности в определении последовательности времен года, месяцев и дней недели (а не признаков времен года) часто являются признаком несформированности социально-бытовой ориентировки, как это обычно оценивается педагогами и психологами. Эти особенности мыслительной деятельности ребенка необходимо анализировать с точки зрения сформированности пространственно-временных представлений.

Особенности мнестической деятельности

Оценивается объем непосредственной слухоречевой памяти, скорость запоминания, полнота отсроченного воспроизведения, наличие привнесенных или видоизмененных стимулов как в непосредственном, так и в отсроченном воспроизведении.

Выявляется возможность опосредованного запоминания с помощью доступных для ребенка методов, сопоставляется объем материала, запоминаемого опосредованно и непосредственно. Определяется наличие фактора интерференции (про- или ретроактивной формы), способность к удержанию последовательности ряда стимулов (пять слов для младших школьников). При оценке объема запоминания с помощью Методики 10-ти слов может быть построена кривая запоминания. Точно так же может быть проанализированы особенности зрительной, тактильной, двигательной памяти при условии проведения соответствующих проб.

Гнозис

Следует обратить внимание на сформированность зрительного гнозиса, особенности восприятия отдельных деталей или целостной картины, а также правильного узнавания объектов.

Анализ зрительного восприятия (при необходимости – слухового и тактильного) производится по результатам исследования в зависимости от выявленных особенностей развития и формирования гипотезы обследования (правило Байеса). Анализ зрительного гнозиса необходим также для выявления возможных причин недоступности выполнения «интеллектуальных» диагностических проб (установления последовательности событий, опосредованного запоминания, описание сюжетных картинок и т.п.). В частности, трудности целостного восприятия объектов специфически сказываются на выполнении большинства невербальных. В том числе и личностно-ориентированных методов исследования. Сформированность представления о пространственных, временных, пространственно-временных отношениях

Анализируются знания ребенка о взаиморасположении объектов в пространстве. Правильное употребление предлогов и слов, обозначающих пространственные отношения (в, на, над, под, за, перед – спереди, сзади – позади, сверху, снизу, сбоку, слева, справа, внутри, снаружи, между и т.п.), на конкретных предметах, в наглядно-образном плане и на вербальном уровне. Здесь же оценивается возможность анализа пространственных отношений и их вербализация, возможность пассивной ориентации в пространственных отношениях («Покажи, где... над, под» на объектном уровне). Оцениваются возможности конструирования аналогичных образцу объектов (на любом материале), сформированность анализа частей сложных объектов.

Анализируется сформированность представлений ребенка о временных соотношениях (дольше, короче, быстрее, медленнее), возможность актуализации серийных (автоматизированных) рядов (времена года, месяцы, дни недели, время суток, в том числе и в варианте «что перед..?, что после..?»).

Оценивается правильность показа по инструкции взрослого с употреблением предлогов и слов, обозначающих пространственные отношения, название ребенком наиболее частотных (чаще употребляемых) предло-

гов, сформированность представлений ребенка о некоторых временных соотношениях (что короче: день или месяц? Что дольше: дневной или ночной сон? и т.п.). Также анализируется возможность вербальной актуализации последовательного автоматизированного ряда (времена года, прямой и обратный порядковый счет от 1 до 5–10, от 5 до 1).

Трудности понимания сложных речевых конструкций достаточно часто являются одной из основных причин неуспешности ребенка в решении математических логических задач. В грубых случаях возникают трудности понимания инструкции и заданий, предлагаемых педагогом.

Интеллектуальное развитие

Анализируется и оценивается уровень понятийного развития ребенка, выделяется ведущий обобщающий признак, отмечается специфика развития обобщающей функции (например, обобщение на основе ситуативной близости, по функциональному признаку, ориентация на латентные признаки и т.п.).

Определяется уровень сформированности наглядно-действенного, наглядно-образного, логического мышления и их соответствие возрастным показателям и социально-психологическим нормативам.

Как одна из основных характеристик анализируется способность ребенка овладению новыми видами деятельности – обучаемость, а также такие критерии. Как темп (скорость) обучения, необходимый объем помощи и перенос сформированного навыка на аналогичный материал.

Отмечаются такие характеристики мышления, как темп, самостоятельность, инициативность, ясность, абстрактность, оригинальность и прогнозирование.

Учитываются и такие особенности и характерные черты мыслительной деятельности ребенка, как критичность мышления, возможность опосредования. Также оценивается наличие изменений динамики деятельности (скачки идей, инертность, ригидность, соскальзывания в процессе мышления и т.п.).

При оценке мышления прослеживается причинно-следственная связь между результатами выполнения вербальных и вербальнологических заданий и уровнем сформированных пространственных представлений.

Развитие графической деятельности, рисунок

В настоящей интерпритации рисунок оценивается в основном с позиций сформированности графической деятельности в соответствии с возрастными этапами развития рисунка. В первую очередь оценивается связь уровня развития рисунка и качества моторного исполнения.

Отмечается, на какой стадии находится рисунок ребенка, наличие содержания и сюжета. Особая оценка рисунка как проекции личностных особенностей может анализироваться в плане цветовой гаммы, относительной величины фигур и их взаиморасположения, а также наличие зачеркиваний, зарисовываний и стираний.

Примечание. Проективный анализ рисунка возможен лишь при достаточно сформированном уровне развития графической деятельности в соответствии с возрастом. Только в этом случае возможен классический анализ рисунка с точки зрения проекции личностных особенностей.

Анализ мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер

Для оценки необходимо учитывать целенаправленность и заинтересованность ребенка в выполнении заданий на протяжении всего обследования, его реакции на успех или неудачу, адекватность этих реакций. Также оценивается степень зависимости от взрослых (в том числе матери) и ориентация на них, умение самостоятельно работать, удерживать инструкцию и следовать ей, осуществлять самостоятельный контроль над процессом выполнения заданий и его результатами. Таким образом, анализируется сформированность функций программирования и контроля.

Оценивается ведущий тип мотивации (внешняя мотивация, мотивация достижения, соревновательная мотивация, игровая или учебная, мотивация успеха и т.п.), обеспечивающий наибольшую успешность и продуктивность деятельности в процессе психологического обследования.

Необходимо отметить такие особенности ребенка, как признаки расторможенности, импульсивности, негативизма, упрямства или упорство, умение отстаивать свою точку зрения, устойчивость собственной мотивации, ее выраженность.

Необходимо уточнить общую характеристику личностной направленности (на игру или общение, на материальные удовольствия – «что-либо съесть или купить»), эгоистические тенденции).

Определяется характер самооценки, уровня притязаний, их адекватность, устойчивость, взаимосвязь и взаимозависимость.

Одной из важных характеристик ребенка, анализируемых психологом, должно быть выявление характера привязанности к матери и др. родственникам, педагогу или воспитателю, а также поведение ребенка среди сверстников, характеристики его общения, сформированность коммуникативных навыков. Выявляются тенденции к лидерству или конформности, определяется адекватность того или иного стиля общения личностным особенностям ребенка (например, выраженные тенденции к лидерству у незрелого, импульсивного ребенка, конфликтующего со сверстниками, как неадекватный стиль взаимодействия). Анализируется субъективная оценка позиции ребенка среди сверстников, в кругу семьи – по отношению к позициям братьев, сестер, др. родственников (отношения конкуренции и ревности). Здесь же приводятся такие личностные поведенческие характеристики, как агрессивность по отношению к сверстникам, взрослым, ожидаемая агрессивность извне.

Отмечается наличие опасений, повышенного уровня тревожности или страхов. Желательно постараться выявить причину возникновения данного состояния и проанализировать предмет опасений и страхов. Также

должен быть проанализирован характер страхов (конкретные или диффузные) их возрастная соотнесенность (возрастные или фиксированные страхи). В том же ключе анализируются другие показатели и параметры фобических проявлений.

Необходимо отметить и не свойственные ребенку данного возраста личностные особенности, такие, как излишняя погруженность в себя, «мудрствование» и «философствование», выхолощенность речевых высказываний, отсутствие эмоциональной дифференцированности, неадекватность в общении.

У детей 9–10 летнего возраста проанализировать приобретенные интересы и их свойства (направленность, активность, постоянство, глубина, разносторонность), а также ценностные ориентации.

Все вышеуказанные особенности ребенка должны анализироваться в сопоставлении с его отношением к школе и процессу обучения в целом.

Заключение психолога

Заключение по результатам психологического обследования, не повторяя описательную часть обследования, должно явиться кратким ответом на вопрос, поставленный перед психологом педагогом, др. специалистами или самим психологом, что и почему происходит с ребенком. В заключении обоснованно резюмируются наиболее важные результаты, полученные при исследовании. Здесь предельно кратко приводятся данные, имеющие диагностическое значение, описывается обобщенно совокупный комплекс ключевых, выступающих на первый план особенностей развития ребенка. В первую очередь должно быть отмечено соответствие (или несоответствие: задержка или, наоборот, опережение) уровня актуального развития возрастными и социально-психологическими нормативам.

В структуре комплексного психологического диагноза отмечается феноменология наблюдаемого состояния ребенка, которая может быть описана в терминах одной из имеющихся современных классификаций (феноменологический уровень психологического диагноза). Кроме того, практическому психологу необходимо в соответствии с имеющейся классификацией проанализировать причины наблюдаемых особенностей поведения и состояния высших психических функций и сфер ребенка, а также прогноз его дальнейшего развития и обучения.

Рекомендации

В рекомендациях должны быть четко и ясно сформулированы необходимые для оптимального развития ребенка требования к режиму, нагрузкам, типу программ обучения, необходимая степень ее индивидуализации, типу и форме учебного учреждения (образовательный маршрут). Даются рекомендации по оптимизации взаимодействия в окружении ребенка (семья, учителя, воспитатели, детский коллектив). В данном разделе в обязательном порядке должны быть сформулированы рекомендации педагогам, работающим с ребенком, по организации учебного процесса, с

учетом его темповых характеристик, особенностей работоспособности, развития мотивационно-волевой сферы при обучении в режиме фронтального урока, возможный (или необходимый) уровень индивидуализации процесса обучения.

В рекомендациях определяются основные направления развивающей и/или коррекционной работы с ребенком с учетом выявленных особенностей развития высших психических функций, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер. Предположительно намечаются сроки динамического обследования для оценки эффективности предложенных программ обучения и работы специалистов. Здесь же приводится перечень специалистов, которые, по мнению психолога, должны участвовать в дополнительной помощи ребенку, с уточнением сфер их деятельности.

Содержание

Введение.....	3
Цель и задачи дисциплины.....	3
Лекционный курс	4
Практические занятия.....	50
Программа курса «Основы психологического консультирования».....	52
Основные понятия курса.....	53
Контрольные вопросы.....	54
Литература.....	55
Заключение.....	57
Приложения.....	58
Приложение 1.....	58
Приложение 2.....	67
Приложение 3.....	77
Приложение 4.....	78
Приложение 5.....	94