

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

И. М. Пономарева

РАБОТА ПСИХОЛОГА В КРИЗИСНЫХ СЛУЖБАХ



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

2014

УДК 159.9 (075.8)

ББК 88.492

П 56

П 56 Пономарева И. М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие. — СПб.: СПбГИПСР, 2014. — 197 с.

ISBN 978-5-98238-049-4

Данное учебное пособие по работе психолога в кризисных службах посвящено раскрытию основных форм и методов психологической помощи человеку, находящемуся в кризисном состоянии. Автор рассматривает ключевые понятия кризисной психологии, типологию кризисов, виды кризисных ситуаций и кризисных состояний. Акцент делается на специфике оказания психологической помощи в таких ситуациях, как утрата, насилие, суицидальный риск, измена, развод и др.

Учебное пособие «Работа психолога в кризисной службе» создано в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности и может быть использовано при обучении студентов высших учебных заведений, а также в практической деятельности специалистов помогающих профессий: психологов, педагогов, социальных и медицинских работников.

ISBN 978-5-98238-049-4

© Пономарева И. М., 2014

© СПбГИПСР, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В КРИЗИСНУЮ ПСИХОЛОГИЮ	
1.1. Понятия кризиса, кризисной ситуации, кризисного состояния	7
1.2. Принципы кризисной интервенции	25
1.3. Виды деятельности кризисных служб. Профилактика эмоционального выгорания и вторичной травмы у работников кризисных служб	32
ГЛАВА 2. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ УТРАТЫ	
2.1. Переживание горя в связи с утратой близкого	39
2.2. Этапы горевания	41
2.3. Консультирование в ситуации утраты близкого	44
ГЛАВА 3. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ НАСИЛИЯ	
3.1. Виды, факторы риска и механизмы насилия	58
3.2. Последствия психологического, физического и сексуального насилия для здоровья и психики ребенка и взрослого	69
3.3. Консультирование жертв насилия	73
ГЛАВА 4. СИТУАЦИИ ЛИЧНОГО КРИЗИСА	
4.1. Безответная любовь. Консультирование в ситуации безответной любви	94
4.2. Измена. Консультирование в ситуации измены	101
4.3. Развод. Консультирование в ситуации развода	113
ГЛАВА 5. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	
5.1. Основные характеристики и мотивы суицидального поведения	134
5.2. Диагностика суицидального риска у взрослых и детей	143

5.3. Профилактика суицидального поведения	149
5.4. Психологическая коррекция и психотерапия при суицидальном поведении.	153

ГЛАВА 6. СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ

6.1. Особенности деятельности учреждений социального обслуживания в системе социальных служб	160
6.2. Центры психолого-педагогической помощи. Структура и деятельность	165
6.3. Кризисные центры для детей и подростков. Структура и деятельность	171
6.4. Кризисные центры для взрослых. Структура и деятельность . . .	179

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	193
----------------------	-----

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	194
-----------------------------	-----

ВВЕДЕНИЕ

Кризисную психологию можно считать относительно новой областью психологической науки и практики, предметом которой является воздействие экстремальных ситуаций и утраты близкого на психику человека, а одной из важнейших целей — поиск эффективных методов оказания социально-психологической помощи личности в кризисе.

Первые исследования по психологии горя в связи с утратой близкого, а также по изучению воздействия экстремальных ситуаций на психику человека появились в начале — середине прошлого века (З. Фрейд, 1917; Э. Линдемманн, 1944; Э. Кюблер-Росс, 1969; Э. Крепелин, 1916; А. Кардинер, 1941; В. Е. Галенко, 1946 и др.). Возникновение кризисной психологии как самостоятельной области знаний относят к концу 1980-х годов.

Формирование кризисной психологии как самостоятельной области психологической теории и практики было вызвано рядом причин. Во-первых, интенсификацией кризисных процессов, происходящих в современном обществе: ростом техногенных катастроф, проявлений терроризма и иных видов насилия, ростом фактов суицидального поведения среди взрослого населения и особенно тревожными статистическими данными увеличения риска суицидального поведения у подростков и молодежи. Во-вторых, интенсивное развитие кризисной психологии в последние годы связано с повышением уровня социальной и психологической культуры в современном обществе. Последствия психической травмы для психики взрослых и детей были известны и ранее, но именно в последние десятилетия международное сообщество серьезно озаботилось данными проблемами. Это выразилось в появлении и развитии социально-психологических, суицидологических, социально-педагогических и иных центров социальной, медицинской и психологической помощи населению; в развитии экстренной социально-психологической помощи по «телефонам доверия». Потребности общества в квалифицированной помощи психотерапевтов, психологов и социальных работников вызвали необходимость решения задач профессиональной подготовки таких специалистов и разработки широкого спектра методов, техник и приемов оказания самой помощи. В связи с этим целью настоящего учебного пособия является

знакомство будущих и уже работающих специалистов с ключевыми понятиями кризисной психологии, типологией кризисов, основным содержанием конкретного типа кризиса и спецификой оказания психологической помощи, прежде всего консультирования, в разных кризисных ситуациях.

В соответствии с данными целями и построено настоящее учебное пособие. Оно открывается рассмотрением основных понятий кризисной психологии, анализом типологии психологических кризисов, описанием содержания кризисных состояний и кризисных ситуаций. Далее в учебном пособии подробно рассматриваются различные ситуации травматического кризиса: утраты близкого, насилия, личного кризиса, риска суицидального поведения, а также цели, задачи и алгоритмы психологического консультирования в каждом из типов кризисов. Завершает учебное пособие подробное описание различных видов социальной помощи в кризисной ситуации. При этом анализируются особенности работы учреждений социального обслуживания населения, структура и деятельность центров психолого-педагогической помощи, кризисных центров для детей и подростков, кризисных центров для женщин и мужчин, центров экстренной кризисной помощи по телефону — «телефонов доверия». В заключение подводятся итоги проведенного теоретического анализа литературы по проблемам травматических кризисов и профессиональной подготовки персонала кризисных служб.

ГЛАВА 1.

ВВЕДЕНИЕ В КРИЗИСНУЮ ПСИХОЛОГИЮ

1.1. Понятия кризиса, кризисной ситуации, кризисного состояния

В энциклопедическом словаре **кризис** (от греч. *crisis* — решение, поворотный пункт, исход) определяется как резкий, крутой перелом или острое затруднение в чем-либо, тяжелое переходное состояние или тяжелое положение.

Какими бы жизненными событиями ни вызывался кризис (утрата близкого, ситуация насилия, природные катастрофы и пр.), он затрагивает наиболее фундаментальные, жизненно значимые потребности и ценности человека, становится доминантой его внутренней жизни и сопровождается сильными эмоциональными переживаниями. В то же время китайская идеограмма кризиса состоит из двух картин: одна предполагает опасность, другая — возможность, поскольку именно кризис, нарушая привычный ход жизни, требует от человека переосмысления жизненных целей, отношений с окружающими, образа жизни и др. Поэтому успешное преодоление кризиса может способствовать личностному росту человека и большей зрелости его личности.

Вслед за К. Г. Юнгом американский психотерапевт Джеймс Холлис отмечал, что кризис человек переживает в такие моменты, когда становится ясно, что прежний взгляд на мир или сознательные установки больше не соответствуют изменившейся ситуации. Д. Холлис пишет: «Так в микрокосме создается смысл кризиса для каждого из нас — жизнь приглашает нас разобраться, разделить, различить, просеять, чтобы появилась возможность двигаться к ее обогащению, перерасти удобные прежде представления о себе и внешнем мире. Мы можем не радоваться наступлению кризиса, но у нас нет другого выбора, чем его выстрадать» [66, с. 90]. В результате такого пересмотра, переоценки своей жизни и картины мира в процессе прохождения кризиса человеком, его душевный мир может обогатиться, личность может стать более зрелой и приобрести новое видение, новые цели, новый смысл.

В современной психологической науке не существует пока общепринятой теории и типологии кризисов. В то же время есть различные типологии, среди которых ряд авторов, в том числе В. Г. Ромек, В. А. Конторович [54], И. М. Пономарева [49], Ф. Рупперт [55] и другие выделяют **нормативные** и **ненормативные** кризисы (рис. 1).

К нормативным кризисам авторы относят такие, которые сопровождают человека на всем протяжении жизни. Это *кризисы развития* или *возрастные кризисы*.

Возрастной кризис — это переходный период между возрастными этапами, который неизбежно переживается человеком при движении от одного возрастного этапа к другому по завершении определенных стадий развития.

В отечественной психологии первое научно-обоснованное представление о возрастном кризисе ввел в 30-х годах прошлого века П. П. Блонский [8]. Исследователь обратил внимание на особые «переходные возрасты», которые представляют собой трудности в педагогическом отношении и могут называться «критическими периодами». Данная теория получила развитие в работах Л. С. Выготского [14], выдвинувшего теоретическое представление о двух типах возрастов: критическом и стабильном. На основании проведенных исследований, Л. С. Выготский выделил следующие критические периоды: кризис новорожденности, одного года, трех лет, семи лет, тринадцати лет, или подростковый кризис, кризис семнадцати лет, или юношеский кризис. Стабильные и критические возрасты отличаются, с точки зрения Л. С. Выготского, социальной ситуацией развития. И если стабильный период определяется гармонией между средой и отношением ребенка к ней, то критический период — дисгармонией, противоречием. Развитие в стабильный период приводит к возникновению новой структуры личности — новообразованию.

Это новообразование, с точки зрения исследователя, приводит к нарушению гармонии между ребенком и окружающей его действительностью. Так возникает противоречие, которое задает условия для своего разрешения, определяя специфику критического возраста. Таким образом, по Л. С. Выготскому, кризис является кульминацией микроизменений, возникших на протяжении предшествующего стабильного периода [14].

Основные положения Л. С. Выготского о периодизации психического развития получили свое продолжение в работах его последователей: А. Н. Леонтьева, М. И. Лисиной, Л. И. Божович, Д. Б. Эльконина и других.



Рис. 1. Типы кризисов

Проблема существования определенных возрастных периодов в процессе развития личности поднималась в многочисленных исследованиях зарубежных авторов и рассматривались в разных аспектах. В первую очередь, это представления о смене некоей структуры или организованности: например, теория стадий развития сексуальности Э. Фрейда, теория развития интеллекта Ж. Пиаже и другие.

Во-вторых, представления о психологическом механизме возникновения нового, например работы Я. Боома и его последователей.

В-третьих, представления о кризисе (конflikте) как характеристике определенной стадии онтогенеза: Э. Эриксон, Д. Левинсон и другие.

Концепция Э. Эриксона во многом перекликается с позициями отечественных психологов. Например, с точки зрения социальной обусловленности развития, существования определенных стадий онтогенеза и др. Э. Эриксон (1992) выделяет восемь последовательных стадий развития, называя их кризисами развития. При этом первые пять стадий в своей основе опираются на известные из работ Э. Фрейда стадии развития сексуальности, но с анализом основополагающего или ядерного конфликта, разрешение которого составляет одну из задач «эго». В то же время несомненной заслугой Э. Эриксона было продолжение возрастной границы кризиса от детского, подросткового и юношеского возраста до возраста зрелости. Э. Эриксон рассмотрел содержание, особенности протекания и основные задачи, стоящие перед личностью

в периоды ранней (21–25 лет), средней (26–64 года) и поздней зрелости (свыше 65 лет). Автор рассматривает следующие последовательные стадии развития и называет соответствующие им конфликты:

- оральная стадия, базовое доверие или недоверие к миру;
- анальная стадия, самостоятельность или чувство стыда;
- фаллическая стадия, инициативность или чувство вины;
- латентная стадия, компетентность или неполноценность;
- подростковая и юношеская стадия, эго-идентичность или ролевое смешение;
- ранняя зрелость, интимность или изоляция;
- средняя зрелость, продуктивность или застой, стагнация;
- поздняя зрелость, целостность эго или отчаяние.

В современных отечественных и зарубежных исследованиях по проблемам возрастных кризисов особое внимание уделяется ранее малоизученным периодам средней и поздней зрелости. Появилось большое количество работ, посвященных особенностям протекания кризиса среднего возраста и методам психологической помощи в этот период. Также актуальны в настоящее время исследования особенностей протекания периода поздней зрелости, способствующие решению задачи оказания социальной и психологической помощи пожилым людям.

Следующим типом кризиса являются **ненормативные кризисы**, и именно они являются **предметом** настоящего учебного пособия. Ненормативные кризисы еще называют *травматическими*, так как они сопровождаются нанесением человеку *психической травмы*.

К классическим видам психической травмы относят **экстремальные травмы**, связанные с угрозой жизни, здоровью и благополучию, и **травмы утраты**.

В связи с этим ненормативные или травматические кризисы разделяют на два типа: **экстремальные кризисы** и **кризисы утраты близкого**.

Эти кризисы возникают под воздействием кризисной ситуации.

Кризисная ситуация — это ситуация, выходящая за рамки обычного опыта, то есть к ней нет готовых адаптивных стереотипов поведения. Такая ситуация вызывает потрясение человека и изменение его привычной картины мира. Выделяют два типа кризисных ситуаций: **экстремальные ситуации** (природные бедствия, техногенные катастрофы, различные виды насилия, в том числе терроризм и пр.) и **ситуации утраты близкого** (разлучение матери и ребенка, смерть близкого человека, развод и пр.).

Так же, как и понятие «кризис», понятие «психическая травма» в настоящее время не имеет общепринятого, четкого определения в медицинской и психологической литературе.

Понятие «психическая травма» впервые появилось в научной литературе в конце XIX века. Как отмечает И. Г. Малкина-Пых [37], наибольшее распространение это понятие получило в рамках теории посттравматического расстройства и сформировавшейся в конце 1980-х годов кризисной психологии. Большинство авторов подчеркивает, что психическая травма представляет собой переживание особого рода. Она возникает в ситуациях угрозы существованию человека, нарушения его нормальной жизнедеятельности, когда готовых адаптивных механизмов нет и не может быть, так как это ситуации, выходящие за рамки обычного опыта. Поэтому первой реакцией человека на травматическую ситуацию является потрясение. Немецкий психотерапевт Готфрид Фишер (*G. Fischer, 1999*) определяет **психическую травму** как витальное переживание дисбаланса между угрожающими обстоятельствами и индивидуальными возможностями преодолеть их, сопровождающееся чувством беспомощности, незащищенности, вызывающее длительное потрясение и изменение в понимании себя и мира [55]. Главным содержанием психической травмы является утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю.

Травма разрушает привычную картину мира личности, затрагивая такие ее базовые иллюзии, как **иллюзию бессмертия, справедливости и простоты устройства мира**. Иллюзия собственного бессмертия постепенно формируется у ребенка в процессе освоения окружающего мира, как психологическая защита. Она помогает нормализации эмоционального состояния ребенка, когда все пугающее и страшное он не относит ни к себе, ни к близким людям. По мере развития и взросления личности эта иллюзия продолжает существовать, но, как правило, не осознается. Кризисное событие, как отмечает Е. М. Черепанова [67], обрушивается на человека, нарушает его психологическую защиту и превращает уютный и стабильный мир в хаос. Второй базовой иллюзией является иллюзия справедливости. Для формирования чувства стабильности и эмоциональной устойчивости у ребенка в процессе взаимодействия с родителями и другими близкими людьми возникает вера в то, что явления окружающего мира постижимы, упорядочены и справедливы. И с детства в душевный мир человека привносится такой закон мироздания, из которого следует, что «плохое» случается только с «плохими людьми» и каждый получает только то, что заслуживает. Таким образом, пока мы будем вести себя «хорошо», с нами ничего не случится. Как и иллюзия бессмертия, иллюзия справедливости устройства мира продолжает существовать у взрослого человека. И ее существование подтверждают такие обычные

для попавших в кризисную ситуацию людей вопросы, как: «За что это мне?» и «Почему это случилось со мной?». Третьей иллюзией, которая формируется у ребенка и помогает ему приобрести чувство стабильности и безопасности, является иллюзия простоты устройства мира. Эта иллюзия базируется на представлении, что мир делится на две противоположные части: черную и белую, хорошую и плохую, добрую и злую. Как отмечает Е. М. Черепанова, у ребенка отсутствуют полутона и диалектика мировосприятия, весь мир для него как бы поделен на две антагонистические части. Понятно, что его родные и близкие, в том числе он сам — это добро, а те, кто выступает против них, — это зло. Так еще в детстве мир ребенка делится на «наших» и «не наших». Экстремальная ситуация разрушает и эту иллюзию, поэтому после нее у людей, как правило, возникают чувства беспомощности, незащищенности, стыда, вины и страха.

При переживании травматического кризиса у человека возникают состояния различной тяжести — *кризисные состояния*.

Кризисное состояние — это состояние, которое возникло в результате потрясения, переживания особого рода под воздействием кризисной ситуации.

В литературе по проблемам кризисной психологии среди основных кризисных состояний, как правило, выделяют: *стресс, фрустрацию, конфликт, депривацию и кризис*.

Стресс (англ. *stress* — напряжение, давление) — общая, неспецифическая реакция мобилизации ресурсов организма в ответ на неблагоприятные факторы. Это могут быть физиологические факторы — боль, голод, болезнь и пр. Возможны психологические факторы, вызывающие стресс: чувства обиды, вины, горя, ситуации угрозы и утраты и пр.

Стресс — это процесс внутренних изменений в системах организма в ответ на любое сильное или продолжительное воздействие окружающей среды. Впервые о стрессе заговорил канадский физиолог и врач Ганс Селье [56]. Исследователь отметил, что реакция организма на разные лекарственные вещества изначально одинаковая. Эту реакцию Г. Селье назвал общим адаптационным синдромом, который позже получил название стресса. Стресс помогает организму поддерживать постоянство внутренней среды. Многие среды организма, например кровь, должны обладать определенными свойствами, если эти свойства изменить, то организм погибнет. Как показали исследования Г. Селье [56], основная функция стресса — обеспечить сохранение этих свойств, то есть поддержание гомеостаза организма. Автор разделил стресс на два вида: позитивный и негативный в зависимости от его воздействия на организм. Если стресс не наносит вреда организму (вызван

позитивными эмоциями или непродолжительными негативными, которые помогают мобилизовать силы организма и обеспечить повышение жизнедеятельности) — это положительный стресс, или **эустресс**. Стресс, наносящий организму вред (вызванный продолжительными негативными воздействиями), — это негативный стресс или **дистресс**. Фактически когда используют понятие стресса, подразумевают дистресс, то есть негативный стресс.

Г. Селье выделил следующие **функции стресса**:

- сохранение и поддержание постоянства внутренней среды организма в меняющейся окружающей среде;
- мобилизация ресурсов организма для выживания в неблагоприятной обстановке;
- адаптация к непривычным условиям жизни.

Автором были обнаружены три **фазы стресса**:

1. **Мобилизация (тревога)** — характеризуется перестройкой физиологических, биохимических и пр. характеристик организма в ответ на стрессор.

2. **Сопротивление (резистентность)** — характеризуется закреплением реакции повышенного уровня функционирования организма на время действия стрессора.

3. **Истощение (дистресс)** — проявляется в реакции снижения уровня функционирования различных систем организма в связи с тем, что его ресурсы исчерпаны. Эта фаза наступает не всегда, а только при очень сильном или длительном стрессе.

Фрустрация (лат. *frustration* — обман, тщетное ожидание, разрушение планов) — реакция эмоционального напряжения в ответ на непреодолимые препятствия, как реальные, так и воображаемые. Как правило, фрустрация проявляется в психическом состоянии личности, раскрывающемся в своеобразном комплексе негативных переживаний (страх, гнев, чувство вины, стыда и т. д.) и поведенческих реакциях, что базируется на субъективной оценке непреодолимых и неустранимых препятствий при решении личностно значимых задач. При этом подобные преграды могут существовать лишь в поле субъективного восприятия конкретной личности, а могут быть и объективно представлены в реальности.

Различают **физические и психологические препятствия** — так называемые «**барьеры**». Примерами физических барьеров является заключение человека в тюрьму, серьезная болезнь, его переезд в другой город, страну и пр. Психологические барьеры могут быть «**внутренними**» и «**внешними**».

«Внешние» психологические барьеры представляют собой социокультурные запреты, нормы, правила, делающие исполнение замысла личности невозможным. Примером могут служить запрет на брак родственников, запрет на брак представителей различных каст в Индии и пр.

«Внутренние» психологические барьеры представляют собой моральные, нравственные запреты самой личности.

В логике фрейдизма и неопрейдизма проблема фрустрации напрямую связана с проблематикой агрессии и рассматривается как некий «запускающий» механизм, практически неизбежно приводящий индивида к проявлениям агрессивного поведения. С позиции бихевиорального подхода фрустрация традиционно анализируется в качестве фактора, существенно замедляющего действенный «отклик» на предъявленный стимул и препятствующего естественному протеканию ответной активности.

Понятие «фрустрация» в рамках современной психологической науки нередко рассматривается рядом авторов как разновидность стресса, а порой — как реакция на легкую форму депривации личностно значимых потребностей индивида. Что касается социально-психологического ракурса рассмотрения фрустрации, то наибольший интерес здесь, с точки зрения исследователей, имеет фрустрационно окрашенный аспект межличностных отношений и прежде всего конфликтного взаимодействия. Степень остроты фрустрационного переживания и фрустрационных последствий зависит в первую очередь от двух факторов: мощности фрустратора и степени фрустрационной защищенности, «стойкости» личности. Помимо этого фоновым, но крайне значимым фактором здесь является такая переменная, как функциональное состояние личности, оказавшейся в фрустрационной ситуации. Следует также отметить, что в последнее время устойчивость к фрустрационному воздействию обозначают, как правило, в качестве «фрустрационной толерантности». Личности, обладающие этим качеством, способны рационально анализировать возникшую фрустрационную ситуацию, адекватно оценивать степень ее масштабности и реалистично предвидеть ее развитие, обычно не склонны к мотивированному риску и сознательно избегают принятия тех решений, которые можно охарактеризовать как авантюрные. Все это в совокупности позволяет этим личностям даже в том случае, когда они все же попали в экстремальную ситуацию, сопряженную с наступлением состояния личностной фрустрированности, осуществлять оптимальный поиск путей выхода из сложившихся обстоятельств, максимально использовать и свои внутренние ресурсы, и внешние условия.

Конфликт (лат. *conflicts* — столкновение) — столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений в сознании отдельно взятого индивида или межличностных отношениях индивидов или групп людей, связанное с острыми отрицательными эмоциональными переживаниями. Любые организационные изменения, противоречивые ситуации, деловые и личностные отношения между людьми нередко порождают конфликтные ситуации, которые субъективно сопровождаются серьезными психологическими переживаниями. С обыденной точки зрения конфликт несет негативный смысл, ассоциируется с агрессией, глубокими эмоциями, спорами, угрозами, враждебностью и т. п. Бытует мнение, что конфликт — явление всегда нежелательное и его необходимо по возможности избегать и, уж если он возник, немедленно разрешать. Современная психология рассматривает конфликт не только в негативном, но и в позитивном ключе: как способ развития организации, группы и отдельной личности, выделяя в противоречивости конфликтных ситуаций позитивные моменты, связанные с развитием и субъективным осмыслением жизненных ситуаций. Существуют многочисленные классификации конфликтов. Основаниями для них могут быть источник конфликта, содержание, значимость, тип разрешения, форма выражения, тип структуры взаимоотношений, социальная формализация, социально-психологический эффект, социальный результат. Конфликты могут быть скрытые и явные, интенсивные и стертые, кратковременные и затяжные, вертикальные и горизонтальные и т. д.

По **направленности** конфликты делятся на «горизонтальные» и «вертикальные», а также «смешанные». К горизонтальным конфликтам относят такие конфликты, в которых не замешаны лица, находящиеся в подчинении друг у друга. К вертикальным конфликтам относят те, в которых участвуют лица, находящиеся в подчинении один у другого. В смешанных конфликтах представлены и вертикальные, и горизонтальные составляющие. По оценкам психологов, конфликты, имеющие вертикальную составляющую, то есть вертикальные и смешанные, — это приблизительно 70–80 % всех конфликтов. По **значению** для группы и организации конфликты делятся на конструктивные (созидательные, позитивные) и деструктивные (разрушительные, негативные). По **характеру причин** конфликты можно условно разделить на объективные и субъективные. Первые порождены объективными причинами: организационными, экономическими, территориальными особенностями производства. Вторые — субъективными, личностными. Объективный конфликт чаще разрешается конструктивно, субъективный, напротив, как правило, разрешается деструктивно.

По своему социально-психологическому эффекту конфликты делятся на две группы:

- развивающие, активизирующие каждую из конфликтующих личностей и группу в целом;
- способствующие самоутверждению или развитию одной из конфликтующих личностей или группы в целом и подавлению, ограничению другой личности или группы лиц.

По объему социального взаимодействия конфликты разделяют на:

- внутриличностные;
- межличностные;
- межгрупповые.

Внутриличностные конфликты представляют собой столкновение противоположно направленных мотивов, интересов, целей в психологическом пространстве одного человека. Обращение за психологической консультацией зачастую вызвано подобным конфликтом. **Межличностные конфликты** — это наиболее часто возникающие конфликты. Они представляют собой столкновение противоположных взглядов, ценностей, интересов отдельных людей. Возникновение межличностных конфликтов определяется ситуацией, личностными особенностями людей, отношением личности к ситуации и психологическими особенностями межличностных отношений. Возникновение и развитие межличностного конфликта во многом обусловлены индивидуально-психологическими характеристиками. **Межгрупповые конфликты** предполагают, что сторонами конфликта являются социальные группы, преследующие несовместимые цели и своими практическими действиями препятствующие друг другу. Это может быть конфликт между представителями различных социальных категорий (например, в организации: линейный и офисный персонал и т. д.). Это может быть ситуация противостояния группы и одного человека.

Депривация (лат. *privare* — отделять) — лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей.

Сам термин «депривация» вошел в психологию благодаря автору теории привязанности, английскому психологу Д. Боулби (1969), а затем был проработан и содержательно наполнен в работах его коллеги М. Эйнсуорт (1991). Следует отметить, что термин «депривация» многими авторами используется двояко: для обозначения реального ограничения условий жизни и функционирования и психического состояния, возникающего в результате подобных ограничений.

В зависимости от того, чего именно лишен человек, выделяют различные виды депривации — сенсорную, социальную, материнскую, и другие [50].

Сенсорная депривация. Данный вид депривации возникает в обедненной среде при нехватке зрительных, слуховых, осязательных и других стимулов или при расстройствах функций основных органов чувств. И. М. Сеченов в своей работе «Рефлексы головного мозга» писал о том, что одним из необходимых условий нормальной психической деятельности человека является известный минимум раздражителей, поступающих в мозг от органов чувств. Исследования А. А. Леонова и В. И. Лебедева [33] по строгой сенсорной депривации показали, что многие здоровые люди ее не выдерживают: приходится прекращать опыт в связи с рядом психических нарушений, охватывающих все сферы психической деятельности.

Среди таких психических нарушений характерным является появление различных обманов чувств, вплоть до галлюцинаций. В связи с этим исследователи предполагают, что «недогруженная» ощущениями нервная система в условиях сенсорной депривации может сама продуцировать образы, которые расцениваются как продуктивная психопатологическая симптоматика.

Социальная депривация. Данный вид депривации обусловлен либо полным отсутствием возможности общения с другими людьми (заключение в одиночную камеру, пребывание на необитаемом острове и пр.), либо возможностью общаться лишь со строго ограниченным контингентом людей (тюрьма, работа на дрейфующей станции, в море, в космосе и пр.). В этом случае человек не может реализовать потребности в чувственно-эмоциональных контактах, в получении социально значимой информации, которые реализуются в процессе общения между людьми. Исследование влияния условий групповой изоляции обнаружило четыре симптома, которые были первоначально зафиксированы у зимовщиков в Антарктиде: так называемый «зимовочный синдром», состоящий из депрессии, враждебности, нарушений сна и ослаблении познавательных способностей [6].

К видам социальной депривации можно отнести и такое состояние личности, как одиночество. В современной отечественной психологии одиночество относится к одному из видов «трудных» состояний. В условиях одиночества обостряется интенсивность общения с самим собой. В то же время как своеобразная форма «социального голода» одиночество может быть и полезно и даже необходимо человеку как средство лечения души, восстановления себя, средство самосовершенствования. Человеку периодически необходимо оставаться наедине с самим собой, со своими мыслями и чувствами, сомнениями и тревогами.

Как отмечают В. В. Белов и Ю. А. Парфенов [6], существует ряд условий, способствующих успешному перенесению индивидуальной

изоляции. Это прежде всего максимально возможная включенность в целенаправленную деятельность, высокая адекватная мотивация, четкое осознание необходимости решения задач исследования или путешествия как своих личных. Ситуация изоляции является, таким образом, стрессовой и экстремальной для индивида настолько, насколько он сам ее воспринимает как таковую.

Материнская депривация. Это понятие обобщает целый ряд различных явлений. Это и воспитание ребенка в детских учреждениях, и недостаточная забота матери о ребенке, и недостаток или потеря любви и привязанности ребенка к определенному человеку, выступающему для него в роли матери, и, наконец, временный отрыв ребенка от матери, связанный с болезнью. Недостаток эмоциональной близости, тепла в общении с матерью, как показывают исследования, вызывает нарушения развития, невротические и аффективные расстройства, порождает у ребенка страх, агрессивность. То есть полноценное развитие ребенка возможно только в психологическом контакте с матерью. Эти контакты проявляются в самых разнообразных формах: от прямого телесного контакта как основы эмпатии до эмоциональных отношений, лежащих в основе единой психофизиологической системы «мать — дитя».

В условиях полной материнской депривации наблюдаются следующие варианты психической патологии:

- нарушение формирования личности;
- нарушение психического и интеллектуального развития;
- психические расстройства.

Понятие **кризиса** уже подробно рассматривалось и будет и далее рассматриваться в настоящем учебном пособии.

Помимо этих состояний, многие исследователи выделяют *травматический стресс* и *посттравматическое стрессовое расстройство*.

Остановимся на них более подробно.

Под **травматическим стрессом** Е. М. Черепанова [67] понимает особую форму общей стрессовой реакции, когда стресс перегружает физиологические, психологические, адаптационные возможности и разрушает психологическую защиту, то есть вызывает тревогу.

Как отмечают исследователи, травматический стресс соразмерен по интенсивности переживаний всей прежней жизни и меняет восприятие времени, становясь водоразделом, границей «до» и «после» экстремального события.

Травма для многих становится рубежом в жизни: меняется картина мира и представления о себе, видение прошлого может быть искажено, что делает вероятным повторение травматических событий в будущем, так как пострадавший может неосознанно стремиться

вернуться в то время и прожить его вновь. Причиной этого может быть стремление человека отреагировать кризисное событие.

То есть травматическое событие как будто не отпускает человека от себя, и многие люди продолжают жить по тем нормам, правилам, которые диктовала кризисная ситуация.

В литературе существуют различные отечественные и зарубежные теоретические модели травматического стресса (Н. В. Тарабрина [60]; Е. М. Черепанова [67]; Е. С. Калмыкова, М. А. Падун [27]; И. Г. Малкина-Пых [37]). Нам представляется наиболее наглядной модель травматического стресса Е. М. Черепановой (рис. 2). Автор предлагает представить себе личность в виде концентрических кругов, в центре располагается ядро «Я» или самоидентичность. Другие исследователи, например К. Г. Юнг [73], понимают под этим образованием «самость». Это центральное образование психики, благодаря которому личность при самых разнообразных обстоятельствах и изменениях, в том числе возрастных, остается самой собой.

Следующий круг представляет собой телесное «Я», неразрывно связанное с ядром «Я» и составляющее одну из базовых характеристик личности. Телесное «Я», включая схему тела, начинает формироваться у человека очень рано, еще с младенчества, и играет важную роль в дальнейшей жизни.

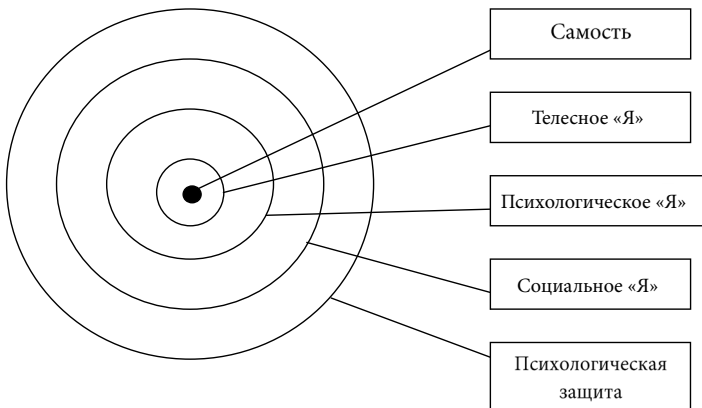


Рис. 2. Модель травматического стресса Е. М. Черепановой

Телесное «Я» включает в себя образ своего тела, его ощущения, а также его оценку. Все это формируется у младенца в процессе телесного общения с окружающими людьми, в первую очередь с родителями. Ребенок, у которого такого телесного общения, прикосновений,

ласки со стороны родителей было недостаточно, впоследствии может иметь серьезные психические нарушения, получившие в литературе название «госпитального синдрома».

Эмоциональная сфера таких детей может быть обеднена, им трудно понимать чувства других людей, сопереживание другим может представлять для них большую сложность.

Следующий круг представляет собой психологическое «Я» или Я-концепцию. Роберт Бернс [7] считал, что в Я-концепцию входят:

- когнитивная составляющая или образ «Я» (знания и представления личности о себе, своих способностях, характере, свойствах);
- эмоционально-оценочная составляющая или самооценка (отношение личности к самой себе: самоуважение, принятие, позитивное отношение или самоуничижение, непринятие, негативное отношение);
- поведенческая составляющая (тенденции поведения, соответствующие установкам личности).

Следующий круг представляет собой социальное «Я» или сферу межличностного взаимодействия личности. Социальное «Я» включает представления личности о своих социальных ролях, о месте, которое она занимает в различных социальных группах и о том, как к ней относятся в этих группах (семья, друзья, учеба, работа и пр.).

Следующий круг представляет собой психологическую защиту. Первые теоретические и практические исследования явления психологической защиты появились в области психоанализа и связаны с именами З. Фрейда (1923) и А. Фрейд (1936). Исследователи предположили, что защиты и соответственно защитное поведение нацелены на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего целостности и устойчивости «Я». Таким образом, психологическая защита — это специальная регулирующая система, ограждающая сознание человека от отрицательных, травмирующих переживаний. Защита позволяет человеку сохранить привычное представление о себе, отвергая или искажая информацию, которая могла бы разрушить это мнение.

В психоаналитической литературе подробно исследованы девять наиболее распространенных, «классических» способов психологической защиты:

- отрицание — отторжение информации, которая тревожит и травмирует личность;
- вытеснение — активное выключение из сознания травмирующей информации и помещение ее в область бессознательного;
- регрессия — переход в трудных жизненных ситуациях к инфантильным, «детским», формам реагирования;

- реактивное образование — предотвращение выражения неприятных или неприемлемых для человека мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений (гиперкомпенсация);
- проекция — бессознательный перенос на другое лицо собственных нежелательных или неприемлемых чувств, мыслей, стремлений;
- идентификация — бессознательный перенос на себя, присвоение желательных чувств, мыслей, качеств, присущих другому человеку;
- замещение — перенос действия, направленного на недоступный объект, на действие с доступным объектом;
- рационализация — псевдоразумное объяснение человеком своих чувств, мыслей, поступков в тех случаях, когда признание подлинных причин привело бы к потере самоуважения;
- сублимация — перенос сексуальной энергии в другие виды деятельности: спортивную, художественную, интеллектуальную и пр.

Как считает Е. М. Черепанова, чем дальше концентрические круги от центра, тем более поверхностным психическим слоям они соответствуют. Самый внешний круг представляют собой психологические защиты. Наносимая психическая травма проникает в один из слоев, разрушая защиту и «пробивая в ней брешь». Чем сильнее психическая травма, тем более глубокие слои личности она затрагивает и тем более глубокие и длительные последствия она вызывает. Самый глубокий слой — ядро «Я», «самость», как правило, оказывается незагрязненным. Но иногда травма, особенно пережитая в раннем возрасте, проникает очень глубоко, нарушая телесное «Я» и затрагивая «самость». К таким глубоким травмам относят сексуальное насилие по отношению к ребенку.

Если человек обращается за психологической помощью, травматический опыт может быть переработан. Если же пострадавший пытается «взять себя в руки» и вытеснить, забыть то, что с ним произошло, тогда травматические переживания как будто «инкапсулируются», то есть помещаются в «контейнер», находящийся в области бессознательного. В «контейнере» могут содержаться чувства беспомощности, страха, душевной боли, вины, стыда и др. В то же время любой стимул, который у пострадавшего ассоциируется с травмой, может вызвать болезненные воспоминания. Согласно модели Е. М. Черепановой, такие «контейнеры» имеют обыкновение «сливаться». Например, если ребенком пострадавший пережил физическое насилие, а будучи взрослым, прошел войну — воздействие этих двух травматических ситуаций суммируется и создается одна многокомпонентная травма, в основе которой может быть представление о мире как обществе агрессоров.

Данная модель возникновения травматического стресса, на наш взгляд, ясно и четко показывает, во-первых, какие уровни психики затронула психическая травма, а во-вторых, направления терапии, которые требуются в этом случае.

Постепенно человек адаптируется к жизни в новых условиях, что снижает воздействие пережитой травматической ситуации. Особенно, как показывают исследования, этому способствует оказание социально-психологической и медицинской помощи пострадавшим в экстремальной ситуации. Но приблизительно в 20 % случаев у пострадавших возникает **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**.

Посттравматическое стрессовое расстройство — это затяжная или отсроченная реакция на травматический стресс. Современные представления о ПТСР сложились к концу прошлого века, но расстройства, развивающиеся в результате пережитой катастрофы, описывались и раньше. Понятие посттравматического стрессового расстройства предложил американский психотерапевт М. Горовиц (*M. Horowitz*) в 1980 году. Однако в европейский международный классификатор болезней (МКБ-10) оно было внесено лишь в 1995 году.

Следующие критерии позволяют диагностировать ПТСР согласно МКБ-10:

- больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума;
- для больного характерны стойкие воспоминания или «ожившие» стрессоры в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя под воздействием ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессом;
- больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором;
- любое из двух:
 - либо психогенная амнезия, частичная или полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
 - либо стойкие симптомы повышения психической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до воздействия стрессора), представленные любыми двумя из следующих симптомов:
 - а) затруднение засыпания или сохранения сна;
 - б) раздражительность и вспышки гнева;
 - в) затруднения концентрации внимания;
 - г) повышение уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четыреххолмия.

В международной классификации психических нарушений при посттравматическом стрессовом расстройстве выделяют **три группы симптомов**:

- повторное переживание или вторжение непрошенных воспоминаний о травме (флэш-бэк);
- «избегание», например мест, напоминающих о травматическом событии, или процесса психологического консультирования, чтобы дистанцироваться от воспоминаний о стрессе;
- гиперактивность (нарушение сна, повышенная возбудимость, раздражительность и пр.).

Рассматривая общие подходы к психотерапии ПТСР, исследователи отмечают, что в целом психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению произошедших событий и усилению механизмов адаптации. Целью психотерапии ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом посредством переработки травматического опыта, а также в активном и ответственном включении клиента в настоящее. Для этого, как отмечает И. Г. Малкина-Пых [37], необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе жизни и личной истории.

С. Н. Ениколопов [20] выделяет четыре наиболее эффективные стратегии ПТСР:

- поддержку адаптивных навыков «Я», в том числе создание позитивного отношения к психотерапии;
- формирование позитивного отношения к возникающим симптомам, так как они являются нормальной реакцией на ненормальные обстоятельства;
- снижение избегания, так как в противном случае травматический опыт не подлежит переработке;
- изменение атрибуции смысла произошедшего травматического события, то есть создание условий перехода от ведущих в тупик вопросов «За что?» и «Почему это произошло со мной?» к осознанию смысла и уроков произошедшего.

Поскольку при посттравматическом стрессовом расстройстве затрагиваются все уровни психики человека, наиболее эффективной моделью терапии ПТСР в настоящее время считается многоуровневая модель, которую называют *SIBAM*. Данное название происходит от первых букв английских понятий *sensitive*, означающего уровень ощущений; *imagine*, означающего уровень образов; *behavior*, означающего

уровень поведения; *affect*, означающего уровень переживаний, и *mind*, означающего уровень мыслей или когнитивный уровень [70]. Эта модель подразумевает системный подход к терапии психической травмы и сочетании при работе с ПТСР таких методов, как телесно-ориентированная терапия, гештальт-терапия, символдрама, арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия и других.

К основным направлениями работы с психической травмой относят:

- снижение тревоги посредством «вентиляции» чувств (страха, вины, беспомощности и пр.), то есть выражения своих переживаний в связи с травмой;
- формирование доступа к ресурсам личности;
- восстановление целостности личности;
- включение переработанного травматического опыта в личную историю.

Выделяют три стадии кризисной работы.

Первая стадия работы проходит в ближайшее время после травматического события, когда пострадавший находится в состоянии потрясения, шока. Целями кризисной работы на первой стадии являются нормализация эмоционального состояния человека посредством «вентиляции» негативных переживаний, формирование доступа к ресурсам личности и адаптация к возникшей кризисной ситуации. Эти цели достигаются посредством оказания экстренной психологической помощи пострадавшему.

Вторая стадия, или стадия коррекции, наступает, когда эмоциональное состояние клиента уже в определенной степени нормализуется. Целями кризисной работы на второй стадии являются дальнейшая нормализация эмоционального состояния человека, опора на его ресурсы и восстановление социальных связей и отношений личности. Эти цели достигаются в процессе психологического консультирования клиента по актуальным проблемам его жизни и деятельности: в областях семейного, делового, дружеского общения, учебы или работы, отношения к себе и другим людям и пр.

Третья стадия, или стадия реабилитации, завершает кризисную психологическую помощь. Целями кризисной работы на этой стадии являются восстановление чувства безопасности и самоконтроля, нахождение позитивных ресурсов в решении смыслового конфликта, определение оптимальной для личности меры ее ответственности и обеспечение интеграции личности. Эти цели достигаются в процессе индивидуальной и групповой терапии.

1.2. Принципы кризисной интервенции

Кризисная интервенция, или кризисное вмешательство, — это социальная и психологическая экстренная помощь, которая оказывается пострадавшему.

Ведущими методами кризисной интервенции являются кризисное консультирование и кризисная психотерапия. Кризисная психотерапия показана при так называемых осложненных кризисах, то есть при развитии или высоком риске развития болезненных состояний у человека, переживающего кризис. Естественно, что любая угрожающая или ранящая ситуация вызывает изменения в чувствах, поведении и мыслях человека. Если состояние пострадавшего постепенно восстанавливается, и он в силах самостоятельно справиться с возникшими изменениями, то вмешательства психолога и психотерапевта не требуется. Если же негативные изменения приобретают длительный характер и оказываются вне зоны самостоятельного контроля, то возникает необходимость в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи.

В кризисной психологии выработаны принципы оказания экстренной психологической помощи человеку, переживающему состояние травматического стресса.

Выделяют следующие **принципы кризисной интервенции:**

- эмпатический контакт;
- безотлагательность;
- высокий уровень активности консультанта;
- психологическая поддержка;
- уважение клиента;
- ограничение целей;
- интервенция в поверхностные слои сознания;
- формирование доступа к ресурсам личности.

Рассмотрим последовательно каждый из них.

1. Эмпатический контакт. Контакт — это такой уровень безопасности, принятия и доверия во взаимодействии клиента и консультанта, который позволяет клиенту выразить то, что его беспокоит. Установление контакта в процессе консультирования является важнейшим условием его эффективности. К. Роджерс [53] ввел в психологический обиход понятие эмпатии и эмпатического контакта. Эмпатия (англ. *empathy* — вчувствование, проникновение), с точки зрения К. Роджерса, является сложным способом бытия, требующим от человека силы и одновременно нежности и чувствительности. Она предполагает сопереживание консультанта тем чувствам, которые испытывает

в настоящий момент клиент. Эмпатический контакт, по мнению многих специалистов в области кризисной терапии, представляет собой важнейшее условие кризисной помощи. Сопереживание и понимание психологического состояния другого человека (без «слияния» с этим состоянием и с сохранением контроля над происходящим со стороны консультанта) — это самое простое и самое сложное. С установления эмпатического контакта начинается кризисное вмешательство.

2. Безотлагательность. Кризисное вмешательство характеризуется безотлагательностью, предельной срочностью. Если при обычных ситуациях психологическая помощь может быть оказана спустя несколько часов и даже дней после запроса на психологическую консультацию, то при кризисной ситуации психологическая помощь оказывается незамедлительно. Например, при аварии или иной техногенной катастрофе помощь медиков и психологов может быть оказана прямо на месте происшествия.

3. Высокий уровень активности консультанта. При обычной ситуации консультанту важно предоставить достаточную активность клиенту, например, рекомендуется такое процентное распределение активности клиента и консультанта, как 70 % на 30 %, в крайнем случае, 50 % на 50 %. Это стимулирует интерес клиента к процессу психологического консультирования, его самостоятельность и ответственность за достигнутый в процессе работы результат. Но при кризисной ситуации, когда клиент находится в состоянии шока, потрясения, консультант первое время (в течение одной–двух встреч) может проявлять большую активность. Консультанту целесообразно проявлять максимальную активность в установлении контакта с человеком, переживающим кризис, и в сборе информации, чтобы как можно скорее оценить ситуацию и совместно с клиентом наметить план действий.

4. Психологическая поддержка. При работе по преодолению кризиса консультант (доброволец, психолог, психотерапевт) в первую очередь обеспечивает клиенту поддержку. Психологическая поддержка является важным ресурсом для человека, переживающего кризисную ситуацию.

5. Уважение клиента. Уважение является базовой потребностью любого человека. Особенно нуждается в нем человек, переживающий кризис, то есть испытывающий чувства беспомощности, вины, стыда, душевной боли. Поскольку человек в состоянии травматического стресса обычно очень чутко «считывает» состояние других людей, консультанту важно относиться к клиенту с уважением. Это предполагает отношение к клиенту как к вполне компетентному, независимому, взрослому человеку, стремящемуся обрести уверенность в себе,

способному если не в данный момент, то очень скоро сделать самостоятельный выбор. Так как для клиента консультант обычно является достаточно авторитетным лицом, его уважение способствует восстановлению самоуважения и самоконтроля пострадавшего.

6. Ограничение целей. Ближайшая цель кризисной интервенции — предотвращение катастрофических последствий. Основные цели — нормализация эмоционального состояния, восстановление психологического равновесия человека и его обучение пользоваться адаптивными способами преодоления кризиса. Кризисное вмешательство должно быть достаточно структурированным, чтобы помочь клиенту сосредоточиться на основной, наиболее актуальной в настоящее время проблеме.

7. Интервенция в поверхностные слои сознания. Существуют различные методы психологического консультирования, в том числе более глубокие, помогающие клиенту понять причинно-следственные связи возникновения его проблем. В ситуации кризиса консультанту рекомендуется сосредоточить свое внимание на самых простых, на первый взгляд, но актуальных задачах, решение которых поможет нормализовать эмоциональное состояние клиента, обеспечить его безопасность. Кризисная помощь должна быть реалистичной и целенаправленной, поэтому ее общая стратегия может быть построена по типу обучения стратегии решения проблем.

8. Формирование доступа к ресурсам личности. Для человека в кризисном состоянии характерно так называемое «туннельное сознание», когда он сфокусирован на негативных переживаниях: душевной боли, чувствах беспомощности, вины и стыда, обычно возникающих в состоянии травматического стресса. В таком состоянии человек, как правило, не замечает тех возможностей, которые имеет. Поэтому важной задачей кризисного терапевта является формирование доступа клиента к своим ресурсам. Понятие ресурс (франц. *resource* — вспомогательное средство) в применении к человеку означает запасы, ценности, возможности, которыми обладает личность. В литературе рассматривают различные виды ресурсов личности. Например, рассматривают «внешние» и «внутренние» ресурсы.

«Внешние» ресурсы — это возможности и ценности, относящиеся не к самому человеку, а к окружающим его лицам и среде. В первую очередь это социальное окружение — родные, близкие, друзья. Ресурсом для личности являются его основные и вспомогательные виды деятельности: учеба, работа, хобби и пр.

Как показывает опыт, чрезвычайно ресурсным в кризисном состоянии является взаимодействие с природой и домашними животными,

с произведениями искусства (музыкотерапия, библиотерапия, кинотерапия и др.).

► **Случай из практики. «Холм»**

Клиент — молодой человек, 31 год. Обратился за консультацией к психологу с проблемой душевного опустошения после ухода от него любимой девушки. Они прожили в гражданском браке полтора года. Девушка увлеклась другим мужчиной и ушла к нему. После работы с основными негативными переживаниями клиента — «вентиляции» чувств беспомощности, душевной боли, вины, беседа перешла к теме ресурсов. Консультант спросил, какие люди или занятия смогли бы помочь восстановлению нормального состояния, позволили бы получить удовольствие, радость? После рассмотрения различных вариантов клиент остановился на пребывании на даче недалеко от города, где он вырос. В будние дни клиент старался загрузить себя работой и другими делами. А в выходные дни с раннего утра бродил по полям и лесам дачного поселка, это успокаивало его. В этой местности располагался достаточно высокий холм, подъем на который был крутым и трудным. У этого молодого человека возникло желание подниматься на этот холм каждый раз, когда он оказывался рядом с препятствием. По словам клиента, этот подъем был вначале очень трудным, казалось, что не хватает для этого сил. Но постепенно тренировка стала давать себя знать, и подъем становился все легче. В процессе психологического консультирования решались наиболее актуальные для клиента задачи, но каждый раз он уделял время рассказу об ощущениях, чувствах и мыслях, связанных с подъемом на холм. Через месяц эмоциональное состояние клиента стабилизировалось, восстановились настроение, самочувствие, сон, и было принято решение о завершении процесса консультирования. На вопрос консультанта о том, что было наиболее важно, значимо для клиента в этом опыте, он сообщил, что это был процесс подъема на холм. При анализе символического смысла такого подъема клиент вспомнил, как в детстве пробовал подниматься на этот холм и свое чувство ликования, ощущения силы, взрослости, победы, когда это впервые получилось. Он понял, что и на этот раз победил и стал еще более взрослым и независимым.

«Внутренние» ресурсы — это возможности и ценности самого человека. Это его здоровье, способности, характер, воля, переживания, знания, умения и все иные ценности, которыми обладает личность. Как уже отмечалось, для кризисного состояния характерно переживание чувства беспомощности, потери дееспособности. Поэтому так важно вернуть личности ее внутренние силы. Для достижения этой цели рекомендуется очень тактично, аккуратно расспрашивать человека о тех сторонах его личности, которые представляют для него ценность.

Таким образом, человек, называя и анализируя свои значимые качества, как-будто вновь обретает их.

Различают также виды ресурсов личности с точки зрения временных характеристик. Это ресурсы **прошлого, настоящего и будущего**.

«Ресурсы прошлого» — это позитивный опыт преодоления различных трудных для человека ситуаций в процессе его жизни. Когда в кризисном состоянии человек испытывает состояние беспомощности, потери контроля над происходящим, эффективной стратегией терапии является предоставление клиенту возможности вспомнить периоды своей жизни, когда он успешно справлялся с возникающими трудностями. Например, помогает такой вопрос консультанта: «Можете ли вы вспомнить какую-либо трудную ситуацию в прошлом, с которой вы справились?». Воспоминания о таких ситуациях помогают человеку проанализировать, как и за счет чего он справлялся с возникшими трудностями и, главное, вспомнить свои чувства, когда это получалось.

► **Случай из практики. «Бойкот»**

Клиентка — девушка, 21 год. Обратилась с проблемой потери уверенности в себе, ощущением полной беспомощности. Девушка не прошла по конкурсу на отделение магистратуры после получения диплома бакалавра, в то время как ее подруги и однокурсник, в которого она влюблена, по конкурсу прошли. В период подготовки к экзаменам девушка была влюблена, и все ее внимание было устремлено на любимого человека. Сейчас он все меньше уделяет ей внимания и сообщил, что чувства с его стороны прошли.

В начале консультации девушка села на край стула, плечи были опущены, корпус и голова склонены. То есть вся ее поза отражала ее самочувствие, которое выразилось в словах клиентки: «Я чувствую себя как-будто меня сломали». При вопросе о цели консультирования, девушка сказала, что хотела бы почувствовать себя спокойной, целой и сильной, но выразила сомнение, возможно ли это. После подробного рассказа о кризисной ситуации и работы по «вентиляции», выражению актуальных чувств, был задан вопрос о том, были ли в жизни девушки трудные жизненные ситуации, с которыми она справлялась? Клиентка сначала никак не могла вспомнить подобное. Но после слов консультанта, что это естественно в таком состоянии и что можно не торопиться, расслабиться и тогда воспоминания придут, постепенно стала вспоминать. Девушке вспомнился случай конфликта с одноклассниками в школе. Возникла ситуация, когда одна из ее одноклассниц совершила неблаговидный поступок, но в нем обвинила клиентку. Одноклассники объявили ей бойкот, было очень тяжело справляться с этим, но она держалась. Все постепенно выяснилось, и одноклассники извинились перед ней, многие говорили, что уважают

ее за силу характера, за стойкость. В процессе рассказа об этой ситуации клиентка стала меняться на глазах: девушка села на все сиденье стула, выпрямила плечи, подняла голову, у нее появилась улыбка на лице, жесты стали более энергичными. На вопрос «Как она себя чувствует?», клиентка с удивлением сообщила, что хорошо. В завершающей части консультации была намечена конкретная программа выхода из кризисного состояния.

«Ресурсы настоящего» — это возможности и ценности, которыми обладает личность в настоящее время. Это те же «внешние» и «внутренние» ресурсы, анализировавшиеся выше, которые человек в кризисном состоянии, как правило, не видит и не рассматривает. Консультант тактично и аккуратно расспрашивает клиента о наиболее значимых в его жизни людях, друзьях, близких, о тех, на кого он может положиться и от кого может получить поддержку. А также о сторонах его личности, которые представляют для него ценность. Таким образом, человек, называя своих друзей и близких, анализируя свои значимые качества, как-будто вновь обретает их.

«Ресурсы будущего» — это возможности и ценности замыслов, целей, планов, которые человек хотел бы реализовать в будущем. Как показывает опыт, травматический стресс словно блокирует будущее личности, постоянно возвращая ее к воспоминаниям прошлого. Поэтому, в начале кризисного консультирования и кризисной терапии не эффективно обращаться к ресурсам будущего. Но по мере коррекционной работы, на третьем этапе кризисной работы — стадии реабилитации, рекомендуется работать с клиентом с ресурсами его будущего, обсуждая планы, цели ближайшего будущего, помогая таким образом клиенту возвращаться к нормальной жизни.

Е. И. Крукович и В. Г. Ромек [54] предлагают следующую схему кризисной интервенции:

Схема вмешательства при кризисе.

1. Установите контакт на уровне чувств:

- Не концентрируйте внимание исключительно на чувствах, так как человек, оказавшийся в кризисе, возможно, не всегда точно знает, как он себя чувствует. Если вы слишком долго будете останавливаться на этом предмете, это может расстроить клиента и привести его в замешательство.
- Определите чувства клиента и согласитесь с его правом чувствовать себя именно таким образом.
- Выразите сочувствие.

2. Исследуйте проблему, которую он или она переживают в данный момент:

- После того как контакт установлен, попытайтесь сделать так, чтобы человек начал говорить о своей проблеме, о конкретных деталях и подробностях проблемы.
 - Сконцентрируйте внимание на последних шести неделях.
 - Попробуйте определить то событие (события), которое вызвало кризис.
- 3. Суммируйте все сказанное о проблеме вместе с клиентом:
 - Вы должны прийти к согласию относительно определения центральной проблемы и основных составляющих.
- 4. Сосредоточьте внимание на той области проблемы, которую вы будете рассматривать:
 - Попадал ли клиент в такую ситуацию раньше и если да, то как справлялся с ней?
 - Каким образом клиент избегает проблем?
 - Что произойдет, если проблема будет решена?
 - Что находится на пути к решению проблемы?
 - Существуют ли альтернативные варианты решения проблемы, можно ли найти другие способы решения проблемы, не опробованные ранее?

Какова цена решения проблемы? Какова цена оставления проблемы без решения? Каковы выгоды, и вознаграждение в случае разрешения проблемы? С чего конкретно можно начать? Иногда следует начать с очень маленькой цели, главное, чтобы она была реальной, достижимой. На первых порах очень важно просто изменить эмоциональное состояние переживающего кризис, повысить активность или, наоборот, успокоить его. Последовательно обсуждаются все возможные варианты поведения человека в ближайшие дни: «Что вы будете делать через час, сегодня вечером?». В итоге кризисного вмешательства человек должен осознать, что он самостоятельно решил свои проблемы, а не получил готовые «рецепты» поведения от специалистов. Только в этом случае психотерапевтическая помощь не будет ограничена выведением клиента из данного кризиса, а усилит адаптационные возможности личности, послужит профилактике кризисных состояний в будущем. Таким образом, на этапе кризисной интервенции позиция психотерапевта должна быть скорее партнерской, нежели директивной, а методы воздействия — косвенными и мягкими. Чтобы быть успешным кризисным терапевтом, важно понимать, что человек в кризисном состоянии находится во власти чувств, его поведение может быть довольно необычным и непредсказуемым. Однако задача консультанта прежде всего помочь клиенту понять и принять свои чувства, а не воздействовать на его поведение.

1.3. Виды деятельности кризисных служб.

Профилактика эмоционального выгорания и вторичной травмы у работников кризисных служб

Кризисная служба — это подразделение, организованное с целью оказания социально-психологической, социально-педагогической, медицинской и иной помощи населению в состоянии травматического стресса. Это районные и городские кризисные центры, кризисные отделения в больницах специального и широкого профиля, убежища и приюты для пострадавших от насилия и пр.

Существуют классификации кризисных служб *по видам взаимодействия с пострадавшими* и *по видам кризисных событий*.

В зависимости от вида взаимодействия различают *контактные* и *дистантные* кризисные службы.

К **контактным** кризисным службам относятся: амбулаторная, стационарная социально-психологическая, социально-педагогическая, медицинская и юридическая помощь детям и взрослым, находящимся в кризисном состоянии.

Большой вклад в отечественную кризисную психологию внесла профессор А. Г. Амбрумова — инициатор открытия в 1970 году первого отделения суицидологии и создания Всесоюзного суицидологического научно-методического центра при Московском научно-исследовательском институте психиатрии. В Санкт-Петербурге первый кризисный стационар — клиника неврозов была открыта в 1989 году на базе Государственной психиатрической больницы № 7 им. И. П. Павлова. В 80-е годы появляются суицидологические службы в Казани, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Уфе и других городах России. Постепенно в различных городах России создаются кризисные центры различного профиля.

К **дистантным** кризисным службам относятся службы «телефонов доверия» и все формы психологического консультирования, осуществляемого через газеты, журналы и компьютерные сайты специализированных организаций.

Экстренная психологическая помощь по телефону возникла в первой половине XX века в США. В 1906 году в Нью-Йорке пастор Уоррен основал лигу «Спасите жизнь», целью которой явилось оказание моральной и психологической поддержки по телефону. В европейских странах служба психологической помощи по телефону появилась в 1948 году, когда австрийские психиатры Х. Хофф и Е. Рингель организовали центр «Врачебная помощь людям, уставшим от жизни». В Лондоне в 1953 году преподобный Питер Уэст из Клименсвудской баптистской церкви

в Илфорде и преподобный Чад Вара из церкви Святого Стефана основали организацию «Самаритяне». В 1960 году в Нью-Йорке была основана «Лига — спасите жизнь». В 1963 году в Сиднее, Австралия, преподобный Алан Уокер, глава Центральной методистской миссии, основал телефон «Линия Жизни».

История создания служб «телефонов доверия» в России связана с развитием психиатрической системы профилактики суицидов. Инициатором развития служб «телефонов доверия» выступила А. Г. Амбрумова. Первый «телефон доверия» был организован в Ленинграде в 1981 году на базе городского наркологического диспансера. В Москве в 1982 году «телефон доверия» организован в рамках превентивно-суицидологической службы.

В 1991 году была учреждена «Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи» (РАТЭПП). В настоящее время в России функционируют более 300 телефонов экстренной психологической помощи.

Более 2500 консультантов оказывают круглосуточную поддержку людям, нуждающимся в психологической помощи.

По видам кризисных событий кризисные службы подразделяются на следующие типы:

- службы для пострадавших от психологического, физического и сексуального насилия;
- суицидологические службы;
- службы, предоставляющие психологическую помощь лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Серьезной задачей при организации кризисной службы является отбор, профессиональная подготовка и переподготовка персонала кризисной службы.

Среди основных требований, предъявляемых к персоналу кризисной службы:

- высокая квалификация;
- психологическая проработка собственного травматического опыта;
- оптимизм;
- позитивная картина мира;
- профессионализм, выражающийся прежде всего в эмпатии, конгруэнтности и безоценочном принятии клиента.

Важной проблемой является профилактика эмоционального выгорания и вторичной травмы у работников кризисных служб.

Понятие «**эмоциональное выгорание**» (англ. *burnt* — сгорать, гореть) предложил американский психиатр Х. Фройденбергер в 1974 году

для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) при оказании профессиональной помощи. Х. Фройденбергер [75] описал деморализацию, разочарование и крайнюю усталость, которую он наблюдал у работников психиатрических учреждений, и предположил, что эмоциональное выгорание представляет собой истощение энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей.

Интерес к исследованию синдрома эмоционального выгорания вырос после того, как американские ученые К. Маслач и С. Джексон (2001) систематизировали описательные характеристики данного синдрома и разработали опросник для его количественной оценки. Согласно авторам, синдром эмоционального выгорания включает три группы проявлений:

- эмоциональное истощение — переживание опустошенности и бессилия, исчерпанности собственных эмоциональных ресурсов;
- деперсонализацию — дегуманизацию отношений с другими людьми (проявление черствости, бессердечности, цинизма или грубости);
- редукцию личных достижений — занижение собственных достижений, ограничение своих возможностей, обязанностей по отношению к другим, снятие с себя ответственности и перекладывание ее на других, проявление безразличия к работе.

Среди факторов, провоцирующих возникновение синдрома эмоционального выгорания, исследователи выделяют **индивидуальные и организационные факторы**.

Индивидуальные факторы, провоцирующие возникновение синдрома эмоционального выгорания:

- возраст — чем старше человек, тем менее он подвержен эмоциональному выгоранию;
- пол — для женщин более характерно эмоциональное истощение как проявление эмоционального выгорания, для мужчин — деперсонализация;
- семейное положение — специалисты, состоящие в браке, менее подвержены эмоциональному выгоранию, чем холостые;
- уровень образования — чем выше уровень образования, тем более выражено эмоциональное выгорание, вероятно, это связано с более высоким уровнем притязаний;
- локус контроля — чем выше экстернальный локус контроля, тем выше эмоциональное выгорание, то есть люди склонны приписывать все происходящее с ними влиянию внешних сил, других людей и случайностей;

• самооценка — чем более адекватна, тем меньше эмоциональное выгорание.

Организационные факторы, провоцирующие возникновение синдрома эмоционального выгорания:

- повышенная нагрузка;
- трудный случай — хронические, неизлечимые больные и пр.
- отсутствие социальной поддержки в коллективе, со стороны администрации;
- ролевой конфликт — противоречия между функциями работника;
- неудовлетворенность профессиональной деятельностью.

Персонал кризисных служб, в силу специфики своей повседневной психологической и социальной практики, предрасположен к возникновению синдрома эмоционального выгорания. Это связано с тем, что процессуальное содержание деятельности работников кризисной службы предполагает тесный контакт и сопереживание клиентам, находящимся в кризисном состоянии. Повышенная ответственность за исполняемые функции и операции, напряженная деятельность и многое другое способствуют формированию данного синдрома.

В условиях оказания психологической помощи клиентам, находящимся в состоянии травматического стресса, для работников кризисной службы существует также опасность возникновения **вторичной травмы**.

Вторичная травма, или **вторичный травматический стресс**, — это изменение во внутреннем опыте консультанта, которое возникает в результате его эмоциональной вовлеченности в отношения с клиентом, переживающим травматический стресс.

Вторичная травма специалиста провоцируется тем, что его помощь клиенту сопровождается сопереживанием таким чувствам, как безысходность, беспомощность, душевная боль, вина, стыд, страх и другим тягостным чувствам человека, переживающего состояние травматического стресса. Еще один важный фактор вторичной травматизации — невозможность быстрых изменений для клиента, переживающего травматический кризис. Постоянно сталкиваясь в своей практике с клиентами, переживающими утрату, физическое и сексуальное насилие, стихийное бедствие и другие кризисные события, консультант помогает им выразить свою боль, чувства безысходности, разочарования, горя и при этом сопереживает всем этим чувствам. Это усиливает разрушительное действие вторичной травмы для консультанта.

Вторичная травма и синдром эмоционального выгорания — явления, имеющие общие черты и различия.

Общее состоит в том, что возникновение и вторичной травмы, и синдрома эмоционального выгорания провоцируется профессиональным

стрессом и проявляется в бессоннице, раздражительности, депрессии, нарушении отношений в семье и со значимыми людьми.

Основное отличие синдрома эмоционального выгорания от вторичной травмы специалиста — в специфике стрессора. Синдром **эмоционального выгорания** возникает как накопленный профессиональный стресс у специалистов «помогающих» профессий — врачей, воспитателей, юристов, психологов, психиатров и других.

Вторичная травма возникает как реакция на эмоциональное сопереживание клиентам, находящимся в состоянии травматического стресса.

Симптомы вторичной травмы похожи на симптомы ПТСР, это:

- повторное переживание травматического события во снах или воспоминаниях;
- избегание ситуаций, связанных с травматическими событиями, и как результат — прекращение определенных видов занятий;
- реакция гипервозбудимости, раздражительности, расстройства сна.

Характерными признаками вторичной травмы являются:

- нехватка времени и сил на себя;
- нарушение отношений с родными и близкими;
- социальная изоляция;
- повышенная чувствительность к жестокости;
- цинизм;
- глобальное ощущение отчаяния и безнадежности;
- ночные кошмары.

Вторичная травма работника кризисной службы, как уже говорилось выше, провоцируется спецификой оказания психологической помощи, но возникает далеко не у всех специалистов. Провоцирующими моментами возникновения вторичной травмы, помимо специфики работы, являются:

- тотальное посвящение себя работе, когда специалист оказывается так называемым трудоголиком;
- иллюзия грандиозности выполняемой работы, когда специалист чувствует себя «спасителем страждущих»;
- профессиональная некомпетентность при установлении контакта с клиентом.

Профессиональная некомпетентность при установлении контакта с клиентом может выражаться в двух аспектах. Первый аспект связан с мерой эмпатии. К. Роджерс [53] отмечал, что эмпатия — это самое простое и самое сложное в искусстве психологического консультирования. С точки зрения К. Роджерса, эмпатия представляет собой сопереживание

и понимание психологического состояния другого человека без «слияния» с этим состоянием, что предполагает сохранение контроля над происходящим со стороны консультанта. Поэтому опытный консультант, сопереживая клиенту, частично остается в позиции наблюдателя за происходящим, отслеживающим консультационный процесс и в то же время намечающим дальнейшее развитие беседы с клиентом. Второй аспект профессиональной некомпетентности проявляется в том, что консультант, создав эмпатический контакт с клиентом, не осуществляет выход из этого контакта по завершению консультации. Последнее выражается в том, что консультант, уже закончив консультацию и попрощавшись с клиентом, не возвращается мысленно и эмоционально к себе и своей жизни, а продолжает испытывать тягостные чувства, которым сопереживал в процессе взаимодействия с клиентом. Эти ошибки консультанта провоцируют возникновение у него вторичной травмы.

В практике психологической помощи разработаны основные направления работы с вторичной травмой специалистов, это:

- анализ причин, приведших консультанта в эту сферу деятельности;
- восстановление или создание эффективного уровня коммуникаций;
- создание доступа к ресурсам личности;
- осознание всех аспектов травматических переживаний;
- восстановление или создание баланса работы и отдыха, умственной и физической деятельности;
- гармонизация личной жизни консультанта.

Направления терапии вторичной травмы показывают, как важно профессионалу, работающему в области психологической и социальной помощи, реализовать себя в важнейших сферах человеческой жизни: семейной, личной, духовной. Недаром представители различных теоретических школ консультирования сходятся во мнении, что **критерием зрелости личности профессионала в области психотерапии и психологического консультирования является его удовлетворенность:**

- собой;
- своей семьей;
- отношениями с близкими людьми;
- своей работой.

В практике психологической помощи разработаны также рекомендации для профилактики синдрома эмоционального выгорания и вторичной травмы для психологов, медиков и социальных работников, в том числе кризисных служб.

Основными направлениями профилактики эмоционального выгорания и вторичной травмы специалистов являются:

- личностный рост,
- профессиональное развитие (повышение квалификации, участие в супервизиях),
- оптимальный баланс работы и отдыха сотрудника кризисной службы.

Для профилактики эмоционального выгорания и возникновения вторичной травмы рекомендуется регулярно проводить с сотрудниками кризисной службы тренинги стрессоустойчивости, создавать комнаты «психологической разгрузки» для персонала. Также для предотвращения развития синдрома эмоционального выгорания необходимо создание благоприятного психологического климата в коллективе, организация наставничества, психологическое консультирование, проведение индивидуальных и групповых супервизий для проработки профессиональных и личных проблем и др.

Существенная роль в профилактике синдрома эмоционального выгорания отводится прежде всего самому человеку. К рекомендациям по снижению степени выраженности эмоционального выгорания или его профилактике можно отнести следующие:

- определение краткосрочных и долгосрочных целей;
- использование «тайм-аутов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);
- овладение умениями и навыками саморегуляции;
- профессиональное развитие и самосовершенствование (курсы повышения квалификации, конференции и пр.);
- доверительное общение (анализ и проговаривание своих чувств);
- поддержание хорошей физической формы (неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение усугубляют проявления эмоционального выгорания).

ГЛАВА 2. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ УТРАТЫ

2.1. Переживание горя в связи с утратой близкого

Переживание горя в связи с утратой близкого — процесс, с которым сталкивается каждый человек. Удивительно емко и глубоко об этом пишет в своей работе «Пережить горе» Ф. Василюк: «Переживание горя, быть может, одно из самых таинственных проявлений душевной жизни. Каким чудесным образом человеку, опустошенному утратой, удастся возродиться и наполнить свой мир смыслом? Как он, уверенный, что навсегда лишился радости и желания жить, сможет восстановить душевное равновесие, ощутить краски и вкус жизни? Как страдание переплавляется в мудрость? Все это — не риторические фигуры восхищения силой человеческого духа, а насущные вопросы, знать конкретные ответы на которые нужно хотя бы потому, что всем нам рано или поздно приходится, по профессиональному ли долгу или по долгу человеческого, утешать и поддерживать горящих людей» [10, с. 5].

Анализ направления процесса горевания был проведен З. Фрейдом в работе «Печаль и меланхолия», впервые изданной в 1917 году Задачей «работы печали», с точки зрения автора, является отрыв психической энергии от любимого, но уже утраченного объекта.

Первые исследования острого горя, переживаемого пациентом при утрате близкого, проводились немецким психиатром и психологом Э. Линдемманном [35]. Картина острого горя, в соответствии с представлениями автора, очень схожа у разных людей. Общим для всех является следующий синдром: периодические приступы физического страдания, длящиеся от двадцати минут до одного часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль. При этом у пациентов наблюдается стремление любой ценой избавиться от синдрома, поэтому они отказываются от контактов, которые могут ускорить очередной приступ, и стараются избежать любых напоминаний об умершем человеке.

Как отмечает Э. Линдемманн, наиболее выраженными чертами являются три основных признака:

- постоянные вздохи; это нарушение дыхания особенно заметно, когда больной говорит о своем горе;
- общие для всех больных жалобы на потерю силы и истощение: «почти невозможно подняться по лестнице», «все, что я поднимаю, кажется таким тяжелым», «от малейших усилий я чувствую полное изнеможение»;
- отсутствие аппетита.

Наблюдаются также некоторые изменения сознания. Общим, с точки зрения автора, является легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей пациента от других людей (иногда они выглядят призрачно или кажутся маленькими), и сильная поглощенность образом умершего.

Многих пациентов охватывает чувство вины. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он сделал для умершего все, что мог. Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей.

Кроме того, у человека, потерявшего близкого, часто наблюдается утрата теплоты в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, причем все это сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать с ним дружеские отношения.

Эти чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самих пациентов, очень беспокоят их и принимаются за признаки наступающего сумасшествия. Пациенты пытаются сдерживать свою враждебность, и в результате у них часто вырабатывается искусственная, натянутая манера общения.

В речи появляется торопливость, особенно когда разговор касается умершего человека. Пациенты непоседливы, совершают бесцельные движения, постоянно ищут себе какое-нибудь занятие и в то же время болезненно неспособны начинать и поддерживать организованную деятельность. Все делается без интереса. Пациент цепляется за круг повседневных дел, однако они выполняются им не автоматически, как обычно, а с усилием, как если бы каждая операция превращалась в особую задачу.

Большинство исследователей (Э. Линдемманн [35]; Ф. Василюк [10] и другие) рассматривают **острое горе** как определенный синдром с психологической и соматической симптоматикой, длящийся несколько месяцев и переходящий затем в нормальные реакции горя. Продолжительность и интенсивность переживаний индивидуальна и зависит от многих внешних и внутренних причин.

Выделяют пять признаков острого горя:

- физическое страдание;
- поглощенность образом умершего человека;
- чувство вины;
- враждебные реакции;
- утрата моделей поведения.

Эти реакции закономерны для острого горя, естественны для ситуации потери близкого человека и сопровождаются глубокими переживаниями.

В то же время специалисты различают признаки **патологического горя**. Э. Линдемманн описывает две наиболее характерные психологические реакции патологического горя. Первая — это **отсрочка реакции**. Она проявляется, если тяжелая утрата застает 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 пациенты, недавно перенесшие тяжелую утрату, начинают горевать о людях, умерших много лет назад. И вторая — **искаженные реакции**. Искаженными реакциями являются:

- повышенная активность без чувства утраты;
- появление у пациента симптомов последнего заболевания умершего;
- психосоматические заболевания;
- социальная изоляция;
- яростная враждебность к отдельным лицам;
- дальнейшая утрата форм социальной активности, вплоть до невозможности выполнять простейшую деятельность самостоятельно.

Таким образом, впервые Э. Линдемманн описал широкий круг симптомов, характеризующих состояние человека при переживании им такой кризисной ситуации, как утрата близкого.

2.2. Этапы горевания

Специалисты в области кризисной терапии отмечают, что горевание — необходимый и очень важный процесс. Им нельзя пренебрегать, его нельзя блокировать, так как «неотгореванность» приводит к различным негативным последствиям в жизни человека. В литературе по кризисной психологии существуют различные периодизации этапов горевания (Ф. Василюк [10]; И. Г. Малкина-Пых [37];

В. Ю. Меновщиков [39]; С. А. Шефов [69] и другие). Нам представляется наиболее полной периодизация Ф. Василюка. В целом процесс горевания проходит в течение от полугода до полутора–двух лет и включает пять этапов:

- шок и оцепенение (до 9 дней);
- отрицание (до 40 дней);
- принятие горя, собственно острое горе (до 6 месяцев);
- фаза остаточных толчков и реорганизации (до 1 года);
- фаза завершения (2-й год).

Задача психотерапевтической работы на каждом этапе — перевести горевание на следующий этап. Рассмотрим более подробно каждый из этапов горевания.

1. Период шока и оцепенения. Обычно первой реакцией на сообщение о смерти близкого человека является восклицание: «Не может быть!». На этом этапе характерной реакцией для человека является оцепенение. Скорбящий скован, напряжен, его дыхание затруднено, неритмично. Обычны утрата аппетита и сексуального влечения. Комплекс шоковых реакций горюющего человека истолковывается рядом специалистов как защитное отрицание факта или значения смерти, предохраняющее его от столкновения с утратой сразу, во всем объеме. Многие специалисты не рекомендуют психологическое вмешательство на этом этапе, считая, что это может повредить нормальной реакции горя. Допустимым является, с их точки зрения, психологическая поддержка клиента при его личном обращении к специалисту.

2. Период отрицания. Это фаза отрицания и поиска. Как отмечает Ф. Василюк, в это время человеку бывает трудно удержать свое внимание на внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной кисеей, вуалью, сквозь которую сплошь и рядом пробиваются ощущения присутствия умершего человека: звонок в дверь — и кажется, что это он; на улице появляется как будто знакомая фигура, и мы идем за человеком, надеясь, что это правда, он здесь. Такие видения, вплетающиеся в контекст внешних впечатлений, вполне обычны и естественны для этого периода горевания, но скорбящего они могут пугать.

Многие специалисты не рекомендуют психологическое вмешательство и на этом этапе, считая, что это может повредить нормальной реакции горя. Допустимой является, с их точки зрения, психологическая поддержка клиента при его личном обращении к специалисту. Обычно на первых двух этапах горевания к психологу или психотерапевту обращаются не те, кто потерял близкого человека, а их друзья и родственники.

3. Период принятия горя, собственно острое горе. Эта фаза горевания представляет собой собственно острое горе. Иначе ее

называют периодом отчаяния, страдания и дезорганизации. Как отмечает Ф. Василюк, в этот период сохраняются и могут даже усиливаться различные телесные реакции: затрудненное, укороченное дыхание, мышечная слабость, утрата энергии, чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле, снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушение сна. Это период наибольших страданий, острой душевной боли, так как фаза отрицания закончилась и человек осознает, что ушедшего нет, его бесполезно искать, он умер. Именно на этом этапе горюющему может быть оказана психологическая помощь не только на уровне поддержки, но и на уровне работы с чувствами страдающего человека. Психологическая помощь направлена на «вентиляцию» негативных чувств и переживаний: вины, стыда, тревоги, душевной боли, агрессии и пр. Идет процесс открытия доступа к воспоминаниям об умершем, работа по переработке отношений с ним. Ф. Василюк подчеркивает, что при психологическом сопровождении горя консультанту важно понимать, что главная задача для страдающего не забыть, оторвать себя и отделиться от утраченного объекта, а собирать, творить, устраивать образ этого объекта для сохранения в памяти, в своей душе.

4. Фаза остаточных толчков и реорганизации. На этой фазе жизнь горюющего человека входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, профессиональная деятельность, умерший перестает быть главным сосредоточением жизни. Как отмечает Ф. Василюк, переживание горя отныне уже не является ведущей деятельностью, оно протекает в виде сначала частых, а потом все более редких отдельных толчков, какие бывают после основного землетрясения. В то же время такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, а на фоне нормального существования субъективно восприниматься как еще более острые. Поводом для них чаще всего служат какие-то памятные даты, традиционные события, например, Новый год, день рождения и другие. Годовщина смерти является последней датой в этом ряду. Может быть не случайно большинство культур и религий отводят на траур один год. Психологическая помощь оказывается в виде консультирования по актуальным проблемам клиента. Клиенту оказывается помощь в нахождении в картине его мира нового места для умершего.

5. Фаза завершения. Приблизительно через год переживание горя вступает в свою последнюю фазу — фазу завершения. Смысл и задача горя на этой фазе, с точки зрения Ф. Василюка, состоит в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в продолжающемся смысловом целом жизни человека и был бы закреплен во вневременном,

ценностном измерении его бытия. Психологическая помощь человеку, утратившему близкого, оказывается в виде психологической поддержки клиента и его консультирования по актуальным проблемам.

2.3. Консультирование в ситуации утраты близкого

Психологическое сопровождение умирающих людей

Автором концепции психологической помощи умирающим людям является американский психолог швейцарского происхождения Элизабет Кюблер-Росс. Она родилась в 1926 году в Цюрихе и там же закончила медицинский факультет университета. Очень рано Э. Кюблер-Росс стала интересоваться темой смерти, так как в детстве пережила психическую травму — стала свидетельницей смерти соседки по больничной палате. Девочку потрясла смерть сверстницы в холодной больничной атмосфере, вдали от родных. В 1969 году вышла книга Э. Кюблер-Росс «О смерти и умирании», которая стала бестселлером в США и во многом изменила отношение врачей к безнадежно больным пациентам. С этой работы началось массовое движение хосписов. Психологическое сопровождение безнадежных больных позволило автору обнаружить стадии пути умирающего человека.

Стадии пути умирающего включают пять этапов:

- Отрицание — «Нет, это не я!». На этом этапе действует психологическая защита, и человек не верит в свой смертельный диагноз. Отрицание препятствует появлению страха, беспомощности, дает человеку время, чтобы прийти в себя, собраться. Помогает ему держаться в случаях ошибочного диагноза.

- Гнев — «Почему я?» Выше мы уже говорили о такой базовой иллюзии человека, как иллюзия справедливости устройства мира. Поэтому умирающему кажется несправедливым, что это случилось с ним, а не с кем-нибудь «плохим», заслуживающим этого. Обычно гнев изливается на самых близких и на всех здоровых людей.

- Торги — больной соглашается пройти через многочисленные болезненные процедуры, чтобы продлить свою жизнь.

- Депрессия — «Да, на этот раз придется умереть именно мне». На этой стадии умирающий замыкается в себе и оплакивает жизнь и близких людей, которых оставляет.

- Стадия подготовительной печали — это этап прощания с жизнью и принятия смерти как последнего жизненного этапа.

Э. Кюблер-Росс в своих работах отмечала, как важны для безнадежного больного поддержка, внимание, участие, искренний разговор о том, что его волнует. Как важно ему получить ответы на вечные вопросы: «Что там?», «Как это будет?», «Будет ли?».

Анализ рекомендаций различных специалистов, а также собственный опыт по психологическому сопровождению умирающих позволяют выделить семь основных его этапов.

1. Знакомство, установление эмпатического контакта.

Консультант знакомится с клиентом, говорит о своем опыте по сопровождению тяжелобольных людей. Сообщает, что психологическое консультирование дает человеку возможность поговорить на все волнующие темы и это обычно приводит к облегчению его психологического состояния. Консультант рассказывает клиенту о принципах конфиденциальности, уважения мнения и картины мира человека, психологической поддержки. Поскольку больной может зависеть от родных и близких, особенно важно, чтобы решение о психологическом сопровождении было его добровольным решением. Поэтому консультант спрашивает больного: хочет ли он начать процесс консультирования? И сообщает, что даже при согласии, определенные сроки не оговариваются — психологическое сопровождение длится столько, сколько захочет клиент.

2. Определение, на каком этапе пути умирающего находится клиент и его психологическая поддержка.

Обычно обращение за психологической помощью происходит на третьем этапе — этапе торгов. Это период сопротивления, протеста против болезни и неизлечимого диагноза, поэтому клиенту необходима поддержка, вера в него, в возможность вылечиться и победить болезнь. На самом деле, возможности человека неисчерпаемы. Известны случаи излечения больных онкологическими заболеваниями, например Александра Солженицына и других. Поэтому основная задача консультанта — поддержать клиента на его пути сопротивления и протеста против болезни.

Другие задачи стоят перед консультантом, если умирающий находится на этапе депрессии. Тогда психологическое сопровождение переходит на следующий этап.

3. Определение мировоззрения клиента и «вентиляция» возникающих страхов и опасений.

Сколько бы ни было человеку лет, его страшит смерть. Страх смерти сопровождает человека почти всю жизнь. Он начинает проявляться у ребенка в два–три года, когда ребенок начинает бояться темноты, злых сил: Бабы Яги, Кошечки Бессмертного и других. Согласно теоретическим представлениям, в основе любого человеческого страха — темноты,

высоты, замкнутого и открытого пространства и многих других — страх смерти. Встречаясь с фактом смерти, когда умирает домашний любимец: кот, собака или птичка, ребенок начинает на своем уровне постигать, что такое смерть. Ребенок задает много вопросов и начинает бояться смерти своих родителей. Но страх своей смерти обычно не осознается ребенком в полной мере, его спасает от этого базовая иллюзия бессмертия. Глубокое осознание собственной смертности, как правило, происходит в более позднем кризисном периоде — в подростковом возрасте. По мере прохождения кризиса страх смерти затем постепенно вытесняется в бессознательное, и человек опять живет какое-то время, как будто бы смерти вовсе нет. Вновь страх смерти охватывает человека при кризисе утраты близкого. Поэтому человек так страдает — он переживает и утрату близкого, и то, что смертен и он сам.

Умиравшему приходится встретиться с этим страхом один на один. Поэтому, когда больной осознает, что надежды на выздоровление нет, он проходит через состояние глубокой депрессии. В этом состоянии важна психологическая поддержка и помощь в поиске ответов на последние вопросы. Как показывает опыт, умирающего волнуют вопросы о том, что ждет его или не ждет после смерти. Поэтому консультанту важно корректно прояснить картину мира клиента и помочь ему ответить на волнующие его вопросы. Если человек является верующим, то это, как правило, облегчает процесс принятия смерти и поиска ответов на вопросы: «Что меня ждет там?». Если клиент не верит в Бога, ему также важно ответить на вопрос, как он представляет себе переход от жизни к смерти. Естественно, на все вопросы отвечает сам клиент согласно своим представлениям, своей картине мира. Когда человек отвечает на все эти вопросы, он получает облегчение.

► **Случай из практики. «Боюсь как девочка»**

Клиентке 90 лет, она безнадежно больна и лежит уже пять месяцев. Родные предложили пригласить психолога, она выразила согласие. Первая консультация включала знакомство, беседу на общие темы и установление контакта. В процессе второй консультации на вопрос «Есть ли что-то, о чем вам хотелось бы поговорить?» женщина сказала, что очень хочет поговорить о своих опасениях. Она призналась, что хочет, но не может ни с кем поговорить на эту тему, так как родные боятся темы смерти, уговаривают ее, что она проживет еще сто лет. А ее эти уверения тяготят и раздражают, так как она чувствует, что смерть рядом. Женщина рассказала, что устала от такой жизни, устала от боли, неподвижности, хотела бы умереть, но боится того, что ей предстоит, боится, как маленькая девочка. В процессе консультации клиентка озвучила самые волнующие ее темы, связанные со смертью, с переходом в иной мир,

назвала все свои страхи, выразила надежду на встречу с дорогими, но уже ушедшими людьми «там». В конце консультации психолог поблагодарил женщину за открытость, искренность, доверие. А клиентка в свою очередь поблагодарила консультанта за то, что смогла наконец проговорить все самое важное и почувствовала облегчение. С удивлением она сказала, что страх немного отступил, ей стало легче.

4. Прояснение всех актуальных отношений, завершение незавершенных дел.

Как показывает опыт психологического сопровождения, у уходящего из жизни человека существует потребность доделать при жизни все важные для него дела. К таким делам часто относятся проблемы в отношениях с дорогими для больного людьми. Выявлению таких актуальных незавершенных дел помогают вопросы консультанта: «Есть ли что-то важное, что вам хотелось бы сделать?», «Есть ли что-то, что вас беспокоит?». Если такие проблемы существуют, консультант помогает умирающему гармонизировать отношения с близкими людьми: прояснить отношения, попросить прощения, простить. Это может быть реализовано как при реальной встрече с друзьями, близкими, в отношениях с которыми осталась дисгармония, так и при воображаемом разговоре, например, с использованием техники гештальт-терапии. Таким образом, создаются условия для прощения близких и себя.

5. Оказание помощи в нахождении смысла своей жизни.

Основатель логотерапии — В. Франкл [64], в своих работах писал, что человек живет, пока у него есть смысл жизни. Как считает основатель первого хосписа в Санкт-Петербурге — психотерапевт и психолог А. В. Гнездилов [16], умирающий может спокойнее уйти, если он нашел смысл своей жизни. Каждый человек имеет свои ценности. Например, ценности рождения детей, любви и нежности в супружеских отношениях, профессиональных достижений, творчества и многие другие. Для умирающего человека его страдания могут способствовать так называемому туннельному сознанию, когда восприятие сужается до точки боли, страха, беспомощности. Поэтому так важно оказать ему помощь в нахождении смысла его жизни. Помогает ему в этом вопрос консультанта: «Могли бы вы рассказать о своей жизни?». Консультант, используя уточняющие вопросы, помогает клиенту рассказать о себе, своем детстве, родителях, важных вехах, отношениях. Обычно этот рассказ занимает несколько консультативных сессий. В процессе рассказа человек сетует на свои ошибки и радуется свершениям и достижениям. После рассказа человек обычно осознает, какую большую, полную разных чувств, мыслей, обстоятельств, отношений, жизнь он прожил. Так он осознает смысл своей жизни.

6. Оказание помощи в написании духовного завещания.

Человеку, покидающему этот мир, важно сделать последние распоряжения. Сказать, где (на каком кладбище), каким образом (кремация или нет, отпевание или нет), в чем он хотел бы быть похоронен. Важно выразить свои заветы близким и родным, оставить им слова своей любви. Консультант может оказать клиенту помощь в написании духовного завещания. Иногда на этом этапе процесс психологического сопровождения завершается, согласно желанию клиента.

7. Оказание помощи в прощении с близкими людьми и со своей жизнью.

Человек интуитивно чувствует приближение смерти и выражает желание проститься с близкими для него людьми. Консультант, продолжающий психологическое сопровождение, оказывает клиенту помощь в прощении с родными и близкими и тоже прощается с ним. Если семья верующая большое облегчение человек может получить, пройдя религиозные обряды прощения со своей жизнью и вверения себя в руки Бога. Это обряд соборования.

Консультирование взрослых, переживших утрату

В кризисной психологии выработаны принципы психологической помощи человеку, переживающему горе и утрату:

- Горевание — это естественный, очень важный процесс, который недопустимо блокировать, так как «неотгореванность» травматических переживаний может привести к различным негативным последствиям в жизни человека, например к фиксации на травме.
- Работа с горем всегда признает наличие во внутреннем опыте — как клиента, так и терапевта — негативного, темного. Взаимодействие со смертью — это всегда обращение сначала к темному и лишь затем — к светлому. По мнению К. Юнга, судьба души — это «небеса и ад», и без переживания этой противоречивости нет опыта целостности, а потому нет и доступа к священным образам.
- Ритуал называния. Горе должно быть признано и названо со стороны как клиента, так и консультанта.
- Горевание требует разрешения. Если у горя есть начало — у него обязательно есть и конец.
- Горевание всегда приходит к сообществу, питает его и зависит от него. Горевание — это всегда поиск новой идентичности.
- Работа с горящим клиентом требует готовности консультанта работать с собой и со своим горем.

- При работе с горем необходимо помнить не только об ограниченности, конечности и смертности, но и о безграничности, вечности и цикличности.

Рассматривая этапы горевания, мы уже кратко затрагивали основные задачи консультирования людей, переживших утрату близкого. Многие специалисты не рекомендуют психологическое вмешательство на первых двух этапах горевания: этапе **шока и оцепенения** и этапе **отрицания**, которые человек проходит в течение первых 40 дней после утраты. Считается, что это может повредить нормальной реакции горя. Допустимым является, с их точки зрения, психологическая поддержка клиента при его личном обращении к специалисту. Это связано с рядом причин. Во-первых, в состоянии шока и оцепенения, при отрицании утраты, консультирование как процесс анализа происходящего является нецелесообразным. Во-вторых, это согласуется с точкой зрения различных религиозных конфессий и иных духовных систем, о том, что душа умершего человека еще находится рядом, поэтому психологическая интервенция может оказаться некорректной. Поэтому многие психологи считают, что психологическое консультирование взрослого, потерявшего близкого человека, эффективно, начиная с третьего этапа горевания — собственно **острого горя**.

Анализ рекомендаций различных специалистов, а также собственный опыт психологического консультирования взрослых, потерявших близкого человека, позволяют предложить следующие его этапы.

1. Знакомство, установление эмпатического контакта.

На этом этапе консультант знакомится с клиентом, выражает соболезнование его утрате и кратко рассказывает о той помощи, которую может оказать. Думается, важным является сообщение клиенту об основной задаче работы с горем — не забыть умершего человека, а сохранить память о нем.

2. Прояснение запроса, цели клиента.

Как и при любом виде консультирования, после установления контакта с клиентом, мы проясняем его запрос, цель обращения за консультацией. Обычно потерявшие близкого человека хотели бы облегчить свои страдания, получить ответы на волнующие их вопросы.

3. «Вентиляция» негативных переживаний клиента, завершение незавершенных отношений с умершим человеком.

Это, как правило, самый длительный этап, требующий ряда консультативных сессий. Как и при работе с любой психической травмой, на первых этапах консультирования клиентов, потерявших близкого человека, консультант помогает человеку ощутить, осознать и выразить свои чувства, связанные с утратой близкого. В первую очередь

это чувство вины. В кризисной психологии даже отмечается симптом, характерный для человека, пережившего экстремальную ситуацию, то есть ситуацию угрозы жизни, здоровью и благополучию самого человека или близких для него людей, — «вина выжившего». Даже если клиент сделал все, что только мог, для умирающего близкого человека, все равно перед лицом его смерти — этого мало! Тем более, что в процессе жизни случалось всякое, и все трудное, «несправедливое», ошибочное в отношениях с умершим «встает во весь рост», когда его уже нет и ничего нельзя исправить! Далеко не всегда в процессе взаимоотношений с близкими людьми человек бывает «на высоте», естественно, совершает ошибки. При обычных обстоятельствах он забывает об этом или откладывает объяснения «на потом». Но когда близкий человек умирает, оказывается, что многое для него не было сделано и не может быть сделано никогда. И это, помимо чувства вины, вызывает переживания беспомощности, душевной боли, страха, раздражения, гнева и другие. С терапевтической точки зрения их важно осознать и выразить. Помогают клиенту осознать свои негативные переживания или незавершенные отношения с близкими людьми такие вопросы консультанта, как: «Есть ли что-то, что волнует вас больше всего в отношениях с умершим человеком?», «Если бы у вас была возможность, что бы вы могли ему сказать?». Таким образом, клиент на символическом уровне в процессе консультации получает возможность сделать то, что не успел, а, следовательно, получает возможность простить себя.

► **Случай из практики. «Мы виноваты!»**

За консультацией обратилась 45-летняя женщина. Полгода назад умер ее муж. В последние годы он пил, не работал и стал в состоянии алкогольного опьянения бить жену, обвиняя ее в своем состоянии. Совместная жизнь превратилась в ад. По настоянию 20-летнего сына был произведен квартирный обмен, и муж переехал в комнату в коммунальной квартире. Женщина и ее сын зажили нормальной жизнью. Но буквально через месяц произошло несчастье: муж в состоянии алкогольного опьянения упал на улице, заснул и умер от переохлаждения, так как была зима. И тут женщина поняла, «как была виновата, что послушалась сына и фактически убила своего мужа». Она начала обвинять себя и своего сына в смерти мужа. Сын начал ее раздражать, ей было трудно с ним общаться, так как он не признавал ее и своей вины в смерти отца. Ее запросом был поиск ответа на вопрос: «Как же ей теперь жить с таким камнем на сердце?». В процессе консультирования клиентка рассказала, что до того, как муж начал пить, все в семье было хорошо, они любили друг друга и сына. Да, муж очень ее любил, но куда-то все ушло. Консультант предложил женщине поговорить все, что она чувствует и думает, обращаясь к мужу, как будто

бы он ее слышит. Женщина постепенно начала, плача и прося прощение, проговаривать все, что «камнем лежало у нее на сердце». Когда все важное женщина проговорила, она почувствовала облегчение. На вопрос консультанта «Если бы он мог сейчас с ней общаться, что бы он, тот прежний, сказал ей?» клиентка попробовала почувствовать себя на его месте и ответила, что он бы сказал, что понимает ее, прощает и не винит.

Как показывает опыт консультирования клиентов, потерявших близкого человека, чувство вины адресовано зачастую не только себе, но и тому, кто «ушел» от нас, кого мы утратили. Дети более искренны в своих чувствах, менее ограничены социальными нормами, поэтому им не требуется «вытеснять» обвинение умершего в том, что он нас «бросил», «покинул». У взрослого же обвинение умершего, как правило, сразу же по появлению такого чувства «отмечается», так как испытывать подобные чувства социально неприемлемо для большинства и «ужасно». Естественно, что при консультировании клиентов не всегда удается установить такой уровень доверия и безопасности терапевтического пространства, когда в процессе «вентиляции» негативных переживаний клиент осознает, что обвиняет умершего в том, что он ушел от него в иной мир. Если негативные переживания клиента, например душевная боль, раздражение, осознаются им и проявляются, то они могут вмещать в себя и «обвинение» покинувшего нас. Поэтому если клиент не осознает подобное чувство, значит, он к этому не готов. И вместе с «вентиляцией» других негативных переживаний консультант помогает клиенту косвенно, без их осознания, выразить и данные социально неприемлемые чувства. Но есть случаи, когда осознание обвинения умершего необходимо. Это происходит, когда клиент настолько вытесняет свои негативные переживания, что вовсе не чувствует ни какие из них.

► **Случай из практики. «Я ничего не чувствую»**

Клиентка — женщина, 45 лет. Обратилась за консультацией к психологу в связи с потерей отца. Полгода назад ее отец, сидя за рулем, попал в аварию и скончался в больнице от ран, несовместимых с жизнью. У женщины двое детей-школьников, которых она воспитывает без мужа. Мама много работает и далека от нее и ее семьи. Во всем ей помогал отец, он был опорой и поддержкой. Дети очень любили дедушку. И вот любимый человек умер, а она «ничего не чувствует», даже не плакала ни разу. Клиентка рассказала, что еще в момент известия о смерти отца она была потрясена, «убита горем», но позже это состояние сменилось бесчувственностью, которая длится до сих пор. И она считает себя «страшным человеком», так как не переживает ничего. Из-за этого и пришла на консультацию. Ей хочется понять, как она оказалась таким черствым, ничего не чувствующим человеком. В начале консультации клиентка действительно производила

впечатление человека, у которого глубоко вытеснены все чувства, ее речь была монотонной, тихой, ровной. В процессе консультации беседа зашла о том, что при остром горе у многих появляются самые неожиданные чувства, даже те, которые считаются неприемлемыми, но они имеют под собой почву. После обсуждения этой темы клиентка стала чуть более энергичной и, рассказывая о той роли, которую играл ее любимый отец в ее жизни, вдруг неожиданно горько заплакала. Плача, она проговаривала: «Как он мог? Я же сто раз ему говорила, будь осторожен! И вот мы остались одни! Как он мог так поступить с нами!» После того как женщина немного успокоилась, в процессе дальнейшей консультации женщине удалось понять причину ее «бесчувственности» — она не могла позволить себе такие «ужасные» чувства, поэтому вытеснила их и все остальные в придачу. После «отреагирования» переполнявших ее переживаний клиентка, по ее словам, «почувствовала себя живой». В конце консультации на вопрос консультанта «Что вы чувствуете по отношению к отцу?» клиентка сказала: «Боль, мне очень жаль, что он ушел! И любовь».

4. Формирование доступа клиента к своим ресурсам.

Этот этап стоит на четвертом месте только с целью четкости описания процесса консультирования. На самом деле работа по созданию доступа клиента к своим ресурсам начинается с первой консультации и продолжается параллельно с другими этапами. Именно в состоянии страдания, переживания горя человеку так нужна поддержка. В первую очередь — родных и близких. Это все возможные «внешние» и «внутренние» ресурсы, которые были подробно описаны выше. Это родные и близкие, друзья, природа, музыка, кино, литература и другие виды искусства и прочее. Все это дает силы выдержать и пройти путь горевания до конца.

5. Прощание с близким человеком.

По мере работы с негативными переживаниями и завершения незавершенных отношений клиента с умершим, обратившийся за консультацией человек получает облегчение своим страданиям. Опыт показывает, что для того, чтобы принять смерть близкого, человеку надо простить себя и того, кто ушел. Не на словах, а на деле это становится возможным после серьезной и глубокой работы на третьем этапе консультирования с чувствами вины, страха, стыда, раздражения клиента и т. д. Тогда на пятом этапе консультирования клиент получает возможность попрощаться с умершим и отпустить его. Это значит простить, как с живым человеком в этой жизни. И это позволяет, как глубоко и проникновенно написал Ф. Василюк, «занять образу умершего свое постоянное место в продолжающемся смысловом целом жизни человека и быть закрепленным во вневременном, ценностном измерении его бытия» [10, с. 10].

Психологическая помощь горящему ребенку.

Многие специалисты в области кризисной психологии отмечают своеобразие реакции детей на смерть близкого человека (Е. М. Черепанова, 1996; Н. Харрис, 2002; К. Бирн, 1992; С. А. Шефов, 2007). Как пишет в своей работе «Психология горя» С. А. Шефов, реакция детей на смерть близкого человека часто остается для взрослых тайной за семью печатями. Ведь иногда они даже не знают, переживает ли ребенок утрату, а если да, то как именно он ее переживает. Несомненно, дети способны переживать и практически всегда переживают потерю близкого человека, только не всегда это происходит в явной и понятной для окружающих форме. Детскому горю в целом свойственны такие особенности, как отсроченность, скрытость, неожиданность, неравномерность. Ребенок может не проявлять немедленного горя, а острая реакция иногда откладывается на месяцы. В некоторых случаях настоящее осознание и переживание утраты приходит с большим запозданием и под воздействием какого-либо значимого события, например еще одной потери. У ребенка могут отсутствовать явные проявления горя, такие как плач или словесное выражение эмоций, однако присутствовать признаки скрытого переживания утраты в виде действий, изменений поведения и невротических симптомов. Открытое выражение детского горя подчас оказывается неожиданным для окружающих: только что ребенок играл, резвился и вдруг «ударяется в слезы». Как отмечает С. А. Шефов, у детей горевание часто имеет волнообразный характер, когда всплеск эмоций и поток слез сменяются относительным успокоением или даже оживлением и моментами веселья. Дети переживают горе очень неравномерно и склонны выражать свою печаль от случая к случаю на протяжении длительного промежутка времени [69].

Специалисты подчеркивают, что при помощи ребенку в его горе важно быть вместе с ним, поддерживать эмоциональный и физический контакт, внимательно относиться к его состоянию и желаниям, честно отвечать на вопросы, проявлять терпение к негативным сторонам поведения, быть открытым чувствам ребенка и делиться с ним своими в приемлемой форме, соблюдая меру. Такова общая стратегия, а конкретные ее воплощения и действия в реальных жизненных ситуациях могут быть разными и зависеть от того, кем ребенку приходится взрослые.

Как отмечает С. А. Шефов [69], родители детей, переживших утрату, как правило, сталкиваются с четырьмя вопросами:

1. Сообщать ребенку о смерти его близкого или нет?
2. Включать его в процесс семейного оплакивания и в хлопоты, связанные с похоронами, или нет?

3. Брать его с собой на похороны или нет?
4. Вспоминать с ребенком умершего или нет?

Несмотря на сомнения, одолевающие многих родителей по поводу этих вопросов, в действительности все они имеют практически однозначный ответ «да». Автор отмечает, что решение каждого из четырех вопросов в отрицательную сторону чревато соответствующими неприятными последствиями:

1. В случае сокрытия случившегося обычно возрастает тревога, создается почва для страхов и недоверия к взрослым, поскольку ребенок, как правило, все равно ощущает утрату или даже догадывается о смерти близкого.

2. Исключенный из общего процесса, ребенок будет чувствовать себя покинутым, оставленным наедине со своими чувствами, что только усилит страдание от потери.

3. Если ребенок не присутствовал на похоронах, его отношения с умершим могут оказаться незавершенными, что нарушает работу горя; возможно также возникновение страхов.

4. Если взрослые избегают говорить с ребенком об умершем, то детское горе может быть не вполне прожитым, его «работа» остается незавершенной.

Положительное решение четырех проблемных вопросов и его реализация в соответствующих способах поведения, с точки зрения С. А. Шефова, позволяет не только предотвратить указанные нежелательные последствия, но, в противовес им, добиться определенных позитивных результатов, а именно:

- облегчения проживания утраты, снижения психоэмоционального напряжения;
- углубления взаимоотношений с близкими, эмоциональной поддержки друг друга;
- конструктивного освоения реальности смерти, расширения мировоззрения;
- приобретения важного жизненного опыта, выработки моделей поведения в случае смерти близкого человека;
- продолжения полноценной жизни, несмотря на испытание скорбью.

Участвуя в семейном трауре, дети, помимо всего прочего, познают то новое, неведомое и фундаментальное, с чем они сталкиваются в лице смерти близкого [69].

Канадский специалист Крис Бирн (*Chris Byrne*) [74] советует родителям, какую избрать тактику по отношению к детским вопросам о смерти близкого — это тактика правдивых, простых и понятных маленькому

ребенку ответов на их прямые вопросы. Автор приводит также примеры возможных вопросов со стороны ребенка и предлагает варианты конкретных ответов на них. Эти знания, с нашей точки зрения, необходимы и родителям, и профессионалам, работающим с детским горем.

В своей работе «Психология горя» С. А. Шефов приводит вопросы детей, переживающих утрату, и ответы взрослых по С. Вурге:

- *Смерть похожа на сон?*

Смерть отличается от сна. Когда ты ложишься спать, твое тело продолжает работать. Ты по-прежнему дышишь, твое сердце бьется, и ты видишь сны. Когда человек умирает, его тело больше не работает». Помните, что у детей, которым говорят, что смерть подобна сну, могут развиваться страхи, связанные с засыпанием.

- ▶ **Случай из практики. «Бабушка умерла во сне»**

За консультацией обратилась 35-летняя женщина по поводу тяжелого состояния своей пятилетней дочери. Девочка боится спать, плачет, сидит в кроватке и держит руками глаза, чтобы они не закрывались. Засыпает ненадолго и с криком просыпается, это происходит в течение двух недель. В процессе разговора с ребенком выясняется, что у девочки две недели назад умерла бабушка. Тетя, чтобы утешить ребенка, сказала: «Не бойся, твоя бабушка не страдала, она умерла во сне». Девочка не хочет умирать, поэтому старается не спать. В процессе консультации психолог и мама, которая поняла причину проблемы со сном, доступным ребенку языком объяснили, что смерть и сон отличаются. Девочка успокоилась немного и повеселела. Для закрепления результата психолог спросил у девочки: «Что тебе нужно, чтобы быть совершенно спокойной и чувствовать себя в полной безопасности?» Девочка попросила купить ей «волшебный фонарик». В магазине девочка выбрала себе «волшебный фонарик» — ночник, который мама разрешила поставить рядом с кроватью и зажигать, если опять будет страшно. Вскоре состояние девочки нормализовалось.

- *Почему он(она) умер(ла)?*

Если смерть наступила от болезни, объясните, что тело человека больше не могло бороться с болезнью, оно перестало работать. Убедитесь, что ваши дети понимают, что, если они заболевают гриппом или простудой или если папа или мама заболевают, то их организм может победить болезнь и выздороветь. Их тела продолжают работать. Объясните, что люди обычно не умирают, когда они болеют, большинство выздоравливает. Если смерть наступила от несчастного случая — объясните, что тело человека было повреждено настолько сильно, что перестало работать. Объясните также, что большинство людей, получивших телесные повреждения, могут поправиться и жить долгое-долгое время.

- *Ты когда-нибудь умрешь? А я умру?*

Дети ищут успокоения и подбадривания. Дайте вашему ребенку понять, что большинство людей живут на протяжении очень долгого времени.

В данном случае К. Бирн фактически предлагает уходить от ответа на вопрос, предполагая, что ребенок хочет заверений, что он и его близкие не умрут. Однако С. А. Шефов и ряд других специалистов считают, что ребенок почувствует, что взрослый уваливает от прямого ответа, и это может спровоцировать возникновение недоверия к собеседнику и усиление тревоги. Поэтому в таком случае лучше ответить честно: «Да, когда-нибудь в будущем это произойдет», а уже потом успокоить, что обычно люди живут долго. В то же время есть вероятность, что, услышав честный ответ, ребенок может заплакать, и здесь уже нельзя отказываться от своих слов и оборачивать их в шутку. Лучше сесть рядом с ребенком, обнять, побыть с ним и затем помочь вернуться мыслями к жизни, которая продолжается.

- *Я сделал(ла) (или подумал(ла)) что-то плохое, что привело к смерти?*

Может быть, у вашего ребенка был конфликт с человеком, который умер. Может быть, ребенок хотел, чтобы этого человека не было рядом, чтобы получить больше внимания от других членов семьи. Может быть, ваш ребенок сказал ему: «Я хочу, чтобы ты ушел прочь от меня». Или даже: «Я хочу, чтобы ты умер». Уверьте детей, что слова и желания не вызывают смерть.

- *Он(она) вернется?*

«Вечность», «навсегда» — сложные в плане понимания понятия для маленьких детей. Они видят, что люди уходят и возвращаются. Персонажи мультфильмов умирают и затем восстают снова. Маленькие дети могут нуждаться в том, чтобы им говорили несколько раз, что человек не вернется.

- *Ему(ей) там холодно? Что он(она) будет есть?*

Вам нужно объяснить ребенку, что тело умершего человека больше не работает. Он больше не может дышать, ходить, разговаривать или есть.

- *Почему Бог позволил этому случиться?*

Отвечайте на вопросы, касающиеся Бога и религии, в соответствии с вашими собственными убеждениями (верованиями). Вы можете также проконсультироваться у священников. Это нормально — не знать ответов на все вопросы. Дети могут принять, что вы тоже можете иметь трудности с пониманием некоторых вещей. Лучше избегать высказываний, что Бог «забрал» умершего, чтобы он был с ним, или что

«только хорошие люди умирают молодыми». Некоторые дети могут испугаться, что Бог их тоже заберет к себе. Они также могут стараться быть «плохими», потому что они не хотят умереть.

► **Случай из практики.** «Бог забирает всех, кто хорошо себя ведет?»

Клиентка — женщина, 30 лет. Обратилась за консультацией по поводу поведения сына пяти лет. Мальчик был веселым, добрым, послушным. В последнее время его не узнать. Он стал нервным, раздражительным, перестал слушаться родителей и бабушку. В семье произошло несчастье — умер дедушка мальчика, и он очень переживал эту смерть. В процессе консультации психолог предложил мальчику нарисовать то, что хочется больше всего. Мальчик нарисовал могилу дедушки. В процессе разговора по рисунку ребенок задал психологу вопрос: «А правда, что Бог забирает всех, кто хорошо себя ведет?» Этот вопрос позволил психологу и маме понять, чем вызвано было резкое изменение поведения ребенка. Психолог и мама понятным ребенку языком объяснили ему, что это не так. Состояние и поведение мальчика нормализовалось.

Детское горе достаточно часто бывает неочевидным, протекает скрыто, а ребенок оказывается не в состоянии внятно сообщить взрослым, что он тоже очень страдает, только по-своему. Тогда способы косвенного выражения и проработки горя становятся наиболее эффективными, а иногда — единственно приемлемыми вариантами психологической помощи горяющему ребенку.

Специалисты отмечают, что психологическая помощь горящим детям в определенной мере отличается от аналогичной помощи взрослым. Это отличие обусловлено в основном тем, что дети не в состоянии осмыслить случившееся несчастье на том уровне, на каком способны это сделать взрослые. Соответственно, роль бессознательных процессов в переживании горя ребенком существенно больше по сравнению с взрослыми. Данное отличие постепенно сглаживается по мере взросления, но, как правило, сохраняется вплоть до подросткового периода.

В процессе консультирования детей по поводу их реакций на смерть близкого могут применяться самые разные методы и методики, адекватные возрасту и уровню психического развития маленького клиента. В распоряжении психолога имеются методы арт-терапии, сказкотерапии, анималотерапии, игровой терапии, символдрамы и другие методы, позволяющие ребенку отреагировать свои негативные переживания, выразить все то, что переполняет его душевный мир в игре, рисунке, сказке и образе.

ГЛАВА 3. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ НАСИЛИЯ

3.1. Виды, факторы риска и механизмы насилия

По данным исследований, проблема насилия в обществе является одной из самых глобальных проблем нашего времени.

В самом общем виде насилие определяется как принудительное воздействие на кого-либо. Это любое насильственное действие: злоупотребление, унижение, оскорбление (психологическое, физическое, сексуальное). Основное содержание насилия — это унижение человеческого достоинства. В первую очередь насилие направлено на подавление индивидуальной воли человека. При этом субъект насилия (наильник) получает власть над объектом насилия (жертвой).

Насилие — применение индивидом или социальной группой различных форм принуждения (вплоть до вооруженного воздействия) с целью приобретения или сохранения политического, экономического, психологического господства, завоевания каких-либо прав и привилегий.

В литературе существуют различные классификации видов насилия. Наиболее распространены классификации, основанные на характере насильственных действий и на месте совершаемого насилия.

В зависимости от характера насильственных действий различают три основных вида насилия:

- психологическое;
- физическое;
- сексуальное.

Психологическое насилие — хронические паттерны поведения в виде унижения, оскорбления, высмеивания, издевательства над ребенком или взрослым. Некоторые авторы (Р. Соонетс, 2001; Н. О. Зиновьева, Н. Ф. Михайлова, 2005) выделяют эмоциональное насилие как отдельный вид насилия. Психологическое насилие как самостоятельный вид насилия было признано в международной психологической и юридической практике лишь в 1980 году. От воспитательных мер психологическое насилие отличается унижением человеческого достоинства ребенка или подростка.

Физическое насилие — умышленное нанесение ребенку (до 18 лет) или взрослому телесного повреждения. При этом насилием часто оказывается не только грубое и очевидно травмирующее применение силы по отношению к ребенку, но и многие привычные «традиционные» формы наказаний и воздействий на детей, унижающие их человеческое достоинство.

Сексуальное насилие по отношению к ребенку — использование ребенка другим совершеннолетним лицом для получения сексуального удовлетворения против желания ребенка или в условиях, когда он не в состоянии понять сексуальные действия по уровню своего развития, отказаться от них вследствие недостаточных душевных и физических сил.

Сексуальное насилие по отношению к взрослому — использование взрослым другого взрослого для получения сексуального удовлетворения против его желания либо принуждение его к неприемлемым для него формам сексуального взаимодействия.

В зависимости от места совершаемого насилия выделяют:

- семейное (домашнее);
- школьное;
- насилие на работе;
- социально-бытовое насилие.

Семейное (домашнее) насилие — психологическое, физическое, сексуальное оскорбление человеческого достоинства ребенка или взрослого в семье. Как отмечает И. Г. Малкина-Пых [37], семейное насилие это комплексный вид насилия, представляющий собой повторяющийся с увеличением частоты цикл физического и психологического (эмоционального, личностного и духовного) оскорбления с целью контроля, запугивания, внушения чувства страха. Это система поведения для сохранения власти и контроля над близким человеком.

Школьное насилие — это словесные оскорбления или применение физической силы во взаимоотношениях между детьми или со стороны учителей по отношению к ребенку. В современной школе появились случаи психологического и физического насилия учеников по отношению к учителю.

Насилие на работе — это словесные оскорбления, психологическое давление во взаимоотношениях между коллегами или руководством по отношению к подчиненным. В литературе появился специальный термин, отражающий такой вид насилия, — **моббинг**.

Впервые исследование такого явления на рабочих местах в Швеции провел психолог и врач Ханц Лейман в 1980-х. С точки зрения автора, **моббинг** — это такое поведение коллег, руководства или подчиненных по отношению к кому-либо из работников, когда они

периодически на протяжении недель, месяцев или даже лет осуществляют целенаправленное преследование, нападки, ущемляющие его/ее чувство собственного достоинства, подрывающие репутацию и профессиональную компетентность. Ханц Лейман назвал такое поведение «моббингом» и охарактеризовал его как «психологический террор».

Социально-бытовое насилие — это психологическое, физическое и сексуальное унижение человеческого достоинства в процессе взаимоотношений малознакомых или незнакомых людей: в транспорте, в магазине, на улице и в других общественных местах.

Где бы ни происходило насилие, оно представляет собой серьезную социальную проблему. Но особую роль в развитии личности, с точки зрения исследователей, играет семейное или домашнее насилие, так как оно оказывает воздействие на неокрепшую психику ребенка и фактически обучает законам взаимодействия между людьми.

Интегрируя различные подходы в комплексную модель, семейное насилие можно трактовать как многомерный феномен, порождаемый взаимодействием сразу нескольких элементов. Это и личностные особенности родителей и ребенка, и внутрисемейные процессы, и стрессы, вызываемые социально-экономическими условиями, обстоятельствами общественного характера.

Факторы риска насилия в семье (по Н. О. Зиновьевой и Н. Ф. Михайловой [22]):

Социально-экономические факторы риска насилия в семье:

- низкий доход; безработица или временная работа;
- низкий трудовой статус (особенно у отцов);
- многодетная семья;
- молодые родители;
- неполная семья;
- принадлежность к меньшинствам;
- отсутствие социальной помощи от государства и общественных организаций.

Факторы риска, обусловленные структурой семьи и моделью общения:

- семья родителя-одиночки, а также многодетные семьи;
- отчим в семье или приемные родители;
- конфликтные или насильственные отношения между членами семьи; проблемы между супругами;
- межпоколенная передача (родители, испытавшие или видевшие в детстве насилие, склонны к нему в обращении со своими детьми, с раннего возраста родители-жертвы усвоили паттерн агрессивного поведения по отношению к другим людям и членам семьи в частности);

- проблемы взаимоотношений родителя и ребенка;
- эмоциональная и физическая изоляция семьи.

Факторы риска, обусловленные личностью родителя:

- ригидность, доминирование, низкая самооценка, импульсивность, низкий уровень эмпатии и открытости, низкая стрессоустойчивость, эмоциональная лабильность, агрессивность, замкнутость, подозрительность и проблемы самоидентификации;
- негативное отношение родителя к окружающим и неадекватные социальные ожидания в отношении ребенка (в этом случае родители оценивают поведение ребенка как сильный стрессор);
- низкий уровень социальных навыков, отсутствует умение вести переговоры, решать конфликты и проблемы, совладать со стрессом, просить помощи у других;
- психическое здоровье родителя: выраженные психопатологические отклонения, нервозность, депрессивность, склонность к суицидам увеличивают риск применения насилия в отношении детей;
- алкоголизм и наркомания родителей и вытекающие из этого психофармакологические проблемы и аффективные нарушения: агрессивность, гиперсексуальность, раздражительность, ослабленный контроль над своим поведением, изменения личности и др.;
- проблемы со здоровьем: патологически протекающая беременность, прервавшаяся беременность, тяжелые роды;
- эмоциональная уплощенность и умственная отсталость, родитель не всегда понимает состояние ребенка — особенно больного, поэтому может оставить ребенка без необходимой помощи.
- незрелость родительских навыков и чувств, дефицит родительских чувств и навыков чаще всего характерен для молодых, умственно отсталых, психически больных родителей.

Факторы насилия в семье на уровне личности ребенка:

- нежеланные дети, а также те, которые были рождены после потери родителями предыдущего ребенка;
- недоношенные дети, имеющие при рождении низкий вес;
- дети, живущие в многодетной семье, где промежуток между рождениями детей был небольшой (погодки);
- дети с врожденными или с приобретенными увечьями, низким интеллектом, с нарушениями здоровья (наследственный синдром, хронические заболевания, в том числе и психические);
- с расстройствами и нетипичными вариантами поведения (раздражительность, гневливость, импульсивность, гиперактивность, непредсказуемость поведения, нарушения сна, энурез);

- с определенными свойствами личности (замкнутый, апатичный, равнодушный, зависимый, внушаемый);
- с привычками, действующими на нервы родителям;
- с низкими социальными навыками;
- с внешностью, отличающейся от других, или с неприемлемыми для родителей особенностями (например, «не того» пола);
- дети, чье вынашивание и рождение было тяжелым для матерей, а также дети, которые часто болели и были разлучены с матерью в течение первого года жизни.

Механизмы насилия

В психологии насилия важное место занимает изучение его механизмов. Анализ литературы по психологии насилия позволяет выделить три основных его механизма:

- фрустрация базовых потребностей;
- социальное научение;
- социальные полоролевые стереотипы.

Фрустрация базовых потребностей как механизм насилия. Впервые идею об агрессии как основном следствии фрустрации базовых потребностей высказал основатель психоанализа З. Фрейд.

К базовым потребностям человека относят:

- физиологические потребности (в пище, воде, тепле, сексе);
- потребность в безопасности (чувство защищенности, комфорт, постоянство условий жизни);
- потребность в автономии, свободе;
- потребность в общении (в принадлежности к общности, в привязанности, любви);
- потребность в самоуважении и уважении со стороны значимых людей.

С точки зрения З. Фрейда, неудовлетворенность базовых потребностей человека вызывает накопление энергии возбуждения, приводящее к росту уровня нервно-психического напряжения, требующего разрядки. И такой разрядкой является проявление агрессии.

Одной из центральных идей фрустрационной теории агрессивности является эффект катарсиса. **Катарсис** (от греч. *katharsis* — очищение) — это процесс освобождения возбуждения или накопившейся энергии, приводящий к снижению уровня напряжения.

Наиболее раннее употребление данного понятия встречается в период античности у Аристотеля, подчеркивавшего очищающее,

«катартическое» воздействие трагедии на человека, совершающееся путем сострадания и сопереживания чувствам героев: страху, вине, гневу и другим.

В психоаналитической литературе этот термин впервые появляется в работах Ж. Брейера и З. Фрейда. Суть идеи состоит в том, что физическое или эмоциональное выражение враждебных тенденций приводит либо к временному, либо длительному облегчению, в результате чего достигается психологическое равновесие и ослабление готовности к агрессии. Ж. Брейер добивался устранения симптомов истерии, побуждая пациентов в состоянии гипноза оживлять или вспомнить забытые события детства — часто, но не всегда травматические, — и связанные с ними чувства. Когда в гипнотическом состоянии в сознание вводится ранее вытесненное воспоминание и связанный с ним аффект, последний тем самым разряжается и симптом исчезает. Этот процесс аффективной разрядки получил еще одно название — «отреагирование».

З. Фрейд и другие психоаналитики отмечают большое значение эффекта катарсиса, часто объясняя им потребность человека очиститься от агрессивных тенденций. В частности, существуют данные, которые свидетельствуют о том, что если человек, являясь объектом агрессии, не может ответить тем же, то у него поднимается кровяное давление, тогда как при непосредственном агрессивном ответе оно значительно снижается. Однако многие экспериментальные данные не позволяют однозначно оценить эффективность выражения агрессии: установлено, что в ряде случаев агрессивное поведение снижает уровень дальнейших агрессивных проявлений, а в ряде случаев, наоборот, повышает. В современной психотерапии вне психоаналитической традиции словом «катарсис» в общем смысле обозначают терапевтическое высвобождение эмоций или снятие напряжения, включающее и то, что могло осознаться или быть связано с осознаваемыми переживаниями.

Как и другие теории происхождения агрессии, фрустрационная теория не избежала замечаний в свой адрес. Больше всего критики вызвала гипотеза о жесткой предопределенности самой схемы «фрустрация — агрессия». Было замечено, что люди довольно часто испытывают фрустрацию, но необязательно при этом ведут себя агрессивно, и наоборот. Следует отметить, что в процессе своего развития фрустрационный подход претерпел значительные изменения.

Действие этого механизма агрессии и насилия ярко можно наблюдать на примере поведения ребенка. Чем ребенок младше, тем скорее можно ожидать, что в ситуации фрустрации своих потребностей

он будет реагировать непосредственным аффектом злости, сопровождаемым тенденцией устранить предмет, вызывающий фрустрацию, или плачем, причем в обоих случаях с неупорядоченной активностью. У подростков же агрессивные тенденции могут как проявляться непосредственно, так и быть скрыты и находить свое удовлетворение в фантазийной продукции. У взрослого могут наблюдаться самые различные реакции на фрустрацию его потребностей, зависящие от его стрессоустойчивости, самообладания, культуры, уверенности в себе и множества других факторов.

Социальное научение, как механизм насилия. Теорию социального научения как механизма насилия предложил канадский психолог украинского происхождения Альберт Бандура (*A. Bandura*). Первоначально А. Бандура (1973) под агрессией понимал импульсивную реакцию на фрустрацию, но затем убедился, что механизм может быть иной. Толчком к созданию теории социального научения как механизма агрессии послужил следующий факт. В 1973 году президентская комиссия по порнографии заключила, что распространение порнографии не имеет тенденции усиливать агрессию или другие формы асоциального поведения. Этот вывод был подвергнут сомнению, и А. Бандура провел исследование, показавшее, что многократное предъявление любых стимулов имеет тенденцию образовывать положительное отношение к этим стимулам. Автор предположил, что агрессивному поведению научаются большей частью через имитацию моделей, которые исходят в основном из трех источников:

- члены семьи и/или сверстники;
- культура и субкультура;
- средства массовой информации.

В процессе исследований А. Бандура обнаружил, что агрессивное поведение развивается у детей, которых воспитывают и с которыми взаимодействуют агрессивные взрослые. В частности, обнаружил, что отцы сверхагрессивных подростков служат им образцом такого поведения, поощряя их вне дома к проявлениям агрессии. Проводя исследование на маленьких детях, которым показывали фильмы с поощрением вербальной агрессии, автор обнаружил, что в этом случае дети склонны повторять увиденное. На основании этих исследований А. Бандура пришел к заключению, что гнев как проявление общего возбуждения, способствующего агрессии, будет проявляться лишь только тогда, когда в данных ситуационных условиях социально принимаются образцы гневных реакций. При этом, как показали исследования, награда и наказание недостаточны, чтобы научить новому поведению. Дети приобретают новое поведение

благодаря имитации модели. Одно из проявлений имитации — идентификация — процесс, в котором личность заимствует мысли, чувства, поведение значимого для нее человека. Теория А. Бандуры раскрывает способы, с помощью которых люди приобретают разнообразные виды сложного поведения в условиях социального окружения. Такой механизм насилия согласуется с данными исследований психологического профиля заключенных, показавшими, что 70–80% осужденных за изнасилование в детстве сами подвергались сексуальному насилию.

Многие исследования показывают, что чем чаще мужчины или женщины подвергались физическому насилию в детстве, тем выше была вероятность их жестокого обращения со своими детьми. Согласно тем же данным, мужчины, наблюдавшие в детстве драки родителей, становились агрессивными мужьями в два раза чаще, чем мужчины, в семье которых не наблюдалось подобных сцен.

Исследования показывают, что жестокое обращение с детьми обучает их агрессивному поведению по отношению к еще более младшим по возрасту детям или по отношению к животным. В этом случае можно говорить о проявлении сразу двух механизмов насилия: механизма фрустрации базовых потребностей (в тепле, принятии, безопасности) и механизма социального научения.

► **Случай из практики. «Кошка-дочка»**

Клиентка — женщина, 46 лет. Обратилась к психологу в связи со своей повышенной агрессивностью и вспыльчивостью в общении, особенно со своей дочерью. В процессе консультации выяснилось, что, когда клиентка была ребенком, в ее семье нормой было жестокое обращение по отношению к детям. В процессе «воспитания» детей унижали, запугивали, оскорбляли, били. Клиентка от консультации к консультации становилась все более открытой, она начала осознавать свое право на любящие чувства, которые испытывает. На третьей консультации клиентка сказала, что хочет честно рассказать о себе нечто ужасное. Женщина сообщила, что в возрасте шести лет у нее была кошка. Так как родители запретили ей держать животное дома, девочка скрывала свою любимицу на чердаке. Девочка играла с кошкой, фантазируя, что это ее дочка. В те дни, когда девочку особенно жестоко избивали, она шла на чердак и мучила кошку, причиняя животному сильную боль. Кошка вырывалась, выла от боли, но девочка продолжала ее «воспитывать», приговаривая, что это для «дочкиной» пользы. В процессе консультации клиентке удалось увидеть и осознать четкую параллель, зеркальное отражение ее «воспитания» кошки-дочки и «воспитания» девочки ее мамой. В течение нескольких консультаций проходил процесс «отреагирования»

сопровождающих психическую травму чувств: душевной боли, вины, стыда, обиды, гнева, ярости. Постепенно эмоциональное состояние клиентки заметно улучшилось. Женщина сообщила, что в общении с людьми стала спокойнее, доброжелательнее, а главное — ее отношения с дочерью нормализовались.

Научение у людей в значительной степени определяется процессами наблюдения, подражания и моделирования. Большая часть человеческого научения осуществляется без традиционного подкрепления, которого требуют принципы оперантного и классического обусловливания. Люди могут научиться в отсутствие как вознаграждения, так и наказания. Это не означает, однако, что подкрепление не имеет никакого значения. В действительности, как только поведение оказывается освоенным, подкрепление начинает играть важную роль в определении того, будет ли данное поведение возникать в дальнейшем. Научение через наблюдение не является ни постоянным, ни автоматическим. На то, будет ли происходить в данной ситуации такое научение, оказывают влияние многочисленные факторы. К числу таких факторов относятся возраст модели и компетентность. Уровень мотивации человека также может улучшать или ухудшать наблюдение, подражание и моделирование. Люди наблюдают и впоследствии осваивают широкое разнообразие социальных реакций, таких как агрессия, сексуальное поведение, способы эмоционального реагирования и многое другое.

В своей трактовке феноменов социального научения А. Бандура исходит из широкого использования людьми символических репрезентаций событий в окружающей среде. Без признания такой символической активности чрезвычайно трудно объяснить невероятную гибкость человеческого поведения. А. Бандура формулирует тезис о том, что изменения в поведении, вызываемые вследствие классического и инструментального обусловливания, а также угашения и наказания активно опосредуются когнициями. Важную роль в человеческом поведении играют также процессы саморегуляции: люди регулируют свое поведение при помощи наглядного представления его последствий. Образование связей между стимулом и реакцией находится под влиянием этих процессов самоконтроля.

Работы А. Бандуры сыграли чрезвычайно важную роль в разработке новых подходов к терапевтическому вмешательству. Наиболее заметным здесь явилось применение процедур моделирования в целях формирования новой когнитивной и поведенческой компетентности.

Социальные полоролевые стереотипы как механизм насилия. Семейное насилие — явление достаточно распространенное во всем

мире и во всех слоях населения. Как показывают исследования, 95 % жертв семейного насилия — женщины. Семейное насилие имеет место, если партнер (муж, бывший муж, любовник) оскорбляет и унижает женщину, не разрешает ей видеться с подругами и родственниками, бьет или угрожает побоями и иным образом внушает ей страх, чувство вины и беспомощности.

Международные организации, такие как ООН, рассматривают насилие в отношении женщин именно как проявление гендерного неравенства в обществе. В 1979 году появился документ ООН «О ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин». В данном документе насилие в отношении женщин в частной и общественной сфере рассматривается как нарушение прав человека. На сегодняшний день в 89 государствах (в том числе и в некоторых бывших республиках СССР) действуют законы, непосредственно направленные на борьбу с насилием в семье, а в 90 государствах имеются те или иные нормы закона, направленные против сексуальных домогательств. В 1992 году ЮНИФЕМ представила сводный доклад о насилии по гендерному признаку, в котором обобщены статистические данные о случаях физического насилия по отношению к женщинам в семье по всем странам мира. Из доклада следует, что жестокое обращение с женами широко распространено в Бангладеш, Барбадосе, Гватемале, Индии, Норвегии, Чили и других странах. В США каждые 15 секунд избивают женщину. Более 50 % женщин хотя бы раз были избиты своими мужьями. В России от семейного насилия ежегодно погибает 14 тысяч женщин. Данная статистика раскрывает глубину и актуальность проблемы насилия по отношению к женщинам.

В психологической литературе существует феминистская теория насилия (Браунмиллер (*Brownmiller*), Гордон (*Gordon*), Ригер (*Riger*), Швендингер (*Schwendinger*) и др.). Данная теория подробно анализируется С. Н. Ениколоповым и О. Н. Кравцовой [21]. С точки зрения авторов, этот подход рассматривает физическое и сексуальное насилие как результат давних и глубоко укоренившихся социальных традиций, согласно которым мужчины доминируют практически во всех социополитических и экономических сферах. Феминисты утверждают, что в патриархальном обществе существует тенденция не расценивать женщину как равноправного участника межличностных взаимодействий. Крайним выражением этой тенденции является взгляд на женщину как на собственность. Изнасилование по этой теории — «псевдосексуальный акт», мотивируемый желанием власти и контроля, а не сексуальным влечением, а сексуальная интимность и эксплуатация в данном случае лишь используются мужчинами для поддержания их

первенства. Страх возможного изнасилования и других форм сексуального посягательства сужает круг активности женщины до относительно «безопасного» поведения.

Американский психолог Николас Грот (*Groth, Birnbaum*, 1979) исследовал 348 осужденных насильников (мужчин) с целью выяснения преобладающих мотивов преступления. Среди респондентов 55 % отметили желание контроля и власти над жертвой, 40 % — ярость, желание унижения, избияния жертвы, 5 % — как гнев, ярость, так и желание власти. Эти данные подтверждают феминистскую гипотезу о том, что, с точки зрения преступника, изнасилование не является лишь актом сексуального влечения. Считая изнасилование результатом социального неравенства полов, феминистская теория, к сожалению, не дает ясного направления улучшения ситуации. Приверженцы этого подхода разделились в ответе на вопрос «Как уменьшить процент изнасилований?». Часть из них акцентирует необходимость более строгого наказания насильников, другая часть утверждает, что фокус внимания должен быть смещен на достижение равноправия в социально-экономической сфере.

Согласно феминистской теории, большую роль играют факторы установок и «мифов», существующих в обществе относительно физического и сексуального насилия. Исследования подтверждают, что насильники имеют более агрессивные по отношению к женщинам и более оправдывающие избияние и изнасилования установки, чем другие мужчины (Бёрт (*Burt*), 1980).

Существуют эмпирические данные, которые иногда трактуют как подтверждение мифов. Например, значительное количество женщин при анонимных опросах отмечает, что иногда в их сексуальных фантазиях присутствует сексуальный контакт с элементами насилия, атаки. Однако неправомерно делать из этого вывод, что «большинство женщин мечтает быть изнасилованными». Около 1/3 женщин признали, что в их жизни бывали ситуации, когда они, сказав «нет», на самом деле желали сексуального контакта. Это якобы подтверждает миф о том, что «нет» женщины часто означает «да». Тем не менее подобные данные скорее служат поддержкой феминистской теории, чем подтверждают мифы. Каковы бы ни были фантазии здорового человека, их развитие и последствия он(а) всегда контролирует. В реальной жизни человек также стремится сохранять контроль над ситуацией. Значит, потеря этого контроля, невозможность действий согласно собственным желаниям является экстремально стрессогенным фактором в ситуации физического и сексуального насилия.

3.2. Последствия психологического, физического и сексуального насилия для здоровья и психики ребенка и взрослого

Различают ближайшие и отдаленные последствия жестокого обращения и невнимательного отношения к детям в виде психологического, физического и сексуального насилия.

К ближайшим последствиям относятся: физические травмы, повреждения, а также рвота, головные боли, потеря сознания, характерные для синдрома сотрясения, развивающегося у маленьких детей, которых берут за плечи и сильно трясут; острые психические нарушения в ответ на любой вид агрессии. Эти реакции могут проявляться в виде возбуждения, стремления куда-то бежать, спрятаться либо в виде глубокой заторможенности, внешнего безразличия. Однако в обоих случаях ребенок охвачен острейшим переживанием страха, тревоги и гнева. У детей старшего возраста возможно развитие тяжелой депрессии с чувством собственной неполноценности.

Состояние детей, демонстрирующее признаки задержки физического и нервно-психического развития, в семьях, где дети лишены тепла, внимания, зарубежные специалисты назвали «неспособностью к процветанию».

Среди отдаленных последствий жестокого обращения с детьми выделяются нарушения физического и психического развития ребенка, различные соматические заболевания, личностные и эмоциональные нарушения, социальные последствия.

Воспитание ребенка в условиях психологического и физического насилия приводит к деформации личности. Злобная, недоброжелательная обстановка формирует низкую самооценку — следствие отношения к нему родителей и значимых взрослых. Ощущение малоценности унижает ребенка, поэтому многие такие дети даже и не противятся насилию над собой именно из желания чего-то стоить. Таким образом, ребенок — жертва психологического насилия — растет со знанием того, что он плохой и несостоятельный во всем. В дальнейшем он воспроизводит уже усвоенные им паттерны поведения в собственной жизни, в том числе и в общении со своими детьми.

Важным отличием жертв во взрослом возрасте является неспособность справляться с проблемами, а также искать и получать помощь от окружающих людей. Когда ребенок-жертва не получает помощи от собственных родителей, это подрывает его способности к поиску помощи и взаимоотношений с людьми в будущем.

Взрослые, пережившие в детстве насилие, так же, как и большинство жертв травматических событий, страдают либо от повышенно-го, либо от пониженного контроля за своими чувствами, импульсами,

уровнем тревоги. Оказалось, что когда дети-жертвы достигают взрослости, имеется существенный риск, что у них обнаружится психопатология. Следующие черты характеризуют взрослого человека, не справившегося с травмой насилия в детстве, и его семью:

- хаотичная или дезорганизованная семья;
- жестокость, насилие;
- неумение проявлять заботу в семье;
- потеря интереса к ребенку в семье или его неприятие;
- низкое качество общения членов семьи между собой;
- саморазрушающее поведение.

А. Грин (*Green A.*, 1983) считает, что посттравматический синдром может возникнуть как при физическом, так и при сексуальном насилии. Дети, пережившие насилие, могут на довольно продолжительное время забывать о своем травматическом опыте, например вспомнить о нем, уже будучи взрослыми, нередко — в ходе психотерапевтического процесса.

Эмоциональными реакциями детей на насилие и жестокость могут быть:

- чувство ответственности за насилие; чувство вины за постоянное насилие или жестокость (при частом или непрекращающемся насилии);
- постоянное возбуждение; переживание потери (дети, отделенные от родителя, применяющего насилие, постоянно переживают потерю);
- противоречивость: дети не осознают, что можно не знать о чувствах другого человека или иметь одновременно два противоположных чувства;
- страх быть покинутым;
- потребность в чрезмерном внимании взрослых;
- боязнь телесных повреждений;
- стыд;
- беспокойство о будущем.

Пережитое насилие разрушает само представление ребенка о жизни и ее ценностях, о своей желанности и жизнеспособности в мире. Это то, что Р. Лэнг называет «онтологической неуверенностью». У такого подростка отсутствует уверенность в том, что он является ценной и жизнеспособной частью бытия.

Наиболее универсальной и тяжелой реакцией на любое насилие является низкая самооценка, которая способствует сохранению и закреплению психологических нарушений. Вследствие этого ребенку трудно добиться уважения окружающих, успеха, общение его со сверстниками затруднено.

Жертвы физического и сексуального насилия часто страдают депрессией и отличаются аутоагрессивным поведением. Депрессивные симптомы выражаются в переживании тоски, грусти, неспособности ощущать радость, наслаждение и т. д. Аутоагрессивное поведение выражается в действиях, направленных на нанесение себе травм, в попытках суицида и суицидальных мыслях.

Плохой самоконтроль и нарушения поведения свойственны жертвам как физического, так и сексуального насилия. Однако для жертв физического насилия больше характерны агрессивность, разрушительное поведение как в школе, так и дома, бесконтрольность поведения. С помощью агрессии они защищают себя от волнения (тревоги) и чувства беспомощности. Результат такого поведения — увеличение дистанции от других. Враждебное отношение к другим людям продиктовано боязнью причинить себе боль. У таких детей обычно мало друзей, потому что ровесников часто пугает их взрывное, импульсивное поведение.

Обобщая ряд отечественных и зарубежных исследований, Н. К. Асанова [5] отмечает определенные негативные последствия различных видов насилия для здоровья и психики ребенка и взрослого.

Последствия психологического насилия:

- Искажение образа «Я», обвинение самих себя за происходящее; снижение чувства собственной ценности и значимости.
- Чувства страха и беспомощности как доминирующие чувства, мир воспринимается как двусмысленный, неопределенный и всегда опасный.
- Открытость, хрупкость и неопределенность границ собственно «Я», неспособность вовремя идентифицировать различные формы насилия; неспособность установить пределы и ограничения.
- Депривация базовых потребностей (неудовлетворение потребности в любви, принятии, понимании, принадлежности).
- Обязательное стремление к близости, синдром эмоциональной зависимости (созависимости): сверхпотребность в любви, страх потерять объект привязанности, зависимость, неуверенность в себе и в других, отрицание собственных потребностей.
- Подавление или обесценивание собственных чувств и переживаний, нарушение способности наслаждаться жизнью, нарушение способности к установлению эмоциональной близости, синдром «аффективной тупости» (отсутствие чувства общности с другими людьми, ощущение себя неспособным строить отношения эмоциональной привязанности, отвержение себя и других).

Последствия физического насилия:

- Представление о случившемся как о заслуженном наказании («взрослый прав, я это заслужил своим плохим поведением»).

- Нарушение представления о неприкосновенности собственных границ — ребенок не умеет отстаивать свои границы и не знает, что это можно и нужно делать.

- Амбивалентное отношение к насильнику (одновременно и любовь, и ненависть); эффект психологического воздействия сильнее, если насилие совершается тем, кого ребенок любит и воспринимает как защитника.

- Недоверие к окружающим людям; отсутствие привязанностей, что является фактором риска для возникновения психопатологических расстройств.

- Искажение системы ценностей: ценности упрощаются, наиболее ценным становится то, что может гарантировать безопасность.

- Нарушение способности понимать собственные чувства и состояния других людей, эмоциональная «замороженность», формирование замкнутости, тревожности, депрессивные состояния, снижение способности к самовыражению.

- Отсутствие контроля над своей импульсивностью, неконтролируемый выплеск агрессии.

- Представление о жестокости и насилии как о нормальной форме взаимоотношений.

- Интериоризация паттерна отношений «насильник — жертва», в котором фиксируется то, что базовые потребности можно удовлетворить, только переживая насилие или совершая его; происходит фиксация ролевого поведения «жертва» или «агрессор», отсроченными последствиями физического насилия могут быть садистские наклонности.

Последствия сексуального насилия:

- Утрата базового доверия к себе и миру. С этим связана трудность оказания психологической помощи, когда материал, касающийся насилия, пережитого в детстве, может быть в силу разных причин недоступен терапевту.

- Нарушение физических и эмоциональных границ, в результате которого травматический опыт в дальнейшем воспроизводится в течение жизни.

- Нарушение отношений с собственным телом, включающее не только изменение позитивного отношения к нему, но и искажение телесной экспрессии, стиля движений.

- «Сексуализация поведения» — постоянная готовность быть сексуальным объектом, формирование сексуально окрашенного поведения, которое воспринимается как необходимое, что является последствием рано начавшегося и продолжающегося длительного время сексуального насилия.

- Формирование модели «любовь всегда связана с жертвой, болью», нарушение способности строить долгосрочные партнерские отношения.
- Выработка защитной «стратегии выживания» в виде диссоциации личности, расщепления образа «Я»: отчуждения от собственного тела, тело воспринимается как не свое («то, что происходит с телом, — это происходит не со мной»), ощущение нереальности происходящего и частичная амнезия.
 - Амбивалентность переживаний: наличие одновременно и любви, и ненависти к тому человеку, который подвергал их насилию.
 - Ощущение беспомощности;
 - Нарушения Я–концепции: восприятие себя как плохого человека, чувство вины, депрессия.
 - Сексуальные дисфункции.
 - Химические зависимости, пограничные личностные расстройства.
 - У девочек — виктимизация поведения, у мальчиков — принятие роли насильника, формирование агрессивного сексуального поведения.

3.3. Консультирование жертв насилия

Методы психологической помощи детям, пострадавшим от насилия

Индивидуальная форма работы. Чтобы определить цели психологической помощи детям — жертвам насилия, необходимо знать особенности этих детей. Интегрировав накопленные в психологической науке данные с опытом работы специалистов, мы можем с уверенностью сказать: прохождение человека через чрезвычайные ситуации, где он пребывает в роли жертвы, чревато не просто нарушением в содержании структурных компонентов образа мира, но нередко приводит к его полному разрушению.

Разрушения в картине мира ребенка столь глубоки, что касаются действия двуединого базового механизма бытия и развития личности «идентификация — обособление»: у пережившего насилие ребенка «включается» крайняя негативная форма обособления — отчуждение (от себя, других, мира), и вся активность направляется на защиту себя.

Как отмечают специалисты, для минимизации психологических последствий пережитого насилия недостаточно того, чтобы ребенка только перестали унижать, бить, сексуально использовать, важно оказывать ему психологическую помощь для отработки травматических переживаний.

Прежде всего это организация пространства и времени психологической помощи. Поскольку в ходе соприкосновения с воспоминаниями о насилии неизбежны интенсивные переживания, чрезвычайно важна специальная организация четких терапевтических рамок.

На основании анализа опыта психологического сопровождения детей, переживших различные виды насилия, и соотношения его с закономерностями перехода от позиции жертвы к позиции ответственности за свою жизнь, описанными в научной литературе, можно сказать, что наиболее подходящим вариантом работы с детьми, пережившими насилие, является эклектичная, мультимодальная модель консультирования. В этой модели сочетаются три основных психотерапевтических направления: работа с мыслями, работа с эмоциями, работа с поведением.

Консультирование детей, пострадавших от насилия, включает определенные **этапы работы с клиентом**:

1. Установление контакта. Для установления контакта с ребенком важно, как психолог его слушает. Нужно помнить о свободной, расслабленной позе тела — это помогает ребенку начать говорить. Для создания доверительных отношений маленьким детям можно предложить игру и вместе поиграть. Детям школьного возраста можно задать общие вопросы о семье, друзьях, любимых мультфильмах, сказках и пр.

2. Уточнение ожиданий ребенка. Психологу необходимо объяснить ребенку, каким его ожиданиям он может соответствовать.

3. Определение проблемы посредством активного слушания.

Уточнение шагов, которые уже были сделаны для решения проблемы. Кроме того, необходимо обсудить с клиентом те последствия, которые ребенок испытал на себе, совершая неэффективные или деструктивные действия.

4. Поиск новых путей решения проблемы. Методом мозгового штурма психолог предлагает ребенку придумать как можно больше новых путей решения проблемы. Можно применить вариант игротерапии: на листе бумаги рисуются кружки, ребенку предлагается заполнить их своими идеями.

5. Заключение договоренности с ребенком о претворении одной из идей решения проблемы в действие. Договориться с ребенком попробовать какие-либо новые шаги бывает трудно, хотя если это удастся, то нередко первые же попытки ребенка предпринять новые действия приносят успех.

6. Завершение сессии. Обычный способ завершения сессии состоит в том, что специалист просит ребенка подытожить, что же

происходило во время их встречи: например, к каким важным идеям они пришли, какие планы на будущее составили.

В процессе психологического консультирования детей, пострадавших от насилия, используются самые разнообразные методы работы: игротерапия, арт-терапия, сказкотерапия, телесно-ориентированная терапия и другие.

Игровые психотерапевтические методы. Игротерапия является основным методом для работы с детьми от 2 до 12 лет вследствие ограниченного возрастом их когнитивного развития и способности вербализовать свои мысли и чувства. Игра — это неотъемлемая часть жизни детей, которая представляет собой средство обучения общественным правилам, а также установления отношений с окружающими людьми.

С помощью игры дети способны выразить свои чувства и переживания; проиграть, то есть вновь пережить и, следовательно, отработать травматическую ситуацию насилия; наконец, позволить проявить себя в безопасной, комфортной обстановке.

Барнс (*Barnes, 1993*) предлагает несколько критериев для оценки терапевтической динамики:

1. Ребенок на каждой следующей сессии выглядит более спокойным и расслабленным.
2. Ребенок становится более уверенным в себе.
3. Ребенок становится в состоянии обобщить, что происходило на сессии и чему он научился.
4. Взаимодействие ребенка с родителями становится более позитивным.
5. Наблюдаются изменения в поведенческих паттернах, языке тела, игре, взаимодействии с окружающими.
6. Ребенок открыто обсуждает свои проблемы и тревоги.

Различают директивную и недирективную игротерапию. В директивной игротерапии психолог использует игру как средство интерпретации, наблюдая за игровым процессом и сюжетом. В определенные моменты в ходе разговора психолог помогает ребенку осознать свои мысли и чувства, а также то, как игровая ситуация связана с реальной жизнью, в частности с перенесенным насилием. Далее психолог направляет деятельность ребенка таким образом, чтобы «отыграть» травматическую ситуацию, сопутствующие ей мысли и чувства и новые, более конструктивные способы выхода из нее.

Недирективная игротерапия основана на идее Карла Роджерса о том, что у каждого человека есть подсознательное стремление к независимости, личностному росту и зрелости, поэтому ребенка необходимо принимать таким, какой он есть, а не таким, каким бы его хотели видеть

взрослые. Психолог помогает почувствовать ребенку, что тот совершенно свободен в выражении своих чувств и мыслей, какими бы они негативными, разрушительными ни были. Важно следить за тем, что происходит с ребенком, и своевременно это отражать на вербальном и невербальном уровнях взаимодействия. Психолог постоянно демонстрирует глубокое уважение к стремлению ребенка решить свои проблемы и ни в коем случае не пытается направить в какую-либо сторону его действия или речь.

Н. О. Зиновьева и Н. Ф. Михайлова в своей работе «Психология и психотерапия насилия» [22], подробно рассматривают различные виды игротерапии и те задачи, которые решает психолог в ее процессе. Остановимся на описании авторами таких видов игротерапии, как игра с пластилином, игра с куклами, рисование, песочная терапия и ролевые игры. Н. О. Зиновьева и Н. Ф. Михайлова отмечают, что игровой материал должен быть удобен для игры, соответствовать возрасту ребенка, чтобы он чувствовал свою успешность при его использовании. Материал для игры при этом должен способствовать осознанию ребенком своего жизненного опыта и эмоциональных реакций на травматические ситуации, в частности на ситуацию насилия.

К игровому материалу, например, относятся:

- кукольная семья (куклы тряпичные, бумажные, пластмассовые, деревянные);

- кукольный дом и обстановка;
- одежда для кукол;
- игрушечные животные;
- бумага для рисования или резки;
- песок;
- вода;
- кукольный театр;
- карандаши;
- пластилин.

Игры с пластилином. Задачи, которые решает психолог:

- Установить и поддерживать контакт с ребенком.
- Помочь ребенку расслабиться.
- Помочь ребенку проявить свои чувства. У жертв насилия это прежде всего чувство вины, агрессия, подавленность, растерянность, душевная боль.
- Помочь ребенку в формировании адекватной самооценки, принимая безусловно и безоценочно все творчество ребенка.

Варианты проведения игры с пластилином:

1. Предложить ребенку слепить какие-то фигурки и поговорить с ними (с помощью направляющих идей психолога).

2. Предложить слепить что-то конкретное и рассказать психологу об этом.

3. Предложить ребенку «стать» пластилином.

4. Дать возможность ребенку просто поиграть с пластилином, не разговаривая.

Игры с куклами. Ирвин (*Irwin*, 1993) рассматривает игры с куклами как диагностическое и терапевтическое средство. Рекомендуется иметь в наличии набор из 15–20 различных кукол: куклы, изображающие семью людей, животных, куклы, изображающие учителей, милицию, врачей; куклы-ведьмы.

Дженкинс (*Jenkins*) и Бекх (*Beckh*) (1993) считают эффективными игры с пальчиковыми куклами. Несмотря на то, что кукла находится на руке ребенка, дети рассматривают их отдельно от себя и способны таким образом посредством кукол выражать запрещенные чувства и говорить о своих внутренних конфликтах.

Также можно провести куклотерапию, предложив ребенку создать куклы из ниток, клубков, пуговиц и т. п.

Задачи, которые решает психолог:

1. Помочь ребенку раскрыть его страхи, внутренние конфликты посредством проигрывания травматических ситуаций.

2. Способствовать усилению эмоций с целью их выведения на поверхность.

3. Помочь ребенку общаться посредством метафор.

4. Сделать игру с куклами отражением реальной жизни ребенка.

5. Помочь ребенку почувствовать себя защищенным посредством кукол: «Это не я сказал, это так кукла говорит»; «Я чувствую то же, что чувствует кукла».

6. Помочь ребенку идентифицироваться с куклой.

7. Помочь ребенку почувствовать себя принятым, даже в неприемлемых качествах.

8. Сделать куклу средством связи ребенка и взрослых — психолога, родителей, учителей.

9. Создать атмосферу поддержки и эмпатии, хотя вначале ребенок может принимать поддержку скорее от куклы, нежели от взрослого.

Процедура проведения игры с куклами:

1. Психолог предлагает познакомиться с куклами.

2. Психолог предлагает выбрать кукол, с помощью которых ребенок хотел бы рассказать какую-нибудь историю (или конкретно о тех людях, кого ребенок знает; или о ситуации насилия).

3. Психолог отмечает, каких кукол ребенок выбирает, а каких отвергает.

4. Психолог вступает в игру и просит ребенка познакомить его с куклами, помогая ему их описывать с помощью вопросов открытого типа.

5. По мере проигрывания сюжета психолог вмешивается только при необходимости или по просьбе ребенка.

6. По окончании игры психолог разговаривает с куклами, задавая снова вопросы открытого типа о мыслях, чувствах и действиях кукол, а затем постепенно и незаметно переносит свои вопросы и интерпретации непосредственно на ребенка.

Рисование. Дети не осознают, что их рисунки отражают их мысли и чувства, поэтому при рисовании минимально используют защитные механизмы Лайонс (Lyons, 1993). Рисование всегда являлось активным средством психотерапии для работы с детьми, пережившими насилие. Рисование применяется с целью установления контакта с ребенком, общения, переживания инсайта и разрешения эмоциональных конфликтов; также оно дает возможность психологу через символы понять, что происходит с ребенком. Использование рисунков в психотерапии насилия способствует более эффективному приспособлению ребенка к реальной жизни и личностному росту. Для рисования подходят карандаши, фломастеры, мелки. Краски используются в меньшей степени. Арлоу (Arlow) и Кадис (Kadis) (1993) обратили внимание на то, что немногие дети используют только красный цвет; дети от 4 до 10 лет используют основные цвета, в то время как более старшие дети могут рисовать все в одном цвете; при сильной травматизации дети выбирают более темные цвета и оставляют пустые пространства на бумаге; дети с выраженной агрессией часто заходят за края бумаги.

Варианты проведения терапии:

1. Предложить ребенку нарисовать лучшее, что с ним произошло сегодня или в течение недели; либо нарисовать худшее, что с ним произошло.

2. Предложить ребенку нарисовать свою семью; можно попросить представить членов семьи в виде образов животных; нарисовать свою семью в какой-либо обстановке.

3. Предложить нарисовать самого себя; самого себя через какое-то время.

4. Предложить нарисовать своего лучшего друга; самого близкого взрослого.

5. Предложить нарисовать свое желание, свою мечту.

6. Используя вырезки из журналов, создать коллаж о самом себе.

7. Нарисовать дорогу своей жизни: препятствия, барьеры, места для отдыха и т. п. Показать, где на этой дороге ребенок находится сейчас и где хотел бы оказаться.

8. Психолог рисует линию (прямую, кривую, зигзаг) и просит ребенка создать из этой линии рисунок. Затем ребенок рисует линию, а психолог заканчивает рисунок.

Процедура проведения терапии:

1. Попросить ребенка поделиться своими чувствами и переживаниями во время процесса рисования.

2. Попросить ребенка рассказать об уже законченном рисунке.

3. Задать ребенку вопросы открытого типа о каких-то деталях рисунка; сделать детали более четкими, очевидными; рассказать о формах рисунка, цветах, изображенных людях и объектах.

4. Попросить ребенка описать рисунок, используя местоимение «я», как если бы ребенок стал этим рисунком: «Я — это рисунок, я весь закрашен красным цветом...».

5. Сконцентрировать внимание ребенка на каких-то деталях рисунка: «О чем думает этот кружок?», «А что он собирается делать?» и т. п.

6. При необходимости задать вопрос: «На кого ты больше всего похож на этом рисунке?».

7. Предложить ребенку провести диалог между двумя частями рисунка, например, между машиной и дорогой, между счастливым человечком и несчастным человечком.

8. Предложить ребенку обратить внимание на выбранные им цвета: «А что яркие (или темные) цвета означают для тебя?», «Похоже на то, что для тебя было очень важно закрасить это черным цветом».

9. Следить за голосом ребенка, его позой, выражением лица, дыханием, молчанием. Молчание может означать переживание, осмысление, воспоминание, тревогу, страх или осознание чего-то.

10. Работать над идентификацией ребенка по мере описания им рисунка: «В каких ситуациях ты чувствовал себя подобным образом?», «Что похожее было (или есть) в твоей жизни на события, изображенные на рисунке?».

11. Обращать внимание на пропущенные детали или пустые места на рисунке и обсуждать это с ребенком.

12. Начинать процесс обсуждения с того, о чем легче всего говорить ребенку, постепенно переходя к более трудным и болезненным моментам.

Песочная терапия. Данный вариант игротерапии был создан в 1939 году Маргарет Ловенфельд (*Margaret Lowenfeld*), она назвала его «техника создания мира». Барнс (1991) отмечает, что игра в песок позволяет психологу найти доступ во внутренний мир ребенка; также это является естественным методом исцеления психики, который стимулирует процесс самопознания. Песочная терапия не требует от ребенка

каких-то особых умений, как в случаях рисования или рассказывания историй. Аллан (*Allan*) и Берри (*Berry*) (1993) предлагают использовать два водонепроницаемых ящика с песком размерами примерно 50×75×7,5 см — один для сухого, другой для влажного песка. Барнс рекомендует ограничиться одним ящиком, однако чтобы вода была доступна. Также необходимо множество маленьких игрушек, отображающих мир ребенка: куклы, животные, домики, мебель, посуда, солдатики, машинки, игрушки — персонажи популярных книг и фильмов.

Задачи, стоящие перед психологом:

1. Помочь ребенку проявить свои мысли, чувства, фантазии.
2. Помочь ребенку отработать внутренние конфликты и травмы, полученные вследствие насилия, путем:
 - приобретения ребенком ощущения контроля над фантазиями;
 - постепенного изменения сцен из песка;
 - изменения/разрешения фантазий и конфликтов.
3. Помочь ребенку сконцентрироваться на пространстве, ограниченном песочным ящиком.

Процедура проведения песочной терапии (20–30 минут):

- Предложить ребенку закрыть глаза и представить какую-то сцену, ситуацию, какой-то мир.
 - Изобразить этот мир на песке.
 - Предложить использовать любые имеющиеся игрушки.
 - По окончании процесса или время от времени просить ребенка рассказать о том, что он хочет изобразить или описать, что происходит. Не интерпретировать или анализировать вслух то, что происходит с ребенком во время игры.
 - Зарисовать последнюю сцену либо сфотографировать с целью анализа прогресса терапии.

Инструкции психологу:

1. Наблюдать, слушать, не вмешиваться в процесс.
2. Если ребенок разговаривает во время игры, использовать прием уточнения или активного слушания, перефразируя сказанное.
3. Наблюдать за поведением, а также темами, повторяющимися из раза в раз.
4. Наблюдать за изменениями в процессе терапии в сюжетах и выборе игрушек.
5. Внимательно следить за собственными реакциями, ощущениями, тем, что подсказывает интуиция.
6. По мере готовности ребенка можно осторожно задавать ему вопросы типа: «А где здесь ты находишься?», «А что в твоей жизни тебе эта сценка напоминает?».

Ролевые игры. Обычно ролевые игры используются для проигрывания каких-то ситуаций или для обучения новому поведению. Левенсон (*Levenson*) и Харрис (*Harris*) (1993) рекомендовали ролевые игры с целью обеспечения «внутреннего корректирующего эмоционального переживания опыта». Ролевые игры позволяют детям непосредственно прикоснуться к своим болевым точкам и обсуждать их. Также ролевые игры дают возможность психологу увидеть, как дети воспринимают мир и взаимодействуют с окружающими.

Варианты проведения ролевых игр.

1. Ролевые игры, определяющие существующую проблему.

Детям, особенно тем, кто пережил насилие, трудно описать словами, что произошло в конкретной ситуации, тем более, если это связано с родителями, учителями или сверстниками. Жертвы насилия часто не способны увидеть, каким образом их конкретные действия вызывают нежелательную реакцию окружающих. Именно проигрывание своей роли помогает детям осознать свои действия.

2. Смена ролей.

Не стоит спрашивать ребенка «А что бы ты чувствовал, если бы был на его (ее) месте?». По мнению Пиаже, дети примерно до 8-летнего возраста не способны мысленно поставить себя на место другого человека. Использование ролевой игры, когда ребенку предлагается сыграть роль другого человека, позволяет ему лучше понять, что окружающие видят, слышат и понимают.

3. Ролевая игра как репетиция поведения.

Детям легче пробовать новые действия в реальных условиях после того, как они проигрывают ситуацию в безопасной, комфортной обстановке и постепенно обучаются новому, более конструктивному поведению.

Арт-терапия в работе с детьми и подростками, перенесшими сексуальное насилие

Следует сказать отдельно об особенностях психологической помощи детям — жертвам сексуального насилия. Основная цель работы психолога с жертвами насилия заключается в уменьшении и ликвидации последствий травматических переживаний.

Специалисты в области работы с детьми, подвергшимися сексуальному или физическому насилию, полагают, что общепринятой формулы кризисного вмешательства не существует. Интервенции в форме кризисного вмешательства и краткосрочное психологическое консультирование эффективны в случае единичного инцидента, при

длительном насилии необходима соответственно длительная работа, причем не только с ребенком, но и со всей семьей. Задачи индивидуальной и групповой психотерапии ставятся и осуществляются в рамках конкретных программ помощи детям — жертвам сексуального насилия.

Общие цели психотерапии:

- Помочь ребенку понять характер травмы и последствия, которые должно иметь для него это переживание.
- Повысить способность ребенка говорить и думать о пережитом насилии без смущения и тревоги.
- Уменьшить степень выраженности и интенсивность поведенческого и эмоционального стресса.
- Способствовать здоровому выражению чувств в связи с происшедшим насилием и с последствиями его раскрытия.
- Исследование и модификация искаженных, недостаточных или нездоровых познавательных способностей ребенка с целью развития более адаптивных способов мышления о насилии, себе и своих взаимоотношениях.
- Выявление обстоятельств, сопутствующих травме, и ослабление их влияния.

Методы арт-терапии широко используются в работе с детьми, пострадавшими от психологического, физического и сексуального насилия. Но особенно эффективной и наименее травматичной формой установления диалога с ребенком арт-терапия считается при сексуальном насилии, так как этот вид насилия является самым сложным методом для обсуждения.

Использование визуального канала коммуникации имеет ряд достоинств. Исследования показывают, что травматический опыт запечатлевается посредством онтогенетических примитивных визуальных механизмов как единое целое, поэтому создание изобразительных образов помогает получить к ним доступ (П. Левинсон (*P. Levinson*), 1986; С. Сагар (*S. Sagar*), 1990). Авторы считают, что словесное описание травматического опыта может представлять серьезную проблему для ребенка в силу многих причин, например недостаточного понимания происходящего, запугивания ребенка насильником и других. А изобразительное творчество помогает ему выразить свои ранее заблокированные ощущения и переживания. Это помогает ребенку восстановить свое чувство собственного достоинства, оживить сферу физических ощущений, заблокированных в результате травмы. При этом восстановление образа «Я» может стимулироваться физическими свойствами изобразительных материалов, которые являются невербальными инструментами для определения того,

что относится к сфере «Я», а что не относится. Если при использовании рисунка как метода диагностики или терапии психологического или физического насилия детям предлагаются карандаши, мелки или фломастеры, то при арт-терапии детям, пострадавшим от сексуального насилия, предлагаются самые разнообразные материалы: краски, вода, глина, клей и другие.

Многие арт-терапевты считают, что для детей, перенесших сексуальное насилие, очень важна возможность создавать беспорядок, используя изобразительные материалы. Так, английский арт-терапевт Дженни Мерфи (*J. Murphy*) [40] отмечает, что дети очень часто смешивают краски, обильно используют воду или добавляют иные материалы. При этом ребенок, как правило, стремится сохранить подобный раствор или «кашу» в течение нескольких недель, закрывая его в какой-либо емкости. Иногда такой раствор дети называют «ядом» или «лекарством». Специалисты считают, что такие работы символизируют некую «тайну», например тайну насилия, которую ребенок должен был долгое время хранить в себе. С. Сагар (1990) считает, что подобная работа с материалами способствует «отреагированию» негативных переживаний, интеграции личности ребенка и имеет подчас весьма конкретное и ритуальное выражение. Автор связывает свои наблюдения за особенностями психических процессов у детей, перенесших сексуальное насилие, с идеей о художественном образе как талисмани. Художественный образ может быть предметом для избирательной проекции чувств ребенка, играть роль «козла отпущения». Такой образ может сохраняться и разрушаться без причинения вреда и ущерба другим людям. В противном случае гнев и желание возмездия могли бы выплескиваться на окружающих, порождая тем самым новый цикл насилия. В то же время С. Сагар (1990) и П. Левинсон (1986) рассматривают «отреагирование» агрессивных чувств пострадавшего ребенка в качестве одного из факторов его долгосрочной психотерапии. Арт-терапевты отмечают, что свободный выбор изобразительных материалов усиливает веру ребенка в свои силы и ощущение контроля за ситуацией и является важным психотерапевтическим фактором. Иногда дети раскрашивают красками ладони своих рук, а также свои лица, что, с точки зрения специалистов, отражает переживаемое ребенком чувство «внутренней загрязненности» и состояние «внутреннего хаоса». Процедура смывания краски представляет для них особую значимость. Практика показывает, что дети нередко просят арт-терапевта помочь им помыться, по-видимому, для того, чтобы быть уверенными в том, что они «чистые». Опыт работы с фантазиями ребенка — жертвы сексуального насилия, показывает, что в них также зачастую присутствуют образы воды: водопады, реки, озера и другие виды водных стихий, смывающих « всю грязь ».

Дж. Мерфи подчеркивает, что положительные стороны изобразительного процесса, связанные с ощущением ребенком своего контроля над ним, повышением самооценки и изменением восприятия своего «Я», являются очень значимыми. Автор считает, что изобразительная работа может предоставлять ребенку необходимый «словарь» для выражения травматического опыта и его аналитической переработки, хотя он может сопротивляться этому.

Многие арт-терапевты отмечают необходимость четких границ психотерапевтических отношений, позволяющих создать безопасное пространство для выражения ребенком своих чувств и укрепления его идентичности. Они считают, что арт-терапевт должен избегать критических оценок и быть готовым к безусловному принятию переживаний ребенка. В то же время специалист должен формировать определенную систему норм, предотвращающую неконтролируемое «выплескивание» агрессивных чувств вне контекста изобразительного творчества ребенка. Как считает Дж. Мерфи, арт-терапевты, работающие с детьми, перенесшими сексуальное насилие, могут переживать высокое психическое напряжение, упадок сил, тревогу и депрессию. Это определяет необходимость их психологической поддержки и супервизий, а также ограничения числа клиентов. Таким образом, четкие границы психотерапевтических отношений, по-видимому нужны не только в интересах клиента, но и для самого арт-терапевта [40].

Групповая форма работы. Участие в группе дает детям возможность почувствовать, что они не одиноки в своих проблемах, поверить в свои силы и ощутить радость от групповой поддержки. В ходе групповой работы дети могут осознать все последствия насилия и, что очень важно, интегрировать свои чрезвычайно сложные и противоречивые чувства.

Необходимо оценить уровень интеллектуального и психического развития ребенка, а также необходимо провести две или три индивидуальные встречи с каждым ребенком, чтобы подготовить его к групповой работе — снизить тревожность, ознакомить с целью занятий.

Необходимо провести работу со взрослыми: информировать о целях и задачах групповой работы, проговорить вопрос конфиденциальности полученной информации и составить контракт, в котором родитель дает согласие на участие ребенка в групповой работе.

Цели групповой терапии:

- минимизация психической травмы;
- обучение детей технологиям продуктивного общения и взаимодействия на основе принятия норм поведения с учетом прав и возможностей каждого ребенка.

Задачи групповой терапии:

- «отреагирование» травматических переживаний в условиях безопасности и групповой поддержки;
- снижение чувства уникальности своей травматической истории в результате обмена опытом между членами группы;
- обучение стратегиям совладания с травмой в процессе терапевтической работы;
- получение позитивного опыта общения в атмосфере доверия и открытости членов терапевтической группы.

Организация работы группы. В группу собирают детей по принципу однородности:

- по полу — детям, пережившим насилие, особенно младшим, более подходят однополюе терапевтические группы;
- по возрасту — рекомендуется объединять в группу детей с разницей в возрасте не более плюс-минус два года;
- по виду насилия — в группу объединяют детей, переживших один и тот же вид насилия.

Опора на принцип однородности позволяет осуществлять профилактику возможного психологического и физического насилия детей по отношению друг к другу.

В групповой работе используются следующие приемы: обсуждение актуальных тем в кругу участников, игры, в том числе ролевые, библиотерапия, арт-терапия, просмотр видео, ведение дневников.

Стадии групповой терапии:

- Формирование группы — определение целей и задач, знакомство друг с другом, выработка групповых норм, осознание своего места в группе. Построение доверительных отношений и чувства общности в группе через обсуждение чувств и мыслей, выполнение совместных заданий.

- Рабочая стадия — активная деятельность, направленная на предоставление всем детям возможности выразить себя и начать поиск путей решения своих внутренних конфликтов.

- Завершение группы — подведение итогов, разрывание эмоциональной связи с группой, возвращение в реальную жизнь.

В случаях сексуального насилия широко применяется работа в различных видах психотерапевтических групп при условии предельно установленного контакта с детьми и подростками. По содержанию это могут быть: психодинамические, психодраматические группы, группы ролевого тренинга, группы тренинга общения, группы телесно-ориентированной психотерапии, арт-терапии, гештальт-группы и другие с сочетанием различных техник.

Методы психологической помощи взрослым, пострадавшим от насилия

Индивидуальная форма работы рекомендуется клиентам, не желающим и не готовым работать в группе. Нередко насилие глубоко травмирует человека: разрушается самоуважение и способность контролировать свою жизнь, теряется доверие к людям, возникают эмоциональные нарушения. Людям, пережившим насилие, необходимо раскрыть все детали происшедшего, чтобы все подробности не мучили и не вызывали стыда и тайного отвращения к себе. Консультант осуществляет поддержку и помогает преодолеть клиенту чувство изолированности и потерянности.

Процесс индивидуального консультирования жертв насилия в общем виде включает в себя следующие этапы:

- установление контакта с клиентом;
- выяснение причин, побудивших клиента обратиться за помощью к консультанту;
- анализ, оценку и диагностику проблемы насилия с точки зрения клиента и консультанта;
- совместное формулирование проблемы и определение целей консультирования;
- формирование доступа клиента к своим ресурсам;
- установление стратегии и плана действий (альтернативы и решения);
- оценку результатов консультирования и установление обратной связи.

Проведение консультирования предполагает обязательное соблюдение следующих базовых принципов:

- принципа обоснованности или опоры на профессиональные знания и умения специалиста, отражающие специфику консультирования в рамках конкретного научного подхода или научной школы;
- принципа центрирования внимания на клиенте, базирующегося на уникальности клиента, которое проявляется в его возрасте, семейном положении, личностных характеристиках, интеллектуальных возможностях, манере понимать и интерпретировать ситуации;
- принципа психологической безопасности, предписывающего консультанту действия по созданию психологически комфортной ситуации, в которой клиент почувствует себя в полной безопасности;
- принципа целесообразности и целеустремленности, предполагающего конкретность решения четко обозначенных проблем;

- принципа добровольности, подчеркивающего возможность отказа от консультационных услуг в любое время на любом этапе работы с проблемой;

- принципа профессиональной мотивации и компетентности.

Процесс индивидуального консультирования неповторим в каждом конкретном случае. Однако существуют общие закономерности, которые способствуют достижению дополнительных результатов в процессе оказания психологической поддержки лицам, пострадавшим от насилия.

Существует специфика оказания **экстренной психологической помощи** взрослым, пострадавшим от сексуального насилия.

Практика показывает, что пострадавшим от насилия необходима немедленная психологическая помощь, а в ряде случаев — и длительная психологическая помощь. Первая задача психологической помощи — как можно быстрее помочь пострадавшему вернуться к нормальной жизни. При этом необходимо учитывать, что изнасилование вторгается во все сферы жизни человека — физическую, эмоциональную, личную, общественную.

Большинство консультантов придерживаются следующих трех принципов психологической помощи взрослым, пострадавшим от сексуального насилия:

- помощь должна облегчить кризисное состояние, способствовать скорейшему выходу из него, снизить риск стойких психопатологических последствий;

- в кризисный период важна эмоциональная поддержка близкого человека;

- изнасилование — это кризис также для близких родственников и друзей, которым тоже может потребоваться психологическая поддержка.

Жертва сексуального насилия испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», безразличное отношение к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному. Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т. д.). Если виновник — знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и пр.). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше. Желательно, чтобы помощь

оказывал человек иного пола, чем насильник, в противном случае из-за эффекта «переноса» жертве насилия может быть трудно пойти на контакт с консультантом.

Если пострадавшая обращается за помощью непосредственно после совершенного сексуального нападения, ей рекомендуют обратиться в правоохранительные органы по телефону или лично, для чего ее снабжают соответствующей информацией. Следует убедить пострадавшую в необходимости дать показания следственным органам и как можно быстрее пройти медицинское обследование. Стоит упомянуть, что пройти медицинскую экспертизу желательно в течение первых суток, пока имеются определенные доказательства изнасилования (для чего не следует мыться или принимать ванну). Давать жертве эту информацию может быть трудно, но целесообразно напомнить, что эти действия могут облегчить оказание ей помощи. Безусловно, этот момент требует от консультанта особой чуткости. Обращаясь к консультанту, а не в правоохранительные органы, жертва имеет для этого свои основания и потому переадресацию воспримет как отвержение. Юридическая информация может быть усвоена лишь на фоне установленного доверия и базовой консультативной проработки переживаний. Существующие в настоящее время кризисные центры помощи пострадавшим от насилия имеют обученных профессионалов, которые осуществляют координацию по оказанию жертве насилия медицинской, юридической, социальной и психологической помощи.

Первичное собеседование с жертвой насилия целесообразно выстраивать в следующей последовательности:

- *Установление эмпатического контакта*

Консультант представляется клиенту, рассказывает о своей роли и той помощи, которую он может оказать. Учитывая кризисное состояние клиента, его чувства вины, стыда, беспомощности и другие, особенно важны искренность, уважение, сопереживание и в то же время спокойствие консультанта. Последнее является опорой и ресурсом для клиента в состоянии шока и потрясения.

- *Рассказ клиента о случившемся, помощь в осознании и выражении чувств, возникших в связи с насилием*

Консультант признает тяжесть происшедшего. Побуждает клиента рассказать о том, что с ним произошло. В консультировании жертвы изнасилования ни в коем случае не следует расследовать подробности обстоятельств, связанных с психической травмой. Принципиальной позицией психолога является недопустимость уточнять детали акта насилия, что клиентом может восприниматься как психологическое насилие по отношению к нему со стороны консультанта. Основной акцент

в уточняющих вопросах делается на чувствах клиента, возникающих в связи с насилием. Таким образом, клиент получает возможность осознать и, самое главное, выразить, «отреагировать» переполняющие его негативные переживания. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, чему способствует активное слушание.

Спектр возможных эмоциональных реакций жертвы (по А. Н. Мохвикову [43]):

1. Страх, который может приводить к развитию фобий (страх вновь подвергнуться избиениям, насилию или лишиться жизни). Его не следует подавлять, более того, поскольку он основан на реальных обстоятельствах, иногда нужно предпринять действия по обеспечению безопасности. Существует также и страх отвержения близкими людьми. Люди, испытавшие насилие, подвержены депрессии и расстройствам психической деятельности. Характерным для лиц, переживших сексуальное насилие, является боязнь рассказать об этом даже близким людям, страх того, что происшедшее с ними выйдет наружу. К сожалению, этот страх не является беспочвенным. Многие жертвы испытывают на себе осуждение своих родственников.

2. Отрицание серьезности проблемы (или вообще — ее существования). Факт насилия не осознается или представляется нереальным. В беседе следует принять важность потребности клиента в этой психологической защите.

3. Потрясение отсутствием или неприемлемостью альтернатив — выхода из ситуации. Сильные эмоциональные переживания приводят к дезорганизации поведения и дезинтеграции личности. Потрясение усиливает необходимость резких изменений в жизни: смены жилища, поиска работы, новой школы и т. п. В этом хаосе целесообразно совместно выбрать наиболее важные приоритеты и, используя сильные стороны личности, составить конкретный и исполнимый план действий.

4. Беспомощность, вызванная неудачными попытками сопротивления, столкновением с равнодушием или враждебностью окружения и общества. Ее преодолению способствует осознание того, что ситуация разрешима.

5. Гнев возникает немедленно или с отсрочкой и может быть направлен на любого человека, и стоит помочь клиенту выразить его до конца, как бы это ни было болезненно и мучительно.

6. Чувство вины за прежние заблуждения, неправильное поведение или уход от значимых отношений. Вину бессмысленно отрицать — важнее то, что она указывает на те явления, которые зависят от клиента, а потому могут быть изменены при его желании.

7. Недоверие возникает в силу того, что консультант относится к числу посторонних, от которых продолжает исходить опасность. Поскольку недоверие является в какой-то мере реалистичным, излишне выслушать и принять выражение недовольства и разочарования клиента.

8. Депрессия, проявляющаяся в чувстве малой значимости и неспособности к действиям, часто поддерживаемая окружением, преодолевается путем принятия своих чувств, приобретения самоконтроля и активного участия в жизни.

9. Амбивалентность чувств, обусловленная противоречивостью социальной и сексуальной ролей, как у клиентки, так и у значимых лиц из окружения, а также необходимостью принимать решения об изменении стереотипов жизни. Немаловажно после признания права собеседника на двойственность эмоций дать ему возможность их открытого проявления.

- *Прояснение, что ответственность за насилие лежит только на обидчике*

Предметом обсуждения часто становятся идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что насильнику не было оказано должного сопротивления. Следует убедить жертву, что она действовала правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам, и лучшим доказательством тому является тот факт, что она осталась жива.

- *Резюме рассказа клиента*

Так как жертва сексуального насилия находится в состоянии стресса, после этапа «вентиляции» негативных переживаний рекомендуется обобщить, суммировать основные содержательные моменты первой части беседы. И только затем переходить к этапу составления плана первоочередных шагов по решению проблемы, связанной с насилием.

- *Формулирование актуальной проблемы*

С помощью вопросов «Что в настоящее время беспокоит вас больше всего?», «Что для вас сейчас является самым важным?», «Что вызывает наибольшие опасения?» консультант проясняет основную актуальную проблему клиента. Это могут быть проблемы личной безопасности, здоровья, страх возможной беременности и другие.

- *Составление плана действий по решению актуальной проблемы, вызванной насилием*

Данный план действий составляется совместно клиентом и консультантом. Консультант как специалист помогает наметить первоочередные шаги, связанные с необходимостью медицинского обследования, обращения в милицию, может предлагать возможные решения проблемы. Но после подробного совместного обсуждения возможных шагов решения проблемы консультант подчеркивает, что именно

клиент выбирает те, которые сочтет нужным. Таким образом, у клиента укрепляется чувство контроля над жизнью.

- *Формирование доступа клиента к своим ресурсам*

Этот этап консультирования закономерен для оказания психологической помощи в любой кризисной ситуации. В состоянии потрясения и шока для пострадавшего, как правило, в первую очередь необходим внешний ресурс в виде психологической поддержки и помощи самого консультанта, персонала кризисного центра, друзей и близких. Целесообразно, посоветовавшись с клиентом, вызвать кого-либо из близких людей для сопровождения клиента в различные инстанции и домой. На первых порах человеку такая поддержка необходима.

Завершение консультации. По завершению беседы делается обобщение, резюме по содержанию всей консультации. И клиент, и консультант отмечают самое существенное, важное из того, что происходило в процессе взаимодействия. Консультант благодарит клиента за искренность, доверие, выразившееся в возможности говорить на такие интимные, болезненные темы. Консультант предлагает свою дальнейшую помощь, если она требуется клиенту. Снабжает клиента информацией о телефонах экстренной службы доверия и различных кризисных центров.

В дальнейшем, когда состояние пострадавших от физического и сексуального насилия нормализуется, кризисная терапия от острой фазы кризисной работы переходит к фазам коррекции и реабилитации. Тогда в процессе психологического консультирования *решаются следующие задачи:*

- Определение основных проблем, связанных с насилием.
- Формирование доступа клиента к своим ресурсам.
- Восстановление чувства безопасности и самоконтроля.
- Выявление и укрепление сильных сторон личности клиента.
- Обеспечение, возможно, более полного и безусловного принятия себя.
- Содействие повышению самооценки клиента.
- Определение оптимальной для личности меры ее ответственности за происходящее.
- Гармонизация социальных связей и отношений личности.
- Содействие обеспечению интеграции, целостности личности.

При индивидуальном консультировании пострадавших от насилия используются самые разнообразные методы: психодинамическое консультирование, когнитивно-поведенческая терапия, гештальт-терапия, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, символдрама и другие.

Групповая форма работы. Помимо индивидуальной терапии пострадавшим от психологического, физического и сексуального насилия показана групповая терапия. Многие кризисные центры, работающие с пострадавшими от насилия, опираются на теорию кризиса и используют группы поддержки. Основой такого подхода является доступ к нужной информации, активное слушание и эмоциональная поддержка. Группа, в которой можно делиться травматическим опытом, избавляет клиента от изоляции и страха насилия.

Цели групповой терапии:

- минимизация психической травмы;
- обучение участников технологиям продуктивного общения и взаимодействия на основе принятия норм поведения с учетом прав и возможностей каждого.

Задачи групповой терапии:

- психологическая поддержка, умножение личностных ресурсов;
- «отреагирование» травматических переживаний в условиях безопасности и групповой поддержки;
- снижение чувства уникальности своей травматической истории в результате обмена опытом между членами группы;
- обучение стратегиям совладания с травмой в процессе терапевтической работы;
- получение позитивного опыта общения в атмосфере доверия и открытости членов терапевтической группы;
- трансформация установок по отношению к насилию — насилие ни в какой форме и ни при каких обстоятельствах неприемлемо в интимных и семейных отношениях.

В процессе групповой работы с пострадавшими от насилия используются самые разнообразные методы: рациональная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, гештальт-терапия, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, и другие.

При групповом обсуждении затрагиваются такие темы, как:

- насилие в семье;
- родительская семья, ее проблемы и сценарии;
- отношения между людьми, зависимость и созависимость;
- эмоциональная и сексуальная зависимость;
- самооценка и чувство собственного достоинства;
- психологические и физические методы самозащиты.

Как отмечают исследователи, в работе психотерапевта с жертвами насилия, особенно сексуального, как правило, недостаточно вербальных методов. Объектом воздействия должно стать и тело пациента. Ряд физических симптомов, сопровождающих воспоминания о насилии,

можно прорабатывать с помощью приемов телесно-ориентированной терапии. Бланш Эван (*Blanch Evan*, 1991) — автор тренинга танцевально-двигательной терапии для жертв сексуального насилия, утверждает, что невербальные творческие способы работы с подобной травмой способствуют достижению психофизического единства, целостности, интеграции расщепленных частей «Я» жертвы. При этом, по мнению терапевтов данного направления, физические и психологические границы жертвы остаются неприкосновенными, что снижает риск вторичной виктимизации. Фрагменты тренинга танцевально-двигательной терапии, а также тренинга телесно-ориентированной терапии для пострадавших от насилия приводит в своих работах И. Г. Малкина-Пых [36; 37].

С точки зрения специалистов в области невербальной терапии, использование этих методов в процессе занятий с пострадавшими от психологического, физического и сексуального насилия позволяет корректно, эффективно и порой незаметно для участников группы решать множественные задачи.

Задачи, решаемые в процессе арт-терапии:

- «отреагирование» подавленных чувств: страха, вины, стыда, беспомощности, гнева, ярости и других;
- гармонизация личности;
- восстановление целостности;
- восстановление самоуважения.

Задачи, решаемые в процессе танцевально-двигательной терапии:

- «отреагирование» подавленных чувств;
- выражение заблокированной энергии;
- нормализация сексуального взаимодействия;
- восстановление телесных границ;
- гармонизация межличностного взаимодействия;
- восстановление целостности.

Задачи, решаемые в процессе телесно-ориентированной терапии:

- «отреагирование» подавленных чувств;
- разрядка заблокированной энергии;
- восстановление телесных границ;
- гармонизация внутреннего мира личности;
- нормализация сексуального взаимодействия;
- восстановление возможности телесного общения с близкими людьми;
- восстановление целостности.

Как показывает анализ, цели, задачи и результаты различных невербальных методов терапии во многом совпадают, все они могут рассматриваться как действенное средство терапии психической травмы насилия.

ГЛАВА 4. СИТУАЦИИ ЛИЧНОГО КРИЗИСА

4.1. Безответная любовь.

Консультирование в ситуации безответной любви

Личный кризис — это кризис идентичности. Интерес к проблемам идентичности связан с появлением гуманистической теоретической школы психотерапии и психологического консультирования, обозначившей проблемы свободы, ответственности и осмысленности жизни. Статус самостоятельного научного понятия категория «идентичность» получила в работах Э. Эриксона (1967, 1996). Под идентичностью или Эго-идентичностью исследователь понимал внутреннюю непрерывность и тождественность личности, существующую в контексте ее непрерывного развития. Идентичность является результатом рефлексивного процесса, отражающего подлинные представления личности о себе, своем пути развития, дающего возможность субъекту воспринимать свою жизнь как опыт непрерывности сознания, единства жизненных целей, который позволяет действовать последовательно. Она обеспечивает возможность видеть свою жизнь в аспекте ее непрерывности, органично переплетая прошлое и будущее и включая их в переживания настоящего, адаптируясь к изменениям жизненной ситуации. Развитие Эго-идентичности происходит в течение всей жизни личности, это динамическое образование, претерпевающее изменения на всем протяжении жизненного пути человека, но ее первый осознанный поиск является задачей подросткового возраста.

Безответная любовь — один из видов кризиса идентичности. Как показывают исследования, безответная любовь — довольно распространенное явление для подросткового и юношеского возраста и имеет серьезные последствия: статистика риска суицидального поведения подростков и молодежи свидетельствует, что одной из самых распространенных причин суицидальных попыток в этом возрасте оказывается неразделенная любовь. В связи с этим важной задачей практической психологии является оказание психологической помощи в данном виде личного кризиса.

Явление безответной любви имеет несколько механизмов.

Первый механизм связан с психической незрелостью личности. Как отмечал Э. Эриксон (1967, 1996, 2002), одной из задач подросткового и юношеского возрастного кризиса является поиск Эго-идентичности, целостного «Я». Становление Эго-идентичности автор рассматривает как процесс интеграции всего прошлого опыта и знаний о себе в единое целое. Но для завершения процесса обретения целостного «Я» личности необходимо «принятие» себя, самоуважение, ощущение своей дееспособности. У подростка же, как правило, присутствует как повышенная критичность к окружающим его людям, явлениям, так и самокритика. Поэтому, как отмечает Э. Эриксон, процесс обретения Эго-идентичности достигает своего завершения уже в юности, а порой и в период ранней зрелости. Когда психически незрелый молодой человек не в состоянии обрести целостность «Я», он пытается обрести ее различными способами. Например, через идентификацию себя с молодежными кумирами и лидерами группировок, становясь фанатом звезд шоу-бизнеса, выдающихся спортсменов, артистов и других известных людей. Автор называет такое явление «досрочной идентификацией». Чувство целостности молодой человек может обрести и идентифицируясь с объектом, на который проецирует все то, что, как ему кажется, недостает ему самому. Такой механизм влюбленности в психоанализе называется проекцией своего «идеального Я» или позитивной «тени» на партнера. Понятие «тени» в психологию ввел К. Г. Юнг [73]. Под «тенью» автор понимал особенности и качества личности, которые она не принимает и поэтому не осознает у себя. «Тень» может быть негативной. Например, это чувства зависти, ревности, страха, которые обычно считаются неприемлемыми в обществе и поэтому, как правило, не осознаются человеком. Но «тень» может быть и позитивной, например, это творческие качества, сила воли, другие черты характера, которые не принимает у себя психически незрелый, неуверенный в себе человек. Широко распространенным механизмом психологической защиты является проекция как бессознательный перенос на другое лицо собственных неприемлемых чувств, мыслей, желаний, качеств. И в случае безответной любви молодой человек, неуверенный в себе, проецирует, то есть переносит на объект своей любви свою позитивную «тень» — то хорошее, что находится в нем в зачаточном, нераскрытом, подавленном состоянии. Молодой человек стремится объединиться с объектом своей любви. Такая реакция является компенсаторной и позволяет эмоционально зависимому подростку или юноше чувствовать себя целостным. Такому молодому человеку кажется, что только с любимым он (она) будет счастлив, а без него он (она) не сможет жить.

► **Случай из практики. «Девочка с третьего этажа»**

Клиентка — девушка, 19 лет. На консультацию обратилась в связи с чувствами беспомощности, душевной боли, вины, которые возникли после того, как ее любимый ушел. На консультацию ее привело желание восстановить нормальное самочувствие, понять, в чем она была неправа, и вернуть любимого человека. Молодой человек, в которого клиентка влюблена уже несколько лет, долгое время не обращал на нее внимания, но полгода назад ответил на ее чувства, и они попробовали жить вместе, несмотря на протесты ее родителей. Клиентка из полной семьи, учится в престижном вузе. Ее любимому — 19 лет, он не работает в настоящее время и не учится, «ищет себя», является душой дворовой компании, прекрасно играет на гитаре, изредка принимает наркотики. Неделю назад молодой человек сказал девушке, что не любит ее и уходит. Молодой человек сообщил, что они разные люди: она — «девочка с третьего этажа», ограниченная, «правильная» и скучная, а он — «дитя подвала и улицы», свободный, творческий, веселый и беззаботный. В процессе консультаций проявилось, что в семье клиентке не хватало тепла, любви, искренности в отношениях. С детства девушка чувствовала себя зажатой, скованной, неуверенной в себе. И когда она встретила такого красивого, свободного молодого человека, она «без памяти влюбилась». Девушке показалось, что это ее идеал и с ним она сможет стать счастливой. После этапа «отреагирования» переполюновавших ее негативных переживаний самочувствие клиентки улучшилось. Как «внешние» ресурсы были использованы поддержка близкой подруги и родителей, которые очень переживали происходящее. Помогала держаться и учеба в институте, которая очень нравилась девушке. После нормализации эмоционального состояния клиентки, стал возможен этап анализа произошедшего. При ответе на вопрос «Что больше всего привлекало ее в молодом человеке?» девушка смогла осознать, что это были такие качества, как внутренняя свобода, смелость, независимость, то есть все то, чего так не хватало ей самой. Ее цели изменились. Если раньше девушке хотелось прийти в себя, понять, в чем она была неправа, и вернуть любимого человека, то теперь ей захотелось самой развить личную независимость, внутреннюю свободу, начать заниматься творчеством. В процессе консультаций была выработана последовательная программа достижения этих целей.

Второй механизм безответной любви связан с травматизмом в детско-родительских отношениях. Многие исследователи считают, что в основе любых отношений пары «мужчина — женщина» лежат детско-родительские отношения. Одной из базовых потребностей ребенка является потребность в привязанности: эмоциональном тепле, телесном контакте, любви со стороны родителей, особенно матери.

Если эта потребность не была удовлетворена в силу эмоциональной холодности родителей или травмы утраты отношений, например при разводе родителей, тогда в подростковом или юношеском возрасте человек стремится это компенсировать. Поиском компенсации дефицита родительской любви и тепла может стать влюбленность в человека, как правило, более старшего по возрасту и являющегося авторитетом. Таким образом, на них переносятся неразделенные чувства к родителю противоположного пола. Многочисленные факты безответной любви юношей и девушек к учителям в школе, преподавателям в институте, тренерам в спортивных секциях и другие — тому пример.

Анализ рекомендаций различных специалистов и собственный опыт работы с кризисом, связанным с неразделенной любовью, позволяют предложить следующие **этапы работы**:

- *Установление эмпатического контакта*

На этом этапе консультант знакомится с клиентом, проясняет его жизненную ситуацию и цель, которую клиент хотел бы достигнуть в результате консультативного процесса.

- *«Вентиляция» актуальных негативных переживаний*

Первые консультации посвящаются работе по осознанию и выражению чувств: беспомощности, вины, стыда, душевной боли, обиды, самоуничтожения, часто подавленных агрессивных чувств и других. Таким образом, нормализуется эмоциональное состояние клиента, снижается его тревога, восстанавливаются сон и аппетит.

- *Формирование доступа к ресурсам личности*

Этот этап стоит на третьем месте только с целью четкости описания процесса консультирования. На самом деле работа по созданию доступа клиента к своим ресурсам начинается с первой консультации и продолжается параллельно с другими этапами. Именно в состоянии беспомощности, душевной боли человеку так нужна поддержка и понимание. В первую очередь — родных и близких. Это все возможные «внешние» и «внутренние» ресурсы, которые были подробно описаны выше. Это родные и близкие, друзья, природа, музыка, кино, литература, различные виды искусства и многое другое. Все это дает человеку силы выдержать и прийти в себя. Специалистам важно помнить, что по статистике самой распространенной причиной суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте является неразделенная любовь.

- *Работа по анализу самооценки и самореализации личности в основных жизненных сферах*

Так как личный кризис — это кризис идентичности, важной задачей психологического консультирования является осознание

клиентом особенностей своей личности — образа «Я» и отношения к самому себе — самооценки. Клиенту оказывается помощь в анализе и осознании своей Я-концепции. Такой анализ помогает молодому человеку лучше понять себя, обнаружить свои позитивные качества. На них рекомендуется акцентировать внимание клиента, это важный для него ресурс. В то же время подобный анализ позволяет обнаружить и те особенности характера, способностей или внешности молодого человека, которые его категорически не устраивают. Такой анализ облегчает исследование удовлетворенности молодого человека самореализацией в основных жизненных сферах. Основатель позитивной терапии, немецкий психотерапевт и психолог иранского происхождения Н. Пезешкиан (1993, 1996) в качестве сфер жизни, которые необходимо исследовать в процессе психологической консультации, рассматривает сферы: тела, деятельности, контактов и духовной жизни.

Сфера тела. Анализируется отношение человека к своей внешности, насколько он принимает свою фигуру, рост и другие особенности. Исследуется, насколько человек принимает и реализует свои телесные потребности (еда, питье, сон, секс, движение и пр.). Очень часто подростки и юноши недовольны своей внешностью, фигурой, ростом, физической силой. И это вызывает их неуверенность в себе.

Сфера деятельности. Анализируются интересы клиента и его успешность в его занятиях: учебе или работе. Проясняется отношение клиента к своим интеллектуальным способностям, к уровню знаний, умений и навыков. Так как у подростков и юношей еще мало опыта и действует принцип юношеского максимализма — «все или ничего», и в этой сфере молодые люди могут испытывать неуверенность в себе.

Сфера контактов. Анализируется удовлетворенность клиента своим дружеским, семейным, деловым общением. В подростковом и юношеском возрасте велика потребность в любви, в понимании, дружеской поддержке. В то же время актуальной является проблема одиночества в этом возрасте. Если у клиента есть друзья и любимые — это большой ресурс, если нет — это может быть серьезной проблемой для молодого человека.

Сфера духовной жизни. Анализируются интересы, увлечения, хобби клиента в областях искусства, науки, техники. Исследуется отношение к философии, религии. Если клиент имеет разнообразные интересы, то это может быть ресурсным для личности.

- *Создание программы развития личности*

После анализа удовлетворенности клиента самореализацией в основных жизненных сферах, клиенту оказывается помощь

в создании программы приоритетных целей саморазвития. В первую очередь выбирается одна, самая актуальная в настоящий момент для клиента, сфера: тела, деятельности, контактов или духовной жизни. Далее, внутри данной сферы клиент выдвигает приоритетную ближайшую и совершенно конкретную цель развития. Затем клиент намечает программу конкретных шагов по реализации ближайшей цели. На этом этапе важную роль играет консультант. Цель, которую выбирает клиент, консультант анализирует с точки зрения ее конкретности, ясности для понимания, реальности для достижения, этичности по отношению к окружающим. Если цель клиента соответствует данным критериям, то ее достижение реально и безопасно. Обычно программа шагов по достижению самой ближайшей, конкретной цели записывается клиентом. По окончании создания программы намечается первый шаг. Принцип выбора первого шага — «обреченность на успех», в противном случае эта программа может превратиться в очередную попытку «начать новую жизнь с понедельника». То есть особенно в начале шаги должны быть ясны, конкретны и предельно достижимы.

► **Случай из практики.** «Хочу назвать поименно...»

На консультацию пришел молодой человек (19 лет). В качестве запроса он выдвинул цель — исследовать и назвать поименно всех тех, кто мешал ему стать полноценным. На вопрос консультанта «Кто бы это мог быть?» клиент предположил, что это его родители, старший брат, школьные учителя и многие другие. В процессе прояснения запроса выяснилось, что молодой человек рос в семье, в которой, как ему казалось, все внимание и любовь родителей отдавались старшему сыну. Старший сын был для них и умным, и красивым, и воспитанным, и именно его всегда ставили родители в пример своему младшему сыну. То же стало продолжаться и в школе, когда учителя советовали мальчику во всем брать пример со старшего брата — отличника. Все это вызывало у клиента обиду, раздражение на несправедливость по отношению к нему, и он в знак протеста совершенно «забросил» учебу. С трудом сдав экзамены и получив среднее образование, молодой человек поступил на платное отделение в институт, но понял, что многого просто не понимает, что у него серьезные проблемы с памятью — учебный материал не «держится» в голове. Кроме того, в институте он влюбился в свою однокурсницу — красивую, умную, веселую девушку. Но осознает, что его — неудачника никто не сможет полюбить. И теперь он страдает и хочет назвать поименно всех тех, кто испортил ему жизнь. В процессе консультации клиенту удалось понять, что с точки зрения эффективности его жизни данный запрос ведет в тупик. Была поставлена новая цель — начать уважать себя. Анализ

самореализации в основных жизненных сферах позволил клиенту понять, что на данный момент самая главная для него сфера — это сфера деятельности, в частности учеба в институте. Если он сможет нормально учиться, он сможет поверить в себя и тогда уже по-новому общаться со своей любимой девушкой. Стало ясно, что юноше в первую очередь необходимо развивать свои познавательные процессы: внимание, память, мышление. Он слышал об эффективных курсах «скорочтения», на которых параллельно развивают все интеллектуальные качества личности, и решил, что обязательно пойдет туда учиться. В процессе консультации была выработана программа самореализации в сфере деятельности, включающая следующие первые шаги:

1. Найти в Интернете информацию о курсах «скорочтения» и развития познавательных процессов.
2. Проанализировать на форуме обратную связь по поводу ведения занятий на этих курсах и выбрать два-три самых популярных варианта.
3. Зайти на сайты этих популярных у молодежи курсов и познакомиться с условиями: сроки обучения, частота занятий, оплата и другими. Сделать предварительный выбор.

Юноша взял на себя ответственность пройти это первые три шага за неделю, то есть до следующей консультации. При завершении консультации обнаружилось, что самочувствие и настроение юноши заметно улучшились, у него появилась надежда, что «жизнь еще не закончена» и что многое еще в ней можно изменить. Консультант, предварительно объяснив, что это такое, дал домашнее задание клиенту: оказывать себе самоподдержку в процессе проживания этих дней и, особенно, во время занятий в институте, что позволит задействовать важный «внутренний» ресурс клиента.

• *Сопровождение клиента в процессе реализации программы развития личности*

В процессе дальнейших консультаций клиенту оказывается помощь в реализации выработанной программы. В первую очередь это поддержка клиента, формирование его доступа к «внешним» и «внутренним» ресурсам, обучение клиента приемам самоподдержки. На каждой консультации проводится анализ пройденных шагов, уточняются и намечаются следующие конкретные и реальные шаги по направлению к цели. В случае необходимости намеченные цели уточняются и корректируются.

• *Завершение цикла консультаций*

При достижении ближайшей намеченной цели состояние клиента, как правило, нормализуется. У молодого человека появляются навыки анализа проблемы, постановки конкретной цели для ее решения,

определения первых шагов для ее достижения. Важным ресурсом является обучение клиента приемам самоподдержки. Клиент может принять решение завершить процесс консультирования и опираться в дальнейшем на себя. Важно проанализировать весь проделанный клиентом путь и сделать резюме. Такой анализ проводится совместно с клиентом. Резюме в виде суммирования всего главного, важного, актуального в процессе консультирования делает, как правило, сначала клиент, а затем консультант. Таким образом, в обобщенном виде сохраняются в памяти ценные для участников процесса находки, приемы, инструменты саморазвития и самореализации личности в основных сферах жизни.

4.2. Измена. Консультирование в ситуации измены

В словаре В. Даля [17] измена рассматривается как неверность, предательство, коварный переход, присоединение к противнику; перемена в чувствах, мыслях, действиях в обратную сторону. Таким образом, измена — это нарушение верности кому- или чему-либо.

Супружеская измена, пожалуй, одна из самых болезненных, острых и тяжелых проблем. Несмотря на ход времени, понятия «измена» и «верность» не утратили своей актуальности. Любовь для современной семьи — важное основание брака, часто являющаяся единственным мотивом его заключения. Поэтому измена может вести к разрушению брака или серьезному кризису.

Верность — это обязательства перед партнером по браку, она является важным фактором не только брачного союза, но и любого другого. Противоположностью верности является измена. Измена всегда считалась позором и приравнивалась к предательству. Измена не только угрожает целостности семьи, затрагивает супружеские чувства, а также чувство личного достоинства, но и сопровождается глубоким переживанием ревности, разрушительным самим по себе.

Глубина переживания измены больше всего зависит от силы любви к партнеру и величины страха его потерять. Здесь появляется вопрос о том, рассказывать ли своему партнеру об измене или нет. Понятно, что человек, допустивший измену, носит тяжесть на душе и ему хочется от нее избавиться. Иногда переживания вины настолько сильны, что человек даже хочет быть наказанным, лишь бы избавиться от груза. Он желает разделить эту ношу с партнером, но будет ли тому она по силам — об этом часто не задумываются.

Нужно также предвидеть реакцию партнера — он будет глубоко уязвлен, оскорблен признанием в измене, почувствует себя преданным и униженным. Не всякий человек сможет простить измену или никогда не попрекнуть ею. Однако, увидев искреннее раскаяние, любящий человек все же может простить. Многие семьи, пережившие такую ситуацию, сплачиваются сильнее, понимая, насколько ценны для них отношения, которые однажды едва не были разрушены.

Измена в браке является следствием противоречий, конфликтов, несет в себе массу психологических мотивов. В результате измены зачастую разрушается супружеская жизнь. К измене человека приводит разочарование в семейной жизни. Но как и почему это происходит, как первоначальное чувство любви переходит в безразличие, неприязнь и даже ненависть? Супружеская неверность может встречаться в практически здоровых семьях, а может отсутствовать в разрушенных. Нужно заметить, что в практике семейного консультирования неверность встречается довольно часто — это каждый четвертый случай.

Причины супружеской измены могут быть самыми различными, в основном, как отмечают специалисты в области семейного консультирования, они связаны с неудовлетворенностью супругов важными сферами семейной жизни. Подробный анализ причин супружеской измены проводит Е. Емельянова в работе «Треугольники страданий» (2007) [19]. Данные причины, с точки зрения автора, включают: физиологические причины, неудовлетворенность базовых потребностей, несбалансированные отношения между супругами и психологические искажения в характере. Рассмотрим точку зрения автора более подробно.

Физиологические причины

Это может быть особый сексуально привлекательный запах мужчины или женщины, которые встречаются на пути супругов. Сейчас этот вопрос активно обсуждается, но явление это давно известно.

Еще одна физиологическая причина — хроническая неудовлетворенность в сексе. Причины различны: простое отсутствие заботы об удовлетворении женщины со стороны мужа, разность потребности в сексе (если супруги от природы, от хронической усталости или по другим причинам слишком редко испытывают сексуальное влечение друг к другу), какие-либо физиологические причины. Эта сторона отношений, вероятно, должна рассматриваться сексологами и сексопатологами.

Хроническая неудовлетворенность базовых потребностей

В данном случае имеются в виду те, которые важны в отношениях женщины и мужчины: потребность в любви и близких отношениях

(поиск «близкой души»), в уважении, нежности, чувстве собственной привлекательности, в «наполненном гнезде», в финансовой защищенности (что особенно характерно для женщин).

Потребность в близком общении (поиск «родственной души»). Возможность открывать свою душу и чувствовать ответную искренность супруга. Разговор всегда много значит для женщины. Очень весомая похвала «с ним есть о чем поговорить» подразумевает возможность самого факта словесного общения, а уж темы — дело второстепенное. Если этого не происходит, то человек чувствует себя одиноко, думает, что его не любят. Вполне естественно, что вскоре возникает потребность найти «близкую душу».

Потребность в нежности. Для большинства супругов нежность — это безопасность, защищенность, комфорт. Ведь нежность — это интимное проявление позиции: ты важен (важна) для меня, я берегу тебя, я забочусь о тебе. Это также и свидетельство того, что супруг привлекателен. Нежность древних показалась бы современным хранительницам очага просто ужасной. Однако и мужчина перестал ходить на мамонтов. А чем меньше силы, тем больше чувствительности — и физической, и душевной, и интеллектуальной. В общем, все компенсируется. Вот почему сегодня мужчине и женщине требуются более тонкие проявления чувств. Если женщине или мужчине не хватает нежности, то у них возникает ощущение, что их используют для бытовых и сексуальных целей, отчаянно желают почувствовать «настоящую любовь».

Потребность в ощущении себя привлекательным и обаятельным. Женщине, как и мужчине, мало знать, что они таковы. Им обязательно нужно подкрепление в виде реакций окружающих, а особенно любимых людей. Когда они не получают такого внимания, это очень плохо влияет на их общее эмоциональное состояние и изливается через раздражительность или депрессию. Человек теряет уверенность в себе. Последствия этого — комплексы, зажимы, страхи и т. п. Если человек не получает этого исключительно от мужа или жены, тот должен готовиться к ухудшению характера своей «половины». Они и сами будут чувствовать себя не лучшим образом, так как к ощущению непривлекательности добавится чувство вины за собственные срывы. И вот уже готова почва для появления конкурента: любой представитель противоположного пола, посчитавший чужого мужа или чужую жену обаятельным и желанным человеком, легко получит их благорасположение.

Потребность иметь собственное «гнездо». Женщине, как и мужчине, очень важно чувствовать себя хозяйкой (хозяином) в своем доме. Если этого не происходит — человек считает себя неприкаянным,

неустроенным. Если в доме несколько хозяев, особенно из разных семейств (например, жена и свекровь, муж и тесть), то либо они конкурируют, либо один из них самоустраивается. И то и другое второй стороной воспринимается негативно. Отсюда и скандалы в доме. Если свое «гнездо», дом, слишком долго не появляется — человек ощущает себя в лодке, которая все время дает течь: плыть можно, но неустойчиво, некомфортно, а главное, нет безопасности. Действительно, в любой момент в самые нежные отношения может вторгнуться постороннее присутствие. Место, где человеку некомфортно, не бывает любимым. Мужчина, который не может обеспечить чувство безопасности и основательности бытия, перестает восприниматься как опора и защита. Женщина в таких условиях перестает восприниматься как «хранительница очага», то есть как источник покоя и опять же защиты от внешних потрясений. Увы! Ведь именно эти качества до сих пор являются для супругов наиболее привлекательными.

Потребность иметь детей. «Гнездо» должно быть обитаемо. Эту потребность в большей степени приписывают женщине, но и мужчинам она не чужда. Поэтому потребность человека не просто в совместном проживании, а во всем том, что входит в понятие «семья», чрезвычайно сильна. Если у человека не сложилась личная жизнь он, конечно, может найти себе другие цели в жизни. Но если созданию и наполнению «гнезда» препятствует супруг, то ему не будет прощения. Никакие доводы разума, даже если женщина или мужчина с ними согласны, не смогут искоренить глубокое убеждение, что именно супруг сделал жизнь несчастной, неполноценной. Поэтому рано или поздно появляется желание «свить гнездо» с другим партнером.

Потребность в финансовой защищенности. С древних времен женщина должна была заботиться о потомстве и быть привлекательной для мужчин. Это было важно для сохранения рода. Для всего этого требовались средства, раньше — добыча и трофеи, теперь — деньги. Сейчас все больше женщин могут рассчитывать только на свой заработок. И все же многотысячелетняя установка на то, что мужчина — добытчик, не может изжить за два-три поколения. Так что, нравится это или не нравится, наиболее любим всегда будет тот, кто в достаточной мере удовлетворяет эту потребность, основанную на инстинкте выживания. А мужчина, не способный обеспечить хотя бы необходимый минимум, рискует посеять в душе даже любящей женщины снисходительную жалость. В то же время сейчас немало мужчин рассчитывает на поддержку эмансипированных женщин для обеспечения свободы в творческих поисках или просто для сохранения возможности избежать лишнего напряжения в поисках заработка. И если

мужчина ошибается в своих расчетах, то он осознанно или неосознанно ищет другую партнершу, которая будет довольна присутствием любимого человека в своей жизни и ради сохранения отношений будет обеспечивать ему кров, еду, одежду и заботу.

Несбалансированные отношения супругов

Разница в эмоциональной зависимости от партнера. Часто в отношениях мужчины и женщины один партнер стремится к большей близости, чем другой. Обычно в таких случаях говорят: «один любит, другой позволяет себя любить», «один больше любит, чем другой» (вроде бы как тут измерить, однако измеряют, и порой безошибочно). Психологи говорят: «один партнер находится в большей эмоциональной зависимости от отношений, чем другой».

Постоянные конфликты в семье. Это еще одно проявление несбалансированных отношений. Практически супруги не решают естественно возникающие противоречия, а постоянно сражаются друг с другом. Причина — неумение слушать, понимать и выражать свои истинные чувства и мысли (а не те, которые возникают как защитная реакция), постигать истинную причину конфликта. В результате у одних супругов возникает потребность наказать (пусть даже тайно) своего партнера за обиды и оскорбления, нанесенные «в пылу битвы», у других — обрести тихую гавань, где можно найти покладистость или понимание и отдохнуть от постоянных потрясений.

Нарушение психологических границ. Часто супруги рассматривают своего партнера по браку как свою собственность. Они руководят желаниями и даже настроением «своего собственного» мужа (жены), что-то разрешают или не разрешают ему. Считают, что все должно быть общим (и вещи, и деньги, и дела, и отдых), и обижаются, если другой партнер сопротивляется этому. Если оба партнера придерживаются такой позиции, то все идет хорошо. Но чаще эйфория «мы» быстро перерастает в постоянно усиливающееся напряжение и желание отдалиться, защитить свою психологическую территорию от постоянного присутствия в ней пусть дорогого и любимого, но все-таки другого человека. И вот тогда создается свой тайный и потому недоступный для второго супруга мир. В этом мире границы уважаются и принимаются как естественные. Такой мир чаще всего создается с помощью другого мужчины или женщины, которые (поначалу), в силу знания о семейном положении партнера, не претендуют на многое и довольствуются тем, что предложил им сам создатель тайны.

Отрицательный рефлекс на супруга. Быт способен погасить самые страстные и нежные чувства, особенно если супругов связывают только взаимные заботы и тяготы. Конечно, они объединяют, но они

же могут вызвать стойкий отрицательный рефлекс на мужа (жену). И вот тогда один только вид супруга вызывает чувство дискомфорта, а как следствие, возникают некие фильтры, сквозь которые любые качества партнера воспринимаются как негативные. Постепенно формируется своеобразный канал негативной памяти, где оседают только неприятные воспоминания, связанные с некогда любимым человеком. Такие отношения перестают радовать, хотя человек и продолжает считать их ценными для себя и собирается их продолжать. Зато в любой момент на горизонте может появиться «другой», который никак не связан с бесконечными заботами. Такой партнер приносит много радости и периодическую «разгрузку» — с ним можно на время забыть о долге и обязанностях перед законным супругом.

Психологические искажения в характере

В основе измены лежат тревожность и неуверенность в себе. Однако не всегда эти причины выражаются открыто.

Навязчивое стремление к любви. Оно проявляется в эмоциональной зависимости от партнера и постоянном желании получать от него «знаки внимания», любви и восхищения. Часто такая навязчивость связана с травматизмом в детско-родительских отношениях. Постепенно партнер начинает тяготиться такими отношениями и искать место, где он может быть свободным от них.

Страх близких отношений («синдром отшельника» или «отшельницы»). Такие чувства могут испытывать люди, которые по большей части молчат, мало выражают свое эмоциональное состояние, сдержанны в словах и проявлениях и не понимают эмоциональных всплесков другого человека. Часто такие «отшельники» пережили эмоциональное отвержение, были нежеланным ребенком в детстве. Поэтому эмоциональная близость вызывает у них чувства боли, тревоги, страха. Парадоксально, но такие люди могут искать отношения вне семьи, чтобы ни те, ни другие не стали для них чрезмерно близкими.

Синдром «охотника» или «охотницы». Чаще этот синдром характерен для мужчин. Он имеет древнейшее происхождение и связан с борьбой за выживание рода. В наше время «синдром охотника» проявляется в активном ухаживании, дерзких притязаниях на близость, соперничестве с другими мужчинами, и такое поведение может быть привлекательным для многих женщин. Хотя часто весь пыл «охотника» проходит, когда он завоевывает женщину. И «охотник» направляет свое внимание на другую. У женщин тоже может проявляться «синдром охотницы», но реже, чем у мужчин. Такие мужчины и женщины при любых обстоятельствах в семье изменяют своим супругам. Они слывут обольстителями, отличаются уверенной манерой поведения. Но, как показывает анализ,

на самом деле за всем этим может скрываться высокая тревожность, а за ней — комплекс неполноценности и неверие, что они смогут выстроить по-настоящему близкие отношения. И за «синдромом охотника» часто скрыта сумма потребностей, которые заложены в «синдроме ненасытной любви» и «синдроме отшельника»: потребность постоянно получать подтверждение своей неотразимости, способности быть любимым, потребность быть отстраненным в отношениях и еще скука, то есть отсутствие настоящей цели и смысла, ради которых хотелось бы жить.

Таким образом, Е. Емельянова в работе «Треугольники страданий», делает акцент именно на данных причинах измены партнеру.

Консультирование в ситуации измены

Обычно на консультацию приходит супруг или супруга, которым либо изменили, либо они подозревают измену. И в том и другом случае партнер испытывает потрясение. Его обуревают чувства обиды, душевной боли, беспомощности, унижения, ревности, отчаяния, стыда, вины и разочарования в людях. Человек чувствует себя обманутым, преданным. Часто перед ним встают вопросы: «Как теперь с этим жить?», «Что теперь делать?».

Основными задачами консультанта при работе с таким кризисом идентичности являются:

- психологическая поддержка клиента;
- «вентиляция» негативных переживаний;
- помощь в формировании доступа клиента к своим ресурсам;
- нахождение позитивной стороны возникшего кризиса: сигнал к изменениям, возможность перемен;
- работа с самооценкой клиента;
- работа с проблемными зонами семейных отношений.

Анализ рекомендаций специалистов и собственный опыт по оказанию психологической помощи лицам, пережившим измену, позволяют предложить следующие **этапы психологического консультирования**:

- *Установление эмпатического контакта*

На этом этапе консультант знакомится с клиентом, проясняет его жизненную ситуацию и цель, которую клиент хотел бы достигнуть в результате консультативного процесса.

- *«Вентиляция» негативных актуальных переживаний*

Первые консультации посвящаются работе по осознанию и выражению негативных чувств: беспомощности, вины, стыда, душевной боли,

обиды, самоуничтожения, часто подавленных агрессивных переживаний и других. Таким образом, нормализуется эмоциональное состояние клиента, снижается его тревога, восстанавливаются сон и аппетит.

- *Формирование доступа к ресурсам личности*

Как уже отмечалось выше, этот этап находится на третьем месте только с целью четкости описания процесса консультирования. На самом деле работа по созданию доступа клиента к своим ресурсам начинается с первой консультации и продолжается параллельно с другими этапами. Именно в кризисном состоянии человеку так важно использовать возможность опереться на все «внешние» и «внутренние» ресурсы, имеющиеся в его распоряжении.

- *Анализ семейной истории*

После этапа «отреагирования» актуальных негативных переживаний клиента его эмоциональное состояние отчасти нормализуется, и это позволяет перейти на этап анализа истории отношений клиента со своим партнером. В процессе рассказа о том, как складывались и развивались отношения пары, клиент получает возможность увидеть динамику взаимоотношений в семье. Техники «активного слушания» в виде «перефразирования» и «уточнения», используемые консультантом, позволяют клиенту как-будто со стороны посмотреть на свою ситуацию, увидеть закономерности отношений и многое понять. Такое понимание часто приводит к иному взгляду клиента на измену партнера.

► **Случай из практики. «Такая жена нужна самому»**

Клиент — мужчина, 40 лет. На консультацию пришел, чтобы ответить на вопрос «Что делать?». Он обвиняет жену в измене, но она отрицает это. Супруги прожили в браке уже 20 лет, у них взрослая дочь (19 лет), которая уже замужем и живет отдельно. Клиент с женой с начала брака живут с родителями жены, это удобно мужу — теща прекрасно готовит, ухаживает за своим мужем и зятем с удовольствием. Жена на первых порах предлагала жить отдельно от родителей, но муж был категорически против этого. Он считал это нерациональным, так как дома все делала теща — прекрасная хозяйка. Первые годы супруги испытывали сильные чувства по отношению друг к другу, их брак был заключен по любви. Но постепенно все куда-то ушло. Все чаще мужу хотелось поехать самому на дачу и порыбачить там, побыть в одиночестве. У него напряженная работа, и ему было важно, чтобы дома его никто не трогал. Постепенно сексуальная сторона семейных отношений перестала его волновать, он почувствовал, что становится равнодушным к своей красавице жене. Жена старалась заинтересовать мужа походами в гости, кино, театр, предлагала взять совместный абонемент в спортклуб

и многое другое. Но у него возникло чувство апатии ко всему, он начал ощущать, что стареет. Так обстояли дела последние три года. Но вдруг все перевернулось: жена стала веселой, изменила прическу, помолодела на десять лет. Муж понял, что его супруга влюблена в другого мужчину, и для него все изменилось. Ушли апатия и равнодушие, вновь родились чувства интереса, любви, желание душевной и физической близости, появилось чувство ревности. Возник вопрос «Что теперь ему делать?». После рассказа истории своей семейной жизни клиенту удалось понять и принять свою долю ответственности за ситуацию, сложившуюся в семье. Он принял решение остаться, попробовать восстановить отношения с женой и отныне строить их по-новому. И первым новшеством будет переезд с женой в свою собственную квартиру, о чем его многие годы просила супруга.

• *Нахождение позитивных сторон в кризисной ситуации. Принятие решения о продолжении или прекращении отношений*

Как показывает опыт, любые, даже самые крепкие и здоровые отношения между супругами проходят проверку и коррекцию в процессе кризиса семьи. В психологии семейных отношений известны основные периоды кризиса семьи: кризис первого года супружеской жизни, когда муж и жена постепенно адаптируются к жизни в паре и строят свою семейную систему, кризис трех лет супружества, семи лет, десяти лет и другие. Эти кризисы, как уже говорилось выше, несут в себе и опасность, и возможность. Опасность вызвана появлением напряжения, неудовлетворенности, дискомфорта в отношениях, провоцирующих конфликты, ссоры, непонимание супругами друг друга. Возможностью является дальнейшее развитие отношений в связи с изменениями, происходящими как в самой семье, так и переменами, связанными с развитием личности и становлением все большей психологической зрелости каждого из супругов. С этой позиции измена может быть сигналом, что в семье далеко не все в порядке, что отношения в семье требуют серьезного пересмотра, что базовые потребности супругов не удовлетворяются. Супруг или супруга, которым изменил партнер, в первую очередь переживают чувства обиды, несправедливости произошедшего, потрясение от предательства партнера. Они считают себя жертвой и во всем обвиняют того партнера, который изменил, и того (ту), с кем изменил партнер. Но после этапа анализа истории отношений пары начинают принимать свою часть ответственности за происходящее в семейной системе. После анализа причин произошедшего консультант помогает клиенту принять решение: быть семье или не быть. Данное решение клиент принимает самостоятельно, консультант лишь помогает клиенту взвесить все

«за» и «против». Если клиент решает прекратить отношения, тогда консультирование продолжается по алгоритму психологической помощи при разводе. Если клиент хочет остаться в семье — консультант помогает клиенту разобраться в глубинных причинах произошедшего и перейти на следующий этап — выработки оптимальной стратегии выхода из кризиса и гармонизации семейных отношений. Таким образом, даже такое сильное психологическое потрясение, как измена, может стать началом новой счастливой семейной жизни.

► **Случай из практики. «Такой муж нужен самой»**

Клиентка — женщина, 45 лет. Она обратилась за консультацией, чтобы ответить на вопрос: «Что ей теперь делать?». Женщина замужем вот уже 26 лет, всегда была центром семьи, ее главой. Она интересная, успешная женщина, внимания которой добивались многие мужчины. Она выбрала из многих своего мужа и считает, что он должен быть ей за это благодарным. У них есть взрослый сын, который женат и живет отдельно. Первые годы муж ее боготворил, и все было хорошо, но постепенно муж начал пить. Он то успешно работал, то терял свою работу из-за пристрастия к алкоголю. Постепенно клиентка разочаровалась в своем муже, он начал ее раздражать, прошли чувства любви, уважения к нему. Она сообщила мужу, что они перестают жить как муж и жена и она отправляет его жить в гостиную. Они начали жить как соседи. Так продолжалось два месяца. И вдруг, когда она неожиданно рано пришла с работы, она услышала, как в своей комнате муж разговаривает с другой женщиной по телефону. В его голосе звучали забота и нежность, он назначал своей собеседнице свидание. Все «смешалось» в голове клиентки, она почувствовала, как почва уходит из-под ног. Она ворвалась в комнату и увидела его: веселого, подтянутого, уверенного в себе. Муж спокойно завершил свой разговор по телефону и в ответ на крики и обвинения супруги сообщил, что она сама приняла такое решение и он теперь чувствует себя свободным и собирается строить новые отношения. И перед женщиной встал вопрос: «Что теперь делать?». После работы по «вентиляции» актуальных негативных переживаний клиентки ее эмоциональное состояние нормализовалось. Затем была проанализирована история семейных отношений. В процессе анализа клиентке удалось понять, что именно она всегда была в центре семьи, диктовала, что и как они будут делать, часто не обращала внимания на супруга, не считалась с его желаниями, мнением. Она всегда чувствовала его более слабым, зависимым, заинтересованным в отношениях и говорила, и своим поведением показывала ему это. А теперь, когда он стал независимым, она поняла, что любит мужа и никому не хочет его отдавать. Клиентка приняла решение сохранить семью. Совместно

с консультантом была выработана стратегия гармонизации семейных отношений и выхода из кризиса.

• *Работа по анализу самооценки и самореализации личности в основных жизненных сферах*

Поскольку личный кризис — это кризис идентичности, важной задачей психологического консультирования является осознание клиентом особенностей своей личности — образа «Я» и отношения к самому себе — самооценки. Клиент, переживший измену партнера, как правило, чувствует себя неуверенно, начинает сомневаться в себе, чувствует себя менее привлекательным, испытывает ревность, становится подозрительным, так как его вера в партнера и в себя оказывается подорванной. Поэтому целесообразно проанализировать, как клиент относится к себе, насколько он считает себя реализованным в основных сферах жизни (сфере тела, деятельности, контактов и духовной жизни). Если обнаруживается явная неудовлетворенность клиента собой и своей реализацией в жизни, то совместно с клиентом создается программа приоритетных целей саморазвития. Реализация данной программы позволяет человеку собраться, поверить в себя, стать более спокойным, целостным, независимым.

► **Случай из практики. «Никогда не поздно почувствовать себя уверенным»**

Клиент — мужчина, 45 лет. В браке с женой прожил 20 лет. В семье двое детей. Сын женат, живет отдельно. Пятнадцатилетняя дочь живет вместе с родителями. Мужчина всегда был лидером в своей семье, когда что-то вызывало его недовольство, устраивал скандалы, которые наводили страх на всех членов семьи. Так в свое время поступал его отец. Жена долгое время не работала, занималась детьми. Семья жила в одной из союзных республик и в связи с политическими переменами десять лет назад переехала в Санкт-Петербург. Раньше муж занимал руководящую должность, хорошо зарабатывал, был уверен в себе. Но после переезда никак не мог устроиться на хорошо оплачиваемую работу, перепробовал многое, даже стал заниматься челночным бизнесом, но потерял все сбережения. Пришлось и жене пойти на работу. Жена устроилась менеджером в фирму и довольно быстро сделала себе карьеру, стала хорошо зарабатывать и фактически содержать семью. Она во многом изменилась: начала возражать мужу, стала покупать дорогие вещи, чего раньше никогда не было. Она и раньше была привлекательной женщиной, а сейчас просто «расцвела». Муж начал подозревать жену в измене, попробовал устроить скандал и обвинить жену, но женщина не испугалась, как это случалось раньше, и предложила пожить раздельно, чтобы понять, имеет ли смысл им жить вместе. Мужчина растерялся и обратился

за консультацией, желая восстановить нормальные семейные отношения и веру в себя. После этапа «вентиляции» негативных переживаний, боли, обиды, гнева, ярости и других эмоциональное состояние клиента нормализовалось, и стал возможен переход к этапу анализа семейной истории. Клиент получил возможность последовательно рассмотреть свою семейную жизнь и понял, что во многом был не прав. Он стал сожалеть, что больше воздействовал на жену и детей страхом, чем любовью. Он принял свою долю ответственности за сложившуюся ситуацию в семье. Это позволило перейти к этапу анализа самореализации личности в основных сферах жизнедеятельности. Выяснилось, что клиент не уверен в себе, боится перемен на работе. Все это появилось после неудачи в бизнесе. В настоящее время ему предложили на работе перспективную должность при условии, что он выучит английский язык. Сначала он посчитал, что это невозможно в таком возрасте. Но теперь, когда его брак оказался под угрозой, мужчина решил принять данное предложение. Он понял, что никогда не поздно менять к лучшему свою жизнь. Совместно с консультантом была разработана программа самореализации клиента в сфере деятельности.

- *Выработка стратегии гармонизации семейных отношений и выхода из кризиса*

Понимание, что измена может быть сигналом неблагополучия в семье, помогает человеку начать выстраивать новые отношения. Анализ семейной истории и супружеских отношений, позволяет обнаружить проблемные зоны семейной системы. Это могут быть: эмоциональная зависимость, неуважение, грубость, недостаток тепла, нежности, внимания друг к другу и многие другие проблемы. Совместно с клиентом вырабатывается стратегия гармонизации семейных отношений. На этом этапе целесообразно рекомендовать семейное консультирование партнеров.

- *Завершение консультирования*

В конце работы важно проанализировать весь проделанный клиентом путь и сделать резюме. Такой анализ проводится совместно с клиентом. Резюме в виде суммирования всего важного и актуального в процессе консультирования делает, как правило, сначала клиент, а затем консультант. Таким образом, в обобщенном виде сохраняются в памяти ценные для участников процесса выводы о проблемных зонах семейной системы, найденные приемы саморазвития и самореализации личности в основных сферах жизни. Становится ясным главное: семья — это система, за которую несет ответственность каждый из ее участников, семья требует внимания и труда, чтобы близкие отношения сохранялись и развивались.

4.3. Развод. Консультирование в ситуации развода

Семья является древнейшим институтом человеческого общества и представляет собой уникальное явление. Семья — это та система, благодаря которой передаются подрастающему поколению основные знания, умения, навыки, традиции и установки, таким образом достигается непрерывность развития человеческого общества. Семья как социальный институт не только обеспечивает стабильность общества, но и эволюционирует вместе с ним, адаптируется к происходящим переменам. В такой системе интенсивного и тесного взаимодействия не могут не возникать споры, конфликты и кризисы. И нередко происходит так, что в качестве разрешения серьезного семейного конфликта или кризиса выступает развод.

Кризисный характер данного события (даже если развод осуществляется с согласия обоих партнеров) обусловлен тем, что семья является целостной системой, и когда она прекращает свое существование, это переживается ее участниками как символическая смерть отношений. Даже спустя длительный период времени после прекращения отношений сохраняются психологические последствия расставания. Как правило, наиболее болезненным развод является для детей, поскольку для них развод родителей становится трагическим происшествием, сродни потере близкого человека. Правда, это в меньшей степени относится к тем случаям, когда дети в семье страдали от постоянных выяснений отношений, скандалов, ссор. В этом случае развод наряду с негативными переживаниями в определенной степени может принести облегчение и стабилизацию психического состояния всех членов конкретной семьи.

Развод обычно не является одномоментным событием и имеет свою динамику проживания. Известный американский психолог А. Маслоу [38] предложил модель распада супружеских отношений, включающую в себя семь стадий.

1. Эмоциональный развод обусловлен разрушением иллюзий супружеской жизни, чувством неудовлетворенности, отчуждением супругов, страхом и отчаянием, попытками контролировать партнера, спорами, стремлением избежать проблем.

2. Время размышлений и отчаяния перед разводом сопровождается болью, злостью и страхом, противоречивостью чувств и поступков, зачастую шоком, ощущением пустоты и хаоса. Предпринимаются попытки вернуть любовь, получить помощь от друзей, членов семьи.

3. Юридический развод — оформление разрыва отношений происходит на формальном уровне. Эта стадия связана не только

с судопроизводством, но и с участием все большего количества лиц в семейных отношениях партнеров.

Отношения разводящихся супругов могут включать в себя конфликты, угрозы либо стремление к переговорам. Во время развода и периода правовых споров оставленный партнер может испытывать жалость к себе, беспомощность, чувство отчаяния и злости.

4. Экономический развод связан с прекращением совместного ведения хозяйства и разделением семейного бюджета (если до этого он был общим).

5. Установление баланса между родительскими обязанностями и правом на опеку связано с переговорами родителей по вопросу дальнейших взаимоотношений с детьми и распределения зон ответственности. Основными задачами данного этапа являются создание новых отношений между родителем и ребенком, а также обретение чувства собственного достоинства и независимости.

6. Время самоисследования и возврат к равновесию после развода. Основная проблема этого периода — одиночество и наличие амбивалентных чувств. Это чувства беспомощности и оптимизма, сожаления, печали и радости, освобождения и одиночества и т. д. Начинается поиск новых друзей, сфер активности, вырабатывается новый стиль жизни, определяются обязанности для всех членов семьи.

7. Психологический развод. На эмоциональном уровне — это принятие факта распада отношений, стабилизация эмоционального состояния, проработка негативных чувств, связанных с разводом. На интеллектуальном уровне — готовность к действиям, уверенность в своих силах, ощущение собственной ценности, появление чувства независимости и автономии, поиск новых объектов для любви и готовность к построению новых отношений.

Как показывает опыт, и мужчинам, и женщинам очень трудно в такое тяжелое время сохранить выдержку и самообладание, потому что развод меняет всю дальнейшую жизнь бывших супругов. Возникает комплекс новых проблем: экономические сложности (особенно у женщин, оставшихся с детьми), изменение личных привычек, вкусов, всего стиля жизни, характера отношений с общими друзьями и знакомыми, взаимоотношений детей не только с бывшим мужем (женой), но и его (ее) родственниками и т. п.

Специалисты отмечают, что распад семьи воспринимается личностью, особенно в первый момент, как доказательство ее неполноценности, что приводит к острому переживанию ею собственной не состоятельности, неуверенности в себе, депрессии, самообвинению.

Формирование нового образа семьи у детей (в условиях раздельного проживания родителей) ставит перед ребенком задачу адаптации к новым правилам общения и сотрудничества с каждым из родителей.

Одной из серьезных задач, с которыми сталкиваются супруги после развода, является стабилизация финансово-экономического положения семьи. Финансовые трудности заставляют разведенных супругов искать сверхурочную или новую, высокооплачиваемую работу, чтобы свести бюджет в новых условиях, либо, напротив, кому-то приходится отказаться от престижной и финансово выгодной работы, чтобы освободить время для ухода за детьми и их воспитания.

В любом случае, кардинальное изменение социальной ситуации развития семьи, пережившей развод, сопровождается изменением образа жизни, в том числе пересмотром прежде сложившихся моделей исполнения ролей. Супруг, совместно проживающий с ребенком, должен научиться эффективно справляться со множеством ролей, ранее распределявшихся между мужем и женой, таким образом, чтобы ролевая перегрузка не наносила ущерба воспитанию ребенка. Супруг, отделившийся от семьи, стоит перед задачей интенсификации общения с ребенком так, чтобы компенсировать временной недостаток общения с ним, неизбежный при раздельном проживании.

Перед обоими родителями встает задача научиться принимать и уважать друг друга как отца (мать) своего ребенка, преодолев обиду, эмоциональный негативизм и желание отомстить бывшему супругу. Заключение договора о полноценном участии каждого из супругов в воспитании ребенка может стать надежным средством профилактики негативных последствий развода как для ребенка, так и для бывших супругов.

Многие специалисты отмечают такое серьезное следствие развода, как переживание бывшими супругами чувства личностного краха. В большинстве случаев развод происходит по инициативе одной из сторон. Отвергнутый партнер особенно тяжело переживает решение о разводе. Инициатор развода, тоже переживающий гамму негативных чувств, связанных с распадом семейной системы, тем не менее сохраняет контроль над ситуацией, в то время как для отвергнутого партнера характерными переживаниями являются чувства бессилия, безысходности, неполноценности.

Кроме того, развод может сопровождаться проблемами в отношениях с прародительской семьей, которые усугубляются после расставания супругов. Так, одинокая мать может стать мишенью обвинений со стороны собственных родителей. Вместо эмоциональной и деловой поддержки со стороны своих родителей, разведенная женщина сталкивается с осуждением, непониманием и отвержением.

Как показывает опыт, независимо от половой принадлежности и от того, кто является инициатором распада семейных отношений, бывшие супруги еще долго переживают по поводу развода. Как правило, кризисное состояние после развода длится примерно полгода-год. При этом, как отмечают исследователи, у мужчин чаще всего — полтора года. Таким образом, представителей сильного пола прошлое может «не отпускать» гораздо дольше.

Развод супругов сопровождается переживанием утраты семьи, воспринимаемой как символическая смерть отношений, привычного уклада жизни, установок и норм, связанных со своим социальным статусом, образом жизни до развода. Для переживания утраты в связи с разводом, расставанием партнеров свойственны те же стадии, что и для переживания утраты в связи со смертью близкого человека. При этом существуют и характерные особенности этого процесса, выражающиеся в специфике переживаний, чувств и действий на каждой из стадий.

О. В. Галустова [15], по аналогии со стадиями умирания, обнаруженными Э. Кюблер-Росс [32], выделяет следующие специфические особенности прохождения стадий переживания утраты при разводе:

- отрицание, характеризующееся обесцениванием важности произошедшего события по механизму рационализации;
- агрессия, направленная на бывшего супруга, партнера, являющаяся своеобразной защитой от душевной боли, возникшей в результате произошедшего события;
- поиск сторонников, которыми часто стараются сделать детей, переговоры, которые направлены на восстановление брака, отношений через различные манипуляции: детьми, сексом, беременностью, чувством вины, чувством ответственности и долга;
- депрессия, наступающая в том случае, если предыдущие стадии не принесли желаемых результатов по восстановлению отношений. На этой стадии происходит осознание случившегося и переживание различных чувств и состояний, среди которых могут быть: ощущение пустоты жизни; ощущение собственной неполноценности и ненужности; снижение уровня самооценки; уход в себя, снижение доверия к людям; трудности в построении новых отношений;
- адаптация к новому положению и изменившимся условиям жизни. Появляются: умение жить в одиночестве, без поддержки супруга и справляться с возникающими трудностями и проблемами; способность самостоятельно решать проблемы бытового уровня, которые ранее решались супругом; изменение стиля поведения в социуме, принятие своего статуса; формирование новых жизненных целей, смыслов, изменение привычных установок и стереотипов.

Исследования переживания бывших супругов после развода показали, что по силе переживаний бывших супругов условно можно разделить на две группы: тяжело переживающие развод и легко переживающие развод. Причем различия между переживаниями у мужчин и женщин оказались незначимыми. Обобщенные психологические портреты и тех и других отличаются следующими характеристиками.

К первой группе относятся люди, тяжело переживающие развод. Они отличаются высоким уровнем эмоциональной нестабильности, часто страдают от резких перепадов настроения, расстройством сна, вплоть до невралгических болей и нарушений сердечного ритма. Представители этой группы, как правило, признают предстоящий развод неудачей, которая серьезно осложнит их жизнь, не собираются повторно вступать в брак (или затрудняются при ответе на этот вопрос), часто сожалеют о прошлом, к супругу сохраняют эмоциональную привязанность. Для мужчин и женщин этой группы характерны появление мыслей о самоубийстве или попытки суицида, которые во многих случаях приводят к трагической развязке. Их друзья склонны не одобрять предстоящий развод. Для женщин этой группы существенное значение имеет осуждение развода родителями.

Во второй группе относятся мужчины и женщины, легко переживающие ситуацию развода. Для них характерна эмоциональная устойчивость. Представители этой группы считают предстоящий развод освобождением от обременительных обязанностей, полагая, что расторжение брака должно изменить их жизнь в лучшую сторону. Поэтому собираются сразу же или в скором будущем вступить в новый брак и не сожалеют о прошлом, рассматривают себя в качестве инициатора развода, а к супругу испытывают неприязнь или равнодушие. Обычно друзья их поддерживают. Свои планы относительно ухода из семьи они долгое время держат в тайне, иногда само обсуждение возможности развода откладывают до последнего момента. Промежуток времени между таким обсуждением и подачей заявления о разводе у них может составлять месяц и менее. Подобная позиция характерна преимущественно для мужчин. Для многих мужчин наибольшую трудность представляет не сам уход из семьи, а то, как решиться сказать о своем намерении жене. Поэтому, когда жена объявляет о своем желании развестись, муж может испытать облегчение от того, что она взяла на себя инициативу. Особенность переживаний данной группы разводящихся состоит также в том, что они очень быстро находят утешение в новом браке.

Важно отметить также, что в развод невольно оказываются вовлеченными не только супруги, но и их дети, которые от расставания

родителей страдают больше всего. Ситуация развода в семье, согласно данным американских исследователей, наносит большой вред психическому здоровью ребенка, для которого нет и не может быть развода ни с отцом, ни с матерью. Родители не могут стать для него чужими, если сами не захотят этого. К сожалению, принимая решение о разводе, родители часто думают о судьбе ребенка в последнюю очередь.

Чешский ученый С. Крадохвил [30] обнаружил интересный факт, свидетельствующий о неосознанности многими супругами своей родительской позиции и связанной с нею ответственности за судьбу ребенка. Так, например, абсолютное большинство молодых родителей убеждены, что дети-дошкольники еще слишком малы, чтобы развод их затронул. Видимо, по этой причине многие разводящиеся супруги ничего не говорят детям о предстоящем разводе. В этой ситуации ребенок вынужден сам объяснять происходящее. Известно, что некоторые дети-дошкольники обвиняют в разводе родителей себя. И разубедить их с помощью логических доводов не удается.

Еще более тяжелая ситуация складывается, если бывшим супругам не удастся наладить родительское сотрудничество. В данном случае имеется в виду расхождение мнений мужа и жены о формах и способах участия в воспитании, в контактах с детьми. Около половины отцов хотели бы встречаться с ребенком раз в неделю и чаще. Однако лишь пятая часть матерей считают это возможным, а вообще они нередко настаивают на полном отсутствии таких встреч. Что касается возможных форм участия в воспитании (контроль учебной деятельности и успеваемости детей в школе, забота о проведении ими свободного времени и т. п.), отцы предпочитают после развода такой «беспроигрышный вариант», как дарить детям подарки.

Согласно статистике, которой оперируют специалисты по семейному праву, 80 % разведенных отцов ограничивают свои родительские обязанности уплатой алиментов, 10 % не готовы даже на такие скромные жертвы и скрываются от собственных детей. И только 10 % отцов выражают готовность заявить о своих родительских правах, и они согласны нести с матерями равную ответственность за судьбу ребенка, активно участвуя в его воспитании.

Развод родителей может повлечь за собой серьезные деформации в личности ребенка, которые станут явными спустя годы, когда что-либо изменить уже нельзя. Но самые серьезные последствия развода родителей для ребенка — его воспитание в неполной семье. При всех усилиях матери неполная семья не может обеспечить полноценных условий социализации ребенка: процесс вхождения его в социальную среду, приспособление к ней, освоение социальных ролей и функций. Уход из семьи отца

как личности, представляющей для сына модель идентификации мужской роли, а для дочери — модель комплементарности (взаимного соответствия на основе взаимодополнения), может неблагоприятно сказаться в некоторых адаптационных затруднениях в подростковом возрасте. А позднее — в собственном браке, а также в психологическом и сексуальном развитии.

Реакция детей на развод во многом определяется их возрастом. По мнению исследователей, наиболее травматичным развод родителей является для детей дошкольного и подросткового возраста. В возрасте 3,5–6 лет ребенок не способен адекватно понять происходящие перемены в семье и нередко обвиняет во всем себя. В подростковом возрасте развод родителей может негативно сказаться на решении возрастных задач и затруднить процессы поиска Эго-идентичности и сепарации. Именно в этот период ребенку важна поддержка обоих родителей и прежде всего отца, играющего важную роль в социальной адаптации подростка. Детские переживания могут варьировать от вялой депрессии, апатии до резкого негативизма и демонстрирования несогласия с мнением родителей.

Травматичность развода родителей возрастает еще и в связи с тем, что разрушение семьи не является следствием выбора самого ребенка. Он вынужден просто смириться с родительским решением. Распад семьи может представлять для него крушение его мира и вызывать различные протестные и депрессивные реакции.

В целом в результате развода образуется неполная семья — семья с одним родителем, что вызывает необходимость структурной реорганизации. При этом, несмотря на то, что бывшие супруги утрачивают статус мужа и жены, они, как правило, продолжают оставаться родителями для своих детей, принимая участие в их воспитании.

Консультирование взрослых в ситуации развода

Одним из видов практической помощи, оказываемой разводящимся людям, является психологическое консультирование, необходимость использования которого определяется тем, что любой развод, даже желанный, оказывается серьезной травмой, которая усугубляется необходимостью полной реорганизации жизни. До развода большинство людей не представляют, с чем они могут реально столкнуться. С этой точки зрения многим в подобной ситуации бывает полезно поговорить со специалистом о том, что и как следует предпринимать, убедиться, что варианты возможны и что есть силы для их осуществления.

Одним из отличий консультирования разводящихся от других проблем психологической коррекции является более ярко выраженная информирующая позиция консультанта. Важно также, чтобы психолог, беседующий с таким клиентом, был осведомлен в различных юридических аспектах проблемы развода, среди которых особенно важными представляются вопросы, связанные с детьми.

Анализ рекомендаций специалистов и собственный опыт консультирования клиентов, переживающих развод, позволяют предложить следующие **три этапа психологического консультирования**:

- этап работы с клиентами в остром кризисном состоянии;
- этап психологической коррекции;
- этап реабилитации, ритуал «прощания и прощения».

Этап консультирования клиентов в остром кризисном состоянии

Развод является по своей сути кризисной ситуацией утраты для супругов, так как он сопровождается утратой прежней семейной системы. Развод ведет к символической смерти отношений, меняет привычный уклад жизни, установки и нормы, связанные со своим социальным статусом, образом жизни до развода. Распад семьи воспринимается личностью, особенно в первый момент, как доказательство ее неполноценности, что приводит к острому переживанию ею собственной несостоятельности, неуверенности в себе, депрессии, самообвинения. При разводе супруги утрачивают не только семейные отношения, но и друг друга: и муж, и жена становятся «бывшими». Поэтому алгоритм шагов на этапе консультирования клиентов в остром кризисном состоянии во многом совпадает с шагами психологической помощи клиентам, потерявшим близкого человека.

Основные цели данного этапа консультирования: нормализация эмоционального состояния клиента и его адаптация к жизни в новом статусе (разведенного супруга).

Шаги этапа консультирования клиентов в остром кризисном состоянии:

- **Знакомство, установление эмпатического контакта**

На этом шаге консультант знакомится с клиентом, выражает сочувствие в связи со сложившейся ситуацией и кратко рассказывает о той помощи, которую может оказать.

- **Прояснение запроса, цели клиента**

Как и при любом виде консультирования, после установления контакта с клиентом, мы проясняем его запрос, цель обращения за консультацией. Как правило, в ситуации развода человек хочет облегчить свое состояние, понять, как ему теперь быть.

- *«Вентиляция» негативных переживаний клиента*

Это, как правило, самый длительный шаг, требующий ряда консультативных сессий. Как и при работе с любой психической травмой, на первых этапах консультирования клиентов, переживающий утрату семьи, консультант помогает человеку ощутить, осознать и выразить свои чувства. В первую очередь, это чувства вины, беспомощности, душевной боли, стыда, страха, раздражения и другие. С терапевтической точки зрения их важно осознать и выразить. Помогают клиенту осознать свои негативные переживания такие вопросы консультанта, как «Что волнует вас больше всего?», «Что вызывает у вас наибольшие опасения?». И мужчин, и женщин, переживающих ситуацию развода, часто беспокоит страх одиночества, им кажется, что уже никогда они не смогут быть счастливы в личной жизни. «Отреагирование» негативных переживаний позволяет постепенно нормализовать эмоциональное состояние клиента, восстановить его сон и аппетит.

- *Формирование доступа клиента к своим ресурсам*

Выше уже уточнялось, что этот шаг стоит на четвертом месте только с целью четкости описания процесса консультирования. На самом деле работа по созданию доступа клиента к своим ресурсам начинается с первой консультации и продолжается параллельно с другими шагами. Разумеется, поддержка важна для людей в самых различных ситуациях, но особенное значение она приобретает, когда человек находится в состоянии травматического стресса.

- *Завершение консультирования*

Обычно этап психологического консультирования клиентов в остром кризисном состоянии длится в течение одного–двух месяцев. За это время острое кризисное состояние проходит: нормализуется эмоциональное состояние человека, он постепенно адаптируется к возникшей кризисной ситуации. Тогда консультирование или завершается, или переходит на следующий этап — этап коррекции. Как всегда, в завершение работы важно проанализировать весь проделанный клиентом путь и сделать резюме. Такой анализ проводится совместно с клиентом. Резюме в виде суммирования всего главного и актуального в процессе консультирования делает, как правило, сначала клиент, а затем консультант. Таким образом, клиент получает возможность осознать весь путь: от беспомощности и отчаяния до состояния ответственного принятия произошедшего и адаптации к жизни в новом статусе (разведенного супруга).

- *Этап психологической коррекции*

Работа консультанта на этом этапе может быть как продолжением консультирования клиента в остром кризисном состоянии, так

и началом консультирования человека, впервые пришедшего за психологической помощью через определенный период после развода (спустя месяцы, год или более после кризисного события).

Основные цели данного этапа консультирования: коррекция самооценки и восстановление целостности личности.

Шаги этапа психологической коррекции:

- *Знакомство, установление эмпатического контакта*

На этом шаге консультант знакомится с клиентом, выражает сочувствие в связи со сложившейся ситуацией и кратко рассказывает о той помощи, которую может оказать.

- *Прояснение запроса, цели клиента*

Как и на этапе консультирования клиента в остром кризисном состоянии, после установления контакта мы проясняем запрос, цель обращения за консультацией. На этом этапе человек зачастую обращается за психологической помощью, чтобы «стать самим собой», вернуть себе самоуважение, уверенность в себе.

- *«Вентиляция» негативных переживаний клиента*

Как и при работе с любой психической травмой, на первых этапах консультирования клиентов, переживающих утрату семьи, консультант помогает человеку ощутить, осознать и выразить свои актуальные негативные переживания. Помогают клиенту осознать свои негативные переживания такие вопросы консультанта, как «Что волнует вас больше всего?», «Что вызывает у вас наибольшие опасения?». И мужчин, и женщин, переживающих ситуацию развода, часто беспокоят неуверенность в себе, страх одиночества, им кажется, что уже никогда они не смогут быть счастливы в личной жизни.

- *Формирование доступа клиента к своим ресурсам*

Как уже уточнялось, данный шаг условно располагается на четвертом месте, и работа по поиску «внешних» и «внутренних» ресурсов, на которые может опереться человек в кризисной ситуации, начинается с первой консультации и продолжается на протяжении всего процесса консультирования.

- *Коррекция самооценки клиента*

Поскольку личный кризис — это кризис идентичности, важной задачей психологического консультирования является осознание клиентом особенностей своей личности — образа «Я» и отношения к самому себе — самооценки. Клиент после развода, как правило, переживает чувство личностного краха. Поэтому он начинает сомневаться в себе, чувствует себя неуверенно, ощущает себя недостаточно привлекательным и интересным для окружающих людей. Таким образом, важной задачей является анализ отношения клиента к себе и того, насколько

он считает себя реализованным в основных сферах жизни. Если обнаруживается явная неудовлетворенность клиента собой и своей реализацией в жизни, то совместно с клиентом создается программа приоритетных целей саморазвития. Реализация данной программы позволяет человеку собраться, поверить в себя, стать более спокойным, целостным, независимым.

- *Завершение консультирования*

Когда задача коррекции самооценки клиента оказывается решенной, второй этап консультирования подходит к концу. Совместно с клиентом проводится анализ процесса и результатов консультирования. Резюме в виде суммирования всего главного, важного, актуального в процессе консультирования делает, как правило, сначала клиент, а затем консультант. Таким образом, клиент получает возможность еще раз увидеть и осознать весь проделанный им путь.

Этап реабилитации, ритуал «прощания и прощения»

Работа консультанта на третьем этапе может быть как продолжением консультирования клиента на первых двух этапах, так и началом консультирования человека, впервые пришедшего за психологической помощью через определенный период после развода (спустя месяцы, год или более после кризисного события).

Основные цели данного этапа консультирования: реабилитация личности, восстановление ее дееспособности и готовности вступить в близкие отношения.

Шаги этапа реабилитации:

- *Знакомство, установление эмпатического контакта*

На этом шаге консультант знакомится с клиентом и кратко рассказывает о той помощи, которую может оказать.

- *Прояснение запроса, цели клиента*

После установления контакта консультант проясняет запрос клиента, его цель обращения за консультацией. Как правило, после развода человек испытывает разочарование в браке, сомневается в возможности гармоничных отношений в семье. В то же время чувствует одиночество. Поэтому хочет как-то разрешить это противоречие. Частым запросом является освобождение от эмоциональной зависимости от бывшего супруга или супруги.

- *Работа с внутриличностным конфликтом: «хочу любить — боюсь любить»*

Кризисная ситуация развода нарушает доверие человека как к себе, так и к окружающим людям. Память о пережитых страданиях, душевной боли вызывает чувство страха, желание избегать впредь близких отношений. Чтобы восстановить доверие к людям и в том

числе к лицам противоположного пола, важно добиться «отреагирования» актуальных негативных переживаний, связанных с травматической ситуацией. Следующей задачей является переработка негативных установок по отношению к браку. Клиенту оказывается помощь в осознании того, что факт конкретной неудачи в семейных отношениях с конкретным партнером он распространил на все возможные будущие отношения. На этом шаге идет работа по изменению атрибуции смысла кризисной ситуации. Как уже говорилось выше, попав в кризисную ситуацию, человек обычно задает вопросы, связанные с иллюзией справедливости устройства мира: «Почему это случилось со мной?» и «За что это мне?». Эти вопросы ведут человека в тупик, ответов на них нет. Но на третьем этапе консультирования клиент уже готов к изменению атрибуции смысла кризисной ситуации. Этот смысл можно осознать, переформулировав вопрос «За что?» на вопросы «Зачем?», «Для чего?». Консультант задает клиенту вопрос «Как вы думаете, для чего вам пришлось пережить подобный опыт? Чему вас научила данная ситуация?».

► **Случай из практики. «Я поняла ценность отношений с близким человеком»**

Клиентка — женщина, 36 лет. Обратилась за консультацией в связи с состоянием апатии после развода. В 19 лет она вышла замуж, муж ее очень любил, был нежен и ласков с женой. А женщина не привыкла в своей родительской семье к «телячьим нежностям» и начала тяготиться желанием мужа открыто проявлять свои чувства и большую часть времени проводить в семье. Для нее большую ценность имели работа и карьера. Муж очень хотел детей, а она воспринимала его желание как желание закабалить ее и заставить сидеть дома. Она говорила, что со временем у них будут дети, но не сейчас. Работа стала занимать все больше времени, и это ей нравилось, это было так увлекательно! И вдруг полгода назад муж сообщил, что хочет расстаться, он познакомился с другой женщиной и полюбил ее. Клиентка почувствовала себя оскорбленной и решила, что им необходимо расстаться, раз ее муж такой неблагодарный и не ценит ее, такую успешную и красивую женщину. Она чувствовала душевный подъем и считала, что вот теперь она совершенно свободна для карьерного рывка. Произошел развод. И только оставшись дома одна, она почувствовала себя одинокой. Вместо свободы и творческого подъема пришло чувство опустошенности, а затем апатия. На первом этапе консультирования шла работа по «отреагированию» актуальных негативных переживаний клиентки: душевной боли, отчаяния, вины, стыда, раздражения. После нормализации ее эмоционального состояния началась работа на втором этапе консультирования — коррекции самооценки клиентки. При анализе жизненной сферы, в которой женщина считает

себя наименее реализованной, была выявлена сфера женственности. Женщина осознала, что хотела бы развивать свою эмоциональность, сексуальную культуру.

После создания и реализации программы саморазвития клиентка почувствовала, что изменилась, ее чувства стали более яркими, «она стала живой». Консультирование перешло на третий этап — этап реабилитации. На вопрос консультанта «Какой смысл имела данная кризисная ситуация для вас?» клиентка ответила, что хотя она пережила опустошение и сильную боль, она не жалеет об этом. Она поняла, что иначе она никогда бы не стала той живой и так ярко чувствующей женщиной, какой она является сейчас. Она поняла, какую ценность имеют отношения с близким человеком. И теперь она готова выстраивать новые отношения. И знает, что они будут иными.

- *Формирование доступа клиента к своим ресурсам.*

Этот шаг стоит на четвертом месте только с целью четкости описания процесса консультирования. На самом деле, как уже неоднократно говорилось выше, работа по созданию доступа клиента к своим ресурсам начинается с первой встречи и продолжается параллельно с другими шагами весь консультационный период.

- *Работа с эмоциональной зависимостью от бывшего партнера.*

После развода бывшие супруги, как правило, сохраняют некоторое время сильные чувства по отношению друг к другу, так как их отношения имели свою историю и могли быть очень близкими и физически, и духовно. Бывшие супруги были частью единой системы, и при ее утрате их чувства становятся амбивалентными: это чувства любви и ненависти, симпатии и раздражения, вины и гнева, освобождения и душевной боли. Поэтому, чтобы быть готовым к новым отношениям, важно завершить старые и «отпустить» бывшего супруга. В процессе консультирования клиентов, переживающих кризис после развода, нами был опробован ритуал «прощания и прощения», разработанный по аналогии с ритуалом «формализованной исповеди». Формализованная исповедь как метод работы с психической травмой впервые была предложена чилийскими психологами в 1983 г. Как отмечает И. Г. Малкина-Пых (2007, 2010), в Чили успешно применяли этот метод для работы с посттравматическим стрессовым расстройством у людей, пострадавших в экстремальной ситуации. Формализованная исповедь проходила в два этапа. Первый этап содержал глубокое описание травматического опыта клиента, созданное в течение ряда консультативных сессий. Второй этап содержал ритуал прочтения исповеди трагических событий клиентом и подписание ее консультантом как свидетелем.

Ритуал «прощания и прощения» проводится следующим образом. В течение нескольких консультаций проходит анализ истории семейных отношений и того опыта, который получил, находясь в браке, клиент. При этом происходит краткая, обобщенная запись такого опыта в летописи семейной истории — опыт, содержащий позитивные и негативные чувства, записывается в отдельных списках. Идея о том, что важно описывать и позитивный опыт, появилась в ответ на сетования многих клиентов о потерянном времени в «неудачном» браке. Негативные переживания перечеркивали для некоторых мужчин и женщин целые годы жизни. После завершения описания клиент в присутствии консультанта зачитывает оба списка поочередно. Далее клиент делает выводы из прочитанного и благодарит вслух бывшего супруга за все хорошее, что было в совместной жизни, и отвергает все то, что было тяжелым и неприемлемым. И принимает решение попрощаться с бывшим супругом, «отпустить» его, простить себя за свои ошибки и жить дальше.

► **Случай из практики. «Не могу понять себя и презираю»**

Клиентка — женщина, 32 года. Обратилась за консультацией после развода. Она прожила с супругом семь лет. Сначала в семье складывались хорошие отношения, брак был заключен по взаимной любви. Но через несколько месяцев, когда супруги пришли домой после гостей, муж, находясь в состоянии алкогольного опьянения, избил ее. Утром он просил прощения, стоял на коленях, умолял жену остаться и простить. Она простила, но все повторялось вновь и вновь. У них родилась дочь, которую родители очень любили. Но муж продолжал избивать жену и при девочке. Ребенок стал нервным, начал бояться отца. Это подтолкнуло клиентку подать заявление на развод, несмотря на угрозы мужа. После развода она очень переживала и испытывала двойственные чувства: освобождения и тоски по мужу. Клиентка хотела получить ответ на мучивший ее вопрос: «Как она смогла прожить с таким мужчиной ряд лет и еще продолжать тосковать по нему?». Она не понимала и презирала себя за это. При анализе и описании истории их отношений она вспомнила, как ей трудно жилось в родительской семье, где она чувствовала себя нежеланным ребенком. Вспомнила свое потрясение, когда впервые почувствовала любовь и нежность к себе со стороны мужа, как горячо полюбила в ответ. На листе позитивного опыта и чувств она написала, как благодарна мужу за то, что он впервые помог ей почувствовать себя любимой и привлекательной женщиной; как рада, что у них родилась любимая дочь; какой счастливой она порой себя чувствовала рядом с ним, когда он был нежен с нею и дочерью. Она поняла, что именно он научил ее любить. Все это позволило ей понять и простить себя. Она больше уже не презирала

себя за любовь к нему. На листе негативного опыта и переживаний женщина описала свои чувства беспомощности, страха, сильнейшей физической и душевной боли, когда родной и любимый человек избивал ее, потеряв человеческий облик. Это описание позволило ей еще раз увидеть и осознать, что от такого человека надо бежать и спасать и себя, и ребенка. После прочтения того и другого описания женщина приняла себя, произнесла вслух благодарность своему бывшему мужу за все хорошее в их совместной жизни и сказала, что отвергает насилие в своей жизни и прощается с бывшим супругом, «отпускает» его. На вопрос консультанта «Что вы хотите делать с этими записями?», клиентка ответила, что лист с описанием позитивного опыта берет с собой, а лист с описанием негативного опыта хочет разорвать и выбросить «из своей жизни». Она так и сделала. На следующей консультации клиентка сообщила, что ее самочувствие заметно улучшилось, у нее появилось чувство внутренней свободы, которого уже давно не было, и она готова развиваться и жить дальше.

- *Завершение консультирования*

Когда задача реабилитации клиента оказывается решенной, третий этап консультирования подходит к концу. Совместно с клиентом проводится анализ процесса и результатов консультирования. Резюме всего самого важного в процессе консультирования составляет, как правило, сначала клиент, а затем консультант. Таким образом, клиент получает возможность еще раз увидеть и осознать весь проделанный им путь.

Консультирование детей и их родителей в кризисной ситуации развода

Анализ литературы, а также собственный опыт психологического консультирования детей и их родителей в кризисной ситуации развода позволяет дать следующие рекомендации родителям с целью минимизации негативных последствий развода для детей.

Рекомендации родителям: как снизить негативные последствия развода для вашего ребенка

1. Ребенку нужно честно сказать, что родители разводятся. Оптимально, если о разводе ребенку сообщают оба родителя. Это возможно, если супруги могут уважительно общаться друг с другом и со своим ребенком. Если отношения между супругами накалены, то лучше сообщать о предстоящем разводе одному из родителей. Обман в виде слов родителя «Папа уехал на Северный полюс» и других фантазий постепенно открывается и подрывает веру ребенка своим близким.

2. Важно, чтобы ребенку ясно и понятно, соответственно его возрасту и интеллекту, ответили, что такое развод родителей. Поскольку для ребенка любого возраста развод родителей является трагедией и крушением мира, ему нужно объяснить, как теперь будет выглядеть этот мир. Объясняя все это ребенку на понятном для него языке, мы тем самым помогаем восстановлению его мира. Родители рассказывают ребенку, с кем из них он будет жить, с кем и как из родных (отец, мать, бабушки, дедушки и др.) он сможет общаться. Оптимальный вариант — ясные и понятные ребенку ответы на появляющиеся у него вопросы. Причем если родитель, а еще лучше — оба родителя спокойно объясняют все это ребенку, то у него появляется ощущение, что развод — это не смертельно и он сможет сохранить любовь своих родителей. Понятно, что, начиная с подросткового возраста, ребенок может быть поставлен перед выбором: с кем из родителей он хочет жить. Если ребенок поставлен перед таким выбором, то ему рекомендуется психологическое консультирование, чтобы снизить эмоциональное напряжение, чувство вины у ребенка, проработать этот конфликт и помочь принять взвешенное решение.

3. Как показывают исследования и практика консультирования, дети, особенно дошкольного возраста, берут на себя вину за развод родителей. Им кажется, что родители разводятся из-за того, что они плохо себя вели или сделали что-то не так. Ребенку важно ясно и понятно объяснить, что развод — решение самих родителей и ребенок ни в чем не виноват.

4. Ребенку, особенно дошкольного возраста, важно многократно повторять, что родители разводятся друг с другом, но не с ним. И для него и папа, и мама остаются родителями навсегда. И они всегда будут его любить. Встречаются случаи, когда один из родителей после развода оставляет семью и не хочет общаться со своим ребенком. Что же сказать ему? Понятно, что только правду, но словами, которые не ранят его. Это могут быть слова: «Папа сейчас не общается с тобой. Но в глубине души он по-своему любит тебя».

5. Сам разговор о разводе желательно проводить с ребенком в свободный от детского сада и школы день, лучше в пятницу или субботу, чтобы ребенок пришел в себя от потрясения и смог более спокойно вести себя со сверстниками и учителями. Социальный статус при разводе меняется не только у родителей, но и у ребенка. И ребенок это чувствует и беспокоится, что же будет, когда «все это узнают». Родители отвечают и на этот вопрос. Ребенку важно дать понять, что это печально, но ничего стыдного здесь нет. Лучше, если этот разговор проходит утром или днем, чтобы до ночного времени ребенок смог

как-то свыкнуться с этим и затем «проветилировать» свои чувства в сновидениях. Недаром существует русская пословица: «Утро вечера мудренее».

Опыт семейного консультирования показывает, что родители, находящиеся в состоянии стресса, депрессии, отчаяния, раздражения, часто неосознанно допускают серьезные ошибки при взаимодействии со своими детьми. Анализ литературы и собственный опыт семейного консультирования позволяет отметить следующие распространенные ошибки родителей.

Распространенные ошибки родителей во взаимоотношениях с детьми после развода

1. Желание переложить вину на партнера и привлечь ребенка на свою сторону. Напряжение и душевная боль родителей вызывает у них желание наказать своего супруга, обвинив его в разводе, и получить поддержку у ребенка. Родители не осознают, что таким образом, частично снимая напряжение с себя, они перекладывают его на своего ребенка, усугубляя его душевный дискомфорт.

2. Критика и оскорбления партнера в разговоре с ребенком. Например, отец говорит ребенку про его мать: «Она — психопатка и истеричка! Не слушай ее!» С точки зрения психологических механизмов развития личности ребенок идентифицирует себя с обоими родителями, то есть он считает себя частью и отца, и матери. Поэтому когда один из родителей оскорбляет другого он тем самым «попадает» в своего ребенка и больно ранит его. Так родители еще больше усугубляют негативное влияние развода на психическое здоровье ребенка.

3. Желание родителей разделить свои негативные переживания с ребенком. Например, желая разделить свою горечь и отчаяние, мать может сказать ребенку: «Он нас бросил. Мы ему больше не нужны!» Таким образом, мать объединяет себя с ребенком и ей становится легче: муж не только ее бросил, он бросил всех, даже свое дитя. Но для восстановления внутреннего мира ребенка ему как раз важно слышать противоположное, что родители разводятся друг с другом, а не с ним. Ребенок может понять слова близкого человека буквально. Осознание, что родитель его бросил за ненадобностью, чрезвычайно травмирует незрелую психику ребенка и, как правило, сказывается на его дальнейшей семейной жизни. У него, например, может возникнуть недоверие к противоположному полу и к семейной жизни вообще.

4. Срыв своего эмоционального напряжения на ребенке. Часто родитель, который живет вместе с ребенком, находится в состоянии стресса в силу переживаний после развода и многочисленных обязанностей, которые легли на него одного. Желая снять это напряжение,

родители «вентируют» его в процессе воспитания ребенка, придираясь к нему, оскорбляя и унижая его достоинство. Это пагубно влияет на отношения в семье и на эмоциональное состояние и родителей, и ребенка. Поэтому родителю, находящемуся в состоянии стресса, важно получить поддержку и помощь близких, друзей, родных. Возможно обращение за психологической помощью к психологу или психотерапевту.

5. Обвинение ребенка в похожести на своего бывшего супруга, тещу, свекровь или других «бывших» родственников. Например, мать, когда сердится за что-то на ребенка, говорит ему: «Ты вылитый отец, такой же эгоист!» или «Ты вылитая бабушка, такая же...». Ребенок чувствует себя частью своих родных, поэтому испытывает душевную боль за близкого человека. Кроме того, он понимает, как его мать или отец ненавидят друг друга, и это увеличивает его внутренний конфликт, так как ребенок чувствует себя частью семейной системы.

6. Препятствие родителя, живущего с ребенком, его встречам с бывшим супругом или супругой. Часто такое желание родитель, например мать, объясняет «плохим» влиянием отца на ребенка. Говорит, что после таких встреч ребенок становится более нервным, расстроенным. Понятно, что родителю с отклонениями психики или в состоянии алкогольного опьянения, или применяющему насилие по отношению к ребенку, не стоит общаться с ребенком в таком состоянии. Когда же мы имеем дело с адекватным, психически здоровым человеком, ребенок нуждается в общении с ним. Для полноценного развития ребенка, для его душевного комфорта ему необходимы регулярные встречи с обоими родителями. То, что ребенок становится грустным после встречи с ушедшим из семьи родителем, естественно: он вспоминает, как было хорошо, когда они жили вместе, чувствует напряжение и мамы, и папы, когда они передают своего ребенка друг другу, и это волнует его.

7. Расспросы ребенка о новой семье бывшего супруга или супруги после того, как он побывал у них в гостях. Ребенку дороги оба родителя, его смущают такие расспросы, так как он, отвечая на них, чувствует себя предателем одного из родителей.

8. Желание родителя, живущего с ребенком, играть одновременно обе роли — «отца» и «матери», может негативно сказаться на отношениях в семье и на самочувствии ребенка. Мать обычно более поддерживает ребенка, защищает его, заботится о нем. Отец, как правило, больше оценивает и направляет ребенка на достижения, на развитие его тела, физической силы, развитие его личности. Когда один из родителей пытается играть обе роли, ребенок может почувствовать, что

у него нет ни одного из родителей. Поэтому ребенку необходимо встречаться и общаться с обоими родителями, ему нужны и мать, и отец.

9. Заключение «брака» с ребенком или психологический инцест. Это явление не имеет отношения к сексуальной сфере. Психологический инцест проявляется в том, что родители используют любовь к детям как замену любви к мужу или жене. Так, родитель, переживший развод и не готовый выстраивать новые партнерские отношения из-за существующей травмы, компенсирует эти отношения всепоглощающей любовью и эмоциональной привязанностью к ребенку. Переживая чувства душевной боли, разочарования, страха, отчаяния, будучи не в состоянии нести всю тяжесть этих переживаний в одиночку, родитель призывает в союзники ребенка. Родитель ищет в нем поддержку и помощь для себя, делясь с ним своими чувствами, обсуждая ситуацию, семейные дела. Внешне все выглядит естественно: страдающий родитель и ребенок становятся еще более близкими людьми, их эмоциональная связь укрепляется. Мало кто задумывается, что такая связь вызывает смешение семейных ролей, нарушает систему жизненных ценностей ребенка, тормозит развитие его личности. Понятие психологического инцеста означает, что ребенок меняет свою естественную детскую роль в семье на роль взрослого. Психологически он становится мужем или женой своего реального родителя, а порой и родителем своего реального родителя. У такого ребенка часто отсутствуют друзья, он все время проводит с матерью или отцом. Родитель при этом говорит: «Нам никто не нужен, мы лучше всех понимаем и любим друг друга!» Ребенок и его мать, или ребенок и его отец образуют замкнутую самодостаточную систему. Как уже говорилось, психологический инцест не связан с сексуальными отношениями, но часто такие родители спят в одной постели с выросшим ребенком, что символично отражает их роли «мужа» и «жены». По механизму социального научения модель «психологического инцеста» выросшие дети могут переносить в свою взрослую жизнь.

► **Случай из практики. «Нам никто не нужен»**

Клиентка — женщина, 30 лет. Обратилась за консультацией в связи с конфликтом: она очень хочет создать семью с любимым человеком, но боится, что это убьет ее мать. Ее родители развелись, когда девочке было 10 лет. У отца появилась другая женщина, и он уехал с ней в другой город. Мама очень переживала, говорила дочери, что отец бросил их, они ему больше не нужны. Вскоре умерла бабушка, и это совсем «подкосило» маму, она начала болеть. До развода родителей девочка жила в комнате вместе с бабушкой, но после ее смерти девочка перенесла все свои вещи в мамину комнату и стала спать в маминой кровати, чтобы следить за ее самочувствием и быть всегда рядом. В другой комнате они с мамой

практически не жили, там остались нетронутыми все бабушкины вещи. Мама, которой на тот момент было 40 лет, постепенно поправилась, вернулась на работу, но после нее торопилась домой, только там она чувствовала себя хорошо. У девочки не было подруг, друзей, она старалась чаще бывать дома, так как боялась, что мама страдает и ей одиноко. Мать и дочь очень сблизилась. Мама радовалась, что у нее такая прекрасная дочка, говорила, что им никто не нужен, им и так хорошо. Девочка выросла, почувствовала себя девушкой и стала знакомиться с молодыми людьми, но маме никто не нравился, после гостей у нее ухудшалось самочувствие и иногда ей приходилось вызывать врача. Так длилось несколько лет. В настоящее время клиентка влюблена в молодого человека, и они решили пожениться. Но возникла серьезная проблема. Мама, которой сейчас 60 лет, сказала, что не сможет без нее жить, а жить в комнате бабушки они с мужем не могут, так как тогда придется выбросить дорогие мамину сердцу вещи и она этого не переживет. От семейной консультации с психологом мама отказалась, сказав, что «не верит в них». В процессе консультирования были использованы приемы смены ролей и перевода клиента в позицию наблюдателя. Клиентке предложили посмотреть на себя и свою ситуацию со стороны, как будто бы речь идет об очень близком для нее, дорогом человеке. Это помогло клиентке увидеть и понять, что происходило все эти 20 лет в ее семье. Она приняла решение выйти замуж. А маме предложить выбрать любой наилучший для нее вариант: либо жить с дочерью и ее мужем, перенести при этом вещи из маминной комнаты к себе, либо пойти на вариант проживания дочери и ее мужа в соседнем доме.

Консультирование детей, переживших ситуацию развода родителей

Как правило, наиболее болезненным является распад семейной системы для детей, поскольку для них развод родителей является трагическим происшествием, сродни потере близкого человека. Если бывшие супруги испытывают друг к другу амбивалентные чувства, то ребенок любит и отца, и мать и их разрыв воспринимает как крушение своего мира. Исследователи отмечают различные негативные последствия развода для психического здоровья ребенка, для которого нет и не может быть развода ни с отцом, ни с матерью. Процесс психологического консультирования ребенка, пережившего развод родителей, во многом совпадает с консультированием ребенка, потерявшего близкого человека.

В процессе консультирования детей в связи с кризисной ситуацией развода родителей могут применяться самые разные методы и методики, адекватные возрасту и уровню психического развития маленького клиента. В распоряжении психолога имеются методы арт-терапии, сказкотерапии, игровой терапии, символдрамы и другие. Детское горе достаточно часто бывает неочевидным, протекает скрыто, а ребенок оказывается не в состоянии внятно сообщить взрослым, что он тоже очень страдает, только по-своему. Тогда способы косвенного выражения и проработки горя становятся наиболее эффективными, а иногда — единственно приемлемыми вариантами психологической помощи горюющему ребенку.

ГЛАВА 5. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

5.1. Основные характеристики и мотивы суицидального поведения

Суицидальные проявления современного человека — одна из наиболее острых социально-психологических проблем общества. Об этом свидетельствует неуклонный рост как случаев самоубийства, так и попыток к их совершению, наблюдаемый в большинстве стран мира. В связи с этим проблема суицидов в разные возрастные периоды находится в центре внимания и отечественных, и зарубежных исследователей и имеет большое значение для клинической и теоретической медицины и психологии, тем более что значительно увеличилось число суицидальных действий среди лиц молодого возраста. В последние годы даже появились случаи детского суицида.

К сожалению, на сегодняшний день Россия считается одним из лидеров по количеству самоубийств. По официальным данным каждый год в России оканчивают жизнь самоубийством 50 тысяч человек. Но официальная статистика самоубийств значительно отличается от реальной, поскольку в нее попадают только явные случаи. Все это свидетельствует об актуальности проблемы оказания психологической помощи людям, находящимся в состоянии суицидального риска.

Научный термин «суицид» впервые начал использовать в XII веке английский врач и философ Томас Браун, образовав слово от латинского *sui* (себя) и *caedere* (убивать). Таким образом, **суицид** (от лат. *suicide* — убивать себя) — это сознательный отказ человека от жизни, связанный с действиями, направленными на ее прекращение.

Суицидальное поведение представляет собой аутоагрессивные действия человека, сознательно и преднамеренно направленные на лишение себя жизни из-за столкновения с невыносимыми жизненными обстоятельствами. Фактор намеренности или предвидения смерти отличает суицид от сходных с ним форм поведения, относящихся к несчастным случаям.

Собственно **суицидальным поведением** называют любые **внутренние и внешние** формы деятельности человека, которые направлены на лишение себя жизни. К *внутренним формам* относят суицидальные мысли (представления, переживания); суицидальные тенденции (замыслы, намерения). К *внешним формам* — суицидальные проявления; суицидальные покушения (попытки).

Суицидальные мысли — это пассивные размышления человека об отсутствии ценности, смысла жизни, а также представления, фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни. Суицидальные мысли в норме бывают практически у всех людей, при осознании неразрешимости какого-либо конфликта или психотравмирующего события, но они не переходят в суицидальные тенденции. Так, хорошо известны фантазии подростков о своей смерти и представления, как при этом будут винить себя и мучиться их «обидчики»: родители, учителя, сверстники.

Суицидальные тенденции (замыслы, намерения) представляют собой уже активные и серьезные размышления о лишении себя жизни, с разработкой плана суицида, определением способов совершения самоубийства, времени и места его осуществления. Почти все суициденты в этот период высказывают в той или иной форме суицидальные намерения кому-либо из близких, друзей или коллег иногда в виде намеков или в шутливой форме (суицидальные проявления). Причем около 15% делают это открыто и публично. Как правило, открытые высказывания суицидальных намерений воспринимаются окружающими как демонстрация. Поэтому таким высказываниям не придают должного значения.

Суицидальные покушения (попытки) — это конкретные действия, либо направленные на лишение себя жизни, либо имеющие демонстративно-шантажные цели.

От истинного суицидального поведения отличают **демонстративно-шантажное суицидальное поведение**, которое направлено на достижение своей личной цели посредством манипуляции субъектом взаимодействия, а не на лишение себя жизни.

В литературе различают: суицид (истинное самоубийство) и парасуицид (акты намеренного самоповреждения, не приводящие к смерти).

Парасуицид представляет собой импульсивное действие в виде намеренного самоповреждения. Основное отличие парасуицида от суицида в том, что его целью не является уход из жизни. Целью такого действия является снижение эмоционального напряжения. Например, подросток в состоянии аффекта может нанести себе рану каким-нибудь острым предметом, такое аутоагрессивное действие помогает ему

выразить, «отреагировать» свое напряжение. Подобные реакции часто наблюдаются в криминальной среде, когда самоповреждающее действие сопровождается поведением демонстративного характера — «истерику».

Американский суицидолог Н. Табачник (*N. Tabachnik*) [76] вводит понятие «непрямого суицида». Под «непрямым суицидом» автор понимает бессознательное суицидальное поведение человека, то есть любое поведение, которое сокращает его жизнь, но человек не отдает себе в этом отчет.

Характеристики «непрямого суицида» (по Н. Табачнику):

- Частое отсутствие полного осознания последствий своих поступков.

Например, человек употребляет алкоголь, наркотики; занимается видами спорта, в которых велик риск для жизни; ведет автомобиль на высокой скорости, но не осознает при этом негативных последствий такого поведения для своего здоровья и жизни.

- Рационализация или негативное отношение к своему поведению.

Например, человек может объяснять себе и другим, что пьет, чтобы снять стресс, что вред алкоголя для здоровья преувеличен и т. д. Таким образом человек успокаивает себя, и либо отрицает все опасные последствия своего поведения, либо понимает, что это вредно, но ничего не может с собой поделать.

- Постепенное начало деструктивного поведения, которое стремительно приближает смерть.

Человек может не отдавать себе отчет в том, когда такое поведение впервые появилось в его жизни. Ему может казаться это случайностью.

- Крайне редкое открытое обсуждение подобных тенденций.

Как правило, человек не осознает последствий деструктивного поведения и поэтому сам не обсуждает это с другими. Когда близкие начинают волноваться по этому поводу, человек может раздражаться и все отрицать. Это естественная защитная реакция.

- Вероятность долготерпеливого мученического поведения.

Часто суицидальный риск связан с аутоагрессивными тенденциями личности, с выраженным чувством вины. В качестве символического наказания за эту вину личность принимает свою болезнь, боль, беспомощность, приходящие в результате деструктивного поведения.

- Извлечение вторичной выгоды из сочувствия или проявлений враждебности во время саморазрушения.

Для личности и сочувствие, и враждебные проявления родных, друзей и близких являются «подкреплением», просто в одном случае позитивным, в другом — негативным. И то и другое — это внимание к нему, а не равнодушие.

- Смерть почти всегда кажется случайной.

Родные и близкие такого человека могут не замечать, как постепенно он «разрушал» сам себя, рисковал своими здоровьем и жизнью. Поэтому уход из жизни такого человека может восприниматься как нечаянная случайность.

► **Случай из практики. «Я принял решение жить»**

Клиент — молодой человек, 25 лет. Обратился за консультацией в связи с навязчивым желанием ездить на автомобиле на очень высокой скорости. Он уже попал в аварию, но все обошлось. Ему хотелось бы понять, с чем связано появление привычки к езде на предельной скорости. На вопрос «А как давно появилась эта привычка?» молодой человек ответил, что это появилось приблизительно год или два назад. На вопрос консультанта «А что происходило в это время в вашей жизни?» молодой человек рассказал, что год назад он похоронил старшего брата, а полтора года назад похоронил отца. А еще раньше, два года назад, от онкологического заболевания умерла его мать. Мама была светлым и прекрасным человеком, ее горячо любили и отец, и сыновья. У сыновей пока не было своей семьи, вся их любовь была направлена на мать и отца. Мама умирала тяжело, испытывала сильные боли в течение последних двух месяцев. Вся семья страдала от невозможности помочь любимому человеку. После похорон отец замкнулся в себе, ни с кем не хотел общаться, даже с сыновьями. Он тосковал и стал проводить много времени на даче в одиночестве. Дача находилась рядом с большим озером, и отец пристрастился к рыбалке. Он рыбачил и зимой, занимаясь подледной ловлей. Прошлой весной отец во время рыбалки провалился под лед, его не смогли спасти. Оба сына переживали потерю родителей. Старший брат после похорон отца тоже стал избегать общения и много времени проводить на даче. Прошлым летом он утонул в озере. Стояла жара, а он, разгоряченный, с разбега бросился в воду. И его сердце не выдержало. Как сказали потом врачи, это была мгновенная смерть. В процессе рассказа клиент, отвечая на уточняющие вопросы консультанта, смог услышать свою историю в единой последовательности трагических событий. Молодой человек смог сделать вывод: и отец, и старший брат, и он сам не смогли смириться со смертью своей любимой жены и матери. И по очереди уходили из жизни. Молодой человек принял решение жить и продолжить свой род. После этапа «отреагирования» чувств, связанных с потерей родителей и брата, его эмоциональное состояние нормализовалось. А главное — пропала навязчивая потребность вести машину на предельной скорости.

Феномен суицида чаще всего связывается с представлением о психологическом кризисе личности, под которым понимается острое эмоциональное состояние, вызванное какими-то особыми, личностно

значимыми психотравмирующими событиями. Причем этот кризис такого масштаба, такой интенсивности, что весь предыдущий опыт человека, решившегося на суицид, не может подсказать ему иного выхода из ситуации, которую он считает невыносимой. Такой психологический кризис может возникнуть внезапно, под влиянием сильного аффекта. Но чаще душевная внутренняя напряженность накапливается постепенно, сочетая в себе разнородные негативные эмоции.

Ведущий американский суицидолог Эдвин Шнейдман [71] выделил **десять общих черт суицида:**

1. Общей целью суицида является нахождение решения. Самоубийство не является случайным действием. Оно никогда не совершается бесцельно. Оно представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, дилеммы, обязательства, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации.

2. Общей задачей суицида является прекращение сознания. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыносимой психической боли, особенно если это выключение рассматривается страдающим человеком как вариант выхода из насущных, болезненных жизненных проблем.

3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль. Если человек, имеющий суицидальные намерения, движется к прекращению сознания, то душевная боль — это то, от чего он стремится убежать. Детальный анализ показывает, что суицид можно легче всего понять как сочетание движения по направлению к прекращению своего потока сознания и бегства от нестерпимых чувств, невыносимой боли и неприемлемых страданий. Если нам доведется хоть немного снизить интенсивность страдания другого человека, то вполне вероятно, что он увидит иные варианты решения проблемы, помимо самоубийства, и выберет жизнь.

4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Именно заблокированные и неудовлетворенные потребности причиняют душевную боль и толкают человека на совершение суицидального действия, на удовлетворение различных потребностей. Встречается множество бессмысленных смертей, но никогда не бывает немотивированных самоубийств, любой суицидальный поступок отражает ту или иную неудовлетворенную психологическую потребность.

5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность. В суицидальном состоянии, будь то подростка или взрослого, ощущается одно всеобъемлющее чувство беспомощности-безнадежности. Его ядром является чувство внутренней

опустошенности, унылое ощущение, что все вокруг совершенно безнадежно, а человек беспомощен что-либо изменить.

6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. Человек, собирающийся уйти из жизни, испытывает, как правило, противоречивые чувства. С одной стороны, он хочет умереть, с другой — хочет, чтобы его спасли. Именно эта всегда имеющаяся амбивалентность дает основания для терапевтического вмешательства.

7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы. Суицид можно правильнее определять как более или менее преходящее психологическое состояние сужения и аффективной, и интеллектуальной сферы: «Мне ничего больше не оставалось»; «Единственно возможным выходом была смерть». Синонимом сужения когнитивной сферы является туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации, если его мышление в состоянии паники не стало дихотомическим (либо — либо). Либо я достигну некоего особенного (почти волшебного) разрешения всей ситуации, либо же перестану существовать. Все или ничего. Поэтому в случае любой попытки спасения в первую очередь следует направить терапевтические усилия на преодоление состояния суженного сознания. Цель и задачи представляются ясными: открыть перед человеком реальное присутствие иных возможностей.

8. Общим действием при суициде является бегство. Самоубийство является предельным бегством от конфликтной жизненной ситуации, на фоне которой меркнут все прочие виды бегства — уход из дома, увольнение с работы, дезертирство из армии или развод с супругом.

9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении. Многие люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, как бы снабжая окружающих ключами к своему намерению, они говорят о своей беспомощности, надеясь на возможность спасения. Естественно, эти словесные сообщения и поведенческие проявления часто бывают косвенными, но человек внимательный в состоянии заметить их.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения. Как показывает опыт, существует какая-то преемственность суицидального поведения и того, как человек раньше справлялся с жизненными трудностями. Чтобы оценить индивидуальную способность человека переносить психическую боль, следует обратиться к предыдущим состояниям душевного волнения в трудные периоды его жизни. Немаловажно выяснить, нет

ли у него склонности к состояниям сужения когнитивной сферы, дихотомическому мышлению или устоявшимся моделям бегства от решения жизненных проблем, применявшихся в возникавших ранее критических ситуациях. Ответы можно получить, расспросив о деталях и нюансах того, каким образом происходило, например, увольнение с работы или развод, как удавалось справиться с душевной болью. Повторные тенденции к капитуляции, уходу, избеганию или агрессии являются, пожалуй, одним из самых красноречивых предвестников самоубийства.

В общественном сознании существует много мифов, касающихся суицидального поведения человека. А. Н. Моховиков [43] рассматривает следующие **мифы о суициде**:

- *Говоря о желании покончить с собой, человек хочет просто привлечь к себе внимание.*

Люди, принявшие решение уйти из жизни, испытывают сильнейшую душевную боль. Они пытаются разделить ее с кем-то и поставить в известность окружающих о своем намерении.

- *Человек совершает самоубийство без предупреждения.*

Исследования показывают, что человек неоднократно предупреждает окружающих о своем «плане», но он может делать это не прямо, а косвенно. Восемь из десяти суицидентов намекают окружающим на это.

- *Склонность к самоубийству наследуется.*

Склонность к самоубийству не передается генетически, но такая модель поведения в сложных, конфликтных жизненных ситуациях может дублироваться родными и близкими суицидента по механизму социального научения.

- *Суициденты страдают психическими расстройствами.*

Да, известно, что психические заболевания провоцируют суицидальное поведение, но, как показывают исследования, среди суицидентов много психически здоровых людей, попавших в безвыходную, с их точки зрения, ситуацию.

- *Разговор о самоубийстве может подтолкнуть человека к суициду.*

Как показывает опыт психологической помощи клиенту, думающему о возможности ухода из жизни, откровенная, душевная беседа может стать первым шагом предупреждения суицида. Разговор о душевном состоянии клиента, находящегося в кризисном состоянии, помогает также оценить риск совершения суицида.

- *Если человек совершил суицидальную попытку, то он навсегда остается суицидальной личностью.*

Суицидальный кризис обычно носит временный характер. Если человек получает психологическую помощь, если он развивается и реализуется в жизни, то он избавляется от мыслей о самоубийстве.

- *Люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить.*

У суицидентов существует серьезный внутренний конфликт: они хотят жить, но не могут больше жить с такой переносимой душевной болью.

- *Мужчины пытаются покончить с жизнью чаще, чем женщины.*

Как показывают исследования, женщины в три раза чаще совершают попытки суицида, но их жизнь спасают. Мужчины же выбирают более действенные способы, оставляющие минимальные шансы спасения своей жизни.

Самоубийство почти никогда не бывает результатом какой-либо одной причины, а в громадном большинстве случаев — целой совокупности действовавших в разное время причин, среди которых бывает трудно определить ту, которая имеет наибольшее значение.

В. А. Тихоненко [61] выделяет пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «избегание», «протест», «самонаказание» и «отказ».

Мотив «призыв» или крик о помощи. Человек совершает суицидальную попытку, чтобы привлечь внимание окружающих, получить их помощь и поддержку. Сюда же относятся демонстративно-шантажные попытки самоубийства с целью повлиять на определенных людей (родителей, супругов, детей). При наличии такого мотива человек, как правило, сообщает о своем намерении покончить с собой.

Мотив «избегание». Такой мотив самоубийства существует у человека, переживающего трудную, кризисную ситуацию и находящегося в состоянии беспомощности, безысходности. Это могут быть ситуации тяжелой, хронической болезни ребенка, одиночества, социального отвержения и другие.

Мотив «протест». Такой мотив ухода из жизни возникает на чувствах гнева, ярости, обиды. Основной целью является желание своей смертью наказать виновных. Как правило, подобные попытки самоубийства совершаются молодыми людьми в состоянии аффекта или алкогольного опьянения.

Мотив «самонаказание». Такой мотив ухода из жизни существует, когда человек испытывает чувства стыда, вины, презрения и ненависти к себе. Реакции такого типа характерны для людей среднего возраста, преимущественно женщин.

Мотив «отказ». Данный мотив ухода из жизни возникает у человека в связи с потерей смысла жизни. Он может возникать в ситуациях тяжелой неизлечимой болезни, потери близкого человека. Такой мотив характерен для людей зрелого возраста, у которых до совершения суицидальной попытки наблюдалось состояние депрессии.

Суицидальное поведение у детей и подростков

Как показывают исследования, частота суицидального поведения среди молодежи в России удвоилось за последние 20 лет. По данным статистики в России количество детей и подростков, покончивших с собой, составило 12,7% от общего числа умерших от неестественных причин. Анализ материалов уголовных дел и проверок показывает, что более половины всех самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и боязнью насилия со стороны взрослых, на следующем месте — конфликты в школе (проблемы взаимоотношений с педагогами, одноклассниками, «экзаменационный» стресс). Следующее место по количеству самоубийств детей и подростков занимает безответная любовь.

Суицидальное поведение детей и подростков во многом похоже на поведение взрослых, но имеет своеобразные черты, связанные с возрастными особенностями. Так, для детей и подростков характерны: повышенная впечатлительность, склонность к колебаниям настроения, способность ярко чувствовать и переживать, импульсивность, слабость критики, психологическая незрелость и повышенная внушаемость, которая может привести к совершению коллективных суицидов.

Выделяют три вида подросткового суицида: демонстративный, аффективный, истинный.

Демонстративный. Демонстративное суицидальное поведение — это изображение попыток самоубийства без реального намерения покончить с жизнью, с расчетом на спасение. Все действия направлены на привлечение внимания, возобновление интереса к собственной персоне, жалость, сочувствие, возмездие за обиду, несправедливость. Место совершения попытки самоубийства указывает на адрес, к кому оно обращено: дома — родным, в компании сверстников — кому-то из них, в общественном месте — привлечение внимания общества.

Аффективный. Аффективное суицидальное поведение — тип поведения, характеризующийся прежде всего действиями, совершаемыми на высоте аффекта. Суицид во время аффекта может носить черты спектакля, но может быть и серьезным намерением, хотя и мимолетным.

Истинный. Истинное суицидальное поведение — намеренное, обдуманное поведение, направленное на реализацию самоубийства, иногда долго вынашиваемое. Подросток заботится об эффективности действия и отсутствии помех при его совершении. В оставленных подростками записках присутствуют чувство вины, забота о близких, которые не должны чувствовать причастность к совершенному действию.

Основные мотивы суицида у детей и подростков (по А. Н. Мохвикову, 2001):

- Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
- Действительная или мнимая утрата любви родителей, ревность.
- Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
- Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия.
- Боязнь позора, насмешек, унижения.
- Страх наказания, нежелание извиняться.
- Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
- Чувства мести, ненависти, протеста.
- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий.
- Сочувствие или подражание друзьям, героям книг, фильмов, кумирам.

А. Г. Амбрумова (1978) отмечает, что мотивы совершения суицида у детей и подростков кажутся взрослым несерьезными, незначительными. Поэтому их добровольный уход из жизни застает близких врасплох.

5.2. Диагностика суицидального риска у взрослых и детей

Специалисты выделяют **признаки или индикаторы суицидального риска**. К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска.

Среди индикаторов суицидального риска можно выделить: ситуационные, поведенческие, коммуникативные, когнитивные и эмоциональные индикаторы.

Ситуационные индикаторы. Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска. Это ситуации:

- утраты близкого;
- развода;
- потери работы;
- насилия и другие.

Поведенческие индикаторы:

- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких;

- склонность к опрометчивым, безрассудным поступкам;
- чрезмерное употребление алкоголя или таблеток;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- расставание с дорогими вещами или деньгами;
- пренебрежение внешним видом;
- приобретение средств для совершения суицида.

Коммуникативные индикаторы:

- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- двояственная оценка значимых событий;
- шутки, иронические высказывания о желании умереть;
- прощание;
- высказывание самообвинений;
- сообщение о конкретном плане суицида.

Когнитивные индикаторы:

- туннельное сознание — неспособность увидеть иные, приемлемые пути решения проблемы;
- негативная оценка своей личности, отсутствие права на жизнь;
- разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Эмоциональные индикаторы:

- амбивалентность по отношению к жизни;
- безразличие к своей судьбе;
- безнадежность, беспомощность;
- переживание горя;
- признаки депрессии: нарушение сна и аппетита, отгороженность, печаль, подавленность и другие;
- несвойственная прежде агрессия или ненависть к себе;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство вины, переживание своей никчемности, ненужности.

Оценка риска самоубийства. Основой для оценки суицидального риска является интервью с пациентом и последующий анализ позиций данного интервью.

Американский психиатр Дж. Молтсбергер (*Maltsberger*) [42] разработал метод оценки суицидальной опасности, объединяющий достоверный клинический материал из истории болезни пациента, данные относительно его заболевания и оценку психического состояния в настоящее время. Дж. Молтсбергер назвал свой метод «формулировкой риска самоубийства».

Формулировка риска самоубийства состоит из пяти компонентов:

- оценки предшествовавших реакций пациента на стресс, особенно на утраты;
- оценки уязвимости пациента к трем угрожающим жизни факторам — одиночеству, презрению к себе и смертоносной ярости;
- оценки наличия и характера внешних ресурсов поддержки;
- оценки возникновения и эмоциональной значимости фантазий о смерти;
- оценки способности пациента к проверке своих суждений реальностью.

Рассмотрим точку зрения автора на эти компоненты более подробно.

1. Оценка реакций на стресс в прошлом

Особенности реакций пациента на предшествовавшие стрессовые ситуации можно выяснить, изучая его личную историю. Особое внимание обращается на такие сложные моменты, как начало обучения в школе, подростковый возраст, разочарования в любви, работе или учебе, семейные конфликты, смерть родственников, друзей, детей или домашних животных, развод и другие душевные раны и утраты, которые выявляются в его личной истории. Следует попытаться обнаружить то, что Эдвин Шнейдман (1985) называет одной из десяти общих черт всех самоубийств — соответствие суицидального поведения общему стилю поведения на протяжении жизни. Мы полагаем, что пациенты склонны преодолевать будущие трудности теми же путями, что в прошлом. Существует вероятность, что человек, который 10 лет назад пережил после смерти матери депрессию и поправился после курса психотерапии, в состоянии справиться без попыток суицида и со смертью любимого ребенка, если позитивные ресурсы в его психологическом поле не претерпели изменений. При оценке этих особенностей поведения особый интерес вызывают прошлые попытки суицида, их причина, цели и степень тяжести. Кроме того, врачу нужно узнать, кто или что является поддержкой для пациента в трудные для него времена. Далее, следует выяснить, был ли пациент в прошлом подвержен депрессии и имеется ли у него склонность к утрате надежды при столкновении с трудностями, иными словами, склонен ли он к проявлению отчаяния. Самоубийство и серьезные попытки суицида в гораздо большей степени взаимосвязаны с отчаянием, чем с депрессией.

Дети с отягощенной наследственностью или обделенные эмоциональными связями не способны к развитию функций саморегуляции, которые во взрослом возрасте необходимы для автономного выживания. Отсутствие некоторых из них иногда делает человека склонным к самоубийству. К этим функциям относится способность человека

к реальному восприятию себя как отдельной и независимой личности, умение справиться с тревогой и не допускать ее превращения в панику, способность чувствовать свою значимость, способность к контролю своей ярости и умение чувствовать различие между своими желаниями или страхами и реальными обстоятельствами. Другими словами, способность выдерживать проверку реальностью.

2. Оценка уязвимости к угрожающим жизни аффектам

По мнению Э. Шнейдмана (1985), третьей чертой самоубийства, его главным стимулом, является невыносимая душевная боль. Взрослые пациенты с недостаточностью саморегуляции рискуют утратить контроль над своими эмоциями в отсутствие внешнего вмешательства.

Первым видом потенциально невыносимой душевной боли является полное **одиночество**, субъективно переживаемое как эмоциональное отвержение. Оно отличается от одиночества, воспринимаемого человеком как временное, смягченное воспоминаниями о любви и близости, при котором остается надежда на близость в будущем. В экстремальном одиночестве надежда отсутствует. Пациент, охваченный им, чувствует, что любви не было никогда и никогда не будет, и он умирает. Появляется страх полного разрушения, тревога, переходящая в панику и ужас. Человек готов на все, чтобы избавиться от этого чувства.

Второй вид душевной боли — **презрение к себе**. У пациента, близкого к самоубийству, оно отличается от обычного гнева на себя не только количественно, но и качественно. Суицидент способен испытывать к себе глубочайшее презрение. Его субъективное переживание не просто вызывает дискомфорт; это чувство жжет, как огонь. Это и особое по качеству переживание, ибо субъективно пациенты воспринимают себя отдельными от ненавидящей совести. Один пациент чувствовал себя заключенным в своем теле и отданным во власть мучителя.

Смертоносная ярость является третьим видом опасной для жизни душевной боли. Пациенты справляются с обычным гневом, но при его перерастании в смертельную ненависть возникает опасность, что они направят ее против себя. Часто это случается, поскольку совесть отказывается терпеть подобное чувство и выносит человеку, испытывающему его, смертельный приговор, иногда — ради защиты жизни других людей. Пациенты чувствуют ослабление своего контроля, они совершают суицид в страхе, что не удержатся от убийства.

3. Оценка внешних ресурсов поддержки

Только опора на внешнюю поддержку дает возможность суицидентам бороться с захлестывающими их смертоносными аффектами. Не способные к эмоциональной саморегуляции без опоры на кого-то

или что-то за пределами ядра «Я», они тем не менее в состоянии сохранять равновесие до тех пор, пока существует необходимый источник постоянной и надежной поддержки. Его утрата может вызвать аффективную бурю и послужить толчком к самоубийству. Обычно в анамнезе пациента содержатся указания на конкретный источник, который он использует для установления эмоциональной стабильности. Вновь обращаясь к работам Э. Шнейдмана (1985), можно отметить, что речь идет о четвертой общей черте самоубийства — стрессоре или фрустрированных психологических потребностях.

Существует три класса внешних ресурсов, помогающих пациенту в поддержке внутреннего баланса: **значимые другие, работа и специфические аспекты «Я».**

Чаще всего суициденты полагаются на других людей, чтобы чувствовать свою реальность, отдельность, испытывать относительное спокойствие и достаточную ценность. Утрата или угроза потери поддерживающего другого может вызвать взрыв одиночества, смертоносной ярости и презрения к себе. Часто пусковым механизмом суицидального поведения является факт смерти одного из родителей, мужа или жены. В некоторых случаях самоубийство провоцирует смерть любимого домашнего животного.

Иногда в обеспечении внутреннего равновесия пациенты не зависят от других людей. В этом случае источником их стабильности является работа.

Третьим классом ресурсов поддержки являются ценные для человека аспекты его «Я». Чаще всего ими являются часть тела или функция организма, пациент не воспринимает их как прочно связанные с остальной, обесцененной частью своего «Я».

В формулировке риска самоубийства можно выделить следующие основные моменты: определение, кто или что необходимо пациенту для продолжения жизни, является ли этот ресурс доступным, временно недоступным, безнадежно утраченным или имеется угроза его существованию. От отчаяния пациента спасает доступность внешних ресурсов. Однако не менее важным является вопрос, способен ли он оценить эти ресурсы, схватиться за них и использовать, чтобы остаться в живых. Некоторые пациенты испытывают столь сильную боль, что вообще теряют связь с внешним миром и думают только о бегстве от страданий. Рука помощи может быть протянута, но не принята.

4. Оценка фантазий о смерти

Четвертым этапом определения риска самоубийства является оценка эмоциональной значимости фантазий о смерти. Э. Шнейдман (1985) считает бегство восьмой чертой самоубийства.

Однако, по моим наблюдениям, когда пациент говорит, что хочет «положить всему конец», он в действительности больше стремится к состоянию, похожему на глубокий сон. Сон вовсе не является смертью, но на протяжении тысячелетий люди имели склонность к отождествлению этих состояний. На бессознательном уровне бегство в смерть часто равнозначно эмиграции в другую страну, где все будет лучше. Разве слово «бегство» не подразумевает уход, перемену места, исход? Но можно задать вопрос: уход куда?

Следует выявить, изучить и оценить значение фантазий о путешествии и присоединении к кому-нибудь в загробной жизни.

5. Оценка способности пациента к проверке своих суждений реальностью

Оценка способности к адекватной проверке своих суждений реальностью является завершающим аспектом формулирования суицидальной опасности.

Пациенты в глубокой депрессии иногда не способны оценить степень любви и заботы окружающих, а также своей ценности. В этих случаях следует не только выяснить доступность для пациента внешних ресурсов, но и его способность понимания, что они существуют и ими можно воспользоваться.

Как отмечают специалисты, в детском и подростковом возрасте суицидальному поведению предшествуют состояния депрессии, которые проявляются иначе, чем у взрослых. А. Н. Моховиков (2001) рассматривает следующие признаки состояния депрессии у детей и подростков.

Признаки депрессии у детей (по А. Н. Моховикову, 2001):

- Печальное настроение.
- Потеря свойственной детям энергии.
- Нарушение сна.
- Соматические жалобы: головная боль, боль в животе, в горле.
- Ухудшение успеваемости.
- Агрессивное поведение.
- Увеличение или снижение аппетита и веса.
- Снижение интереса к обучению.
- Страх неудачи.
- Чувство неполноценности.
- Негативная самооценка.
- Чрезмерная самокритичность.
- Снижение коммуникативной активности, замкнутость.
- Чувство «заслуженной отвергнутости».

Признаки депрессии у подростков (по А. Н. Моховикову, 2001):

- Печальное настроение.

- Чувство скуки, усталости.
- Нарушение сна.
- Соматические жалобы: головная боль, боль в животе, в горле.
- Ухудшение успеваемости.
- Агрессивное поведение.
- Беспокойство, неусидчивость.
- Чрезмерная эмоциональность.
- Замкнутость.
- Рассеянность внимания.
- Прогулы в школе.
- Злоупотребление алкоголем или употребление наркотиков.

5.3. Профилактика суицидального поведения

Профилактика суицидального поведения представляет собой систему государственных, социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических и иных мероприятий, направленных на предупреждение развития суицидального поведения (суицидальных тенденций, суицидальных попыток и завершенных суицидов).

Принято различать первичную и вторичную профилактику суицидального поведения. **Первичная профилактика** включает мероприятия (социально-экономические, медицинские, психологические, педагогические и пр.), направленные на предотвращение возникновения самоубийств. **Вторичная профилактика** включает мероприятия, направленные на снижение суицидальных тенденций и предупреждение повторного суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства.

Основные направления первичной профилактики самоубийств в России и других странах (по М. В. Зотову) [23]:

1. Организация различного рода суицидологических служб, обеспечивающих раннее выявление и оказание специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

Первый центр по предупреждению самоубийств был организован в 1948 году в Вене, в 1953 году суицидологическая служба появилась в Лондоне, в 1955 году — в Лос-Анджелесе. В 1970–1980-х годах суицидологические службы были созданы во многих странах Западной и Восточной Европы.

В 1970-х годах по инициативе профессора А. Г. Амбрумовой был создан первоначально отдел суицидологии, а затем Всесоюзный суицидологический научно-методический центр при Московском НИИ

психиатрии. В Санкт-Петербурге суицидологическая служба, включающая «телефон доверия» и кризисный стационар, была организована в 1989 году на базе ГПБ № 7 им. И. П. Павлова. В 1980-х годах суицидологические службы появились и в других городах страны (Казань, Нижний Новгород, Ростов-на-Дону, Уфа и др.).

В 1998 году вышел приказ Минздрава РФ № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», согласно которому суицидологическая служба должна включать такие подразделения, как «телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и отделение кризисных состояний. **«Телефон доверия»** предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных действий. Основная задача данного подразделения суицидологической службы состоит в ликвидации у обратившихся кризисных состояний путем психотерапевтических бесед и применения при необходимости неотложных мер по предотвращению суицидальных тенденций. **Кабинет социально-психологической помощи** оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным состоянием. Основными задачами кабинета являются консультативно-диагностическая работа, оказание пациентам медицинской, психологической и социальной помощи, психологическая и психопрофилактическая помощь населению. **Отделения кризисных состояний** организуются на базе многопрофильных больниц и предназначены для решения задач стационарной лечебно-диагностической помощи при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями.

2. Обучение специалистов, работающих в системе здравоохранения, образования и социальной помощи населению (врачи общей практики, педагоги, психологи, социальные работники и др.), навыкам распознавания суицидальных тенденций и кризисных состояний, связанных с высоким суицидальным риском.

По данным зарубежных исследователей, около 30 % лиц, совершивших завершённый суицид или суицидальную попытку, в течение месяца до своего поступка обращались за медико-психологической или социальной помощью, хотя большинство из них прямо не сообщали о своих намерениях. На основании этих данных можно предположить, что обучение различных категорий специалистов, работающих с населением (участковых терапевтов, медсестер, социальных работников и др.), навыкам распознавания депрессий и суицидальных

тенденций позволит повысить вероятность своевременного выявления лиц с высоким суицидальным риском и приведет к снижению количества самоубийств.

В настоящий момент имеются свидетельства эффективности данного направления профилактики самоубийств.

3. Ограничение доступа населения к средствам суицида. Впервые это было отмечено в 1970-х годах австралийскими исследователями, которые установили, что ограничение доступа населения к барбитуратам, смертельным в больших дозах, привело к снижению уровня самоубийств.

Предпринятые в ряде стран меры по повышению контроля над другими токсическими веществами, например пестицидами, также привели к снижению смертности в результате самоубийств.

Газовая детоксикация — удаление окиси углерода из домашнего газа оказалась эффективна в снижении уровня самоубийств в ряде развитых стран, таких как Великобритания, Япония, Нидерланды и США. Например, в Англии в 1948–1950 годах случаи самоотравления домашним газом составляли 41 % всех завершенных суицидов у мужчин и 60 % у женщин. С конца 1950-х годов в стране стала проводиться детоксикация домашнего газа, и к концу 1980-х годов случаи смертельных исходов при отравлении газом полностью исчезли.

Ограничение доступа к огнестрельному оружию также является эффективной стратегией профилактики самоубийств. Например, исследователями из США было установлено, что в штатах, имеющих более строгие законы, связанные с продажей огнестрельного оружия, отмечается более низкий уровень завершенных самоубийств.

Необходимо отметить, что ограничение доступа к каким-то одним средствам самоубийства обычно приводит к тому, что многие люди (особенно с истинными суицидальными тенденциями) начинают использовать другие способы суицида. Однако применение способов самоубийства, не столь опасных, как оружие или высокотоксичные вещества, дает пациентам больше шансов на спасение, повышает вероятность предотвращения суицида.

4. Контроль характера сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации. В настоящее время считается доказанным, что сообщения о самоубийствах или изображения самоубийств, передаваемые в средствах массовой информации (СМИ), имеют негативный эффект и могут провоцировать суицидальные действия, особенно у подростков и лиц молодого возраста. Наиболее известным историческим примером является появление в 1774 году романа Иоганна Вольфганга Гете «Страдания юного Вертера», в котором описываются внутренние переживания Вертера, страдающего от неразделенной

любви к Лотте и в конце романа совершающего самоубийство. После своего опубликования роман вызвал волну самоубийств среди молодых людей, подражающих литературному герою Гете. Многие из самоубийц были одеты как Вертер («сапоги, синий фрак и желтый жилет»), другие в момент суицида оставляли роман открытым на странице, где описывается его смерть. В 1980–1990-х годах было проведено много исследований влияния различных средств массовой информации на показатели самоубийств. В исследовании немецкого исследователя Х. Хафнера (*H. Hafner*, 1986) были изучены последствия показа по немецкому телевидению в 1981 году шестисерийного телесериала «Смерть студента», главный герой которого — 19-летний студент бросается под поезд. Каждая из серий начиналась с демонстрации кадров самоубийства героя. Установлено, что после показа сериала количество железнодорожных суицидов среди молодых людей в возрасте 15–29 лет увеличилось на 86% по сравнению с предыдущими годами. Уровень железнодорожных суицидов оставался высоким в течение четырех месяцев после показа сериала, затем постепенно вернулся к первоначальному уровню. Повторный показ сериала в 1982 году вызвал новый всплеск железнодорожных суицидов.

Обобщая результаты проведенных в разных странах исследований, директор Оксфордского центра исследований суицидов К. Хоутон делает вывод, что сообщения или демонстрация самоубийств в СМИ приводят как к возрастанию общего количества суицидов, так и к увеличению числа случаев использования отдельных способов суицида. Он выделил следующие характеристики предьявления информации о самоубийствах в СМИ, повышающие риск подражательных самоубийств: детальные описания используемых методов самоубийства; сенсационный стиль сообщений или многократно повторяющиеся сообщения; подробные описания самоубийств знаменитостей. Установлено, что риск подражательных самоубийств особенно высок у лиц молодого и пожилого возраста, чувствительных к воздействию средств массовой информации.

5. Информирование населения о существующей системе оказания медико-психологической помощи.

В средствах печати, на радио и телевидении должна быть широко представлена информация, касающаяся деятельности «телефонов доверия», центров социально-психологической помощи, кризисных отделений, куда могут обратиться за помощью люди, переживающие кризисные состояния.

Вторичная профилактика суицидального поведения включает систему медицинских, психологических и социальных мероприятий,

направленных на предотвращение суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства или обнаруживших суицидальные тенденции (суицидальные мысли и побуждения). Она также включает мероприятия, направленные на оказание медико-психологической и социальной помощи родственникам и близким друзьям лиц, погибших в результате самоубийства. Среди последних большое значение имеют группы поддержки родственников лиц, совершивших суицид. Впервые такие группы появились в США в начале 1970-х годов, в дальнейшем они получили распространение и в других странах.

5.4. Психологическая коррекция и психотерапия при суицидальном поведении

Методы индивидуальной и групповой терапии при суицидальном поведении

Психологическая коррекция и психотерапия являются наиболее важным звеном системы медико-психологической помощи лицам с суицидальным поведением. Как отмечает М. В. Зотов [23], длительное время в отечественной и зарубежной литературе отсутствовали работы, посвященные специализированным методам психокоррекционной работы с суицидальными пациентами. Это было связано с доминировавшим представлением о самоубийстве как следствии психического заболевания (такого как депрессия, шизофрения, алкоголизм) или тяжелого жизненного кризиса, переживаемого индивидом. Отсюда следовал вывод, что лечение психического заболевания и помощь человеку в разрешении кризисных ситуаций являются основными способами снижения риска самоубийства. Между тем, как пишет автор, исследования последних лет показали, что, возникнув на фоне интенсивных кризисных переживаний, суицидальное поведение в дальнейшем начинает развиваться по собственным законам, теряя связь со стрессовыми ситуациями, первоначально лежавшими в его основе. Это свидетельствует о необходимости использования психокоррекционных методов, воздействующих на специфические психологические и психофизиологические факторы, вызывающие и поддерживающие суицидальное поведение пациентов.

В то же время следует отметить, что такая психокоррекционная работа с пациентами в остром кризисном состоянии и, следовательно, при существовании риска суицидального поведения, проводится *психотерапевтом или психиатром, то есть специалистом с медицинским*

образованием. Психолог может осуществлять психологическое сопровождение пациента в условиях риска суицидального поведения либо совместно с врачами, либо как консультант телефонной «службы доверия».

Индивидуальная психотерапия

Как отмечает Г. В. Старшенбаум [59], психокоррекционная работа с лицами, пережившими единичный суицидальный эпизод, носит относительно кратковременный характер и ориентирована в первую очередь на кризисную поддержку и помощь пациенту в разрешении кризисных проблем.

В процессе коррекционной работы с лицами, впервые пережившими суицидальный кризис, используется **программа кризисной психотерапии**, разработанная в Федеральном суицидологическом научно-методическом центре [59].

Особенностями программы являются:

- неотложный характер психотерапевтической помощи;
- нацеленность на обнаружение и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию суицидальных переживаний;
- поиск и тренинг ранее не опробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта.

Указанным особенностям соответствуют три этапа кризисной психотерапии: *кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации.*

Этап кризисной поддержки включает установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизацию личностной защиты и заключение терапевтического договора. В процессе установления терапевтического контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний терапевт сочувственно выслушивает пациента, способствует отреагированию подавляемых пациентом негативных эмоций. Анализируется связь субъективных проявлений переживаемого пациентом кризисного состояния с вызвавшим его событием, что способствует кризисной ориентации терапии. Обсуждаются характер и интенсивность испытываемых пациентом суицидальных мыслей и побуждений. Мобилизация личностной защиты осуществляется за счет актуализации антисуицидальных мотивов пациента. Рассматриваются способы адаптации, успешно применявшиеся пациентом в прошлом, возможность использовать внешние источники психологической поддержки. В процессе заключения терапевтического договора кризисная проблема обсуждается в понятных пациенту

терминах, осуществляется договоренность о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, оговаривается возможное посредничество психотерапевта в контактах со значимыми для пациента лицами.

Этап кризисного вмешательства включает рассмотрение неопробованных пациентом способов решения кризисной проблемы, выявление и коррекцию неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, активизацию терапевтической установки.

Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы может включать, по мнению авторов психотерапевтической программы, поиск лиц из ближайшего окружения пациента, с которыми он мог бы сформировать новые значимые отношения. Особое значение имеет выявление и коррекция неадаптивных (суицидогенных) установок, под которыми авторы понимают представления пациента о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снижение значимости доминирующих ценностей осуществляется путем актуализации антисуицидальных факторов. В процессе активизации терапевтической установки достигается переключение усилий пациента на повышение собственных возможностей по разрешению конфликтной ситуации.

Этап повышения уровня адаптации включает тренинг ранее не опробованных способов адаптации, выработку навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок, введение значимых для пациента других лиц для помощи в закреплении навыков адаптации после окончания лечения. Основными психотерапевтическими методами, используемыми на данном этапе, являются коммуникативный тренинг, ролевой тренинг, психодрама и аутогенная тренировка.

На заключительном этапе психокоррекционной работы суммируются достижения пациента, составляются реалистические планы на будущее, подкрепляется уверенность пациента в возможности реализовать намеченные планы, обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов.

Медико-психологическая коррекция лиц с многократными суицидальными эпизодами носит долгосрочный характер и направлена на изменение устойчивых форм стереотипного суицидального реагирования пациентов и профилактику рецидивов. Г. В. Старшенбаум [59] считает, что при работе с лицами, пережившими несколько суицидальных эпизодов, важнейшей задачей психокоррекционных мероприятий является профилактика рецидивов суицидального поведения. У лиц, ранее переживших суицидальные кризисы, отмечается активация негативных установок, также пациент многократно «прокручивает» в сознании прошлые или ожидаемые в будущем негативные события, что способствует

усилению депрессивных переживаний и провоцирует повторное возникновение суицидальных тенденций. Возникает «порочный круг», когда негативные мысли и установки приводят к усилению депрессивных переживаний, которые, в свою очередь, снижают способность пациента к адекватному восприятию и анализу происходящих событий.

Таких пациентов обучают осознавать и формировать критическое отношение к негативным мыслям и установкам, стереотипно возникающим в состояниях сниженного настроения и предшествующим появлению суицидальных импульсов.

Также эффективным способом является методика саморегуляции внимания. Суть коррекционной методики состоит в том, что пациента обучают не жить прошлым или будущим, а полностью сосредоточить внимание на настоящем, на ощущениях здесь и теперь. Пациент должен периодически концентрировать внимание на внешних и внутренних ощущениях, возникающих в процессе какой-либо повседневной активности, при появлении негативных мыслей ему не следует «раскручивать» эти мысли или стараться подавить их, он должен отметить факт их появления, затем снова переключить внимание на ощущения настоящего момента.

М. В. Зотов [23] подчеркивает, что психологическая коррекция лиц с многократными эпизодами суицидального поведения всегда проводится в системе комплексной психиатрической, медико-психологической и социальной помощи, направленной на улучшение социального функционирования и повышение качества жизни больных.

При первой встрече терапевт преследует следующие цели:

- установление эмпатического контакта с суицидентом;
- определение степени риска суицидального поведения и вероятности смертельного исхода;
- выработку совместного решения дальнейших действий.

Терапевту важно узнать, в чем состоит смысл самоубийства для пациента. Этот вопрос помогает определить тактику дальнейшей интервенции. Узнав смысл суицидального поведения, можно вместе с пациентом пытаться искать альтернативные варианты решения проблемы. Главное — побудить пациента к тому, чтобы он пусть временно, но отложил суицид и сделал шаг к улучшению своей ситуации. Таким образом, позиция терапевта должна быть активной и достаточно директивной. Очень важно перенастроить пациента от желания уйти из жизни на желание 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 самостоятельно.

В процессе психотерапевтической беседы с пациентом рекомендуется:

- выразить свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника, симпатию к нему;
- задавать вопросы прямо, в искренней и спокойной манере, использовать технику активного слушания;
- выяснить, 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;
- попытаться выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, но не настаивать на их обсуждении, если для собеседника это слишком тяжело;
- побудить его выразить свои чувства, связанные с проблемной областью;
- спросить, приходилось ли ему ранее рассказывать кому-либо о том, что он говорит в данный момент. Этот вопрос может подтолкнуть собеседника к мысли, что его главная проблема, возможно, в социальной самоизоляции;
- быть готовым к психотерапевтической работе с собеседником.

Основные терапевтические мишени:

- проблемная ситуация пациента;
- изменение системы его ценностей с акцентом на ценности жизни как таковой;
- формирование доступа к ресурсам пациента;
- негативный когнитивный стиль (выученная беспомощность);
- формирование адекватного отношения к смерти;
- выработка адекватных способов снятия напряжения в психотравмирующей ситуации;
- уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;
- формирование системы компенсаторных механизмов, повышающих стрессоустойчивость;
- самоактуализация «Я» (повышение самооценки, поиск путей реализации личности в основных сферах жизнедеятельности).

При суицидальной угрозе используются три основные стратегии психотерапии:

- Эмпатия — сопереживание пациенту, признание наличия у него невыносимой душевной боли и права на ее прекращение.
- Договор о паузе — предложение совместно пройти путь поиска решения и выхода «здесь», а не «там». Признание права человека жить.

- Заключение суицидального контракта — договоренность с пациентом об его обращении за помощью к терапевту или важному для него близкому лицу в ситуации реальной суицидальной угрозы.

При работе в условиях суицидальной угрозы для пациента у специалиста с недостаточным профессиональным опытом может возникнуть состояние стресса. В таком состоянии специалист, желая всеми силами удержать пациента от совершения суицида, может совершать следующие **распространенные ошибки** (по Моховикову) [43]:

- *Обвинение суицидента в малодушии, желание его пристыдить*

В условиях внутренней борьбы между желанием жить и невозможностью жить, испытывая невыносимую душевную боль, человек испытывает глубокие страдания. Обвинение такого человека в малодушии служит свидетельством его полного непонимания. Такого специалиста пациент отвергает.

- *Апелляция к его близким — «Вы бросаете своих родителей, детей!»*

При угрозе суицидального поведения человек находится в состоянии туннельного сознания, поэтому просто не может принять во внимание кого-либо еще.

- *Апелляция к религии — «Самоубийство — это грех»*

В состоянии невыносимой душевной боли угроза быть наказанным потом может казаться для человека несущественной. Главное для него — прекратить боль сейчас.

- *Оптимистичное подбадривание*

В состоянии суицидальной угрозы человек рассматривает такую позицию специалиста как полное непонимание и старается дистанцироваться от него.

Терапевтические модели и методы подбираются индивидуально.

Доказана эффективность при работе с проблемами суицидальных пациентов таких направлений психотерапии, как когнитивно-поведенческая, гештальт-терапия, психодрама, нейро-лингвистическое программирование, семейная терапия и ряд других.

Групповой метод психокоррекционной работы с суицидальным поведением

Размеры кризисной группы ограничиваются десятью участниками.

Группа обычно является открытой, т. е. еженедельно из нее выбывают в связи с окончанием срока терапии один-два участника, и соответственно она пополняется новыми членами. Желательно сочетание, когда приблизительно две трети или более членов терапевтической

группы находятся в состоянии, когда суицидальная угроза миновала. Иначе может наступить эмоциональное «заражение» группы депрессией и безысходностью.

В группу обычно включаются два клиента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний.

Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5 часа.

С учетом того, что обычные сроки разрешения кризиса составляют 4–6 недель, курс групповой кризисной терапии равен в среднем одному месяцу. За такой срок может произойти сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Общение участников группы вне занятий поощряется, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний, где оно обычно запрещается.

На этапе кризисной поддержки серьезное значение придается эмоциональному включению суицидента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую помощь членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности, а также представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний.

На первых занятиях клиент делится суицидальными переживаниями с другими членами группы, имеющими подобные переживания или столкнувшимися с ними в недавнем прошлом. Групповая терапия с суицидальными клиентами имеет преимущества по сравнению с индивидуальным кризисным вмешательством. Благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации при групповой терапии становится богаче, чем при индивидуальной работе. В группе «товарищей по несчастью» суицидент лучше принимает советы партнеров по лечению и в условиях групповой поддержки активнее испытывает новые способы адаптации. Группа дает суициденту возможность оказывать помощь другим участникам, ощущая при этом чувство компетентности и нужности, крайне ценное для преодоления кризиса.

В фазе окончания терапии, на последнем занятии, суммируются достижения суицидента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы.

ГЛАВА 6. СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ

6.1. Особенности деятельности учреждений социального обслуживания в системе социальных служб

Глубина и травматичность воздействия кризисной ситуации на личность ребенка и взрослого требуют оказания комплекса социально-психологической, медико-психологической, юридической и других видов помощи, в том числе с участием и поддержкой правоохранительных органов. Организация таких комплексных мер является в первую очередь прерогативой государства.

В соответствии с Федеральным законом от 10 декабря 1995 года № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»: «Государственная система социальных служб — это система, состоящая из государственных предприятий и учреждений социального обслуживания, являющихся собственностью субъектов Российской Федерации и находящихся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации».

Социальное обслуживание может проводиться также предприятиями и учреждениями иных форм собственности либо гражданами, занимающимися предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

В систему социальных служб входят следующие учреждения:

- 1) центры социального обслуживания населения;
- 2) комплексные центры социального обслуживания населения;
- 3) территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- 4) социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- 5) центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- 6) социальные приюты для детей и подростков;
- 7) центры психолого-педагогической помощи населению;
- 8) центры экстренной психологической помощи по телефону;
- 9) центры реабилитации инвалидов;

10) центры реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья;

11) дома ночного пребывания;

12) специализированные дома для одиноких престарелых;

13) геронтологические центры;

14) иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

По форме собственности учреждения подразделяются на государственные и иных форм собственности (негосударственные).

Государственные учреждения — это учреждения, являющиеся собственностью субъектов Российской Федерации и находящиеся в ведении органов государственной власти этих субъектов.

Учреждения иных форм собственности (негосударственные) — это учреждения, учредителями которых являются благотворительные, общественные, религиозные и другие организации или отдельные граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

В зависимости от условий, в которых предоставляются социальные услуги населению, учреждения подразделяют на следующие типы:

- стационарные;
- полустационарные;
- нестационарные;
- комплексные;
- учреждения социального обслуживания на дому;
- учреждения срочного социального обслуживания;
- учреждения срочной социально-консультационной помощи.

Система социальных учреждений на территории административной единицы РФ строится по схемам, позволяющим обеспечить всем гражданам доступность социальных услуг и предоставление этих услуг в соответствии с требованиями государственных стандартов. Нормативную основу практической работы учреждения в избранной области социального обслуживания населения составляют государственные стандарты социального обслуживания населения в Российской Федерации. Государственный стандарт социального обслуживания населения — установленный национальным стандартом государственный эталон, образец различных сторон деятельности социальных служб по социальному обслуживанию граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

К основным видам социального обслуживания относят:

1. Материальную помощь в виде денежных средств, продуктов питания, лекарственных препаратов, средств санитарии и гигиены,

предметов ухода за детьми, в виде одежды, обуви, предметов первой необходимости, а также выдачу специальных транспортных средств, профилактики инвалидности и технических средств реабилитации для инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе.

2. Социальный патронаж в отношении граждан и семей, нуждающихся в постоянном нестационарном обслуживании. Для одиноко проживающих граждан, частично утративших работоспособность и способность к самообслуживанию в связи с возрастом, болезнью и инвалидностью, кроме патронажа, оказывается помощь на дому в виде социально-бытовых услуг, содействия в получении медицинской и иной помощи. Семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, нуждающимся в социальной поддержке, предоставляются услуги по уходу за детьми.

3. Социальное обслуживание в стационарных условиях, проводимое в отношении граждан, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и по заключению соответствующих органов или лечащего врача нуждающихся в постоянном постороннем уходе. В соответствии с их возрастом и здоровьем в учреждениях создаются необходимые условия жизнедеятельности, проводятся мероприятия медицинского, психологического, социального характера, граждане обеспечиваются питанием, уходом, для них организуются условия посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга.

4. Предоставление временного приюта, осуществляемое для граждан, не имеющих постоянного места жительства и занятий, для безнадзорных детей и подростков, для других категорий граждан, нуждающихся в этой помощи.

5. Организацию дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, необходимую тем гражданам пожилого возраста и инвалидам, которые сохранили способность к самообслуживанию и активному передвижению, а также другим гражданам, в том числе детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Для клиентов учреждений в дневное время предоставляются социально-бытовые, медицинские и иные услуги.

6. Консультативную помощь, предоставляемую гражданам и семьям в области социально-экономического и медико-социального обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, правовой защиты.

7. Реабилитационные услуги в виде профессиональной, социальной, психологической реабилитации граждан, являющихся инвалидами, в том числе осуществление реабилитационной работы

с несовершеннолетними и другими гражданами с общественно-опасным поведением.

Основными функциями социального обслуживания, которые реализуют учреждения социального обслуживания и которые составляют базу их миссий, являются:

1) функция социальной помощи, которая включает:

– выявление, учет семей и отдельных лиц, наиболее нуждающихся в социальной поддержке (малообеспеченных граждан, семей с детьми и другими нетрудоспособными членами), оказание им ее и предоставление нуждающимся временного жилья и т. п.;

– профилактику бедности: создание семьям условий для самостоятельного обеспечения своего благополучия, семейного предпринимательства;

– надомные услуги семьям и одиночкам, нуждающимся в постороннем уходе: доставка продуктов, лекарств, транспортировка на лечение, наблюдение на дому за состоянием здоровья, приспособление и оборудование квартир клиентов с ограничениями в здоровье и т. п.;

– содействие развитию нетрадиционных форм дошкольного образования вследствие временного вынужденного пребывания ребенка вне родительской семьи, его дальнейшее устройство в детское учреждение, под опеку (попечительство), усыновление;

2) функция консультирования, в которую входит:

– консультирование граждан по правовым, социальным, педагогическим, медицинским, психологическим и иным вопросам;

– участие в профориентации молодежи и подготовке молодых людей к выбору профессии;

– подготовка юношей и девушек к браку, осознанному родительству, выработка навыков родительского поведения с учетом этнокультурных традиций;

3) функция социального проектирования и реабилитации, целью которой является:

– проведение социальной, медико-психологической реабилитации несовершеннолетних с отклоняющимся поведением, безнадзорных детей и подростков, детей, оставшихся без попечения родителей или лиц, их заменяющих;

– проведение медико-социальной реабилитации инвалидов и детей с инвалидностью, помощь семьям, воспитывающим детей-инвалидов.

4) функция информирования населения, изучения и прогнозирования социальных потребностей, в рамках которых можно выделить три относительно самостоятельных направления:

- предоставление клиенту информации, требующейся для разрешения его сложной жизненной ситуации;
- распространение среди населения социальных, правовых, медико-психологических, педагогических и иных знаний;
- изучение потребностей граждан и социальных проблем, порождающих кризисные ситуации в регионе, разработка и реализация конкретных мероприятий, направленных на их устранение;

5) функция участия в реализации мер по преодолению последствий стихийных бедствий и социальных конфликтов. В этой связи предусматривается:

- деятельность специалистов социальных служб в разработке чрезвычайных программ;
- формирование в составе спасательных служб, организуемых на центральном (межреспубликанском, республиканском, региональном) уровнях, бригад социальных работников, готовых проводить в районе стихийного бедствия или на территории, где население оказалось втянутым в социальный конфликт, профессиональную реабилитационную, психологическую и иную помощь населению в стрессовой ситуации.

Социальные услуги предоставляют на основании обращения гражданина, его опекуна, попечителя, другого законного представителя, органа государственной власти, органа местного самоуправления или общественного объединения в соответствующие органы или учреждения социальной защиты населения (в том числе в учреждения иных форм собственности), которые принимают по данному обращению решение о предоставлении запрашиваемых услуг.

При получении социальных услуг граждане должны иметь право на:

- выбор учреждения и формы обслуживания в порядке, установленном федеральным органом социальной защиты населения и органами социальной защиты населения субъектов Российской Федерации;
- информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания социальных услуг;
- уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждений социального обслуживания;
- конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику учреждения социального обслуживания при оказании социальных услуг;
- защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке;
- отказ от социальных услуг.

Из вышесказанного видно, что особенностями деятельности социальных учреждений в системе социальных служб Российской Федерации

является регламентация и государственная стандартизация как видов учреждений, так и качества предоставляемых социальных услуг.

6.2. Центры психолого-педагогической помощи. Структура и деятельность

Центр психолого-педагогической помощи населению — государственное учреждение, предназначенное для обеспечения психологической защищенности населения, поддержки и укрепления его психического здоровья, создания благоприятных социально-педагогических и социально-психологических условий для семейного воспитания детей и их социальной защиты.

В целях реализации Федерального закона «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» и Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 19 июля 2000 г. № 53 утверждены Методические рекомендации по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр психолого-педагогической помощи населению».

Такой центр организуется и содержится за счет средств, предусмотренных бюджетом соответствующего субъекта Российской Федерации и местных бюджетов, а также за счет доходов от хозяйственной деятельности центра и других внебюджетных поступлений. Деятельность центра направлена на социальное обслуживание граждан, реализацию права семьи и детей на защиту и помощь со стороны государства, обеспечение психологической защищенности населения. Центр психолого-педагогической помощи осуществляет поддержку и укрепление психологического здоровья населения, принимает участие в проведении единой общегосударственной политики психолого-педагогической помощи и социальной защиты населения, возрождение духовных начал в человеке.

Описывая направления работы центра психолого-педагогической помощи населению, В. С. Ткаченко [62] отмечает следующие:

- оказание квалифицированной социально-психологической и психотерапевтической помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- профилактика девиантных форм поведения, суицидов, проведение мероприятий для семей, имеющих детей с ограниченными возможностями;

- проведение мероприятий по повышению стрессоустойчивости и психологической культуры населения, особенно в сфере межличностного, семейного, родительского общения;
- консультирование по вопросам развития и возрастных особенностей детей и подростков, родительско-детских отношений, формирования супружеских и семейных отношений;
- психологическая коррекция нарушений общения у детей, искажений в психологическом развитии ребенка, неблагоприятных форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения, конфликтных взаимоотношений родителей с детьми, неадекватных родительских установок и стереотипов воспитания ребенка, нарушений супружеских отношений;
- оказание помощи семье в воспитании детей, обучении детей и родителей здоровому образу жизни, поддержании психологического и физического здоровья, успешном разрешении семейных конфликтов и в других вопросах;
- организация работы телефона экстренной психологической помощи;
- организация деятельности групп взаимоподдержки, создание клубов общения, проведение мероприятий по проблемам, входящим в компетенцию центра;
- пропагандистская, организационная, издательская, просветительская деятельность;
- разработка целевых программ социальной защиты населения;
- разработка предложений по совершенствованию законодательства об охране прав семьи, обеспечению социально-правовой защищенности женщин и детей, работе психологических служб;
- регулярный анализ обращений в центр, разработка рекомендаций для местных органов государственной власти по профилактике кризисных явлений, а также рекомендаций по совершенствованию психолого-педагогической поддержки населения;
- организация выступлений в средствах массовой информации по актуальным психолого-социальным, социально-педагогическим проблемам.

Рассматривая задачи центра, имеющего областной, краевой статус, В. С. Ткаченко отмечает следующие:

- методическое руководство психологическими службами, работающими в системе социальной защиты населения на обслуживаемой территории;
- организация повышения квалификации специалистов учреждений социальной защиты населения;

- проведение научно-исследовательской работы, апробации и внедрения социально-защитных новаций.

При этом, работники центра имеют право:

- участвовать в управлении центром в порядке, определяемом его уставом;
- повышать квалификацию в образовательных учреждениях высшего профессионального образования, в учреждениях повышения квалификации, а также на курсах, семинарах, проводимых государственными и общественными организациями.

Работники центра могут проходить медицинское обследование за счет средств учредителя центра, если имеется материальная возможность.

В центре должны быть выделены помещения для администрации, каждого из функциональных отделений, медицинского кабинета, кухни (если приготовление еды осуществляется в центре) и столовой, игровой, клубной и физкультурной работы, проживания (при наличии стационарного отделения), библиотеки и другие, необходимые для осуществления его цели и задач.

Обслуживание граждан центром производится бесплатно, а также на условиях частичной и полной оплаты предоставляемых услуг. Бесплатно обслуживаются: несовершеннолетние, находящиеся в трудной жизненной ситуации; граждане трудоспособного возраста, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона; безработные, а также лица, пострадавшие от стихийных бедствий, катастроф или в результате вооруженных и межэтнических конфликтов.

Центр вправе осуществлять предпринимательскую деятельность, в том числе оказывать платные услуги, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых он создан.

Центр имеет право привлекать на договорной основе для реализации своих целей и задач, предусмотренных уставом, другие организации различных форм собственности, приобретать или арендовать основные средства за счет имеющихся у него финансовых ресурсов.

Граждане имеют право обратиться в центр лично, по телефону, направить письменное заявление. Допускается анонимное обращение граждан для получения отдельных видов помощи. Общение между гражданами и работниками центра может происходить вне учреждения.

По просьбе граждан — потенциальных клиентов — в связи с объективной невозможностью посещать центр работники центра должны оказывать социальные услуги на дому. Социальное обслуживание граждан центром осуществляется в соответствии с этапами:

- выявление существа и причин имеющейся или реально возможной трудной жизненной ситуации, личностных особенностей гражданина, специфики его окружения и других характеристик жизнедеятельности;
- разработка при наличии у граждан трудной жизненной ситуации индивидуальных программ комплексной или социальной реабилитации или адаптации;
- разработка в случае реально возможной у граждан трудной жизненной ситуации программ комплексной или социальной профилактики;
- координация выполнения индивидуальных комплексных программ реабилитации, адаптации и профилактики, в реализации которых участвуют иные социальные службы, а также государственные, муниципальные и негосударственные органы, организации и учреждения (здравоохранения, образования, миграционной службы и т. п.);
- реализация разработанных программ профилактики и реабилитации.

Содержание социального обслуживания граждан центром определяется индивидуальными программами:

1) комплексной реабилитации, направленной на решение всей совокупности проблем граждан, осуществляемой работниками как центра, так и других социальных служб, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.);

2) социальной реабилитации, направленной на решение только социальных проблем граждан или части из них, осуществляемой работниками центра и других социальных служб;

3) комплексной адаптации, направленной на решение всей совокупности проблем, возникающих у граждан в связи со сменой условий и места жизнедеятельности, осуществляемой работниками как центра, так и других социальных служб, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.);

4) социальной адаптации, направленной на решение социальных проблем, возникающих у граждан в связи со сменой условий и места жизнедеятельности, осуществляемой работниками центра и других социальных служб;

5) комплексной профилактики, направленной на предотвращение реальной угрозы трудной жизненной ситуации, осуществляемой работниками центра и других социальных служб, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций

и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.);

б) социальной профилактики, направленной на предотвращение социальных последствий реальной угрозы трудной жизненной ситуации, осуществляемой работниками центра и других социальных служб.

Решение о разработке конкретного вида индивидуальных программ принимается исходя из их реальной необходимости, способности граждан самостоятельно решить часть собственных жизненных проблем, возможностей, имеющихся у центра, и других объективных обстоятельств.

При разработке и утверждении индивидуальных программ в обязательном порядке проводится консилиум, в котором принимают участие работники различных функциональных подразделений центра и работники других социальных служб, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.). При невозможности их личного участия осуществляется согласование с ними мероприятий, включаемых в индивидуальные программы.

Организация процесса социального обслуживания населения в центре регламентируется планом работы центра (перспективным и календарным), другими планами, графиками и расписаниями деятельности центра, разрабатываемыми и утверждаемыми директором центра самостоятельно. В состав центра рекомендуется включать:

1. Организационно-методическое отделение.
2. Отделение приема граждан.
3. Консультативное отделение.
4. Отделение психолого-педагогической помощи.

В центре по согласованию с учредителем могут открываться другие структурные подразделения, деятельность которых отвечает требованиям устава, в том числе отделение экстренной психологической помощи по телефону и др.

Организационно-методическое отделение рекомендуется создавать в целях:

- осуществления социального мониторинга на территории, обслуживаемой центром;
- составления «социального паспорта» территории, обслуживаемой центром;
- проведения анализа и прогнозирования социальных процессов на территории, обслуживаемой центром, и выработки предложений по совершенствованию системы социальной защиты населения;
- изучения эффективности деятельности структурных подразделений центра и внесения предложений по повышению ее качества;

- координации деятельности различных социальных и психологических служб в сфере помощи семье, а также незащищенным слоям населения (инвалидам, сиротам, престарелым, больным);
- обеспечения взаимодействия государственных и негосударственных организаций, занимающихся социальными и психологическими проблемами;
- разработки отраслевых программ улучшения жизни населения через различные институты социальной помощи, подготовки научных разработок прикладного характера в области педагогики, психологии, медицины и социологии, методических руководств;
- разработки комплексных научно-практических программ системы социальной защиты населения и реабилитационных мероприятий для детей с недостатками в физическом и умственном развитии;
- организации выступлений в СМИ по актуальным психолого-социальным, социально-педагогическим проблемам;
- обобщения и внедрения передовых видов и форм социального обслуживания населения;
- разработки и распространения методических и информационных материалов по актуальным вопросам социальной защиты населения;
- решения вопросов повышения квалификации работников центра;
- информирования населения, в том числе через средства массовой информации, о деятельности центра.

Отделение приема граждан рекомендуется создавать в целях:

- организации приема граждан, выявления потребностей в социальных услугах у семей и детей, проживающих на обслуживаемой территории;
- первичного и при необходимости последующих приемов граждан в центре, выявления имеющихся у них потребностей в социальных услугах, направления в соответствующие подразделения центра.

Консультативное отделение рекомендуется создавать в целях защиты прав и интересов граждан, испытывающих серьезные затруднения в социальных отношениях, их адаптации в обществе путем содействия в решении социальных, психологических и юридических вопросов при осуществлении основных жизненных функций. В связи с чем отделение осуществляет:

- консультирование по вопросам социального обслуживания граждан;
- содействие в решении правовых вопросов, входящих в компетенцию органов социальной защиты населения;
- оказание психологической помощи, в том числе экстренной, по «телефону доверия»;

- консультирование по вопросам профессиональной ориентации, получения образования и трудоустройства.

Отделение психолого-педагогической помощи рекомендуется создавать в целях:

- повышения психологической устойчивости и формирования психологической культуры граждан, в первую очередь в сферах межличностного, семейного и родительского общения;
- помощи гражданам в создании в семье атмосферы взаимопонимания и взаимного уважения, благоприятного микроклимата;
- содействия гражданам в преодолении конфликтных ситуаций и иных нарушений супружеских и семейных отношений;
- помощи гражданам, испытывающим трудности в воспитании детей, ознакомления с особенностями психологии детского возраста;
- предотвращения возможного эмоционального и психического кризиса у граждан;
- психологической адаптации граждан к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни.

6.3. Кризисные центры для детей и подростков. Структура и деятельность

Специалисты в области кризисной психологии и психотерапии (И. А. Алексеева, 2005; А. Г. Амбрумова, 1980; И. Г. Малкина-Пых, 2010) выдвигают следующие принципы организации кризисной службы:

- *Доступность помощи*

Помощь должна оказываться своевременно. При острых проблемах она часто требуется немедленно. Чем раньше человек имеет возможность ее получить, тем меньше негативных последствий может произойти.

Например, в случаях сексуального насилия пострадавшие, как правило, испытывают растерянность и страдание и ищут помощи, но в то же время боятся осуждения, так как именно себя обычно считают виноватыми в происшедшем. При невозможности быстро дозвониться или прийти на прием к специалисту они легко отказываются от дальнейших попыток и стараются «все забыть». Невозможность дозвониться или встретиться со специалистом из-за окончания рабочего дня при суицидальных намерениях может послужить последней каплей к принятию рокового решения.

Поэтому так важно, чтобы режим работы кризисной службы был оптимальным и предусматривал максимальную доступность для желающих обратиться за помощью.

- *Разные формы оказания помощи* («телефон доверия», очные индивидуальные консультации, семейное консультирование и групповая работа)

Наличие различных форм работы обеспечивает доступность помощи. Это важно как для клиентов, так и для специалистов. Сделать первый шаг в трудной ситуации, позвонить и анонимно проконсультироваться часто существенно легче, чем сразу прийти на прием, особенно для подростков.

Некоторые ситуации требуют немедленного вмешательства. В практике кризисных служб периодически встречаются обращения подростков после только что совершенной суицидальной попытки. В таких случаях помощь по телефону является единственно доступной.

Не все клиенты имеют возможность прийти на очную консультацию, и не все хотят этого. Кроме того, есть проблемы, которые не требуют личной встречи со специалистом и могут быть разрешены по телефону. Это в первую очередь информационные вопросы, консультирование родителей по поводу возрастных особенностей детей либо подростков по ситуационным проблемам, связанным с взаимоотношениями со сверстниками.

- *Командный подход в работе специалистов*

Необходимость работы единой командой в организации, которая оказывает помощь в острых/кризисных ситуациях, — один из самых важных выводов, сделанных за годы работы в кризисных службах. Работа даже очень квалифицированного специалиста вне тесного сотрудничества с коллегами приводит к уменьшению эффективности оказываемой помощи, быстрому профессиональному выгоранию и возникновению собственных эмоциональных проблем.

Командный подход в работе необходим и для поддержания уровня профессионализма. Для того чтобы оказывать квалифицированную помощь в очень разных ситуациях, необходимо постоянно получать новую информацию, обмениваться опытом, иметь возможность взглянуть на случай с разных точек зрения.

Работа с острыми ситуациями — суицидами, насилием, переживанием острого горя и другими — является эмоционально чрезвычайно затратной. Данная работа требует обязательного отреагирования и предъявляет особые требования к формированию психологической атмосферы, оказанию эмоциональной поддержки друг другу и профессиональной помощи в коллективе. Работа в кризисном центре невозможна без регулярной супервизии случаев, которая не должна сводиться к формальным клиническим разборам.

Эффективность помощи детям во много раз увеличивается, если удается сформировать команду из специалистов разных профессий — психологов, врачей, педагогов, социальных работников. Это дает специалистам неоценимую возможность решить проблемы ребенка комплексно и увидеть ситуацию с разных точек зрения, получить недоступную другим способом профессиональную информацию.

- *Конфиденциальность обращений*

Конфиденциальность обращений и возможность сохранения анонимности — важнейшее условие при работе с кризисными ситуациями. Неуверенность в ее сохранении препятствует формированию контакта, приводит к искажению информации, зачастую является причиной отказа от сотрудничества.

Этот принцип очень важен для подростков, которые болезненно относятся к необходимости обращаться за помощью, боятся «выглядеть слабыми», неспособными справиться со своими проблемами.

Особую актуальность анонимность и конфиденциальность приобретают при работе с жертвами сексуального насилия, а также с проблемами, связанными с употреблением наркотиков.

При работе с суицидами, обращениях за помощью психически больных людей принцип конфиденциальности иногда вступает в противоречие с необходимостью оказания экстренной помощи. Формальные причины для нарушения конфиденциальности указаны в законе и психиатрии. Однако определение степени интервенции и границ конфиденциальности в конкретных случаях — это отдельная сложная задача.

Часто сохранение конфиденциальности является принципиальным условием для обращения за помощью родителей с усыновленными детьми. В нашей стране, если ребенок был усыновлен в младенческом возрасте, ему, как правило, не сообщают о том, что он приемный, в таких случаях требуется особое внимание к тому, чтобы информация не выходила за пределы круга лиц, которых она затрагивает.

Структура кризисной службы для детей и подростков (по И. А. Алексеевой) [2]

Структура кризисной службы может быть различной. Наиболее полный ее вариант включает в себя:

- кризисный телефон экстренной психологической помощи;
- подразделение консультативной медико-психологической помощи;
- подразделение психолого-педагогической помощи;
- подразделение социально-правовой помощи;

- группы самопомощи, целью которых является создание социально-терапевтической среды для подростков.

Основные задачи подразделения кризисного телефона экстренной помощи:

- оказание непосредственной экстренной психологической помощи детям и подросткам, а также их родителям в кризисных ситуациях, в первую очередь при угрозе суицида;

- оказание консультативной помощи родителям по вопросам, связанным с проблемами детского и подросткового возраста;

- приглашение на прием детей и подростков, нуждающихся в оказании кризисной медико-психологической помощи, педагогической и социальной помощи;

- информирование обратившихся о наличии и возможностях других учреждений, оказывающих очную консультативную медицинскую, социальную и другую помощь детям и подросткам;

- направление обратившихся в соответствующие организации для получения помощи, в том числе наркологической, психиатрической, социальной, а также помещение детей и подростков в приюты.

Основные задачи подразделения консультативной медико-психологической помощи:

- оказание непосредственной индивидуальной медико-психологической помощи при кризисных проблемах детям, подросткам и их семьям, включая решение диагностических и психотерапевтических задач;

- оказание экстренной помощи детям и подросткам, пострадавшим от различных форм жестокого обращения и насилия (включая при необходимости организацию правовой (юридической), медицинской помощи в других учреждениях);

- оказание помощи подросткам на начальных этапах употребления наркотиков; консультирование родителей, обнаруживших, что их дети употребляют наркотики;

- психологическое консультирование детей и подростков, имеющих проблемы в социальной, семейной и школьной адаптации;

- проведение индивидуальной, семейной и групповой психотерапии;

- групповые формы работы (групповая психотерапия, коммуникативные тренинги, арт-терапия и т. д.);

- при необходимости направление в соответствующие организации другого профиля.

Основные задачи подразделения психолого-педагогической помощи:

- проведение диагностики уровня развития ребенка, соответствия возрастным нормам, особенностей усвоения учебной программы,

«социально-педагогической запущенности», диагностика нарушений мотивации к учебной деятельности;

- коррекция «социально-педагогической запущенности»;
- проведение мероприятий, направленных на формирование позитивной мотивации к учебной деятельности;
- формирование успешности и адекватной самооценки в процессе учебной деятельности;
- адаптация ребенка к школе;
- налаживание взаимодействия с учреждением, в котором учится ребенок.

Основные задачи подразделения **социально-правовой помощи**:

- юридическая консультация по защите прав ребенка и семьи, обеспечению безопасности ребенка;
- защита интересов ребенка в суде;
- взаимодействие с различными государственными и общественными организациями, оказывающими конкретную материальную, правовую и другую помощь;
- организация сопровождения ребенка в различные учреждения, (например, в ситуации ранней беременности организуется прием девочки в организацию, оказывающую медицинскую помощь, сопровождение в приют типа «Маленькая мама») и т. п.;
- направление и сопровождение детей в приюты.

Группы самопомощи, целью которых является создание социально-терапевтической среды для подростков.

Опыт организации социально-терапевтической среды для подростков в виде групп самопомощи, в том числе подготовки волонтеров для подросткового «телефона доверия» представлен в работе И. А. Алексеевой [2].

Автор отмечает целесообразность и эффективность создания таких групп в связи с тем, что многие подростки (особенно ведущие асоциальный образ жизни, употребляющие наркотики и т. п.) имеют негативный опыт общения со взрослыми и не доверяют им. Это вызывает необходимость создания непрофессиональных молодежных объединений (группы самопомощи), которые способствуют организации терапевтической среды. Их основной задачей является создание условий, облегчающих детям и подросткам обращение за профессиональной помощью, адаптация к терапевтическому процессу, облегчение интеграции ребенка или подростка в группу сверстников.

Существует ряд проблем, по поводу которых подростки более склонны обращаться к сверстникам, прежде всего это проблемы общения, любовные отношения и т. п. Важно и то, что такое общение

со сверстниками позволяет снизить страх, тревогу, недоверие к психологам и врачам, обеспечивает подростков информацией о возможности получения профессиональной помощи.

Подготовка волонтеров для подросткового «телефона доверия»

И. А. Алексеева описывает пример создания терапевтической среды для подростков посредством подросткового волонтерского «телефона доверия» — Телефона подростковых проблем (ТПП), существовавшего в двух кризисных службах Санкт-Петербурга. Этот телефон функционировал в вечернее время, на нем бесплатно работали консультантами подростки в возрасте 16–20 лет, прошедшие специальную подготовку в психотерапевтических и тренинговых группах.

Как отмечает автор, подростки, имеющие негативный опыт отношений со взрослыми в семье и школе, проблемы в общении со сверстниками, часто не доверяют взрослым и крайне неохотно обращаются за помощью к специалистам. Создание «телефона доверия», на котором работают подростки, отчасти решало эту проблему. В кризисных случаях разговор со сверстниками-подростками по «телефону доверия» часто являлся промежуточным звеном для обращения за профессиональной помощью. Не менее важно и то, что подростковый «телефон доверия» иногда является единственной возможностью общения со сверстниками для подростков с ограниченными возможностями общения, инвалидов и других.

Набор волонтеров в группу подготовки для работы на ТПП осуществлялся из школьников старших классов и студентов младших курсов вузов (подростки 15–18 лет).

Наиболее распространенные мотивы начала занятий в группе — желание расширить круг общения; приобрести новых друзей; почувствовать собственную значимость, помогая сверстникам; лучше разобраться с личными проблемами, а также получить навыки практической работы (в первую очередь для студентов помогающих профессий — психологов, педагогов, врачей).

Первоначальный отбор проводился в виде группового и индивидуального собеседования с психологами или уже работающими старшими подростками-консультантами. На этом этапе выявлялись очевидно не подходящие для работы на «телефоне доверия» претенденты с выраженными дефектами речи, актуальным асоциальным поведением, злоупотребляющие психоактивными веществами, с ярко

выраженными особенностями личности, препятствующими работе учебной группы.

Обучение волонтеров работе на «телефоне доверия» осуществлялось в два этапа, занятия (по четыре академических часа каждое) проводились один раз в неделю на протяжении учебного года (8 месяцев).

На первом этапе, который длился 4–5 месяцев, подростки посещали психологическую группу, где отрабатывали собственные проблемы и проблемы взаимодействия между участниками.

На втором этапе, когда уже было сформировано ядро группы и отсеялись подростки, не заинтересованные в работе на «телефоне доверия», особое внимание уделялось обучению телефонному консультированию и разбору наиболее часто встречающихся и/или острых кризисных проблем.

После прохождения обучения и принятия группового решения о том, кто из участников может работать на «телефоне доверия», волонтеры начинали отвечать на звонки. Они посещали раз в неделю группу для телефонных консультантов с целью отработки трудных звонков, сложностей взаимодействия друг с другом и психологических проблем, связанных с работой на «телефоне доверия».

Первоначально в группу подготовки набирают 16–18 участников, впоследствии, в силу нестойкости подростковых интересов, а также наличия проблем с распределением времени, часть подростков «отсеивается», и в постоянном составе группы остается 10–12 человек.

Подготовка волонтеров на ТПП проводится в форме групповых занятий.

На первом этапе обучения значительное внимание уделяется следующим аспектам:

- формированию доверительного отношения друг к другу у участников группы;
- прояснению и осознанию мотивации участников группы к работе консультантом «телефона доверия»;
- развитию единого представления о принципах работы «телефона доверия» и умению работать в команде;
- отработке личных проблем участников, что способствует улучшению понимания себя и своих проблем, конкретизации представлений о том, что такое психологическая помощь и как она может оказываться.

Работа волонтерской группы строится в основном на принципах психодинамических групп с постепенным добавлением элементов тренинга. Содержание каждого конкретного занятия во многом определяется состоянием группы, индивидуальными заказами участников и т. д., поэтому в отличие от тренинговых групп эта группа не имеет

жестко структурированной программы. Однако можно выделить несколько стадий развития группы.

Первая стадия включает в себя знакомство, формирование единых представлений о принципах работы группы и работы на «телефоне доверия», определение для других и для себя мотивов и целей посещения группы каждым участником. На этой стадии формулируются общие задачи группы, вырабатываются и апробируются правила работы и начинает формироваться доверие участников группы друг к другу.

На второй стадии больший удельный вес приобретает разбор проблем, актуальных для участников данной группы. Это может быть проблема как одного конкретного члена группы, так и касающаяся всех членов группы.

Как правило, на занятиях затрагивают следующие темы:

- Проблемы общения со сверстниками (неразделенная любовь, одиночество, страх отвержения и т. д.).
- Проблемы отношений с родителями (отсутствие контакта и непонимание друг друга, конфликты в семье, переживание развода, конфликты с родителями по поводу учебы, отношения с сиблингами и т. д.).
- Различный травматический опыт (переживание насилия, потери и острое горе и т. д.).
- Отношение к наркотикам и алкоголю.
- Другие специфические проблемы подросткового возраста (отношение к себе, неуверенность, проблемы идентификации и т. п.).

Работа с личными проблемами строится таким образом, чтобы в ходе нее подростки приобретали опыт оказания помощи друг другу и начинали понимать, что именно помогает в преодолении психологических трудностей. В частности, подростки научаются лучше слушать друг друга, понимать и вербализовывать собственные переживания и чувства других. Благодаря опыту преодоления собственных психологических трудностей, развитию эмпатии и рефлексии волонтеры начинают лучше ориентироваться в содержании проблем и таким образом увереннее чувствовать себя при столкновении с аналогичными проблемами по телефону. Формы работы часто выстраиваются по аналогии с реальной практикой (консультирование друг друга, моделирование телефонного разговора и т. д.).

На втором этапе обучения к разбору личных проблем добавляются (по инициативе ведущих, а чаще по запросу самих подростков) информационные семинары, сообщения, тематические дискуссии.

Обязательными темами являются:

- Психологическая помощь пострадавшим от насилия (физического, сексуального, эмоционального).

- Проблемы наркотической и алкогольной зависимости.
- Суицидальные проблемы.
- Некоторые специфические проблемы подросткового возраста (ранняя беременность и контрацепция, вопросы полоролевой идентификации и т. д.).

В группе для консультантов, уже работающих на «телефоне доверия», участникам приходится помогать друг другу справляться с трудностями, возникающими в ходе работы на телефоне. В первую очередь помощь заключается в разборе трудных или «неудачных» звонков, моделировании различных вариантов разговора в трудных случаях, оказании эмоциональной поддержки друг другу; при необходимости выработывается единая стратегия разговора с одним и тем же регулярно обращающимся человеком и т. д. В связи с особенностями подросткового возраста значительное время уделяется также взаимодействию друг с другом, обсуждению организационных вопросов.

Более чем десятилетний опыт работы волонтерского «телефона доверия» показал его высокую значимость как для звонящих, так и для работающих на нем. Многие подростки-волонтеры впоследствии выбрали профессии психологов, врачей, педагогов. Для тех, кто не стал профессионалом, работа на телефоне способствовала формированию более зрелого отношения к жизни, умения преодолевать трудности, не прибегая к агрессии, алкоголю и наркотикам.

6.4. Кризисные центры для взрослых. Структура и деятельность

В целях осуществления социально-правовой защиты и реабилитации лиц, подвергшихся насилию в семье и оказавшихся в кризисной ситуации, в системе органов социальной защиты, образования, здравоохранения органами местного самоуправления, общественными организациями могут создаваться специализированные учреждения социально-правовой защиты и реабилитации. Для осуществления социально-психологической помощи взрослым к таким учреждениям относятся:

- а) кризисный центр для женщин;
- б) кризисный центр для мужчин;
- в) центр экстренной психологической помощи по телефону.

Кризисный центр помощи женщинам — государственное учреждение, предназначенное для оказания помощи и социальной реабилитации женщин, подвергшихся психологическому, физическому или

сексуальному насилию, потерявших жилье или работу, оказавшихся в экстремальных психологических и социально-бытовых условиях.

Как показывают исследования, насилие по отношению к женщинам в основном совершается в семье. Согласно статистике МВД, 40 % тяжких преступлений совершаются в семье над женщинами. В 70 % случаев от насилия страдают женщины и дети. По статистическим данным МВД на 2002 год, насилие имеет место в каждой четвертой российской семье. Каждые 40 минут одна из российских женщин погибает от рук мужа или партнера. При этом в Уголовном кодексе РФ нет специальных статей, предусматривающих ответственность за преступления, совершенные в семье лицами, находящимися в родственных отношениях. Как свидетельствует опыт, большинство женщин не обращается за помощью в правоохранительные органы в случае совершения домашнего насилия. Это связано, во-первых, с недоверием к правоохранительным органам, в которых распространена практика отказа в приеме заявлений, касающихся такого рода дел, обусловленная позицией, что это внутрисемейное дело; во-вторых — со страхом, что домашний тиран вернется еще более обозленным и ситуация в семье станет еще более невыносимой.

В связи с этим возникает необходимость обеспечения социальной защиты пострадавших от насилия и организации кризисных центров, оказывающих социально-психологическую, медицинскую и юридическую помощь нуждающимся в ней женщинам.

Кризисный центр создается, реорганизуется и ликвидируется местными органами исполнительной власти по согласованию с соответствующими территориальными органами социальной защиты населения.

Свою деятельность Центр осуществляет в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, решениями органов местного самоуправления, а также **Примерным положением о Кризисном центре помощи женщинам:**

1. Центр организуется и содержится за счет средств, предусмотренных бюджетами субъектов Российской Федерации, местными бюджетами, а также за счет доходов от хозяйственной и иной деятельности Центра и других внебюджетных поступлений.

2. Органы социальной защиты населения субъектов Российской Федерации, органы управления социальной защитой населения краев, областей, автономной области, автономных округов, городов Москвы и Санкт-Петербурга осуществляют координацию деятельности

центров, расположенных на их территории, и оказывают им организационно-методическую и практическую помощь.

3. Для размещения Центра в установленном порядке выделяются специальные помещения, которые должны соответствовать реализации цели и задач этого учреждения и располагать всеми необходимыми видами коммуникаций (отопление, водопровод, канализация, электричество, газ, радио, телефон и пр.), отвечать санитарно-гигиеническим нормам, противопожарным требованиям.

4. Центр является юридическим лицом, имеет собственное имущество, самостоятельный баланс, печать, бланк со своим наименованием, открывает счета в банках (включая валютные), в том числе внебюджетный счет для поступления средств от предприятий и организаций, общественных объединений и граждан.

5. Штатное расписание Центра утверждается директором Центра в пределах установленного фонда оплаты труда.

6. Правила внутреннего трудового распорядка Центра утверждаются общим собранием (конференцией) его работников по представлению администрации Центра, а правила поведения граждан, обслуживаемых Центром, директором Центра.

7. Центр развивает и поддерживает контакты с другими учреждениями социальной защиты населения, взаимодействует с органами здравоохранения, образования, внутренних дел и другими органами и учреждениями, осуществляющими работу с населением, общественными объединениями, религиозными организациями, благотворительными фондами и гражданами в целях эффективной социальной поддержки женщин, находящихся в кризисных ситуациях.

8. При Центре может создаваться попечительский совет для решения различных проблем обеспечения его деятельности.

9. Ответственность за соблюдение анонимности, прав и свобод женщин, обратившихся в Центр, несет как руководство, так и каждый сотрудник Центра в рамках действующего законодательства.

Целью создания Центра является: оказание психологической, социальной, педагогической, юридической и другой помощи женщинам, находящимся в кризисном и опасном для физического и душевного здоровья состоянии или подвергшимся психологическому, физическому и сексуальному насилию.

Основными задачами Центра являются:

- оказание социальной, психологической, юридической и иной помощи;
- социальная реабилитация членов семьи;
- оказание помощи в разрешении конфликтных ситуаций в семье;

- осуществление социального контроля над поведением членов семьи, совершивших насилие в семье;
- предоставление убежища пострадавшим от насилия членам семьи;
- создание необходимых условий для обеспечения максимально полной социально-психологической реабилитации и адаптации женщин в обществе, семье;
- привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и координация их деятельности в этом направлении.

Решение поставленных задач осуществляется в результате совместной работы профессиональных психологов, врачей, специалистов социальной работы.

Деятельность Центра направлена на следующие:

- выявление совместно с государственными органами и общественными объединениями (органами и учреждениями образования, здравоохранения, внутренних дел, по делам молодежи, занятости, миграции, комитетами Общества Красного Креста, ассоциациями многодетных и неполных семей, обществами инвалидов и другими) женщин, остро нуждающихся в незамедлительной социальной защите и помощи;
- предоставление клиентам Центра необходимых социальных услуг разового или постоянного характера;
- поддержку женщин в решении проблем мобилизации их собственных возможностей и внутренних ресурсов по преодолению сложных жизненных ситуаций;
- социальный патронаж женщин, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке;
- предоставление временного приюта;
- повышение стрессоустойчивости и психологической культуры населения, особенно в сфере межличностного, семейного, родительского общения;
- помощь женщинам в создании в семье атмосферы взаимопонимания и взаимного уважения, благоприятного микроклимата, преодолении конфликтов и иных нарушений супружеских и внутрисемейных отношений;
- социально-психологическую помощь женщинам в социальной адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни;
- рекламно-пропагандистскую работу (распространение информации о задачах и перечне услуг, оказываемых Центром, пропаганда в местных СМИ о деятельности Центра).

Центр оказывает социальные услуги следующим категориям женщин:

- пережившим психологическое, физическое и сексуальное насилие;
- пережившим потерю родных и близких (вдовы);
- женщинам, имеющим детей-инвалидов;
- женщинам-инвалидам;
- одиноким матерям с несовершеннолетними детьми;
- несовершеннолетним матерям;
- беременным женщинам, в том числе несовершеннолетним и одиноким;
- переживающим кризисную ситуацию развода;
- находящимся в конфликте с семьей;
- женщинам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком;
- самостоятельно проживающим выпускницам детских домов и школ-интернатов;
- женщинам, вышедшим на пенсию и испытывающим психологический дискомфорт, в том числе одиноким пожилым женщинам, брошенным детьми.

Центр может оказывать социальные услуги женщинам как обратившимся по собственной инициативе, так и по направлению органов системы социальной защиты населения, образования, здравоохранения, внутренних дел, по труду и занятости, миграции и других. Социальные услуги оказываются Центром, как правило, бесплатно.

По решению руководства Центра и местной администрации отдельные виды социальных услуг могут предоставляться за плату. Денежные средства, взимаемые за предоставление этих социальных услуг, зачисляются на счет Центра и направляются на его развитие, улучшение социального обслуживания клиентов сверх выделяемых ассигнований по бюджету.

Центр может иметь следующие подразделения:

- отделение дневного пребывания;
- стационарное отделение.

Отделение дневного пребывания предназначается для следующих целей:

- диагностики состояния женщин;
- разработки мероприятий по реабилитации женщин и координации их выполнения;
- оказания экстренной психологической помощи по «телефону доверия»;

- организации поэтапного выполнения мероприятий по реабилитации женщин;
- оказания женщинам медико-социальной, психолого-педагогической, юридической, бытовой помощи;
- проведения досуговых мероприятий (в том числе с целью профилактики);
- индивидуальной работы с клиентами по предупреждению и избавлению от вредных привычек, по подготовке к созданию семьи и рождению ребенка;
- консультирования по медико-социальным вопросам (планирование семьи, современные средства контрацепции, гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек, сексуальные расстройства и др.);
- содействия в направлении в специализированные учреждения лиц, требующих лечения в специализированных учреждениях органов здравоохранения.

Отделение работает в течение рабочей недели в дневное и вечернее время.

Стационарное отделение создается для пребывания в нем женщин и обеспечивает бытовые, психологические и прочие условия их жизнедеятельности на срок не более двух месяцев.

Основными направлениями деятельности отделения являются:

- обеспечение доступной, своевременной и эффективной помощи женщинам, нуждающимся во временном приюте;
- оказание квалифицированного и разностороннего (психологического, педагогического, медицинского, юридического и др.) консультирования в зависимости от конкретных причин социальной дисгармонии;
- проведение индивидуальных диагностических бесед с целью выявления актуальных проблем и степени психологического стресса, помощь в их разрешении, педагогической коррекции, медико-социальной адаптации и реабилитации;
- предоставление бесплатного питания;
- содействие в принятии юридического решения об изменении или создании новых условий дальнейшей жизнедеятельности женщин в семье, на работе или иной среде жизнедеятельности;
- привлечение к сотрудничеству организаций, индивидуальных лиц, способных оказать моральную, методическую или финансовую поддержку.

Оказание помощи женщинам осуществляется в любое время суток. Независимо от места жительства любая женщина в Центре может получить первичную консультацию специалистов.

В ряде конкретных случаев женщины могут проходить курс реабилитации (независимо от места жительства) в отделении дневного пребывания и в стационарном отделении.

Срок пребывания в Центре зависит от конкретных обстоятельств и индивидуальных особенностей женщин, обратившихся за помощью, но не более двух месяцев.

Основой жизнедеятельности женщин, проживающих в Центре, являются: взаимопомощь, самообслуживание, соблюдение общечеловеческих нравственных норм общежития. Права и обязанности проживающих в отделении регламентируются документами, утвержденными директором Центра.

В ходе реабилитации пострадавших от насилия и переживающих иную кризисную ситуацию эффективной технологией является создание терапевтических групп. Члены таких групп поддерживают друг друга за счет обмена личным опытом, выражением сочувствия, формирования у пострадавшей чувства уверенности в будущей жизни. Занятия проводятся под контролем специалистов-психологов, при этом реабилитация происходит на уровне коррекции личностного восприятия событий, хотя травмирующие обстоятельства не исчезают, но изменяется отношение к ним женщины.

При переходе терапевтических групп в статус групп самопомощи, т. е. объединений людей, переживших ту или иную кризисную ситуацию, возрастает уровень воздействия на пострадавших, так как при этом выделяются люди, способные оказывать влияние на других членов группы. Содействие специалиста социальной работы в создании таких групп состоит в том, что его подопечные приобретают статус субъектов социальной самопомощи, за счет того, что они равноправно участвуют в решении собственных проблем.

Кризисный центр для мужчин — государственное учреждение, предназначенное для оказания помощи и социальной реабилитации мужчин, подвергшихся психологическому, физическому или сексуальному насилию, потерявших жилье или работу, оказавшихся в экстремальных психологических и социально-бытовых условиях.

В качестве примера учреждений такого типа В. С. Ткаченко [62] приводит краевое государственное учреждение социального обслуживания Алтайского края «Краевой кризисный центр для мужчин».

Деятельность центра направлена на сохранение, поддержание и восстановление психического и социального здоровья мальчиков и мужчин, проживающих в Алтайском крае.

Основной задачей центра является социальное обслуживание мужчин, а также мальчиков-подростков, находящихся в социально

опасном положении, оказание помощи в реализации их законных прав и интересов, содействие в улучшении их социально-психологического и материального положения.

Предметом деятельности центра является социальное обслуживание мужчин, оказавшихся в трудной жизненной (кризисной) ситуации (инвалидность, потеря работы, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество, участие в локальных военных конфликтах, ситуативные и возрастные кризисы), а также мальчиков-подростков, находящихся в социальном опасном положении.

Для достижения уставных целей центр осуществляет следующие виды деятельности:

- определение и предоставление (постоянно, временно, на разовой основе) конкретных видов и форм социально-экономических, медико-социальных, социально-психологических, социально-педагогических и иных социальных услуг;
- проведение социального патронажа семьи клиента центра, нуждающегося в социальной помощи, реабилитации и поддержке;
- оказание содействия клиентам центра в их социальной адаптации и реабилитации;
- осуществление мероприятий по повышению стрессоустойчивости и психологической культуры населения, укрепление ценности семьи и здорового образа жизни, в том числе через пропагандистскую, издательскую, просветительскую деятельность, организацию выступлений в СМИ по актуальным проблемам деятельности центра;
- осуществление мероприятий, направленных на профилактику девиантных форм поведения, суицидов, неблагоприятных форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения, конфликтных взаимоотношений, насилия в семье и других социальных рисков;
- привлечение государственных, муниципальных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, миграционной службы и т. п.), а также общественных и религиозных организаций и объединений (ветеранских, комитетов Общества Красного Креста, ассоциаций многодетных, неполных семей, организаций инвалидов, и т. п.) к решению проблем клиентов центра, которые они не могут преодолеть самостоятельно;
- осуществление правозащитной деятельности, представление интересов клиента центра в суде;
- участие в разработке и реализации целевых программ социальной защиты населения;

- внесение предложений в органы государственной власти по совершенствованию законодательства в области охраны прав семьи, работы социальных служб по профилактике кризисных явлений;
- методическое обеспечение учреждений социального обслуживания населения края по профильным направлениям деятельности центра, повышение квалификации работников учреждений социального обслуживания;
- проведение мероприятий по повышению профессионального уровня работников центра, увеличению объема предоставляемых социальных услуг и улучшению их качества;
- проведение научно-исследовательской работы, апробацию, внедрение и отработку инновационных форм, методов и технологий социального обслуживания, подготовку научно-методических рекомендаций, сборников статей, тезисов и т. д.
- изучение и адаптацию к условиям региона зарубежного опыта, развитие международного сотрудничества в области социального обслуживания.

Социальное обслуживание клиентов осуществляется в соответствии с следующими этапами:

- выявление существа и причин имеющейся или реально возможной трудной жизненной ситуации, личностных особенностей клиента, специфики его окружения и других характеристик жизнедеятельности;
- разработка при наличии у клиента трудной жизненной ситуации индивидуальных программ комплексной или социальной реабилитации или адаптации;
- разработка в случае реально возможной у клиента трудной жизненной ситуации программ комплексной или социальной профилактики;
- координация выполнения комплексных программ реабилитации, адаптации и профилактики, в реализации которых участвуют другие социальные службы, государственные, муниципальные и негосударственные органы, организации и учреждения (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.);
- реализация разработанных программ профилактики и реабилитации.

Содержание социального обслуживания клиентов центра определяется индивидуальными программами:

- комплексной реабилитации, направленной на решение всей совокупности проблем клиентов, осуществляемой как работниками центра, так и другими социальными службами, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.);

- социальной реабилитации, направленной на решение только социальных проблем клиентов или части из них, осуществляемой работниками центра и других социальных служб;
- комплексной адаптации, направленной на решение всей совокупности проблем, возникающих у клиентов центра в связи со сменой условий и места жизнедеятельности, осуществляемой работниками как центра, так и других социальных служб, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.);
- социальной адаптации, направленной на решение социальных проблем, возникающих у клиента центра в связи со сменой условий и места жизнедеятельности, осуществляемой работниками центра и других социальных служб;
- комплексной профилактики, направленной на предотвращение реальной угрозы трудной жизненной ситуации, осуществляемой работниками центра и других социальных служб, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.);
- социальной профилактики, направленной на предотвращение социальных последствий реальной угрозы трудной жизненной ситуации.

Решение о разработке конкретного вида индивидуальных программ принимается исходя из их реальной необходимости, способности клиента самостоятельно решить часть собственных жизненных проблем, возможностей, имеющихся у центра, и других объективных обстоятельств.

В состав центра входят:

- отделение консультативного приема;
- отделение по работе с неполной отцовской семьей;
- отделение профилактики насилия в семье;
- отделение профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
- отделение «Кризисная линия для мужчин».

Отделение консультативного приема:

- предоставляет консультативные, социально-психологические, социально-правовые, медико-социальные, социально-педагогические услуги клиентам центра;
- осуществляет разработку плана реабилитационных мероприятий для клиентов и координации их выполнения.

Отделение по работе с неполной отцовской семьей:

- выявляет совместно с государственными органами и общественными организациями неполных отцовских семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и формирует банк данных о таких семьях;

- оказывает всестороннюю поддержку отцам, воспитывающим детей без матери, а также другим членам неполных отцовских семей, в том числе в мобилизации их собственных возможностей и внутренних ресурсов.

Отделение профилактики насилия в семье:

- предоставляет информационные и консультативные услуги лицам, обратившимся в центр по проблеме насилия в семье;

- осуществляет просвещение населения относительно проблемы насилия через СМИ, а также посредством общественных и иных информационно-просветительских акций, направленных на формирование общественного мнения, и, в частности, мнения мужчин относительно неприемлемости насилия в семье.

Отделение профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних:

- осуществляет социальный патронаж дезадаптированных несовершеннолетних, склонных к асоциальным поступкам и противоправному поведению;

- предоставляет социальную помощь детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей;

- выявляет источники и причины социальной дезадаптации;

- организует проведение психолого-медико-педагогического обследования, направленного на установление форм и степени социальной дезадаптации;

- разрабатывает индивидуальные и групповые программы социальной реабилитации;

- разрабатывает рекомендации и осуществляет взаимодействие с семьями дезадаптированных несовершеннолетних для обеспечения преемственности коррекционно-реабилитационных мероприятий с ними в домашних условиях.

Отделение «Кризисная линия для мужчин»:

- оказывает экстренную психологическую помощь мужчинам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в кризисной ситуации;

- содействует снижению психологического дискомфорта;

- осуществляет формирование психологической культуры и укрепление психического здоровья, атмосферы психологической защищенности;

- информирует граждан об отделениях центра и других социальных службах на территории края.

Граждане имеют право обратиться в центр лично, по телефону, направить письменное заявление. Допускается анонимное обращение граждан для получения отдельных видов помощи. Общение между гражданами и работниками центра может происходить вне центра.

При разработке и утверждении индивидуальных программ в обязательном порядке проводится консилиум, в котором принимают участие работники структурных подразделений центра и работники других социальных служб, государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т. п.). При невозможности их личного участия в консилиуме осуществляется согласование с ними мероприятий, включаемых в индивидуальные программы.

Координация разработки и реализации каждой из индивидуальных программ осуществляется профильным отделением центра в соответствии с решением консилиума, которое утверждается приказом директора центра.

Центр экстренной психологической помощи по телефону — «телефон доверия»

Центр экстренной психологической помощи по телефону — государственное учреждение, предназначенное для предоставления экстренной психологической помощи различным категориям и группам населения.

«Телефон доверия» — служба экстренной психологической помощи, оказываемой клиентам неотложно, в момент обращения. При этом собственно помощью являются устанавливаемые в ходе телефонного контакта диалоговые отношения с абонентом, а также действия, предпринимаемые телефонным консультантом в целях изменения состояния абонента и/или решения его проблем. Телефонное консультирование — это вид социально-психологической помощи, основанный на использовании особенностей телефонной коммуникации.

Основными задачами «телефонов доверия» являются:

- оказание экстренной психологической помощи (кризисные ситуации и ситуации, угрожающие суицидом);
- выявление социального неблагополучия, случаев психологического, физического и сексуального насилия;

- проведение психологического консультирования;
- организация для абонентов других видов социально-психологической помощи, информирование их о социальных службах и т. п.

Ведущая форма помощи — беседа.

Анонимность, доступность контакта, установление связи без предварительных действий, защищенность собеседников и одновременно возможность установить доверительные отношения, получить эмоциональную поддержку — все это обеспечивается телефонным контактом двух людей.

Таким образом, «телефон доверия» представляет собой оперативную социально-психологическую службу общества, достаточно мобильную (в плане отклика на социальные потрясения), позволяющую в сжатые сроки оказать помощь большому количеству людей. Экстренная социально-психологическая помощь по телефону является доступной для различных слоев населения, в том числе для тех, для которых обращение за ней затруднено.

В целом деятельность этой службы способствует снижению уровня агрессивности в обществе, созданию атмосферы психологической защищенности, ведению превентивной работы, формированию общей и психологической культуры граждан.

В последние годы возникли «телефоны доверия» для женщин, «телефоны доверия» по СПИДу и другие специализированные направления внутри службы. Намегились и новая тенденция — организация контактных телефонов психологической помощи при действующих социально-психологических службах (помощь наркоманам, несовершеннолетним матерям, душевнобольным и т. п.). Создаются «телефоны доверия» при приютах, убежищах для женщин и детей, кризисных службах, при центрах социальной помощи детям. Большинство этих организаций являются общественными.

При этом, как показывает анализ, среди поводов для обращения в службу «телефона доверия» основными являются:

1. Проблемы так называемых «любовных отношений»: проблемы психологической совместимости, переживание трудностей в знакомствах, неразделенная любовь, затруднения в проявлении чувств.
2. Взаимоотношения с родителями: переживание конфликтов с родителями (подавляющее большинство обращений у обоих полов), трудности или невозможность следовать ожиданиям членов семьи, переживание возможного или ожидаемого развода родителей.
3. Проблемы взаимоотношений со сверстниками: сложность отношений с ними, переживание нарушенных отношений с другом (подругой).

4. Проблемы «принятия себя»: переживания по поводу принятия себя как личности, одиночество, поиск, отсутствие или утрата смысла жизни.

5. Учебные и профессиональные проблемы: нежелание учиться, проблемы на работе, неудовлетворительные взаимоотношения с руководством;

6. Сексуальные проблемы: переживания по поводу сексуальной дисгармонии с партнером, изнасилования и т. п.

7. Психическое и соматическое здоровье: формирование наркотической и алкогольной зависимости, переживания по поводу возможного или реального психического или соматического отклонения и т. п.

8. Проблема суицида: суицидальные идеи, суицид близкого и др.

9. Проблемы социальной адаптации: переживания в связи с нарушением социальных норм, в частности воровства, опасения наказания и т. п.

Вид социальной помощи по «телефону доверия» имеет ряд специфических особенностей:

- абонент может обратиться в любое удобное для него время, так как служба работает круглосуточно;
- соблюдение анонимности, причем анонимности обоюдной, и для обращающегося, и для дежурного, т. е. телефонные консультанты работают под псевдонимами;
- отсутствие какого бы то ни было давления при выработке решения.

Специфика деятельности «телефона доверия» связана с решением внешнего и внутреннего конфликтов в условиях экстренной психологической помощи, поэтому обслуживающий персонал должен быть готов к такой деятельности, сопряженной, ко всему прочему, с отсутствием времени на дополнительные консультации с коллегами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на длительную историю развития исследований воздействия экстремальных ситуаций и утраты близкого на психику человека, кризисная психология — относительно новая область психологической науки и практики. Ее бурное развитие как самостоятельной области психологической теории и практики, начавшееся в последние десятилетия, связано как с интенсификацией кризисных процессов в современном обществе, так и с ростом уровня социальной и психологической культуры международного сообщества.

Проведенный теоретический анализ литературы по проблемам кризисной психологии выявил глубину и широту воздействия психической травмы разных типов на психику ребенка и взрослого.

Анализ воздействия на человека различных кризисных ситуаций — утраты, насилия, личного кризиса, риска суицидального поведения — показал, что они требуют от специалистов оказания высококвалифицированной психологической помощи. Причем помощи с обязательным учетом специфики как самой кризисной ситуации, так и того этапа переживания кризисной ситуации, на котором находится пострадавший. Выявленные в результате теоретического анализа глубина и широта разрушительного воздействия психической травмы на личность ребенка и взрослого убедительно показывают необходимость организации комплексной социально-психологической, медико-психологической, социально-педагогической помощи населению в кризисной ситуации. Отрадным является факт принятия на уровне государства законов и положений об оказании социально-психологической помощи населению и организации различных учреждений социального обслуживания населения, в том числе центров психолого-педагогической помощи, кризисных центров для детей и подростков, кризисных центров для женщин и мужчин, телефонной службы экстренной психологической помощи населению.

Анализ проблем эмоционального выгорания специалистов «помогающих» профессий и синдрома вторичной травмы у специалистов убедительно демонстрирует необходимость профилактических мероприятий для персонала в данных центрах, в том числе организацию профессиональных супервизий, повышения квалификации, тренингов стрессоустойчивости и других.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Агарков В. А.* Базовые принципы психотерапии последствий психологической травмы // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. — 2010. — № 1.
2. *Алексеева И. А., Новосельский И. Г.* Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. — М.: Генезис, 2005.
3. *Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.* Диагностика суицидального поведения: Методы, рекомендации. — М., 1980.
4. *Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И.* Социальные и клиничко-психологические аспекты самоубийства в современном мире // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1991. — № 1. — С. 26–38.
5. *Асанова Н. К.* Руководство по предотвращению насилия над детьми. — М.: Владос, 1997.
6. *Белов В. Г., Парфенов Ю. А.* Психология кризисных состояний: учеб. пособие. — СПб.: ГИПИСР, 2011.
7. *Бернс Р.* Развитие Я-концепции и воспитание. — М.: Прогресс, 1986.
8. *Блонский П. П.* Психология младшего школьника. — М., Воронеж, 1997.
9. *Боулби Дж.* Детям — любовь и заботу // Лишенные родительского попечительства / под ред. В. С. Мухиной. — М., 1991.
10. *Василюк Ф.* Пережить горе // Альтер Эго. Психологический журнал. — 1991. — № 2. — С. 5–10.
11. *Видра Д.* Помощь разведенным родителям и их детям. — М.: Изд-во института психотерапии, 2000.
12. *Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — С. 7–10.
13. *Волкова Е. Н.* Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления. — СПб.: Питер, 2008.
14. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений: В 6 т. — М., 1984 — Т. 4.
15. *Галустова О. В.* Психологическое консультирование: конспект лекций. — М.: А-Приор, 2007.
16. *Гнездилов А. В.* Психология и психотерапия потерь. — СПб.: Речь, 2007.
17. *Даль В. И.* Толковый словарь живого великорусского языка. В 4 т. — М.: Астрель, 2006.
18. *Дюркгейм Э.* Самоубийство. — СПб.: Питер, 1998.
19. *Емельянова Е.* Треугольники страданий. — СПб.: Речь, 2007.

20. Ениколопов С. Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 3. — С. 50–55.
21. Ениколопов С. Н., Кравцова О. Н. Теории сексуального насилия // Прикладная психология. — 1999. — № 4.
22. Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. — СПб.: Речь, 2005.
23. Зотов М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. — СПб.: Речь, 2006.
24. Информационный справочник [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.infoster.ru/medicinskaya-enciklopedia/61-psychology/969-2013-03-01-12-07-25>. Дата обращения: 13.03.2014.
25. Исаев Д. С., Шерстнев К. В. Психология суицидального поведения. — Самара: Самарский государственный университет, 2004.
26. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. — 2001. — № 4. — Т. 22. — С. 70–80.
27. Калмыкова Е. С., Падун М. А. Качество привязанности как фактор устойчивости к психической травме // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2002. — № 1.
28. Киселева М. В. Арт-терапия с детьми. — СПб.: Речь, 2006.
29. Киселева М. В. Арт-терапия в практической и социальной работе. — СПб.: Речь, 2007.
30. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Медицина, 1991.
31. Кулаков С. А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. — СПб.: Речь, 2006.
32. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — Киев, София, 2001.
33. Леонов А. А., Лебедев В. И. Восприятие пространства и времени в космосе. — М.: Наука, 1975.
34. Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психологические технологии управления состоянием человека. — М.: Смысл, 2009.
35. Линдемани Э. Клиника острого горя // Психология эмоций / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М.: Изд-во Московского университета, 1984.
36. Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы. — М.: Эксмо, 2009.
37. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — М.: Эксмо, 2010.
38. Маслоу А. Стадии развода [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://gimenespsihologij.files.wordpress.com/2010/11/d180d0>. Дата обращения: 14.12.2013.

39. Меновицков В. Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. — М.: Смысл, 2010.
40. Мерфи Дж. Арт-терапия в работе с детьми и подростками, перенесшими сексуальное насилие [Электронный ресурс] // Сообщество профессионалов. — Режим доступа: <http://webcommunity.ru/939/>.
41. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — Женева; СПб.: ВОЗ, 1995.
42. Молтсбергер Дж. Опасность самоубийства: клиническая оценка и принятие решений // Суицидология в трудах зарубежных ученых: сб. / под ред. А. Н. Моховикова. — М.: Когито-центр, 2010.
43. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. — М.: Смысл, 2001.
44. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации // под ред. Н. М. Платонова, Ю. П. Платонов. — СПб.: Речь, 2004.
45. Олиференко Л. Я., Шульга Т. И., Дементьева И. Ф. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. — М.: АCADEMA, 2002.
46. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. — Ростов-на-Дону, 2005.
47. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт. — М., 1993.
48. Поливанова К. Н. Психология возрастных кризисов. — М.: АCADEMA, 2000.
49. Пономарева И. М. Психологическая помощь при экстремальных ситуациях: учебно-метод. пособие [Электронный ресурс]. — Электрон. дан. — СПб.: СПбГИПСР, 2010.
50. Пономарева И. М. Различные аспекты проявления психической травмы // Ученые записки СПбГИПСР. — 2011. — № 1 (15).
51. Прихожан А., Толстых Н. Психология сиротства. — СПб.: Питер, 2005.
52. Радина Н. К., Радин С. В. Телефон доверия: организация, работа с волонтерами, PR-сопровождение. — СПб.: Речь, 2006.
53. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: новейшие подходы в области практической работы. — М.: Эксмо-Пресс, 2000.
54. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — СПб.: Речь, 2007.
55. Рупперт Ф. Травма, связь и семейные расстановки. — М.: Институт консультирования и системных решений, 2010.
56. Селье Г. На уровне целого организма. — М.: Наука, 1972.
57. Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. — СПб.: ЭЛБИ, 2003.
58. Соонетс Р. и др. Недостойное обращение с детьми. — Тарту: АО Атлекс, 2000.

59. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия. — М.: Когито-центр, 2005.
60. *Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. — 1992. — № 2. — Т. 13. — С. 14–29.
61. *Тихоненко В. А.* Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. — М.: Московский НИИ психиатрии, 1978.
62. *Ткаченко В. С.* Организационно-административная работа в системе социальных служб: учеб. пособие. — М.: Наука спектр, 2010.
63. Феномен насилия (от семейного до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / под ред. проф. Г. И. Брехмана (Израиль, Россия), проф. П. Г. Федора-Фрайбурга (Швеция, Чехия). — СПб.; Хайфа, 2005.
64. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990.
65. *Фрейд З.* Печаль и меланхолия // Психология эмоций / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М., 1984. — С. 203–211.
66. *Холлис Дж.* Сотвори свою жизнь. Поиски своего пути. — М.: Класс, 2006.
67. *Черепанова Е.* Психологический стресс. Книга для школьных психологов, родителей и учителей. — М.: Академия, 1996.
68. *Шапарь В. Б.* Психология кризисных ситуаций. — Ростов-на-Дону, 2008.
69. *Шеффов С. А.* Психология горя. — СПб.: Речь, 2007.
70. *Шех О. И., Сергеев С. С.* Теория и практика психологической помощи при травматическом стрессе: методические рекомендации. — СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет путей сообщения, 2007.
71. *Шнейдман Э.* Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / сост. А. Н. Моховиков. — М.: Когито-центр, 2001.
72. *Эриксон Э.* Детство и общество. — СПб., 1996.
73. *Юнг К.* Структура психики и индивидуация. — М.: Наука, 1996.
74. *Byrne C.* How can i help young surviving children? [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.hospicenet.org/html>.
75. *Freudenberger H. J.* Staff Burnout // Journal of Social Issues. — 1974. — Vol. 30. — P. 159–165.
76. *Tabachnik N.* Interpersonal relation in suicide attempts // Arch. General Rpsychiatry. — 1961. — № 4. — P. 42–47.

И. М. Пономарева

РАБОТА ПСИХОЛОГА В КРИЗИСНЫХ СЛУЖБАХ

Учебное пособие

Адрес редакции:

199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В. О., д. 13-а, к. 504

Формат 60×88/16. Бумага офсетная.

Печать ризографическая. Усл. печ. л. 9,1. Тираж 300 экз. Заказ № 3838

Отпечатано в типографии «Нестор-История»

Санкт-Петербург, ул. Розенштейна, д. 21

Тел./факс: (812) 622-01-23

e-mail: manager_nestor@list.ru