

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	5
Глава 1. Общее представление о кризисе, проблеме и кризисной интервенции	7
Глава 2. Суицид как проявление кризиса	14
2.1. Теории самоубийства	14
2.2. Факторы суицидального риска	16
2.3. Задачи консультанта	23
2.4. Признаки суицидальной опасности («ключи»)	24
2.5. Оценка степени опасности (летальности) ситуации	26
2.6. Действия по отношению к суицидальному клиенту. Общие принципы интервенции	29
2.7. Поддержка консультанта	35
Глава 3. Психологическое консультирование при переживании горя (потери, утраты)	38
3.1. Критические периоды времени. Симптомы горя	38
3.2. Консультативная помощь	42
Глава 4. Консультативная работа и эмоциональные проблемы (депрессия, страх, тревога)	48
Глава 5. Болезнь, умирание, смерть и другие экзистенциальные вопросы в консультативной практике	55
Глава 6. Насильники, жертвы, со-жертвы	62
6.1. Насилие. Классификация видов и форм	62
6.2. Консультирование жертв сексуального насилия	62
6.3. Домашнее (семейное) насилие	66
6.4. Консультирование по вопросу семейного насилия	78
Глава 7. Консультирование по проблемам, связанным с детьми	88
7.1. Общие принципы работы с родителями в процессе консультирования	88
7.2. Основные проблемы дошкольников	92
7.3. Школьные проблемы	96

Глава 8. Консультирование в подростковом и юношеском возрасте	99
8.1. Консультирование подростков	99
8.2. Подростковые и молодежные телефоны психологической помощи	105
8.3. Причины и проявления наиболее тяжелых проблем у подростков и юношества (суицид, наркотическая зависимость)	107
Глава 9. Добрачное, супружеское и постсупружеское консультирование	114
9.1. Что такое супружеское консультирование. Типы супружеских проблем	114
9.2. Организация и тактика консультирования (терапии)	119
9.3. Работа с одним из супругов	119
9.4. Построение приема супружеских пар	124
9.5. Консультирование разводящихся и постсупружеское консультирование	133
Глава 10. Консультативная работа с зависимостями	136
10.1. Общее представление о зависимости и со-зависимости	136
10.2. Наркомания	139
10.3. Алкоголизм	143
10.4. Помощь клиентам с зависимостями и их родственникам	146
Глава 11. Консультирование по проблемам, связанным с работой	152
11.1. Психологическое консультирование и профориентация	152
11.2. Проблемы безработицы	156
Глава 12. Психологическое консультирование организаций	162
12.1. Задачи психолога-консультанта в организации. Формы работы	162
12.2. Типичная схема работы с организацией	167
12.3. Примеры проблем	172
12.4. Внутренний и внешний консалтинг	178
Литература	180

ОТ АВТОРА

Эта книга, по сути, продолжает мою работу «Введение в психологическое консультирование», написанную в 1996 году и изданную в Перми (1997) и в Москве (1998; 2000)¹. От затронутых в ней общих, «вводных» вопросов, касавшихся теоретических основ консультирования, построения консультативного процесса, отдельных приемов и техник, в данной книге я перехожу к конкретным, частным случаям, к работе с кризисными, проблемными, постоянными и иными клиентами психологических служб.

Книга «Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями» основана на лекциях, прочитанных мною в 1998—2000 годах на факультете психологии Пермского государственного педагогического университета. Пока лекции приобретали черты книги, вышло несколько интересных работ в той же области (Р. Кочюнас, А. Моховиков и других). Надеюсь, однако, что и мой труд окажется востребованным и расширит представления о психологическом консультировании как о науке и практике психологической помощи здоровым и «не совсем здоровым» психически людям.

Хочется также заметить следующее. На супервизорских группах, которые я веду сам или на которых присутствую как участник, часто поднимаются вопросы, связанные с работой по конкретной проблематике — суицидальной,

¹ Пользуясь случаем, автор выражает искреннюю благодарность Д. А. Леонтьеву, директору издательства «Смысл».

алкогольной и т.д. и т.п. Убежден, что хотя любой кризис, любая проблема клиента имеет свою специфику, в принципах работы с разными клиентами гораздо больше сходства, чем различий, определяемых ситуацией. И в этом смысле нам — психологам-консультантам или психотерапевтам — практически все равно, с чем обратился за помощью клиент. Касается ли проблема супружеских отношений, общения с людьми или наркомании, — помогающий, даже ничего не зная об этих предметах, окажет помощь, если он просто умеет ее оказывать. Гораздо более значимым, чем знание определенной проблематики, оказывается личная (личностная) готовность помогающего и его профессиональные навыки и умения. В то же время, неверно было бы утверждать, что понимание особенностей кризиса или специфики проблемы не способствует успешности работы, не придает консультанту (психотерапевту) большей уверенности и целенаправленности в выборе конкретной стратегии и тактики работы с клиентом. Именно поэтому и появилась эта книга.

Виктор Меновщиков

Пермь,

17 декабря 2000 г.

Глава 1

ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О КРИЗИСЕ, ПРОБЛЕМЕ И КРИЗИСНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

В принципе любая ситуация, которая заставляет человека искать психологической помощи, является кризисной. Само понятие «кризис» реально означает острую ситуацию или момент времени для принятия какого-то решения, поворотный пункт, важнейший момент (*Перри, 1995*). Китайский символ слова «кризис» состоит из двух иероглифов: один из них означает «опасность», а другой «возможность сделать что-либо». Отталкиваясь от этого Гордон Хэмбли дает следующее определение кризиса: «Кризис — это опасная возможность с сопутствующей тревогой». Он же выделяет два вида кризиса:

- Жизненный кризис (кризис развития);
- Случайный кризис (кризис обстоятельств) (*Хэмбли, 1992*).

К *жизненным* кризисам относятся основные события в жизни человека, такие как рождение, смерть, женитьба или замужество и т.д. Во многих случаях эти кризисы довольно предсказуемы, но тем не менее могут вызывать значительную стрессовую реакцию. Кризисы второго вида, напротив, непредсказуемы, их нельзя предвидеть: некто шел по улице и попал под машину; женщину изнасиловали; человек внезапно тяжело заболел, — все эти события ведут к *случайным* кризисам, или кризисам обстоятельств.

Проблемная ситуация, как правило, не столь остра, не столь стрессогенна для клиента. Она может длиться годами без какой-либо значительной динамики и тем не менее представляет для клиента проблему (с более или менее четко очерченным, постоянным характером ситуации),

с которой он обращается за помощью, поддержкой к разным людям, в том числе и к психологам-консультантам.

Действия консультанта в кризисных ситуациях на наш взгляд мало специфичны и практически не зависят от характера ситуации. Напротив, в любой кризисной ситуации есть сходные черты — стресс, растерянность, различные негативные чувства: страх, вина, отчаяние и др.

Закономерности динамики любого кризиса приводят к утверждению некоторых общих правил, по которым может действовать психолог-консультант. Большинство кризисных ситуаций требуют, чтобы консультант добивался трех целей:

1. Установление отношений доверия.
2. Определение сути кризисной ситуации.
3. Обеспечение обратившемуся возможности действовать.

Первая цель — установление отношений доверия — достигается эмпатическим выслушиванием и отражением чувств клиента. При этом важно не только сочувствовать, но также выразить это сочувствие (эмпатию) хорошо подобранными словами. Клиент должен знать, что вы его понимаете и готовы работать вместе с ним в поисках решения кризиса.

Вторая цель — установление характера и деталей кризиса. Клиенту нужно дать возможность выразить ясно и подробно что случилось, что послужило причиной кризиса. Необходимо сфокусировать рассказ клиента так, чтобы в конечном итоге кризисную ситуацию можно было описать одним предложением.

В процессе диалога полезно отделить те аспекты проблем, которые могут быть изменены, от тех, которые изменить нельзя. Стоит также попросить клиента описать какие-либо предыдущие попытки найти решение, а затем исследовать другие возможные решения. Например, можно спросить: «Что случится, если вы...», «А как вы будете себя при этом чувствовать?». То есть нужно помочь клиенту обдумать различные вероятные последствия возможных его решений, а также способы, которыми он может выполнить свое решение. Необходимо постараться подключить внутренние, духовные силы личности и, возможно,

найти какие-либо внешние силы, способные помочь выйти из кризиса.

Третья цель кризисного консультирования — дать возможность клиенту действовать: помочь наметить определенный план действий и убедиться в том, что он реален и достижим. Если это так, и клиент принял на себя ответственность за реализацию плана, то консультант должен его ободрить и поддержать решение. Каким бы ни было это решение, клиент почувствует себя лучше после того, как примет его и начнет действовать.

Хэмбли называет такой подход «консультированием надежды и действия», призывая консультанта в случае кризиса порождать надежду и призывать клиента к действию (Хэмбли, 1992).

Можно более детально и подробно описать кризисное консультирование, вмешательство в кризис (интервенцию). Ниже приводятся восемь базовых принципов кризисной интервенции. К ним относятся:

Безотлагательная интервенция. Необходима, если кризис таит в себе опасности, ограничивает возможности для развития, поэтому интервенция не может быть отсрочена.

Самоопределение. Обратившийся к нам в момент кризиса человек вполне компетентен и способен выбрать свой собственный жизненный курс.

Действие. При кризисной интервенции специалист очень активно участвует во всем, что происходит с клиентом, для того чтобы оценить ситуацию и сформулировать план действий.

Ограничение целей. Минимальная цель кризисной интервенции — предотвратить катастрофу. В более широком смысле основополагающая цель состоит в восстановлении равновесия. Конечная цель может заключаться в том, чтобы сделать и то, и другое в совокупности с элементами развития.

Поддержка. В своей работе специалист должен предоставить клиенту поддержку, а именно быть «с ним», то есть помочь ему пройти через процесс преодоления кризиса.

Фокусирование на решении основной проблемы кризиса. Как правило, кризис — это состояние, которое приводит к неопределенности все стороны жизнедеятельности индиви-

да. В таком случае интервенция должна быть достаточно структурирована, для того чтобы сфокусироваться на основной проблеме или проблеме, приведшей к кризису.

Имидж (образ кризисной ситуации). Для мобилизации энергии клиента поддержка должна быть оказана таким образом, чтобы оценить и понять имидж (образ кризиса), который создал себе клиент.

Уверенность в себе. Изначально клиент, находящийся в кризисе, должен рассматриваться как человек, нацеленный на обретение уверенности в себе и борющийся с зависимостью. Здесь необходим выверенный баланс самостоятельности клиента и потребности в поддержке.

Предлагается следующая Модель решения кризисных проблем:

В чем состоит проблема (кризис)?

Выслушайте то, что клиент предъявляет как проблему (кризис). Если есть какие-то неясности, следует спросить напрямую, но спокойно, мягко, почему он (она) так считает. Не стоит забывать, что отправные точки клиентов могут существенно отличаться от ваших (система ценностей, жизненный опыт, умение владеть собой) и поэтому то, что они воспринимают как проблему, может показаться консультанту смехотворным или трудным для понимания. Если клиенты считают, что это проблема (кризис) — пусть будет так. Очень часто бывает полезно знать, почему в данный отрезок времени нечто представляется проблемой (кризисом). Это можно понять, задавая вопросы типа: «Что изменилось сегодня по сравнению со вчерашним днем?» или «Что нового произошло в последние дни (недели)?» Развитие проблемы (кризиса) почти всегда включает изменение обстоятельств и нашу способность справиться с этим. Не менее важно знать о других действующих лицах — их наличие может быть либо причиной стресса, либо ресурсом помощи в разрешении кризиса.

Что предпринималось до сих пор?

Сосредоточьтесь и старайтесь понять ситуацию. Важно знать, что клиент сделал для того, чтобы попытаться разрешить проблему (кризис). Такая линия разговора-исследования отражает вашу уверенность в том, что человек спо-

собен найти решение. Отождествляясь с тем, что уже было испробовано, вы помогаете клиенту ощутить реалистичность и осуществимость его возможностей. Это также требует от человека переосмысления произошедшего с ним до сих пор. Нередко клиенты испуганы или смущены, и это не позволяет им ясно мыслить. Частично ваша цель состоит в том, чтобы вернуть человеку эту способность, восстановить умиротворенность и умение рационально мыслить.

Можно говорить с клиентом также о том, что существуют различные отправные точки в работе с кризисом: 1) посоветовать сделать то, что он может сделать сам, своими силами, например, пойти прогуляться, помедитировать, почитать, убрать в квартире; 2) рекомендовать ему выйти за рамки своего внутреннего мира, например, позвать друга, поговорить с человеком, послужившим причиной стресса; и 3) подсказать ему использовать общественные ресурсы — группы поддержки, священнослужителей, доктора, консультанта. О чем-то можно только поразмышлять, но не пытаться применить. Может так случиться, что некоторые варианты оттолкнут клиента, скорее всего из-за неточной или недостаточной информации. В отдельных случаях он не поймет, что данные услуги могут быть ему полезны. Возможно, его просто нужно подбодрить, чтобы он, почувствовав себя достаточно уверенно, сделал первый шаг и попросил помощи. В некоторых случаях человек имеет за своими плечами отрицательный жизненный опыт, который причинил ему страдания или, по меньшей мере, неприятности, и желание вновь испытать то же невелико. Подбадриваемый или вдохновленный новой для него информацией клиент может «почувствовать разницу» и захочет еще раз попробовать.

Россия не только страна невыслушанных людей. По нашим наблюдениям, Россия еще и страна людей, которые не привыкли обращаться за помощью к каким-либо социальным службам и к иным элементам сети поддержки за исключением близких родственников или друзей. Обращение к психологу-психотерапевту по-прежнему многих пугает. А социальную защиту считают не эффективной, ей не верят.

Что же выбрать?

Что же все-таки, принимая во внимание все сказанное выше, наиболее подходит конкретному человеку? Иногда страх или ощущение, что они не могут сделать что-то определенное, подталкивает людей к принятию несвойственного им решения, будто это последняя возможность достичь успеха. Консультант должен помочь клиенту почувствовать, что он владеет собственной судьбой; клиент должен понять, что действие — это возможный путь к успеху.

При этом специалисты Метро Крайсис Лайн повторяют: «Запомните: мы не решаем проблемы клиентов, мы помогаем найти решение, которое они считают своим» (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

Психологу-консультанту также стоит обратить внимание еще на две рекомендации этой же службы, позволяющие конкретизировать и сделать более действенным решение клиента.

Правило 1. Минимальные изменения, ведущие к преодолению кризиса.

Слишком грандиозную и глобальную задачу невозможно выполнить до конца. Важно ставить перед собой реальные, достижимые цели. Используйте маленькие задачи — те, решение которых с большей вероятностью приведет к успеху. Такой подход воодушевляет людей и они легче склоняются к возобновлению попыток выйти из кризиса. Не переусердствуйте, призывая их сделать больше, чем они могут, — это может привести к провалу.

Правило 2. Рассмотрение конкретного плана.

В заключение дайте человеку возможность сказать вам, что он намерен сделать для выхода из кризиса. «Когда вы положите телефонную трубку (закроете дверь моего кабинета), что вы будете делать?» или «Завтра вы хотели позвонить кому-то; какой у него номер телефона?». Таким образом вы поддержите человека (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

Необходимо также помнить, что помимо ваших кризисных служб существуют другие элементы так называемой социальной сети. И действие этих сетей не стоит ог-

раничивать. Помощь могут оказать и родственники и друзья кризисных клиентов. Напротив, по возможности взаимодействие с социальной сетью стимулируется. Никакой консультант не пробудет с клиентом 24 часа в сутки. Даже в кризисных стационарах это время ограничено. Поэтому важно реальное окружение человека, способное оказать помощь.

Еще один вариант работы с кризисом — это так называемые группы самопомощи, типа «Анонимы с депрессией», группы для переживающих потерю и т.п. Правда, следует заметить, что для России это скорее дело не настоящего, а ближайшего будущего.

Вопросы

1. Дайте определение понятию «кризис».
2. Что более характерно для проблемной, а что — для кризисной ситуации?
3. Какие виды кризиса вы знаете?
4. Каких целей должен добиваться психолог-консультант, работая с кризисным клиентом?

Глава 2

СУИЦИД КАК ПРОЯВЛЕНИЕ КРИЗИСА

2.1. Теории самоубийства

В любой кризисной или вообще психологической службе самоубийство неизменно является одной из самых волнующих тем. Особенно это касается начинающих психологов-консультантов. Да и для проработавших значительное время очередная встреча с чьим-то суицидом, суицидальными намерениями — еще один, очередной вызов личностной стойкости и профессионализму. Поэтому особенно важно иметь как эмоциональную, так и когнитивно-поведенческую подготовку к встрече с суицидальной ситуацией, подготовку, которая позволит действовать с достаточной долей уверенности. Исходя из этих предпосылок, поговорим о суициде максимально подробно и начнем с различных теоретических концепций.

Еще с древности отношение к смерти и суициду носило двойственный характер: до первых цивилизаций Египта, Греции и Рима самоубийство, по-видимому, не поощрялось, затем отношение к нему стало более толерантным. Много позже зашел спор о том, является ли такой способ ухода из жизни чем-то нормальным или патологическим. Первые психологические концепции, берущие начало в научных трудах первой половины XIX века, рассматривали самоубийство как продукт болезненно измененной психики, квалифицируя суицидальные проявления как симптом психического заболевания.

Эскироль, в частности, считал, что только в состоянии безумия человек способен покушаться на собственную

жизнь, и все самоубийцы — душевнобольные. Аналогичных взглядов придерживались и некоторые русские исследователи (см.: Клиническая психиатрия, 1989). В начале XX века (1912 г.) ортодоксальным психиатрическим взглядам была противопоставлена социологическая теория самоубийств Дюркгейма, считавшего, что суицидальные мысли возникают прежде всего в результате разрыва интерперсональных связей личности, отчуждения индивида от той социальной группы, к которой он принадлежит. Учитывая особенности этого разрыва, Э. Дюркгейм (1994) выделял следующие типы суицидов:

- 1) эгоистический (у лиц, недостаточно интегрированных с социальной группой),
- 2) альтруистический (полная интеграция с социальной группой),
- 3) аномический (реакция личности на тяжелые изменения в социальных порядках, приводящие к нарушению взаимных связей индивида и социальной группы)².

Влияние этой теории заметно прослеживается и в современной концепции, рассматривающей самоубийство как своеобразный «крик о помощи». Далее в работах психоаналитического направления суицид трактуется как следствие нарушения психосексуального развития личности в результате отсутствия важных лиц в решающих стадиях развития, как метод восстановления утраченного объекта любви и воссоединения с ним. Фрейд также рассматривал суицид в русле взаимоотношений Эроса и Танатоса. Суицид — влияние Танатоса, то есть инстинкта смерти, а не жизни (Фрейд, 1984). Другими словами, агрессия по отношению к самому себе.

Большинство советских авторов при объяснении механизмов, лежащих в основе суицидального поведения, исходили из классических представлений И. П. Павлова о суициде как следствии кратковременного или длительного

² Аномия характеризуется отсутствием приемлемых норм управляемого поведения и спутанностью культурной идентичности, хроническим состоянием раздражения и неудовлетворенности жизнью, отсутствием уважения к себе и цели, потерей надежды на лучшее будущее.

торможения рефлекса цели. По И. П. Павлову, рефлекс цели — это «стремление к обладанию раздражающим предметом, понимая и обладание, и предмет в широком смысле слова» (цит. по: Клиническая психиатрия, 1989). Сила этого рефлекса представляет собой относительно стабильную величину, проявляющуюся независимо от смысла и ценности цели. Однако находясь под постоянным влиянием внешних условий, рефлекс цели подвергается широким изменениям: от усиления до почти полного исчезновения. В последнем случае и возникает суицид, так как с угасанием рефлекса цели исчезает и ценность жизни.

В соответствии с современными воззрениями, утвердившимися в отечественной суицидологии, самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею микрореконфликтов. Согласно этой теории, суицид представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации, причем суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями человека, его жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью интерперсональных связей (Клиническая психиатрия, 1994). Люди часто убивают себя, не осознавая, что они совершают самоубийство. Такие опасные привычки как злоупотребление алкоголем, наркотиками, безрассудное вождение автомобиля, прыжки с парашютом и т.д. тоже могут быть проявлениями желания умереть, но, как правило, желания неосознаваемого.

2.2. Факторы суицидального риска

Факторов внутренней и внешней среды, повышающих вероятность суицидального поведения, достаточно много. Так, на попытку самоубийства влияют индивидуальные психологические особенности человека и национальные обычаи, возраст и семейное положение, культурные ценности, уровень алкоголизации населения, время года и т.д. С определенной долей условности известные к настоящему времени факторы суицидального риска можно раз-

делить на: 1) социально-демографические, 2) природные, 3) медицинские, 4) индивидуально-психологические³.

1. Социально-демографические факторы

Пол. Установлено, что женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид чаще носит заверченный характер. Объяснение этого факта, возможно, таится в методах самоубийства: женщин обычно больше интересует вопрос о том, что произойдет с их телом после смерти, их больше волнует эстетика самоубийства (см.: Вагин, Трегубов, 1993). Подавляющая часть женщин почти всегда использовала пассивные средства саморазрушения, например снотворные препараты, яды или газ. Отравление барбитуратами меньше изменяет внешность, чем огнестрельное ранение в голову. Большинство же мужчин чаще совершают суицид путем повешения, использования огнестрельного оружия или прыжка с высоты (см.: Хрестоматия по суицидологии, 1996).

Так, соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 2—3:1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины преобладают над женщинами. В нашей стране существенных отличий в уровнях покушений на самоубийство у мужчин и женщин не выявлено; однако отмечается некоторое увеличение числа суицидальных попыток у мужчин — 1,1:1.

Возраст. Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Так, имеются данные о суицидальных попытках у детей 3—6 лет (см.: Клиническая психиатрия, 1994). В США смертность от самоубийства в возрасте до 10 лет очень низкая, в 15—19 лет наблюдается ее повышение. А возраст 20—30 лет является периодом жизни, в котором наблюдается наибольшее число суицидальных попыток, что связано с предъявлением именно в этом возрасте наиболее высоких требований к адаптационным

³ Классификация предложена Н. Е. Бачериковым с сотрудниками. Однако наименование последней группы факторов несколько изменено нами.

механизмам личности. Однако пик завершенных суицидальных актов отмечается среди лиц 45—49 лет, затем число самоубийств несколько снижается, а среди людей 65—70 лет вновь повышается. У молодых суицидальные попытки имеют, как правило, менее серьезный характер, чем у лиц пожилого возраста, но встречаются чаще.

Место жительства. Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между плотностью населения и частотой самоубийств. Даже в пределах одного города частота завершенных самоубийств выше в центральной его части, а незавершенных — на окраинах. По более современным данным, в нашей стране частота суицидальных случаев в городской и сельской местности примерно одинакова.

Семейное положение и особенности внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Известно, что состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные. Выше суицидальный риск у бездетных, а также живущих отдельно от родственников. Предлагается также следующая градация риска самоубийств: наибольшему риску суицида подвергаются люди, которые никогда не состояли в браке, вслед за ними — овдовевшие и разведенные; далее — состоящие в бездетном браке; и, наконец, супружеские пары, имеющие детей.

Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи. Суицидоопасные состояния, в частности, легче возникают в семьях дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовной сплоченности), дисгармоничных (рассогласование целей, потребностей и мотиваций членов семьи), корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под

давлением внешних авторитетов) и закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи).

Образование. В риске совершения самоубийства определенную роль играет и уровень образования, хотя данные по этому вопросу противоречивы. По сведениям ряда авторов среди суицидентов преобладают лица с невысоким уровнем образования; другие авторы, напротив, указывают на повышенную суицидоопасность у лиц с высоким уровнем образования.

Общественно-профессиональное положение. На наш взгляд, определенные тенденции проследить трудно. По данным некоторых отечественных исследований, среди суицидентов преобладают студенты вузов, учащиеся ПТУ, медицинские работники, водители транспорта (мужчины), работники системы бытового обслуживания (женщины) и неквалифицированные рабочие (Амбрумова, Тихоненко, 1980). Эти авторы также подчеркивают, что к дезадаптации и суициду ведет не столько профессиональное положение, сколько фактор «горизонтальной профессиональной мобильности», то есть частая смена места работы и профессии.

Социально-экономические факторы. В периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономических кризисов увеличивается (см.: Клиническая психиатрия, 1989). Так, в Великобритании в годы экономической депрессии 1936—1938 гг. 30 % всех самоубийц составили безработные. По данным ВОЗ 1960 года, частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны. Интересно также то, что самоубийства случаются как среди бедных, так и среди богатых людей. Более того, похоже, что последние более остро реагируют на финансовые потери, связанные с кризисом.

В условиях СССР ни причины, ни частота самоубийств не имели прямых связей с такими факторами, как трудное материальное положение, плохие условия труда или социальные конфликты (см.: Клиническая психиатрия, 1994). Эти факторы оказываются значительными в совокупности с другими, отягчающими положение человека.

2. Природные факторы

В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. По-видимому, данная закономерность не распространяется на лиц, находящихся в условиях изоляции, и больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник и постепенное снижение к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы. Авторы, изучавшие зависимость между географической широтой, фазой Луны, изменением интенсивности земного магнетизма, количеством пятен на Солнце и частотой суицидальных актов, пришли к отрицательным выводам.

3. Медицинские факторы суицидального риска

Соматическая патология. Острые и хронические соматические заболевания обнаруживают у многих суицидентов, причем на первом месте стоят заболевания органов дыхания, затем пищеварительного тракта, аппарата движения и опоры, а также травмы (Амбрумова, Тихоненко, 1980). По данным Н. Е. Бачерикова (см.: Клиническая психиатрия, 1989), около 20 % обследованных лиц с суицидальным поведением страдают разнообразными соматическими расстройствами, ограничивающими их социально-профессиональную, деятельную активность. Незадолго до совершения суицидального акта суициденты часто обращаются к врачам — терапевтам, хирургам и т.п. (почти 50 % суицидентов).

Церебрально-органические патологии. Н. Е. Бачериков с соавторами считают, что чем острее протекает органическое поражение головного мозга, тем ниже суицидальный риск. По мере хронификации органического заболевания головного мозга возможно как понижение суицидального риска (при нарастании деменции), так и его повышение (при психопатизации личности). Суицидальный риск сравнительно высок у лиц с остаточными симптомами органического поражения головного мозга, причем в обстоятельствах, которые личностно значимы и представляются

непреодолимыми, т.е. свидетельствуют об определенной степени несостоятельности личности (Клиническая психиатрия, 1989).

Психическая патология. По различным данным, душевнобольные совершают самоубийства в 26—100 раз чаще, чем психически здоровые лица. Наиболее высокий суицидальный риск отмечается при реактивных депрессиях, неалкогольных токсикоманиях, психопатиях и аффективных психозах.

4. Индивидуально-психологические факторы суицидального риска

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающими в плане повышения суицидального риска, вероятно, являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений.

Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

К индивидуальным факторам суицидального риска следует отнести и содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальные поступки в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определенной категории лиц по мотивам защиты чести, расширенное самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т.п.).

Причем самоубийство может быть индуцировано и не в связи с морально-религиозными мотивами. Например, существует так называемый «эффект Вертера»⁴, обозначающий имитационное суицидальное влияние. Эффект Вертера подтверждается статистически достоверной взаимосвязью между отражением проблемы суицидов в средствах массовой информации и повышением частоты самоубийств среди подростков. Мы в своей практике также встречались со случаем серии самоубийств в одной из школ Пермской области, когда девочки-подростки лишили себя жизни буквально следуя примеру подруги.

При суицидальных попытках, совершаемых в состоянии аффекта лицами без психоза, в большинстве случаев звучат мотивы индивидуалистического плана, отражающие социальную незрелость и морально-этическую неустойчивость. Например, наиболее частым пусковым механизмом являлись обида, гнев, возмущение в ответ на недоверие, законную требовательность, ограничение эгоистических желаний, измену, а также неудовлетворенность притязаний, боязнь ответственности. В этом находит отражение неумение или нежелание считаться с обстоятельствами, необходимостью соблюдения интересов окружающих, неспособность к рациональному разрешению конфликтной ситуации и другие особенности личности (Клиническая психиатрия, 1989).

По данным других исследователей, среди факторов, влияющих на учащение суицидного поведения, также выделяются резкие изменения жизненного стереотипа, привычного уклада и стиля жизни, отрыв от прежних традиционных культурных ценностей, невозможность заниматься каким-либо привычным видом деятельности (*Короленко, Донских, 1990*).

Увеличивает риск самоубийства пребывание в особых условиях, например, в тюрьме. Кроме того, отмечается повышенный риск самоубийств среди так называемых меньшинств, например, гомосексуалистов (см.: Хрестоматия по суицидологии, 1996). В практике работы нашего центра из-

⁴ По имени героя романа «Страдания юного Вертера» И. В. Гёте.

вестны случаи суицидальных намерений у лесбиянок. Таким путем человек может выходить из дискриминации и изоляции, в которой он находится в обычном обществе.

2.3. Задачи консультанта

Отношение кризисных служб к суициду различно. Некоторые созданы специально для работы с суицидальными клиентами, другие считают, что проводят профилактическую работу, не дают людям дойти до последней черты отчаяния, за которой лежит суицид. Кроме того, в основе работы одних служб лежит мнение, что поддерживать клиента в суицидальном намерении — неправильно. В их задачи включены выявление местонахождения клиента и активные попытки помешать совершению суицида, в том числе и прямыми физическими действиями. Сотрудники таких служб могут сами выезжать к суицидальному клиенту или передавать сведения о его местонахождении в медицинские и полицейские (милицейские) структуры. Другие службы работают на основании принципа самоопределения клиента — до такой степени, что могут подтвердить право клиента избрать смерть. Есть подходы, использующие провокативные тактики — буквально предлагающие клиенту умереть («предсмертный договор с психотерапевтом» и т.д.). Они не столь распространены и, по нашему мнению, в неумелых руках могут быть просто опасны.

Хэмбли замечает, что каждый человек, работающий в кризисной службе, должен выработать личное отношение к самоубийству. Однако на наш взгляд это отношение должно в основном согласовываться с общими установками, принятыми в данной кризисной службе, иначе консультант рискует стать «белой вороной», а то и пасть жертвой давления групповых норм и покинуть службу.

В целом можно выделить следующие задачи консультанта:

1. Уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций.

2. Оценить степень опасности (летальности) ситуации.

3. Проявить мягкую, осторожную заботу о клиенте, помочь в принятии решения в пользу образа действий, исключающего самоубийство, хотя бы на данный момент времени. (То, чего в действительности хочет большая часть самоубийц, — это чтобы кто-нибудь был небезразличен к ним, проявил заботу и чтобы появилась надежда (Хэмбли, 1992)).

2.4. Признаки суицидальной опасности («ключи»)

В зависимости от взгляда человека на суицид различают вербальные, бихевиоральные (поведенческие) и ситуационные «ключи». «Руководство по телефонному консультированию» (1996) содержит следующий их перечень.

Вербальные «ключи». Непосредственные заявления типа «Я подумываю о самоубийстве», или «Было бы лучше умереть», или «Я не хочу больше жить».

Косвенные высказывания, например «Вам не придется больше обо мне беспокоиться», или «Мне все надоело», или «Они пожалеют, когда я уйду».

Намек на смерть или шутки по этому поводу. Многозначительное прощание с другими людьми.

Бихевиоральные (поведенческие) «ключи». Отчаяние и плач.

Неоднократное обращение к теме смерти в литературе и живописи.

Стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен.

Нехватка жизненной активности.

Самоизоляция от семьи и любимых людей.

Рост употребления алкоголя или наркотиков.

Составление или изменение завещания.

Изменение суточного ритма.

Повышение или потеря аппетита.

Вялость и апатия.

Неспособность сконцентрироваться и принимать решения; смятение.

Уход от обычной социальной активности, замкнутость.

Приведение в порядок своих дел.

Отказ от личных вещей.

Стремление к рискованным действиям, например безрассудное управление автомобилем.

Суицидальные попытки в прошлом.

Чувство вины, упреки в свой адрес, ощущение бесполезности и низкая самооценка.

Потеря интереса к увлечениям, спорту, работе или школе.

Несоблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью.

Скудные планы на будущее.

Стремление к тому, чтобы оставили в покое (что вызывает раздражение со стороны других людей).

Ситуационные «ключи». Любое заметное изменение личной жизни, в любую сторону.

Достижение мужчиной пожилого возраста.

Смерть любимого человека, особенно супруга.

Недавняя перемена места жительства.

Семейные неурядицы (безработица, развод).

Неприятности с законом.

Коммуникативные затруднения.

Проблемы со школой или занятостью.

Социальная изоляция, особенно от семьи или друзей.

Хроническая, прогрессирующая болезнь.

Нежелательная беременность.

Канадские специалисты по суицидальному поведению, более обобщенно представляя многие из описанных выше признаков, выделяют 8 факторов повышенного риска самоубийства:

Молодой возраст.

Предыдущие попытки совершить самоубийство.

Наличие психического заболевания.

Злоупотребление алкоголем или наркотиками.

Семейные драмы и трагедии: смерть, развод, серьезные конфликты.

Наличие тяжелых хронических неизлечимых заболеваний.

Значительные изменения в жизни: выход на пенсию, потеря работы, синдром «пустого гнезда» (когда дети начинают жить самостоятельной жизнью и покидают семью) (см.: *Короленко, Донских, 1990*).

Еще один фактор, называемый канадскими учеными, — принадлежность к аборигенному населению и метисам.

Предлагаемый список также страдает некоторой категоричностью и не учитывает данных, подтверждающих, что в молодом возрасте больше совершаются попытки самоубийства, а заверченный суицид более реален для старшего возраста и т.п.

2.5. Оценка степени опасности (летальности) ситуации

Принято выделять несколько градаций, или этапов, суицида, соответственно различающихся по степени опасности:

Суицидальные намерения — человек высказывает мысли о самоубийстве. Его намерения, как правило неопределенны, поскольку не имеется четко продуманного плана и способов его реализации. Высказывания лежат преимущественно в сфере предположений и рассуждений и не сопровождаются интенсивными эмоциональными переживаниями.

На наш взгляд, эти переживания во многих случаях могут быть достаточно скрыты от окружающих. В других же — носят подчеркнутый демонстративно-шантажный оттенок. О последнем типе суицидальных намерений мы еще поговорим несколько позже.

Суицидальные угрозы — человек высказывает свое стремление положить конец жизни, выражая его в форме более или менее продуманного плана с указанием способов реализации суицида. Высказывания человека о малоценности и ненужности жизни сопровождаются интенсивными эмоциональными переживаниями.

Однако здесь, также как и на предыдущем этапе, могут быть суицидальные угрозы демонстративно-шантажного характера.

Текущий суицид — предполагается, что человек недавно покушался на свою жизнь или продолжает совершать действия, направленные на это.

Естественно, что подобная ситуация встречается в основном в практике телефонных психологических служб.

Наконец, суицид может быть и *завершенным* и тогда это скорее забота патологоанатомов, а не психологов-консультантов.

Правда, следует заметить, что часть суицидентов выживает и тогда мы можем работать с человеком, имевшим суицидальную попытку. К консультанту также могут обращаться родственники лиц, совершивших суицид, и им требуется немалая психологическая помощь.

Оценка летальности — это попытка предсказать вероятность суицида. Оценка производится путем непосредственного общения и постановки перед клиентом конкретных вопросов для определения намерений. Вот некоторые отправные точки, предлагаемые американской службой Метро Крайсис Лайн.

План. Очень важно выяснить, имеет ли индивид план совершения самоубийства, и если да, то в чем он состоит. (Например, «Есть ли у вас план действий? Как вы собираетесь убить себя?»⁵). Уважительное отношение к этому плану позволит выяснить, какой уровень летальности имеет выбранный способ — высокий или низкий. Далее вы можете определить, имеет ли индивид доступ к материалам, необходимым для выполнения этого плана. Например, если он сказал, что собирается застрелить себя, — есть ли у него ружье и соответствующие принадлежности. Обратите внимание на то, разработаны ли детали этого плана. Можно, например, задать вопрос, когда и где собеседник планирует это сделать.

История суицидальных попыток. Можно задать вопрос клиенту, пытался ли он прежде совершить самоубийство. Какой использовал для этого способ? Как часты в про-

⁵ Начинаящим психологам подобные вопросы представляются совершенно невозможными, провоцирующими суицид. Однако практика этого не подтверждает.

плом были эти попытки? Чем чаще попытки суицида, тем вероятнее превращение попытки в завершённый суицид.

Ресурсы. Важно оценить внешние и внутренние ресурсы человека. При рассмотрении внутренних ресурсов постарайтесь найти в прошлом случаи успешного совладания со стрессами и разочарованиями. Для оценки внешних ресурсов узнайте, есть ли у него надежные друзья, доступна ли помощь других социальных служб.

Изоляция. Под изоляцией мы можем понимать либо физическое, либо эмоциональное одиночество. Чувствует ли себя человек изолированным или одиноким? Действительно ли он живет сам по себе? Будет ли его одиночество достаточно долгим для того, чтобы разработать план самоубийства?

Причины стресса. Переживал ли индивид в последнее время повышенный стресс, например физическое одиночество, хроническую боль или дискомфорт, эмоциональное одиночество, такое как депрессию, утраты (реальные или воспринимаемые как утрата), проблемы в семье или на работе, злоупотребления наркотиками или алкоголем? Принято считать, что некоторые факторы повышают степень суицидального риска: пожилой возраст, мужской пол, изолированность, хроническая болезнь, депрессия или интоксикация.

Рассмотрение предпосылок. Ниже приведены несколько соображений, которые необходимо иметь в виду, когда имеешь дело с угрозой суицида.

Тот факт, что время идет, а человек говорит с вами вместо того чтобы действовать, указывает на то, что он не решается убить себя. Амбивалентность может быть надежным союзником.

Необходимо оценить уровень страдания, как он воспринимается клиентом, определить, насколько близок человек к пределу своего терпения. Степень физических страданий, переживаемых в стрессовой ситуации, у разных людей различна (Руководство по телефонному консультированию, 1996). Не все люди, действительно склонные к суициду, переживают депрессию, бывает, что суицидальные намерения трудно выявить или можно вообще пройти мимо них

(например, люди, которые звонят, чтобы «поболтать», могут иметь суицидальные намерения; или если голос у позвонившего вялый, сонный, то вполне может быть, что, хотя обсуждаются всего лишь поверхностные темы, человек уже предпринял попытку суицида — принял наркотики и/или алкоголь). Известны, например, самоубийства с помощью снотворных средств, гипотензивных в сочетании с алкоголем и т.д. Определенные трудности вызывает дифференциация истинного и так называемого шантажного суицида.

2.6. Действия по отношению к суицидальному клиенту. Общие принципы интервенции

Следующие принципы предлагаются зарубежными службами не только консультантам, но и не профессиональным помощникам.

Если человек, на ваш взгляд, склонен к суициду или имел в прошлом попытки к самоубийству:

— Не отталкивайте его, если он решил разделить с вами свои проблемы, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией.

— Доверьтесь своей интуиции, если вы чувствуете суицидальные наклонности в данном индивиду. Не игнорируйте предупреждающие знаки.

— Не предлагайте того, чего не в состоянии гарантировать. Например, «Конечно, твоя семья тебе поможет».

— Дайте знать, что хотите ему помочь, но не видите необходимости в том, чтобы хранить все в секрете, если какая-то информация может повлиять на его безопасность⁶.

— Сохраняйте спокойствие и не осуждайте.

— Говорите искренне. Постарайтесь определить, насколько серьезна угроза. Знайте, что вопросы о суицидальных

⁶ Здесь мы снова встречаемся с неоднозначностью действий консультанта в плане его активности. В приводимой рекомендации Метро Крайсис Лайн явно просматривается установка на спасение помимо воли клиента.

мыслях не приводят к попыткам свести счеты с жизнью. На самом деле он (она) могут почувствовать облегчение от осознания проблемы.

— Постарайтесь узнать, есть у него (нее) план действий. Конкретный план — знак реальной опасности.

— Убедите его (ее) в том, что непременно есть такой человек, к которому можно обратиться за помощью.

— Не предлагайте упрощенных решений типа «Все, что вам сейчас необходимо, так это хорошо выспаться, на утро вы почувствуете себя лучше».

— Покажите, что хотите поговорить о чувствах, что не осуждаете его (ее) за эти чувства.

— Помогите ему (ей) постичь, как управлять кризисной ситуацией и понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию. Ненавязчиво посоветуйте найти некое решение⁷.

— Помогите найти людей или места, которые могли бы снизить переживаемый стресс. При малейшей возможности действуйте так, чтобы несколько уменьшить давление.

— Помогите ему (ей) понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно.

Отчасти обобщая сказанное выше, можно сказать, что приоритетным в интервенции с суицидально настроенным клиентом является умение как можно дольше поддерживать разговор, поскольку это развивает взаимоотношения между клиентом и консультантом. Мы считаем, что при подходе, ориентированном на экзистенциально-гуманистическую парадигму, на оставление за человеком права жить или умереть это является самым главным, а может быть даже единственным из того, что должен делать и чего может добиться психолог-консультант.

Если же кризисная служба выбирает для себя модель активного спасения, поддержание контакта дает персо-

⁷ Скорее можно было бы сказать, что клиента можно аккуратно подводить к каким-то шагам, отличным от совершения самоубийства. Для начала просто к иного рода активности. Например, позвонить тому, с кем он (она) оказались в ссоре и т.п. Причем никакие действия клиенту не навязываются и лучше, если он сам придет к какому-либо варианту.

налу возможность «выудить» как можно больше информации, которая может помочь идентифицировать говорящего или его местонахождение; дает время для прослеживания звонка, если есть такие возможности, или позволяет связаться с родственниками (если личность звонящего установлена). По нашему мнению, такие действия могут быть оправданными, если клиент уже неадекватен, например, в случае текущего суицида, он принял дозу таблеток и начинает умирать прямо у вас «на глазах». Либо клиент сам ведет речь о том, что ему необходима врачебная или иная прямая помощь. Установки нашего центра, как правило, не предполагают прямой помощи клиенту, например, срочного выезда к нему домой. По нашему мнению, в данном случае консультант легко может стать жертвой манипуляции и отправиться на свидание, например, с сексуально озабоченным клиентом (клиенткой), не имея при этом ни средств передвижения, ни охраны. К тому же, стоит вспомнить о том, что помимо психологических существуют службы, гораздо более приспособленные для прямых активных действий «за человека», оказавшегося в беде. Я имею в виду старую добрую «скорую помощь» и Службу спасения.

В любом случае необходима тщательная фиксация разговора с клиентом, так как при летальном исходе теоретически не исключено и судебное разбирательство, когда клиент-психотик в последнем порыве пишет о вас записку типа: «В моей смерти прошу винить...». Возможен и вариант установления телефонного номера, по которому клиент звонил непосредственно перед самоубийством, — тогда жалобу могут подать родственники или к вам обратятся следственные органы. Не дай бог, конечно, но стоит помнить о том, что такое возможно. Еще раз повторю, что суицид тема непростая, вызывающая у консультанта самые разнообразные чувства и реакции, о которых мы поговорим в конце этой главы.

Кроме достаточно простых рекомендаций по беседе с суицидальным клиентом, приведенных выше, многие зарубежные кризисные службы разработали целые стратегии,

направленные на снижение риска суицида при общении с клиентом лицом к лицу. Приведем некоторые из них.

Поправка на вентиляцию чувств. Позвольте клиенту высказаться, не прерывайте его. Для того, чтобы удержать его на проводе и не оборвать ту ниточку, которая еще связывает его с жизнью, необходимо принять злость и манипулятивные действия с его стороны.

Гарантия. Если клиент заявляет, что никто не в состоянии помочь ему, вам необходимо снова и снова заверить его, что вы можете быть полезным и заинтересованы в продолжении разговора.

Подкрепление позитивных настроений. Если абонент упомянул о каких-либо своих позитивных действиях или окрыленных надеждой мыслях, помогите ему осознать их (например, если он говорит о том, что собирался убить себя, но сначала решил позвонить вам — усильте этот позитивный момент, скажите, что рады, что он поступил именно так).

Предоставьте альтернативный способ выражения чувств. Эта стратегия предполагает помощь в идентификации поступков, которые клиент мог бы совершить вместо попытки самоубийства.

Признание страданий. Вербально подтвердить понимание того, что угроза (или попытка) суицида демонстрирует страдания этого человека, можно следующим образом: 1) серьезно отнестись к его заботам и сложившейся ситуации; 2) объяснить, что нет нужды совершать это действие для того, чтобы доказать существующее положение; и 3) попробовать альтернативные варианты. Например: «Тот факт, что вы позвонили мне и обсуждаете тему самоубийства, ясно говорит, что вам плохо и вам нужна помощь. Теперь, когда я все это знаю, нет нужды причинять себе бред, давайте лучше обсудим, как вам помочь».

Обсуждение условий «Контракта о несомнении самоубийства». «Я никогда не убью себя, случайно или умышленно, вне зависимости от того, что произойдет» (см.: Клиническая психиатрия, 1989). Если человек сможет уверенно сделать подобное заявление — риск совершения суицида уменьшится. Однако, если он (она) 1) отказывается-

ся заключить контракт; 2) находится под влиянием наркотического или алкогольного опьянения; или 3) изменяет некоторым образом условия контракта, то степень риска самоубийства этого человека *повышена*. Например, клиент может оспорить условие «никогда» и ввести временное ограничение. Если это произойдет, попытайтесь уговорить его вступить с вами в контакт до того, как будет исчерпан этот лимит времени. Например, если он утверждает, что не убьет себя сегодня вечером, попытайтесь уговорить его позвонить вам до наступления утра. Если он не соглашается, то попробуйте договориться о том, чтобы он позвонил, пока еще способен контролировать свои суицидальные импульсы.

Исследование летальности. Определяющие факторы были приведены выше. Беседуя, но ни в коем случае не оценивая, попытайтесь получить информацию, относящуюся к факторам летальности. Для того чтобы выяснить, собирается или нет индивид совершить самоубийство, готов ли у него план, имеется ли доступ к материалам и пр., лучше всего задавать вопросы напрямую. Такая стратегия дает понять клиенту, что вы слушаете то, что он говорит, вы заинтересованы в нем и поможете предотвратить самоубийство. Затем вы можете попытаться склонить индивида к установлению временного ограничения путем заключения, как указано выше, «контракта о несомнении самоубийства» (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

В отечественной суицидологии также предложен ряд стратегий и приемов.

Структурирование ситуации. Осуществляется с помощью соответствующих вопросов. В сознании клиента формируется объективная и последовательная картина психотравмирующей ситуации в ее развитии.

Поиск источника эмоций. Обратившемуся предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния («Что именно в этой ситуации так вас ранит?»). Этот прием помогает осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.

Преодоление исключительности ситуации. Используется в случае, когда клиент считает, что критическая ситуация (изме-

на супруга, распад семьи и т.п.) складывается только у него в силу личностных недостатков и ошибочных действий.

Психолог-консультант может тактично подвести клиента к мысли, что аналогичные ситуации встречаются в жизни достаточно часто.

Однако А. Г. Амбрумова подчеркивает, что этим приемом следует пользоваться очень осторожно, так как он может нарушить общение, если клиент вместо поддержки услышит заявление типа: «Ваша ситуация банальна».

Снятие остроты ситуации. Клиенты часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленно, сиюминутного решения. В таких случаях консультант подчеркивает, что у обратившегося есть время на обдумывание и принятие решения.

Терапия успехами и достижениями. Особенно эффективна для людей неуверенных в себе, застенчивых, с низкой самооценкой. Рассказывая о себе, клиент может сообщить и о своих трудностях, которые ему приходилось преодолевать. Психолог-консультант тактично подчеркивает эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как личности, способной к преодолению трудностей.

Этот прием напоминает подкрепление позитивных настроений, предложенное Фредериком (см.: Руководство по телефонному консультированию, 1996) и описанное нами выше.

Планирование. Психолог-консультант побуждает клиента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности (отличной от суицида, «замещающей суицид») (Амбрумова, Полеев, 1980).

Помимо полезных приемов и стратегий существуют и вредные, которых следует избегать. К ним относятся:

Прямые вопросы об идентичности и местонахождении клиента при телефонном звонке. Они могут быть интерпретированы как попытка «схватить» его.

Противопоставления. Человек на другом конце провода максимально контролирует ваши слова. Не конфронтируйте, не спорьте. Очень важно удержать клиента на линии, подкрепить его веру в то, что он контролирует принятие решений, и помочь ему сделать другой выбор, нежели суицид.

Враждебность, сарказм, излишняя заботливость или индифферентность. Кук отмечает, что часто слышал истории о том, как некто подталкивал потенциального самоубийцу: «Ну, что ж, вперед, убивай себя, раз решил», — и что после этого человек отказывался от самоубийства. Это неумная, неэффективная и непригодная для профессионала стратегия. Ведь о неудачном ее применении сообщить уже некому (см.: Руководство по телефонному консультированию, 1996).

В заключение хочется сказать, что знание конкретных приемов и стратегий, выученных консультантом или применяемых «по бумажке», лежащей на столе рядом с телефонным аппаратом, вряд ли поможет само по себе. Во-первых, работают скорее не конкретные приемы, а общее понимание и навыки ведения консультативного процесса: от установления контакта, через принятие и предоставление возможности выговориться — к эмоциональному отреагированию, возможным инсайтам и решениям изменить ситуацию способом, отличным от суицида. Во-вторых, приемы должны быть отработаны и интериоризированы в ткань консультативной беседы. В-третьих, и это, возможно, самое главное, психолог-консультант должен быть лично готов к встрече с суицидальным клиентом.

2.7. Поддержка консультанта

Представим себе, что на кризисной линии зазвонил телефон, вы берете трубку и — «О, боже... суицидальный клиент». Реакция скорее обычная, чем патологическая или подчеркивающая вашу глубокую неготовность и некомпетентность.

Кризисными службами замечено, что общие реакции персонала на звонки⁸ с угрозой суицида включают:

Беспокойство, связанное с чувством безнадежности или неспособности помочь предотвратить самоубийство. Бес-

⁸ Я думаю, что реакция на очное обращение суицидального клиента сходна, а возможно еще и более обострена, по крайней мере на первом этапе.

покойство растет, если абонент вешает трубку и(или) неизвестен результат разговора.

Страх сделать ошибку, которая может привести к смерти (ранению) клиента. Ошибочными могут быть либо ваши действия (сказали что-то не так), либо оплошность (забыли задать вопрос или сказать что-либо уместное).

Чувство вины, связанное с неудавшейся попыткой удовлетворить потребности клиента (например, если человек не согласен с условиями контракта, не ищет профессиональной помощи, если неизвестен результат или если самоубийство все же произошло).

Консультанту необходимо запомнить, что истинное внимание к человеку может быть передано интонациями, слушанием, вопросами, предложением подходящих альтернатив и доверием на протяжении всей беседы. Однако окончательное решение и способность контролировать это решение остаются за абонентом. Консультант может вмешаться и быть успешен только в том случае, если клиент восприимчив к сотрудничеству.

Кризисными службами также разработаны некоторые стратегии, направленные на преодоление беспокойства или негативных чувств, связанных с суицидальными звонками. В них входит:

— Групповая поддержка (например, команда единомышленников, и пр.). Это — ответственность группы: оказать поддержку в трудное время.

— Совместное рассмотрение конкретных случаев. Необходимо подчеркивать, что было сделано правильно, и рассмотреть альтернативные стратегии, которые в следующий раз могут оказаться более успешными. Такой обзор должен проходить в атмосфере поддержки и обучения (здесь было бы полезно прослушать запись телефонных звонков с угрозой суицида).

— Осведомленность всех сотрудников о стрессе, переживаемом консультантом, принявшем суицидальный звонок. Снизить этот стресс позволяет непродолжительный перерыв, например пока он(она) оформляет звонок, а возможно и освобождение от обязанностей на короткое время.

Конечно, представленный перечень всего лишь каркас, на который каждый консультант сможет нанизать свое умение управлять суицидальными звонками.

Умение приходит с опытом, иногда и горьким. Однако мало кто из хирургов бросает свою работу после неудачной операции и смерти больного. Психологи-консультанты, работая с суицидальными клиентами, также подходят к границам жизни и смерти и должны соотнести свои мотивы, возможности и способности с этой работой.

Вопросы

1. Какие факторы суицидального риска имеют, на ваш взгляд, ведущее значение?
2. В чем заключаются основные задачи консультанта при работе с суицидальным клиентом?
3. На какие «ключи» может ориентироваться психолог-консультант?
4. Вспомните несколько общих принципов кризисной интервенции, на которые вы как консультант можете положиться.
5. Что на ваш взгляд является главным во взаимодействии с суицидальным клиентом?
6. Назовите типичные «нормальные» реакции персонала кризисных служб на суицидальное обращение.
7. Что вы можете сделать для коллеги, оказавшемуся в сложной ситуации после работы с суицидальным клиентом?

Глава 3

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ ГОРЯ (ПОТЕРИ, УТРАТЫ)

3.1. Критические периоды времени. Симптомы горя

Горе — это сильные эмоции, переживаемые в результате утраты близкого, любимого человека. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической (см.: *Изард, 1999*). Это также процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. *Горе — процесс функциональной необходимости, но не слабости*. Это способ, посредством которого человек восстанавливается после ощутимой потери (*Руководство по телефонному консультированию, 1996*). Изард также пишет:

«Горе, способствуя укреплению социальных связей и групповой сплоченности, выполняет тем самым биологическую и социальную функции. Как всякая эмоция или комплекс эмоций, горе заразительно; именно благодаря своей заразительности оно пробуждает сочувствие (эмпатию), укрепляет связь между людьми, понесшими тяжелую утрату... горе имеет чрезвычайно важное значение и для психологической адаптации индивида. Оно позволяет ему “сжиться” с утратой, адаптироваться к ней. В каком-то смысле горе предоставляет возможность отдать последний долг навсегда ушедшему любимому человеку. Переживание горя — это всегда стресс, и оно побуждает человека к восстановлению личностной автономии» (*Изард, 1999*).

Хотя преобладающей эмоцией в горе является печаль, горе взаимодействует и с эмоциями страха, гнева, вины

и стыда. Горе (потеря), сопровождающее смерть близкого человека, — довольно сложный и длительный процесс, в котором выделяют следующие *критические периоды времени*:

Первые 48 часов. Шок от перенесенной утраты и отказ поверить в произошедшее могут быть очень сильными в первые часы. Эмоционально это иногда выражается в страхе потерять членов семьи и друзей (возможно также силен страх потери самого себя и в физическом, и в психическом смысле).

Первая неделя. Необходимость проведения похорон и другие хлопоты занимают все мысли, и чувство утраты может переноситься чисто автоматически. Оно может сопровождаться ощущением «упадка» и эмоционального и (или) физического истощения.

2—5 недель. Здесь преобладает чувство покинутости как семьей, так и друзьями, вернувшимися к своим повседневным заботам после похорон. Что касается работы (службы), то начальство ожидает в этот период, что человек, перенесший тяжелую утрату, вполне справился со своими переживаниями и может, как и прежде, выполнять свою работу. Последствия шока все еще сильны, но могут появляться ощущения, что все не так плохо и жизнь продолжается.

6—12 недель. На этой стадии снимаются все последствия шока и осознается реальность потери. Спектр переживаемых в это время эмоций достаточно широк; человек чувствует утрату и плохо контролирует себя. Вот некоторые из переживаний данного периода:

Сильное изменение сна.

Панический страх, часто паранойя.

Изменения аппетита, сопровождающиеся значительными потерей или приобретением веса.

Приступы необъяснимого плача.

Усталость и общая слабость.

Мышечный тремор.

Резкие смены настроения.

Неспособность сосредоточиться и (или) вспомнить что-либо.

Изменения сексуальной потребности (активности).

Недостаточная мотивация.

Физические симптомы страдания.

Повышенная необходимость говорить об умершем.

Сильное желание уединиться.

3—4 месяца. Начинается цикл «хороших и плохих дней». Повышается раздражимость и снижается терпимость в отношении фрустрации. Не исключаются вербальное и физическое выражение гнева, ощущение эмоциональной регрессии, рост соматических жалоб, особенно инфекционного и простудного характера, из-за подавленности иммунной системы.

6 месяцев. С наступлением шестимесячного срока начинается депрессия. Ослабевает тяжесть пережитого, но не эмоции. Годовщины, дни рождений, праздники особенно тягостны, они вновь несут с собой депрессию.

12 месяцев. Первая годовщина смерти может быть либо травмирующей, либо переломной, в зависимости от последствий пережитых за год страданий.

18—24 месяца. Это время «рассасывания». Боль потери становится терпимей и человек, переживший утрату близкого, понемногу возвращается к прежней жизни. Здесь происходит «эмоциональное прощание» с умершим, осознание того, что поскольку этого человека забыть невозможно, то больше нет необходимости наполнять болью утраты всю свою жизнь. Именно в этот период времени исчезают из словарного запаса слова «тяжелая утрата» и «горе»; жизнь берет свое (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

Конечно, описанные периоды времени, как и стадии переживаемого несчастья, не догма, они могут меняться. Временные промежутки, ощущения, эмоции переживающих горе иногда могут возвращаться на стадию первых часов, а затем перепрыгивать обратно в реальность. Это нормально и ожидаемо. Предложенный зарубежными кризисными службами «календарь» — всего лишь справочник, и именно так и должен рассматриваться.

Психологу-консультанту стоит знать типичные, так называемые нормальные проявления горя и симптомы патологические, аномальные. Если с первыми нужно и можно

работать в консультативном ключе, то вторые требуют медицинской помощи — клинической психотерапии с медикаментозной поддержкой, а в худшем случае и психиатрической помощи.

К *типичным симптомам* горя обычно относятся следующие проявления:

Нарушение сна.

Анорексия или потеря (приобретение) веса.

Раздражительность.

Сложности с концентрацией внимания.

Потеря интереса к новостям, работе, друзьям, церкви и т.д.

Подавленность.

Апатия и отчуждение; стремление к уединению.

Плач.

Самобичевание.

Суицидальные мысли.

Соматические симптомы.

Чувство усталости.

Применение медикаментов — снотворных и (или) успокоительных.

Галлюцинации, отождествление с умершим или ощущение его присутствия.

Нетипичные, патологические симптомы включают:

Затянувшееся переживание горя (несколько лет).

Задержка реакции на смерть близкого (нет выражения страданий в течение 2 и более недель).

Сильная депрессия, сопровождающаяся бессонницей, чувство самоуничтожения, напряжение, горькие упреки в свой адрес и необходимость самобичевания.

Появление болезней психосоматического характера — таких как язвенный колит, ревматический артрит, астма. Нередко бывает ослабление чувствительности и т.д.

Ипохондрия: развитие симптомов, от которых страдал умерший.

Сверхактивность: перенесший утрату человек начинает развивать кипучую деятельность, не ощущая боль утраты.

Неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, часто сопровождаемая угрозами, однако только на словах.

Не согласующееся с нормальным социальным и экономическим существованием поведение. Может быть, полное изменение стиля жизни.

Устойчивая нехватка инициативы или побуждений; неподвижность.

Слабовыраженные эмоции; неспособность эмоционально чувствовать.

Резкие переходы от страданий к самодовольству за короткие промежутки времени. Возможное вынашивание суицидальных планов.

Изменение отношения к друзьям и родственникам; раздражительность, нежелание надоедать, уход от социальной активности; прогрессирующая уединенность.

Разговоры о суициде, воссоединении с умершим, о желании со всем покончить (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

При особенно сильных переживаниях горе может даже стать причиной болезни и смерти скорбящего человека. Рядом с горем часто идет депрессия, на которой мы специально остановимся в следующей главе.

3.2. Консультативная помощь

Консультативная помощь строится прежде всего на принципах, предложенных в экзистенциально-гуманистической психотерапии.

Зарубежные психологические (кризисные) службы выделили некоторые клише, которых рекомендуется избегать в работе с людьми, переживающими горе:

«*На все воля Божья*». Не настолько всеведущ человек, чтобы определять Божью волю, к тому же это не слишком утешительно.

«*Мне знакомы ваши чувства*». Каждый человек уникален, и каждое взаимоотношение единственное в мире. Мы не можем знать, что чувствует другой человек, столкнувшись со смертью, поскольку никогда не сможем пережить его чувства.

«*Уже прошло три недели с его (ее) смерти. Вы еще не успокоились?*». Не существует лимита времени, отпущен-

ного страданию. Принято считать, что переживание горя может длиться от шести месяцев до двух лет, хотя не исключены отклонения и в ту, и в другую сторону.

«Благодарите Бога, что у вас есть еще дети (ребенок)». Даже если в семье есть другие дети, родители тяжело переносят смерть ребенка. Это не уменьшает их любовь к оставшимся детям, а просто отражает потерю того конкретного взаимоотношения⁹.

«Бог выбирает лучших». Это означает, что все живущие на земле, включая и этого конкретного человека, не столь хороши в глазах Бога, кроме того, получается, что Бог не заботится о страданиях, которые причиняет близким.

«Он (она) прожил долгую и честную жизнь, и вот прожил его час». Не существует времени, подходящего для того, чтобы умереть. Сколько бы лет ни прожил человек, смерть — это всегда горе. Несмотря на то, что смерть часто несет с собой избавление от страданий, физических или душевных, близкие люди переживают это также сильно.

«Мне очень жаль». Это очень распространенная автоматическая реакция на сообщение о чьей-то смерти. Мы просим прощения за то, что жизнь закончена, что люди переживают горе, за то, что нам напомнили о том, что все мы смертны. Однако от человека, переживающего утрату близкого, эти слова требуют ответа, который прозвучал бы неуместно. Что может он сказать в ответ — «благодарю», «все в порядке», «понимаю»? В этой ситуации нет адекватного ответа, и когда человек снова и снова слышит подобные соболезнования, эти слова быстро становятся пустыми и бессмысленными.

«Позвоните мне, если что-то понадобится». Если мы выбираем этот вариант, то должны быть готовы ответить на телефонный звонок в любое время дня и ночи. Неправедливо сделать такое заявление, а затем посчитать неуместным звонок, прозвучавший в 3 часа утра. Страдания не

⁹ В нашей практике встречался случай, когда женщина продолжала тяжело переживать боль утраты ребенка, уже будучи беременна другим.

регулируются боем настенных часов, и часто самое тяжелое время — между полуночью и шестью утра. Весь мир спит; не спят лишь скорбь и горе.

«Вы должны быть сильными ради своих детей, жены (мужа) и др. ...» Страдающему человеку нет необходимости быть сильным ради кого бы то ни было, не исключая и самого себя. Убеждая людей быть сильными, мы тем самым уговариваем их отречься от реальных эмоций. Это может привести к другим проблемам (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

Различными консультативными службами также отмечено, что желания клиентов, переживающих горе, и соответствующая помощь им, как правило, касается следующих тем:

«Позвольте мне просто поговорить». Эти люди хотят говорить об умершем, причине смерти, и о своих чувствах в связи с произошедшим. Им хочется проводить долгие часы в воспоминаниях, смеясь и плача. Они хотят рассказать о его жизни — все равно кому, только бы слушали. В случае насильственной смерти им необходимо еще раз перебрать все мельчайшие подробности до тех пор, пока те не перестанут пугать их и не оставят их в покое, и тогда они смогут оплакивать свою потерю.

«Спросите меня о нем (ней)». Мы часто избегаем разговоров об умершем, но близкие интерпретируют такое поведение как забвение или нежелание обсуждать саму смерть. Это демонстрирует уровень нашего дискомфорта, но не нашей заботы о близких умершего. «На кого он (она) был похож?», «Есть ли у вас фотография?», «Что он (она) любил делать?», «Какие самые приятные ваши воспоминания связаны с ним (ней)?». Это только некоторые из вопросов, задав которые, мы можем проявить свой интерес к прожитой жизни.

«Поддержите меня и позвольте мне выплакаться». Нет большего подарка, который мы можем сделать убитому горем человеку, чем сила наших рук, обхвативших его за плечи. Прикосновение — это чудо терапии; так мы выражаем свою заботу и внимание, когда слова нам неподвластны. Даже просто поддержка за локоть лучше, чем холод-

ная изоляция. Люди плачут, им необходимо плакать, и намного лучше делать это в теплой обстановке понимания, нежели в одиночку. Страдающий человек всегда вправе не принять нашу руку, что не мешает нам по меньшей мере предложить ее.

«Не пугайтесь моего молчания». Бывают случаи, когда перенесшие утрату люди как бы замирают, беззвучно глядя в пространство. Нет нужды заполнять тишину словами. Мы должны позволить им погрузиться в свои воспоминания, сколь бы болезненными они ни были, и быть готовы продолжить разговор, когда они возвратятся в состояние «здесь-и-сейчас». Нам не нужно знать, где они были и о чем думали; о чем мы должны беспокоиться, так это чтобы человеку было комфортно. Большую часть времени они вряд ли смогут облечь свои воспоминания в подходящие слова и будут благодарны за то, что вы просто были с ними рядом в этой тишине.

Для «выздоровления» от горя приемлемы также следующие рекомендации:

1. Примите свое горе.

Примите с готовностью телесные и эмоциональные последствия смерти любимого человека. Скорбь является ценной, которую вы платите за любовь. На принятие может уйти много времени, но будьте настойчивы в стараниях.

2. Проявляйте свои чувства.

Не скрывайте отчаяния. Плачьте, если хочется; смейтесь, если можете. Не игнорируйте своих эмоциональных потребностей.

3. Следите за своим здоровьем.

По возможности, хорошо питайтесь, ибо ваше тело после истощающего переживания горя нуждается в подкреплении. Депрессия может уменьшиться при соответствующей подвижности.

4. Уравновесьте работу и отдых.

Пройдите медицинское обследование и расскажите врачу о пережитой потере. Вы и так достаточно пострадали.

Не причиняйте еще больший вред себе и окружающим, пренебрегая здоровьем.

5. Проявите к себе терпение.

Вашему уму, телу и душе потребуется время и усилия для восстановления после перенесенной трагедии.

6. Поделитесь болью утраты с друзьями.

Став на путь молчания, вы отказываете друзьям в возможности выслушать вас и разделить ваши чувства, и обрекаете себя на еще большую изоляцию и одиночество.

7. Посетите людей, находящихся в горе.

Знания о сходных переживаниях других могут привести к новому пониманию собственных чувств, а также дать вам их поддержку и дружбу.

8. Можно искать утешения в религии.

Даже если вы спрашиваете с укором: «Как Бог мог допустить это?» — скорбь является духовным поиском. Религия может стать вам опорой в переживании горя.

9. Помогайте другим.

Направляя усилия на помощь другим людям, вы учитесь лучше относиться к ним, поворачиваясь лицом к реальности, становитесь более независимыми и, живя в настоящем, отходите от прошлого.

10. Делайте сегодня то, что необходимо, но отложите важные решения.

Начните с малого — справьтесь с повседневными домашними делами. Это поможет вам восстановить чувство уверенности, однако воздержитесь от немедленных решений: продать дом или поменять работу.

11. Примите решение вновь начать жизнь.

Восстановление не наступает в течение одной ночи. Держитесь за надежду и продолжайте стараться адаптироваться вновь (см.: Хрестоматия по суицидологии, 1996).

Психолог-консультант, естественно, не выступает лишь в качестве транслятора вышеперечисленных или подобных рекомендаций. Скорее их стоит знать для того, чтобы раз-

вивать диалог с клиентом в нужном ключе. При этом следует помнить, что гораздо важнее сопереживание, проживание с клиентом его потери, а не механический свод правил поведения. В большинстве случаев потеря проживается, наступают другие времена и другие чувства приходят на смену горю, однако помочь клиенту в наиболее острые моменты пути «проживания» необходимо.

Вопросы

1. Какие критические периоды времени выделяют в переживании горя?
2. Что относят к нормальным, а что к патологическим симптомам горя?
3. Чего хотят от консультантов люди, переживающие потерю (горе)?
4. Что вы лично считаете приемлемым для людей, переживающих горе?

Глава 4

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ РАБОТА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ (ДЕПРЕССИЯ, СТРАХ, ТРЕВОГА)

В практике консультативных служб встречается целый ряд клиентов, состояние и запрос которых связаны с эмоциональными проблемами. Однако в большинстве случаев, хотя человек испытывает интенсивные эмоции, например чувство обиды, вины или страха, консультирование направлено не столько на соответствующую эмоцию, сколько на причины, обстоятельства, приведшие к ней. При этом не стоит забывать о том, что отсутствие эмоциональной проработки на первом этапе, неприятие чувств клиента могут сделать нежизнеспособным весь процесс консультирования. В данной главе мы обратимся к иным случаям, когда именно эмоция становится ведущей проблемой — к депрессивным и фобическим состояниям.

Здесь, пожалуй, как никогда остро встает вопрос о проведении границы между грубой патологией эмоций и нормальными проявлениями эмоций и чувств, неизбежных в жизни человека.

К сожалению, вопрос о точном разграничении нормы и патологии во многих случаях решается трудно или совсем не решается. Тем не менее психологу-консультанту стоит знать о некоторых состояниях, в которых вряд ли можно эффективно помочь, используя консультативные приемы и методы. В иных случаях можно даже повредить клиенту, особенно неумелыми действиями.

В отечественной психиатрии принято выделять следующие нарушения эмоций и чувств.

— Патологическое усиление: эйфория и депрессия.

— Патологическое ослабление: паралич эмоций, апатия, эмоциональное уплощение и эмоциональная тупость.

— Нарушение подвижности: слабодушие (недержание эмоций), лабильность и инертность (застываемость) эмоциональных переживаний.

— Нарушение адекватности: неадекватность, амбивалентность эмоций, патологическая тревога и страх, дисфории, дистимии¹⁰, патологический аффект (Консультирование детей..., 1998).

Мы не ставим себе задачу рассмотреть все виды эмоциональных нарушений. Остановимся лишь на некоторых из них — тех, которые, на наш взгляд, чаще могут встретиться в консультативной практике.

Для клиентов, обращающихся в психологические (кризисные) службы, достаточно характерно снижение настроения, появление чувства собственной малоценности, бесперспективности жизни, снижение тонуса, пессимизм, суицидальные мысли и т.п. Именно такие симптомы характеризуют любые *депрессивные состояния*. В психиатрии депрессии принято делить на психотические и непсихотические. К психотическим относят те депрессии, при которых угнетение настроения сочетается с бредовыми идеями самоуничужения, самообвинения, греховности, отношения, преследования, с галлюцинаторными переживаниями, витальной тоской, отсутствием критики и суицидальными действиями. При непсихотической депрессии обычно наблюдается критическая оценка своего состояния и ситуации, сохранены психологически понятные связи с внешними и внутренними обстоятельствами, аффект (Консультирование детей..., 1998).

В этом разделе речь пойдет о депрессии, связанной с внешними событиями и, естественно непсихотической. Причем мы не делаем акцента на специфическом медицинском лечении депрессии.

¹⁰ *Дисфория* — состояние гневливости с агрессивными тенденциями на фоне пониженного настроения; *дистимия* — кратковременное расстройство настроения депрессивно-тревожного характера, сопровождающееся гневливостью, недовольством, раздражительностью

Зарубежные кризисные службы часто рассматривают уединенность и депрессию как две стороны одной медали. Обычно одна сопровождает другую, определение и интервенция обеих почти идентичны.

Еще раз остановимся на симптомах непсихотической депрессии. К ним относятся:

Медленная речь; небольшое разнообразие аффектов.

Использование слов и фраз наподобие «все плохо» и «усталость».

Пессимизм.

Чувство вины и низкая самооценка.

Ощущение неадекватности («Я не могу»).

Нарушения сна.

Недоедание, потеря веса.

Низкая мотивация, апатия, вялость.

Потеря интереса к активной жизни, друзьям, семье.

Низкая энергетика — быстро наступающая усталость.

Тихий голос, слабые эмоции.

Потеря памяти, слабая концентрация внимания.

Телесные жалобы.

Чувство неприятия.

Изменение привычек.

Очень важно понять, что каждый из выше названных симптомов будет иметь в каждом конкретном случае свой смысл, например «нарушение сна» может означать для одного — уснуть на полчаса позже обычного, а для другого — три бессонные ночи подряд.

Кризисные службы рекомендуют своим сотрудникам такие основные действия с одинокими и депрессивными людьми:

Поскольку они часто имеют низкую самооценку и чувствуют себя отвергнутыми, вам необходимо относиться к ним уважительно и почтительно, чтобы не заставлять их лишней раз переживать подобные чувства.

Улучшение их самочувствия к концу разговора не является вашей задачей.

Приоритетны три основные цели:

1. Связать их чувства с причиной.

2. Объяснить клиенту, что именно поддерживает его депрессию¹¹.

3. Ставить небольшую, достижимую цель.

В оценку каждого случая на предмет одиночества и депрессии входит определение следующих ориентиров:

Ведет ли человек себя опрометчиво?

Имели ли место в недавнем прошлом события, которые углубили депрессию?

Насколько тяжела депрессия? (тяжесть симптомов)

Прогрессирует клиент или нет?

Какие выгоды видит клиент в одиночестве?

Присутствуют ли паттерны (модели поведения):

1. Одиночество—депрессия—одиночество.

2. Злоупотребление (например, алкоголем)—депрессивное злоупотребление.

3. Нереальные ожидания—депрессия из-за неуспешности.

4. Неиспользование систем поддержки—одиночество—депрессия.

К приемам интервенции при депрессивной депрессии можно отнести:

Рефлексивное слушание, оценка (это поможет клиентам почувствовать, что их принимают, поможет связать чувства с причинами).

Указание образцов поведения. Например, обучение, основанное на подкреплении (скажем, вопрос: «Что мешает вам сделать то, что действительно вам поможет?»).

Попытка поставить перед клиентом одну маленькую цель. Это должна быть небольшая и достижимая цель, в идеале — нечто такое, что слегка нарушит депрессивный паттерн, например:

Позвонить старому другу, который может оказать поддержку.

Назначить встречу.

Выйти вечером из дому.

Нанять для ребенка няню.

¹¹ Точнее было бы сказать — не объяснить, а помочь понять.

Не пить сегодня вечером и т.п. (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

Особо выделяют также симптомы хронической депрессии.

Для нее характерны:

— Стагнация, высказывания типа: «Я прервал все отношения».

— Человек может считать, что другие (включая вас) должны прийти ему на помощь; он может также не брать на себя ответственность.

Интервенция должна воодушевлять, придавать силы, делать больший акцент на плане действия, не поощрять беспомощность — то есть одобрять чувства, но не укреплять мнение клиента, что другие делают слишком мало.

К медицинской помощи следует обращаться, если есть следующие признаки:

— Экстремальные симптомы (например, суицидальные попытки).

— Долгая история депрессивного состояния.

— Очень низкая самооценка.

— Стагнация.

Психологи-консультанты не должны давать медицинских советов. Если у клиента есть вопросы медицинского характера, стоит переадресовать его в соответствующую службу.

Еще одной проблемной сферой, достаточно часто встречающейся в практике психологических (особенно кризисных) служб, являются **состояния страха и тревоги**.

Подверженность реакциям страха зависит от пола, возраста, индивидуальных особенностей, социально приобретенной устойчивости и социальной установки личности, сходного соматического и нервно-психического состояния, а также индивидуальной значимости и степени угрозы биологическому и социальному благополучию.

В психиатрии предложены различные классификации страха и тревоги, обобщенные Х. Христозовым в 1980 году (см.: Клиническая психиатрия, 1989). Выделяют следующие виды страха:

По форме и оттенкам проявления: страх астенический (ощепенение, слабость, нецелесообразность поступков) и стенический (паника, бегство, агрессия); соответствующий и несоответствующий степени опасности; адекватный и неадекватный.

По степени выраженности: испуг (внезапный и кратковременный страх, возникающий при неожиданном и неприятном, но еще четко неосознаваемом изменении ситуации, угрожающем жизни или благополучию человека); боязнь (постепенно возникающее чувство страха, связанное с осознанием длительное время продолжающейся опасности, которая может быть устранена или на которую может быть оказано определенное воздействие) и ужас (наивысшая степень страха с характерным угнетением расщудочной деятельности — «безумный страх»).

По форме проявления: страх витальный (переживание страха исходит из собственного тела, непосредственно из эмоциогенных систем головного мозга); реальный (опасность исходит из окружающего мира); моральный страх, или страх совести (возникает в результате рассогласования первичных психических тенденций и более дифференцированных стремлений).

По виду: осознаваемый генерализованный; осознаваемый локализованный; неосознаваемый генерализованный; скрытый локализованный страх.

По этапам развития выделяют нерешительность, неуверенность, смущение, боязливость, тревогу, страх, ужас.

Страх и тревогу подразделяют также на нормальные и патологические варианты, то есть возникающие при наличии реальной, осознаваемой или недостаточно осознаваемой угрожающей ситуации либо как болезненная реакция. В их структуре выделяют три основных нарушения: аффективное — чувство опасности; интеллектуальное — неуверенность; волевое — нерешительность.

Х. Христозов рассматривает следующие патологические формы страха: а) навязчивый, или фобия (иногда в связи с определенной ситуацией, с осознанием абсурдности самого страха); б) ипохондрический (возникает в ситуации, связанной с ипохондрическими переживаниями, без кри-

тического отношения); *в*) психотический (появляется в связи с депрессивно-параноидными переживаниями или как диффузный страх) (Клиническая психиатрия, 1989).

Консультативная тактика включает в себя приемы активного слушания, направленные на принятие человека и его чувств, создание возможности выговориться, разделить с кем-то страх и тревогу, а после эмоциональной проработки — интеллектуально овладеть ситуацией и, возможно, найти поведенческие варианты выхода из нее. Например, в нашей практике встречался страх заражения венерическим заболеванием, причем клиентка, испытывавшая значительную тревогу и страх, не знала четко симптоматики заболеваний, их причин, не решалась на разрешение травмирующей ситуации путем откровенного разговора с половым партнером и обращения за помощью к специалистам-медикам. После соответствующей консультативной работы психологически трудная сторона ситуации была разрешена.

В случае установления явно патологического характера страха необходима помощь клинического психотерапевта или психиатра.

Вопросы

1. Чем отличаются психотические и непсихотические депрессии?
2. Перечислите основные симптомы непсихотической депрессии.
3. Какие цели являются приоритетными в работе с депрессивными клиентами?
4. В каких случаях все-таки стоит склонить клиента к обращению за медицинской помощью?
5. Какие формы страха можно отнести к патологическим?
6. В чем заключается тактика консультанта в работе с клиентом, испытывающим страх?

Глава 5

БОЛЕЗНЬ, УМИРАНИЕ, СМЕРТЬ И ДРУГИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ

Отчасти вопросы, связанные со смертью, уже поднимались нами в главе, посвященной переживанию горя, утраты. Однако вопросы смерти и психологических состояний, связанных с ней, несколько шире. Они касаются не только переживаний людей, уже понесших утрату, но и переживаний самого умирающего и тех, кто находится рядом с умирающим.

Зачастую умирающие становятся теперь клиентами не только медиков, но и психологов, поэтому знание их психологических реакций приобретает все большую важность для профессионалов сферы психического здоровья.

Динамика психологических реакций умирающего. Все психологические реакции человека, оказавшегося перед лицом смерти (часто в результате неизлечимой болезни), можно подразделить на ряд этапов. Наиболее известна в этом плане схема Элизабет Кюблер-Росс. Она описала следующие пять этапов психологических реакций умирающих:

1. Фаза отрицания болезни (анозогнозическая) — больной отказывается принять свою болезнь. «Нет, не я!», — самая обычная реакция вначале на объявление смертельного диагноза. Вероятно, целесообразно молчаливо согласиться с больным. Особенно это касается лиц, осуществляющих уход за больным, и родственников. В зависимости от того, насколько человек может взять события под свой контроль и насколько сильно поддерживают его окружающие, он преодолевает эту стадию тяжелее или легче. По мнению М. Хегарти, эта начальная стадия является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не

мешает терапии. Если времени оказывается достаточно, то большинство больных успевают сформировать психологическую защиту.

2. Фаза протеста (дисфорическая) — вытекает из вопроса, который ставит себе больной: «Почему именно я?». Отсюда возмущение и гнев на окружающих и вообще на всякого здорового человека. Для завершения этой стадии важна возможность излить эти чувства вовне. Следует понимать, что это состояние враждебности и гнева — закономерное, нормальное явление, и сдерживать его больному очень трудно. Нельзя осуждать больного за эти его реакции, направленные по сути не на окружающих, а на свою судьбу. Здесь больной особенно нуждается в дружеской поддержке и участии, эмоциональном контакте.

3. Фаза «торга» (аутосуггестивная) — происходит резкое сужение жизненного горизонта человека, и он начинает выпрашивать, выторговывать себе те или иные поблажки. Это прежде всего просьбы к врачам относительно послабления режима, назначения обезболивания или к родственникам с требованием выполнения различных прихотей. Этот нормальный процесс сделок для узко ограниченных целей помогает пациенту прийти к соглашению с реальностью все укорачивающейся жизни. Желая продлить жизнь, больной нередко обращается к Богу с обещаниями смирения и послушания («Еще немного, мне надо закончить дела»). Хороший эффект в этой фазе дают рассказы о спонтанном выздоровлении.

4. Фаза депрессии — больной с течением времени неизбежно становится печальным. Он уже не задает вопросов, а просто говорит себе, что «на этот раз умереть предстоит именно мне». При этом может появиться сознание вины и самобичевание — «Чем же я это заслужил?».

Депрессия у больных может протекать по-разному. Иногда это основное печальное настроение усугубляется реактивными моментами, связанными с потерей частей тела или функций, важных для целостного образа «Я». Это может произойти вследствие хирургических операций.

Другой тип депрессии, наблюдаемый у умирающих больных, понимается как преждевременное оплакивание

потери семьи, друзей и самой жизни. Это по сути тяжелое переживание потери собственного будущего и признак начальной стадии следующей фазы — принятия смерти. Последняя группа больных особенно трудна для всех, кто соприкасается с ними. У окружающих они вызывают чувство тревоги и беспокойства, душевного дискомфорта. Любые попытки ободрить больного или поддержать его шуткой, бодрым тоном воспринимаются как нелепые в этой ситуации. Больной замыкается в себе, ему хочется плакать при мысли о тех, кого он вынужден вскоре оставить.

В этот период вольно или невольно все те, кто окружает больного, начинают избегать с ним общения. Это касается как родственников, так и медицинского персонала. При этом, особенно у родственников, возникает чувство вины за свое поведение и даже порой невольные мысленные пожелания умирающему более быстрой и легкой смерти. Даже родители больных детей не являются исключением в этой закономерности. Такое отчуждение может показаться окружающим бессердечным родительским безразличием к ребенку. Но родственники и медицинский персонал должны понимать, что эти чувства нормальны и представляют действие естественных механизмов психологической защиты. Врачу и психологу (в том числе и психологу-консультанту) следует помочь ухаживающим за больным преодолеть эти чувства и попросить их продолжить эмоциональную поддержку умирающего. Именно в этот период больной больше всего нуждается в душевном комфорте и теплоте. Даже чье-то молчаливое присутствие в палате у постели умирающего может оказаться полезнее, чем какие-то слова. Краткое объятие, похлопывание по плечу, пожатие рук скажет ему о том, что о нем заботятся и понимают. Здесь всегда необходимо участие родственников и выполнение, по возможности, любых желаний больного, хоть как-то направленных к жизни и деятельности.

5. Фаза принятия смерти (апатическая) — это примирение с судьбой, больной смиренно ждет своего конца. Измученный болезнью, он желает лишь отдохнуть и уснуть. Это уже прощание, конец жизненного пути. Бывает,

правда, и так, что больной, приняв факт своей неизбежной кончины и смирившись с судьбой, вдруг вновь все отрицает на какое-то время, строя при этом радужные планы на будущее. Эта амбивалентность поведения и отношения к смерти понятна, так как агония — это одновременно и борьба за жизнь и отмирание. В этой фазе надо создавать уверенность у больного в том, что он не останется наедине со своей смертью (контекст — «Я вас не оставлю»).

В зависимости от своего духовного потенциала врач на этой стадии может привлечь на помощь религию (Сидоров, Парняков, 2000).

Характер и широта работы с умирающим от неизлечимой болезни или от старости зависят от физического состояния и особенностей его личности, а также от эмоциональной настроенности, мировоззрения и прочих обстоятельств. По нашим наблюдениям, фазы, описанные Кюблер-Росс, могут и не выделяться четко или проходить очень быстро и незаметно для окружающих. Мы также наблюдали реакции практически полного «выпадения» умирающих из реальности. Последнее может быть обусловлено как действием механизмов психологической защиты, так и нарастающей интоксикацией, угасанием физиологических функций. Кроме того, часть больных в терминальной стадии находятся под почти непрерывным действием обезболивающих средств, прежде всего наркотиков. Соответственно, некоторые люди могут умереть, практически не осознав факт смерти. И здесь психологам и психотерапевтам достается работа лишь с убитыми неожиданным горем родственниками.

В современной медицинской литературе говорится о том, что главной психологической мишенью, на которую нацелены психокоррекционные (психотерапевтические) воздействия, является страх человека перед установлением врачами «смертельного» диагноза (рак, СПИД), перед мучительными болями, а также страх самой смерти (Сидоров, Парняков, 2000). И хотя эта тематика несколько выходит за рамки консультативной психологии и больше относится, например, к деятельности психолога хосписа, тем не ме-

нее в консультативной практике также встречаются обращения как самих больных, так и их родственников. Именно поэтому общая готовность к помощи таким клиентам должна присутствовать в работе психолога-консультанта.

Готовность эту создает, во-первых, собственная проработанность темы смерти, отношение к смерти собственной, которая часто может быть достигнута только в психотерапевтической группе, поднимающей экзистенциальные вопросы. Во-вторых, помогают знания о процессе умирания и смерти, а также о формах помощи таким клиентам.

«Правдивость» у постели больного есть всеобщая тенденция современности, и это касается не только врачей, но и родственников больных и всех тех, кто занимается уходом. В то же время следует учитывать динамику психологических реакций у терминальных больных, описанную Кюблер-Росс. Например, если у больного выражена реакция отрицания и он не желает знать о смертельных болезнях, то и навязывать ему правду не следует (Сидоров, Парняков, 2000).

Собственно в работе психолога важным остается гуманистическое правило нахождения рядом с человеком, помощь в проживании им травматической ситуации. Например, телефонный консультант, которому звонит терминальный больной, не должен теряться и отвергать чувства умирающего человека, не должен усиливать страх собственной включенностью в него и реакцией заражения. Консультант принимает человека вместе со всеми его чувствами и состоянием, разделяет душевную боль, благодаря эмпатической поддержке. Что касается техник, то они известны и, на наш взгляд, не представляют собой ничего специфического. Это хорошо описанные в различных руководствах приемы активного слушания (Кочюнас, 1999).

Психолог-консультант также может столкнуться с установками клиента и ценностными ориентациями, которые для него как для представителя научной школы являются неприемлемыми. Например, терминальный больной, в прошлом атеист вдруг начинает верить в Бога или обращается к различного рода магическим ритуалам, парапсихологии и т.п. В этих случаях считается, что не следует препятство-

вать возможной личностной трансформации больного в направлении «третьей действительности», то есть иррациональности, религии и т.д. Часто именно иррациональность, вера в «жизнь после смерти» помогает больному справиться с печалью и овладевающим чувством одиночества.

Большое значение имеет привлечение родственников к эмоциональной поддержке больного. При этом учитывается индивидуальная система семьи и семейных отношений. Однако считается, что стоит избегать слишком большого информирования семьи о состоянии больного с одновременной недостаточностью предоставления информации самому больному. Желательно, чтобы больной и родственники находились примерно на одинаковом уровне владения информацией о болезни — это способствует большей консолидации семьи, мобилизации резервов семейной группы, содействию проработки семейной скорби у больного и членов семьи (*Сидоров, Парняков, 2000*).

Если вы убедились, что действительно имеете дело с обреченным, медленно умирающим и страдающим человеком, то родственникам можно рекомендовать и обращение в хоспис. Хосписная служба обычно ориентирована на помощь инкурабельным онкологическим больным и их родственникам. Программа действий в хосписе рассчитана в первую очередь на паллиативный уход за больными (т.е. уход, приносящий временное облегчение, но не излечивающий болезнь, поскольку это уже невозможно), обезболивание, оказание психологической поддержки им и их семье. Как правило, хоспис имеет в своем составе стационар и выездную службу, осуществляющую патронаж больных (*Сидоров, Парняков, 2000*). Это дает возможность не оставлять людей наедине с их проблемами, проявлять к ним участие и оказывать реальную помощь. К сожалению, число хосписов в нашей стране пока очень ограничено. Часть из них работают как общественные, благотворительные организации.

Болезнь и возможная смерть часто «подталкивают», дают повод для обращения и к другим экзистенциальным вопросам — о свободе, ответственности, смысле жизни.

Одним из центральных является вопрос о смысле жизни. Клиенты могут задавать его себе в периоды возрастных кризисов в 30—40 лет или в другие моменты жизни, подводящие человека к этому. Такой вопрос может быть задан и консультанту. При этом не надо мучиться в поисках ответа и впадать во фрустрацию. Однозначного ответа на него просто нет. Виктор Франкл писал: «Ни один психиатр и ни один психотерапевт ...не может указать больному в чем заключается смысл. Он вправе, однако, утверждать, что жизнь имеет смысл и даже, более того, что она сохраняет этот смысл в любых условиях и при любых обстоятельствах благодаря возможности найти смысл даже в страдании... В жизни не существует ситуаций, которые были бы действительно лишены смысла. Это можно объяснить тем, что представляющиеся нам негативными стороны человеческого существования — в частности, трагическая триада, включающая в себя страдание, вину и смерть, — также могут быть преобразованы в нечто позитивное, в достижение, если подойти к ним с правильной позиции и с адекватной установкой» (Франкл, 1990). То есть, в таких ситуациях психолог-консультант идет рядом с клиентом, с его переживаниями, внутренним миром, исследует вместе с ним то, что привело к задаванию самому себе экзистенциальных вопросов, и возможно они придут вместе к ответам, уникальным для этого человека.

Вопросы

1. Перечислите 5 этапов психологических реакций умирающих.
2. В чем заключается основная задача психолога-консультанта в работе с умирающим?
3. К каким экзистенциальным вопросам могут обращаться клиенты психологических служб?

Глава 6

НАСИЛЬНИКИ, ЖЕРТВЫ, СО-ЖЕРТВЫ

6.1. Насилие.

Классификация видов и форм

В самом общем виде насилие определяется как принудительное воздействие на кого-либо. Наиболее распространенной является классификация видов насилия, основанная на характере насильственных действий. Она включает физическое, сексуальное, психологическое (эмоциональное) и экономическое насилие.

Помимо насилия, исходящего от посторонних лиц, как особый вид выделяется семейное (домашнее) насилие.

Помощь женщинам, пережившим какой-либо из видов насилия, может осуществляться как в специализированных учреждениях (например, кризисных центрах), так и в организациях медицинского или психологического характера, осуществляющих консультативную и психотерапевтическую помощь по любым другим проблемам. Принципы оказания помощи жертвам насилия строятся на общей базе психолого-психотерапевтических методов. При этом такая помощь имеет свою специфику.

6.2. Консультирование жертв сексуального насилия

По социологическим данным, сексуальное насилие является одной из наиболее серьезных социальных проблем. Советская уголовная статистика свидетельствовала, что 30%

всех изнасилований совершают несовершеннолетние юноши 14—17 лет, 90 % жертв изнасилования были не достигшими 25 лет женщинами, причем 46 % из них — несовершеннолетними. Американские социологи также указывают на значимость проблемы сексуального насилия. Около 60 % опрошенных ими женщин указали, что по крайней мере один раз в жизни они чувствовали себя объектами сексуального насилия, причем 70 % из них — в отношениях с близкими знакомыми.

Психология жертвы, пострадавшей от агрессии, в том числе от сексуального насилия, составляет предмет серьезных научных исследований. Существует целое направление — психология виктимности, или виктимология. Жертву преступления всегда рассматривают не только с точки зрения причиненного вреда, но и имея в виду ее роль в совершении преступления. Поведение жертвы сексуальной агрессии может быть различным. Она бывает парализована и подавлена страхом и без всякого сопротивления беспрекословно выполняет требования агрессора. Тем самым создается почва, провоцирующая насилие.

Дополнительные отрицательные переживания жертвы обусловлены отношением окружения к случившемуся. Оно часто негативно относится к жертвам сексуальной агрессии, обвиняя их в пренебрежении нормами морального поведения и попустительстве агрессору. Кроме того, существует сильный страх перед унижениями, с которыми приходится сталкиваться при юридическом расследовании дела.

В телефонном консультировании (реже в очном консультировании) встречаются следующие типы обращений: а) непосредственно от жертвы; б) обращения друзей или родственников жертвы; в) обращения абонентов, испуганных слухами или фактами сексуального насилия, желающих получить информацию и поддержку (Моховиков, 1999).

К принципам телефонной (консультативной) помощи жертвам изнасилования относят:

1. Уважение (имеется в виду положительная оценка оказанного доверия, проявленного клиентом, обратившимся за помощью; конфиденциальность; учет половых и культуральных особенностей жертвы).

2. Подтверждение (высказываний абонента и необходимости выразить свои чувства; реальности, что жертва осталась в живых и имеет достаточно личных сил, чтобы справиться с травмой; естественности и адекватности ее чувств; а также позитивное объяснение проявлений психологической защиты).

3. Убеждение (в том, что жертва не виновата; что она преодолет свои переживания, страхи и ночные кошмары, являющиеся «работой горя»; что теперешнее состояние пройдет, если появится надежда; что она имеет для преодоления необходимые силы и ресурсы; что ей самой следует определять, что, когда и кому рассказывать о случившемся).

4. Предоставление максимальных возможностей (кризисные службы рекомендуют: предоставьте пострадавшей инициативу в процессе консультирования; дайте необходимую информацию, не заставляя принимать ответственность за случившиеся; не утверждайте, что необходимо лечение; не интересуйтесь деталями происшедшего, если это не требуется в терапевтических целях).

В консультировании жертвы изнасилования ни в коем случае не следует расследовать обстоятельства психотравмы. Прежде всего следует поощрить ее к рассказу об ощущениях и чувствах. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, и он должен быть предоставлен активным слушанием. Предметом обсуждения часто становятся идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что агрессору не было оказано должного сопротивления. Следует убедить жертву, что она действовала правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам, и лучшим доказательством является то, что она осталась жива (Моховиков, 1999).

У жертвы сексуального насилия могут возникать следующие эмоциональные реакции:

Страх. Его не следует подавлять, более того, поскольку он основан на реальных обстоятельствах, возможно, нужно предпринять действия по обеспечению безопасности. Существует и страх отвержения близкими.

Отрицание серьезности или вообще существования проблемы. Сложившаяся ситуация не осознается или представ-

ляется нереальной. В беседе следует принимать важность потребности абонента в этой психологической защите.

Потрясение отсутствием или неприемлемостью альтернатив — выходов из ситуации. Сильные эмоциональные переживания приводят к дезорганизации поведения и дезинтеграции личности. Потрясение усиливается необходимостью резких изменений в обыденной жизни: смены места жительства, 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.

Беспомощность, вызванная неудачными попытками сопротивления, столкновением с равнодушием или враждебностью окружения и общества. Ее преодоление способствует осознанию реальности разрешения ситуации, которое послужит внесению в жизнь новых перемен.

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

Чувство вины появляется как расплата за заблуждения, неправильное поведение или уход от значимых отношений. Вину бессмысленно отрицать — важнее, что ее переживание указывает на те явления, которые зависят от собеседника, а потому могут быть изменены при его желании.

Недоверие возникает в силу того, что консультант относится к числу посторонних, от которых продолжает исходить опасность. Поскольку недоверие является реальным, нелишне выслушать и принять выражение недовольства и разочарования.

Депрессия, проявляющаяся в чувстве малозначимости и неспособности к действиям, часто поддерживаемая окружением. Ее преодоление возможно путем принятия чувств, приобретения самоконтроля и активного участия в жизни.

Амбивалентность обусловлена проблемностью социальной и сексуальной ролей как у абонента, так и у значимых лиц из окружения, а также необходимостью принимать решения об изменении стереотипов жизни. Немаловажно, признав право собеседника на двойственность

эмоций, дать возможность их открытого проявления (Мохозиков, 1999).

Если обращение за помощью произошло сразу после насилия, жертве необходимо дать юридическую информацию о том, куда она может обратиться за помощью, но такая информация должна даваться только после установления доверия. Как правило, следует подсказать возможность обращения в милицию, а также за медицинской (гинекологической) помощью.

На восстановление контроля у жертвы насилия, на переживание ситуации может уйти длительное время — недели, месяцы, иногда годы. В последнем случае необходим переход от консультативной практики к психотерапевтической.

6.3. Домашнее (семейное) насилие

Домашнее, бытовое насилие или насилие в семье включает в себя физические, психические, эмоциональные и сексуальные оскорбления. Оно распространяется не только на замужние пары, но и на сожителей, любовников, бывших супругов, родителей и детей. Не ограничивается такого рода насилие и гетеросексуальными отношениями.

Физическое оскорбление (или оскорбление действием) — это преступление, которое не вызывает сомнения.

Труднее для женщины идентифицировать эмоциональное оскорбление, поскольку оно не оставляет синяков на теле, хотя и может быть очень разрушительным, западает в душу.

Любая женщина может испытать насилие, оно не является исключительной принадлежностью какого-либо класса, расы, религии или уровня образования. Иногда женщина, выросшая в семье, где насилие являлось делом обычным, считает его частью семейной жизни. Нередко избитая мужем женщина стыдится признаться в этом из-за страха быть осужденной или отвергнутой друзьями или семьей, или подвергнуться нападкам со стороны партнера. Часто ей просто не верят.

Существует ряд мифов о семейном насилии:

Миф 1: Оскорбление женщин имеет место преимущественно в низших слоях общества и среди национальных меньшинств.

Факт: Избиение жен широко распространено и имеет место во всех социо-экономических группах. Важно помнить, что женщины, принадлежащие к средней и высшей сфере общества, стараются не разглашать своих проблем. Эти женщины также могут бояться социальных трудностей и не желать нанести вред карьере мужа. Многие считают, что уважение, которым пользуются их мужья в обществе, может поставить под сомнение правдоподобность историй об избиении. С другой стороны, бедные женщины за помощью могут обратиться только в полицию (милицию) и общественные учреждения; поэтому их проблемы более на виду.

Миф 2: Оскорбленные женщины — мазохистки и сумасшедшие.

Факт: Вряд ли кто-нибудь получает удовольствие от избиений или оскорблений. Женщины не разрывают приносящих им страдания взаимоотношений в основном из-за экономической зависимости от своего партнера, поскольку стыдятся рассказать кому-нибудь о том, что им некуда обратиться за помощью, или потому что боятся возмездия в ответ на свои действия. Иногда общество, семья и церковь склоняют ее остаться. Поведение, обусловленное стремлением выжить, часто неправильно истолковывается как сумасшествие.

Миф 3: Насилие напрямую связано с алкоголизмом: только пьющие мужчины избивают своих жен.

Факт: Треть мужчин, совершающих насилие, не пьет вообще; многие сталкиваются с проблемой алкоголизма, но издеваются над своими женами как пьяные, так и трезвые. И только немногие почти всегда пьяны. Алкоголь снимает запреты и делает для некоторых мужчин избиение допустимым и оправданным.

Миф 4: Женщины сами умышленно провоцируют своих истязателей.

Факт: Общество, не желающее приписывать вину совершающему насилие мужчине, вместо этого выбирает рациональный подход и даже оправдание насилия, изображая жертву ворчливой и ноющей женщиной, избиваемой своим мужем, который использует любую незначительную фрустрацию или раздражение в качестве оправдания своих действий. По данным исследования, проведенного в США, 95% женщин не могли предвидеть нападение. Ни одна не заслужила быть избитой.

Таким образом, мифы расходятся с реальными фактами. Любой мужчина, независимо от того, является ли он алкоголиком, наркоманом, психопатом или нет, может быть насильником. В действительности многие из них хорошо контролируют себя, имеют престижную работу, активны в обществе, имеют много друзей (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

Причины семейного насилия

Насилие в семье имеет несколько причин. Право мужчины контролировать поведение своей жены и подвергать ее телесным наказаниям за неподобающее, с точки зрения мужчины, поведение, сложилось исторически. Хотя юридического права мужчин наказывать своих жен и относиться к ним как к своей собственности больше не существует, о социальных правах женщин еще спорят.

Направленное против женщин насилие подспудно одобряется, над ним подшучивают, и выглядит оно не столь значительным. Происходящее изнасилование, сексуальные домогательства, отражаемые в средствах массовой информации, поддерживают мнение о том, что женщина может быть легкой мишенью для унижения.

Стрессы, насилие, сопровождавшее жизнь многих поколений, и(или) психопатология — дополнительные факторы, связанные с оскорблением женщины. В любых взаимоотношениях они могут вызвать напряжение; но сами

по себе вряд ли вызовут насилие, которое является отдельной проблемой.

К сожалению, конфликты в семье — явление не редкое. Они могут выражать качественные изменения, которые должны были произойти и которых ждали, но могут являться и знаком патологии в семье. Семья существует в определенном «жизненном» цикле, так что конфликты отчасти стимулируют ее саморазвитие, способствуют достижению согласия, но и способны вызвать нестабильность, разлад. Субъективное восприятие ситуации как конфликтной — необходимое условие возникновения конфликта. Так, конфликт может быть своего рода реакцией на прошлое. Например, в прошлом произошло нечто, с чем человек не может согласиться «пост-фактум». Конфликт может быть вызван отдаленной целью. При этом участник конфликта практически никогда не говорит, что хочет «нанести удар» другому, обидеть его, причинить ему боль, навязать свой образ жизни и т.д. На самом же деле, именно это бывает нередко главной целью и важным становится не сам предмет конфликта, а именно достижение определенного состояния противника.

Конфликт, приводящий к насилию, используя термин Л.Козера, можно назвать «нереалистичным». Он возникает из агрессивных импульсов, ищущих выхода вне зависимости от объекта. Конфликты не имеют функциональных альтернатив в смысле средств, поскольку они не направлены на достижение конкретного результата. Их суть — выражение агрессивных импульсов.

Агрессия — это действия, которые причиняют или имеют целью причинение ущерба другому человеку, группе людей или животному, а агрессивность — это готовность к действиям в отношении другого, которая обеспечивает готовность личности воспринимать и интерпретировать поведение другого соответствующим образом. Современная цивилизация не только не подавляет, но и, напротив, стимулирует проявление агрессии и культивирует насилие.

Агрессия могла эволюционно закрепиться как целесообразный инстинкт выживания, как защита от внешних угрожающих воздействий. Однако если исходить не только из эволюционного закрепления агрессивности, но и из непрерывного эволюционного отбора особо агрессивных индивидов, то вполне логичным следствием становится представление о спонтанной природе агрессивности современного человека. Однако все свойства человека для своего полного проявления нуждаются во внешних стимуляторах.

Достоверно установлено, что жестокое обращение с ребенком в семье ведет не только к проявлению им агрессивного поведения по отношению к другим детям в том же возрасте, но и к насилию и жестокости во взрослой жизни, превращая физическую агрессию в жизненный стиль личности. «Больное» агрессивией общество заражает ею и молодое поколение.

Опираясь на представления Б. Г. Ананьева, можно выделить индивидуальный, субъективно-деятельностный и личностный уровень агрессии.

Индивидуальный уровень агрессии связывается с природной основой человека и состоит в защите себя, потомства, имущества.

Субъективно-деятельностный уровень проявляется в привычном стиле поведения и связан со стремлением к достижению успеха, цели, с ответной реакцией на угрозу.

Личностный уровень сопряжен с мотивационной сферой, самосознанием, и проявляется в предпочтении насильственных средств для реализации своих целей.

Насилие и жестокость порождены прошлым, настоящим и будущим. Часто жестокость обусловлена не только эмоционально — это и интеллектуальная несостоятельность, фанатизм. Жестокость порождает жестокость.

Любовь и ненависть, помощь и агрессия — полярны. По мнению Фрейда, существуют инстинктивные основы человеческого стремления к разрушению, которым можно лишь придать безобидные формы разрядки. Агрессия — это следствие возникновения препятствий на пути человека или же невозможности достижения цели, к которой он стремится.

«Агрессия — это нереализованная сексуальная энергия». Если человек не дает своей сексуальной энергии течь свободно, а подавляет ее, она все равно находит выход, но часто через самые неожиданные формы. Одна из них — агрессия. Поведение такого человека варьирует от причинения физической боли, избиения, до унижения или достижения полного послушания другого каким-либо способом. Психологи утверждают, что выраженные компоненты агрессивности присутствуют в эротических фантазиях, а отчасти и в сексуальном поведении мужчин. В четверти случаев агрессия вызывается воздействием насилия и порнографии с экранов телевизоров.

История человеческой культуры показывает, что жестокость и половые влечения связаны самым тесным образом.

В любви участвуют двое и каждый хочет властвовать над другим, а другой добровольно или нет принимает на себя это бремя.

Наиболее часты формы мазохистских проявлений¹².

Чувство собственной неполноценности, беспомощности сопровождает их. Миф о «мазохизме», гласящий, что женщине нравится унижение, потому-то она и терпит — достаточно распространен. Но судя по социологическим исследованиям, лишь однажды в кризисный центр обратилась дама, которая считала себя мазохистской, остальные же клиентки (больше 6000) говорили о боли, унижении, страхе, но ни одна не говорила об удовольствии, которое все это якобы доставляет.

То же и садизм¹³: к примеру, мужчина издевается над любящей его женой, когда же ее терпению приходит конец и она его покидает, он впадает в отчаяние, умоляет ее остаться, уверяет в любви и говорит, что не может без нее жить. Как правило, жена остается. Что же касается любви, то утверждение садиста — это правда, он действительно не может прожить без своего объекта унижений.

¹² *Мазохизм* — это половое извращение, при котором человеку необходимо испытывать физическую боль или моральное унижение, причиняемое партнером, чтобы получить сексуальное удовлетворение.

¹³ *Садизм* — это половое извращение, при котором для достижения сексуального удовлетворения необходимо причинение партнеру боли, страдания.

Говоря «эбьюз», обычно подозревают дурное обращение с детьми и прежде всего речь идет о сексуальном насилии, где под насильниками подразумеваются самые обыкновенные люди, чаще всего родственники: отец, мать, отчим, брат.

Впервые эта проблема стала открыто обсуждаться на Западе. Например, в докладе одной из немецких журналисток говорится, что скрытое анкетирование студенток Гамбургского университета показало, что 25% опрошенных в детстве подвергались эбьюзу. Американская статистика утверждает: в биографии каждой третьей молодой женщины сегодня фигурирует пережитый в детстве эбьюз.

Во всех культурах инцестовые отношения были связаны с самым строгим табу. Однако этот запрет имеет скорее психологическое, чем генетическое обоснование. Исследования показали, что риск генетических уродств и наследственных заболеваний при близкородственном скрещивании не настолько высок, чтобы вызвать столь жесткое преследование.

Контактному насилию в возрасте до 14 лет подвергаются 20—30 % девочек и 10 % мальчиков. В 45 % случаев насильниками являются родственники, в 30 % — более дальние знакомые. Как правило, в 90 % случаев агрессорами являются мужчины.

Вовсе необязательно насилие осуществляется алкоголиками, нередко насильниками оказываются вполне благопристойные люди. Как правило, насилие сопровождается сильной агрессией и ведет к тяжелым психологическим и физическим последствиям. В сборнике «Сексуальные злоупотребления в семье» Анна Пик и Джефор Линдсей попытались определить причины насилия.

1. Характер сексуальных и иных отношений между матерью и отцом.

Отец может быть пристрастен к алкоголю и склонен к физическому насилию. Роль матери в семье пассивна. Члены таких семей редко касаются друг друга, отсутствует обычная привязанность и взаимное доверие — это семьи без настоящей любви.

2. Сексуальная неудовлетворенность мужчин.

Редко кто из отцов, вступающих в отношения с дочерью, страдает психическими расстройствами и патологическим влечением. Отчетливо прослеживается увеличение подобных случаев по мере взросления дочери.

Естественная взаимная привязанность дочери и отца, обусловленная и эмоциональной близостью, может перерасти в близость интимную. Во многих случаях девочке здесь принадлежит роль не только жертвы: за этим может стоять взаимное согласие, «провокация» или «соблазн».

Кризисные службы считают, что вы можете стать *жертвой насилия*, если:

- испуганы вспыльчивостью своего партнера;
- часто уступаете, т.к. опасаетесь оскорбить чувства своего партнера или боитесь его гнева;
- испытываете желание «спасти» своего партнера, когда он попал в неприятность;
- оправдываете или извиняете плохое обращение с вами вашего партнера перед собой и другими;
- ваш партнер бьет, толкает, пихает вас, когда он раздражен или злится;
- вы принимаете решения, касающиеся ваших действий или друзей, в зависимости от желания или реакции вашего партнера;
- (в некоторых случаях) вас бранят как ребенка или вы видите, как оскорбляют вашу мать.

Что указывает на склонность к насилию?

Многие женщины интересуются, можно ли определить склонность к физическому оскорблению по характеру их избранников. Ниже мы приводим перечень черт характеров, которые были выявлены у мужчин, избивавших своих подруг или жен; четыре последние характеристики указывают на почти стопроцентную принадлежность их обладателя к числу сторонников насилия. Если мужчина обнаруживает несколько черт характера из указанных (три или четыре), то вероятность физического насилия достаточно высока — чем богаче набор этих характеристик, тем выше вероятность насилия. В некоторых случаях он может иметь всего пару характерных черт, узнаваемых для жен-

щины, но они будут раздуты до невероятных пределов (например, чрезмерная ревность, доходящая до абсурда). Поначалу мужчина будет пытаться объяснить свое поведение как проявление любви и заботы, и женщине это может льстить; с течением времени поведение становится более жестоким и направлено на угнетение женщины.

Ревность. В самом начале взаимоотношений мужчина всегда говорит, что его ревность — это знак любви. Ревность, однако, не имеет ничего общего с любовью, это — признак незащищенности и собственничества. Он будет спрашивать женщину, с кем она разговаривает по телефону, обвинять ее во флирте, злиться, когда она проводит время в кругу семьи, с друзьями или детьми. По мере нарастания ревности он будет часто звонить ей в течение дня, неожиданно появляться дома. Он может выступать против того, чтобы она работала, из-за страха, что она познакомится на работе с другим мужчиной, или даже может обнаруживать странности в поведении, например, расспрашивать о ней своих друзей.

Контроль. Поначалу мужчина будет говорить, что такое поведение объясняется его заботой о ее безопасности, о разумном времяпрепровождении или о необходимости принятия правильных решений. Он будет сердиться, если женщина «поздно» вернулась домой после похода по магазинам или деловой встречи. Он будет подробно расспрашивать ее о том, где она была, с кем разговаривала. По мере усугубления такого поведения, он может не позволять женщине принимать самостоятельные решения по ведению хозяйства, ее гардеробу и т.п. Он может прятать деньги или даже заставлять ее спрашивать разрешения выйти из комнаты или дома.

Быстрая связь. Многие женщины, впоследствии подвергшиеся избиению, встречались или были знакомы со своими будущими мужьями или сожителями менее чем шесть месяцев. Он налетает как вихрь, заявляя о «любви с первого взгляда», и льстит женщине, говоря: «Ты единственная, кому бы я мог это сказать»; «Я никого до сих пор не любил так, как тебя». Он отчаянно нуждается в

ком-либо и будет принуждать женщину вступить с ним в интимные отношения.

Нереальные ожидания. Он очень зависим от женщины с точки зрения удовлетворения своих потребностей; он надеется, что она будет превосходной женой, матерью, любовницей, другом. Он будет говорить, например, такое: «Если ты меня любишь, то я — все, что нужно тебе, а ты — все, что нужно мне». Предполагается, что она заботится о его эмоциональном состоянии и обо всем в доме.

Обвинение в своих проблемах других людей. При возникновении той или иной проблемы всегда найдется кто-то в этом виновный, заставивший его поступать неправильно. Он может обвинять женщину во всех своих неудачах и ошибках, говоря, что она раздражает его, отвлекает от мысли и мешает выполнять работу. А затем она окажется виновата во всем, что происходит не так, как ему хотелось бы.

Обвинение других за испытываемые им чувства. Утверждая: «Ты делаешь меня сумасшедшим», «Ты оскорбляешь меня, поступая не так, как я прошу», «Ты меня раздражаешь», — он осознает свои мысли и чувства, но использует их при этом для манипуляции женщиной.

Гиперчувствительность. Легко ранимый, он будет говорить о своих «оскорбленных» чувствах, когда в действительности он сумасброден, или рассматривать малейшую неудачу как результат козней, направленных против него. Он будет напыщенно и с энтузиазмом говорить о несправедливости к нему, несправедливости, которая на деле является неотъемлемой частью нашей жизни — это может быть просьба о работе во внеурочное время, наложение штрафа, обращение за помощью в работе по дому.

Грубость по отношению к животным или детям. Этот мужчина жестоко наказывает животных или бесчувствен к их страданиям или боли; он может считать, что ребенок в состоянии исполнить нечто, далеко выходящее за пределы его возможностей (наказание двухлетнего за то, что тот намочил пеленку) или дразнить детей, младших брата или сестру, доводя их до слез (60 % мужчин, избивающих своих жен, бьют также и своих детей). Он

может требовать, чтобы дети не ели вместе с ним за столом или сидели в своей комнате, пока он дома.

«Игривое» применение силы в сексе. Ему может нравиться разыгрывание в сексе всевозможных фантазий, где женщина совершенно беспомощна. Он дает ей понять, что идея «изнасилования» возбуждает его. Он может использовать злость и раздражение для манипуляции женщиной с целью добиться разрешения на секс. Или он может заняться сексом в то время, когда женщина еще спит или требовать от нее секса, когда та устала или больна.

Оскорбление словом. Кроме того, что сами по себе слова могут иметь грубый и оскорбительный смысл, произнесенные в адрес женщины, они унижают ее, оскорбляют, уничтожая все ее достоинства. Мужчина может говорить ей, что она глупа и не сможет ничего сделать без него. День может начинаться и заканчиваться такими вербальными оскорблениями.

Ригидные сексуальные роли. Мужчина ждет, что женщина будет угождать ему; он будет говорить, что она должна оставаться дома, подчиняться ему во всем — даже если это касается преступных действий. Он хочет видеть женщину подчиненной мужчине, более глупой, не способной быть целостной личностью.

*Д-р Джекил и м-р Хайд*¹⁴. Многих женщин приводит в недоумение «внезапное» изменение настроения их партнеров — вот он милый и добрый, а в следующую минуту взрывается гневом, или — искрится счастьем, и тут же печален. Это не говорит о наличии особых «психических проблем» или о том, что он «сумасшедший». Вспыльчивость и резкое изменение настроения характерны для мужчин, избивающих своих партнеров.

Случаи избияния в прошлом. Мужчина может говорить, что бил женщин и прежде, но это они вынуждали его так поступать. Об этом можно услышать от родственников

¹⁴ Персонаж рассказа Р.Л.Стивенсона «Странная история доктора Джекила и мистера Хайда», в которой доктор Джекил открыл средство, позволяющее ему превращаться в порочную, жестокую личность по имени мистер Хайд.

или бывшей жены. Такой мужчина будет бить любую женщину, находящуюся рядом с ним, ситуационные обстоятельства в данном случае ничего не меняют.

Угроза насилия. Сюда относится любая угроза применения физической силы, означающая контроль за поведением женщины. «Я тебя убью»; «Я сломаю тебе шею». И хотя большая часть мужчин не угрожают своим супругам, насильники будут пытаться оправдать свое поведение, утверждая, что «Все так говорят».

Битье посуды, разрушение предметов. Такое поведение может иметь целью наказать женщину (например, сломав ее любимую вещь), но гораздо чаще мужчине необходимо терроризировать женщину, чтобы держать ее в повиновении. Он может разбить тарелку кулаком или бросить в женщину чем попало. И опять-таки — это примечательное поведение: только действительно незрелые люди бьют посуду (или что-либо иное) в присутствии других людей с целью пригрозить им.

Применение силы в качестве аргумента. Мужчина держит женщину в подчинении, силой заставляет ее выйти из комнаты, толкает и пинает ее и т.п. Кроме того, часть мужчин всячески стараются изолировать женщину, например, запретить ей работать, дружить с кем бы то ни было и т.п.

Циклы насилия

Теория цикличности насилия, основателем которой является доктор Л.Уолкер, включает три определенные стадии, повторяющиеся на протяжении разрушительных и разрушающихся взаимоотношений. Длительность каждой стадии и их периодичность варьируются в каждом отдельном случае. Паттерны цикла насилия различны, но всегда повторяются, наращивая силу и частоту.

Во время первой фазы, или стадии **нарастания напряжения**, происходят незначительные случаи побоев и эскалация напряженности между партнерами. Пострадавшие выходят из такой ситуации различными путями: они могут отрицать наличие самого факта избиения или сводить к минимуму значимость насилия («Могло бы быть хуже, это всего лишь синяк»). Не раз внешние факторы могут

балансируют на грани перехода к следующей стадии. Жертвы насилия идут на все, чтобы контролировать эти факторы — оправдывая жестокость и даже защищая такое поведение членов семьи и других людей.

Вторая фаза характеризуется случаями *сильного избиения*. К концу первой стадии теряется всякий контроль над процессом. Здесь уже не избежать сильного избиения. Нападающий не способен управлять своим деструктивным поведением, что служит началом яростных, жестоких событий. Основное отличие между первой и второй стадиями заключается в осознании обеими сторонами выхода ситуации *из-под контроля*. Только один человек может положить конец насилию — сам нападающий. Поведение пострадавшего на этой стадии ничего не меняет.

Третья стадия, *медовый месяц*, несет с собой период необычайного покоя и любви, внимания и даже, в некоторых случаях, покаяния. Жестокость сменяется подарками, хорошими манерами, обещаниями, что насилие никогда больше не повторится, мольбами о прощении. Жертве хочется верить, что с кошмарами будет покончено навсегда. Во время этого периода партнеры отмечают вновь вспыхнувшее между ними искреннее чувство любви. Однако, поскольку это взаимоотношение деструктивно, стадия медового месяца заканчивается, переходя к началу фазы нарастания напряжения в новом цикле насилия.

6.4. Консультирование по вопросу семейного насилия

Зарубежные консультативные службы, работающие с проблемами насилия в семье, приводят следующие рекомендации для консультантов:

Дайте жертве насилия возможность рассказать свою историю: пусть она знает, что вы верите ей и хотите выслушать ее.

Помогите ей осознать свои чувства: поддержите ее право быть разгневанной, не отрицайте ни одно из ее чувств.

Будьте чувствительны к различиям между женщинами, принадлежащими к разным расам, культурам и классам: хотя между всеми женщинами есть сходство, ни одна из них не является стереотипом, у каждой свой жизненный опыт.

Уважайте культурные ценности и верования, оказывающие влияние на ее поведение: не забывайте, что эти представления в прошлом могли быть для нее источником спокойствия и уверенности, и их важность не должна снижаться.

Осознавайте различие между сельской и городской женщиной: необходимо помнить о физической изоляции и культурных ценностях сельской жительницы.

Знайте, что она не нуждается в спасении: помогите ей оценить ее собственные ресурсы и систему поддержки.

Помните, что она находится в состоянии кризиса, который снижает ее собственные защитные свойства, помогающие ей справиться с любой проблемой. Помогите ей вновь обрести силу и эмоциональный настрой, и она примет свое собственное решение.

Большое значение придается также собственным чувствам и реакциям консультанта. В связи с этим консультанту даются следующие рекомендации.

Осознайте ваши собственные позиции, переживания и реакции в ответ на насилие: вспомните, какую роль насилие сыграло в вашей жизни.

Отдавайте себе отчет в том, что вы ограничены временем и в возможностях проявления эмоций: будьте хорошо осведомлены о работе и наличии полицейских (милиецких) участков и прочих служб с тем, чтобы не быть голословным — помните, вы помогаете ей определить проблему, но не решить ее.

Остерегайтесь удовлетворять свою собственную потребность быть экспертом: наверное, не раз люди говорили ей, что делать — ей нужен человек, который внимательно отнесется к ней, советов она получила уже достаточно.

Осознавайте свои культурные приверженности, верования и предубеждения, когда консультируете женщину другой культуры, расы и класса. Не забывайте, что у консультируемой тоже могут быть предубеждения против вас.

Не ставьте диагноз! Сделайте акцент на решении конкретной проблемы и эмоциональной поддержке, но не на субъективной интерпретации поведения.

Не выражайте разочарования, если женщина решает вернуться к прежним взаимоотношениям: будьте откровенны и объясните свои опасения, но дайте ей знать, что она всегда сможет обратиться к вам и вы позаботитесь о ней.

Помните! Возможно, вы первый в ее жизни человек, который проявил уважение и оказал поддержку именно в тот момент, когда она больше всего в этом нуждалась. Взамен вы получите признательность и удовлетворение от мысли, что можете быть кому-то полезны!

Помимо очного консультирования или психотерапии в помощи жертвам насилия могут активно участвовать телефонные службы. Установки разных центров по отношению к помощи лицам, переживающим семейное или другое насилие, различны. Особенно это касается меры активности, проявляемой консультативной службой в прямой помощи жертве насилия. В качестве примера активной позиции приведем отдельные рекомендации американской кризисной линии:

1. Если данный звонок связан с насилием в семье (абонент скорее всего сразу скажет вам об этом), узнайте, находится ли клиент сейчас в безопасности.

2. Есть ли дети? Пол и возраст.

3. Если абоненту необходимо безопасное убежище, то вопрос первостепенной важности — его доступность. Вы можете позвонить (предварительно узнав номер абонента) в диспетчерскую службу приютов, чтобы подобрать наиболее подходящий вариант, или попросить находящегося рядом коллегу сделать это, пока вы разговариваете с клиентом, или предложить абоненту сделать это самому, сообщив ему адреса и телефоны приютов¹⁵.

4. Нуждается ли абонент в транспортировке? Служба может предоставить транспортные средства для переезда в

¹⁵ В России начинают свою работу различные кризисные центры (отделения) и приюты для детей. В частности в Перми — это центр реабилитации несовершеннолетних «Дом надежды».

безопасное место, если рядом нет и не может быть человека, совершившего насилие. Если опасность не исключена, необходимо обратиться в полицию (милицию) или же пострадавшему нужно самому перебраться в безопасное место (к друзьям, родителям, в людное место). Служба может перевезти детей и личные принадлежности, хотя не является транспортным агентством.

При консультировании женщины, пережившей насилие, очень важно понять некоторые эмоциональные моменты, с тем чтобы помочь ей осознать их, справиться с кризисом и выйти из него. Не каждая женщина переживает все эти чувства и, вероятно, список, который мы здесь приводим, далеко не полный; и не все женщины будут переживать эти чувства именно так и именно в такой степени. Важно помнить также, что эти чувства являются нормальными эмоциональными проявлениями и чаще всего не представляют собой очень глубокую или застарелую психологическую проблему.

Кризис может послужить толчком к изменению. Однако ожидания консультанта должны быть обоснованны и честны — и ни в коем случае не навязаны женщине. Вы можете помочь ей выразить чувства и прийти к некоему пониманию самой себя. Во время кризиса возникает много разных чувств. Если они не отреагированы, то могут оставаться на поверхности, препятствуя ее способности справиться с ситуацией. Будучи отреагированными, они могут привести к самоосознанию и личностному росту. Независимо от того, одноразовый ли это звонок или серия консультаций, внимание к ее индивидуальным потребностям будет способствовать более продуктивному контакту.

Итак, у жертв семейного насилия могут возникать следующие эмоции.

Бессилие/Воспитанная беспомощность

Пожалуй, самая распространенная динамика развития построенных на насилии взаимоотношений состоит в том, что мужчина утверждает свою безраздельную власть и закрепляет полное бессилие женщины. Чем более успешен он в этом, тем ниже ее самооценка, и она более уязвима в

условиях выученной беспомощности, где, как она чувствует, она не контролирует свою жизнь или происходящие в этой жизни события. Бессилие, которое женщина переживает во взаимоотношениях с этим мужчиной, может еще больше вредить ее способности действовать, принимая формы незащищенности, пассивности, нежелания что-либо предпринимать и т.д. Вы можете укрепить веру женщины в то, что она в состоянии самостоятельно управлять своей жизнью, а это очень ценно для нее. Возможно, вы единственный человек, который поверил в нее, и важно сообщить это именно в тот момент, когда жертва не владеет собой. Поддержите ее в момент принятия решения и выразите уверенность в ее способности это сделать. Отследите ее сильные стороны и положительные качества. Предложите ей составить список позитивных утверждений о себе. Когда она опять будет недооценивать себя, будет полезно перечитать его.

Страх

Страх может быть включен в различный контекст. Некоторые боятся, как они считают, неоспоримого могущества своего партнера — в его власти принимать за женщину решения, никуда не отпускать ее, она полностью от него зависима. Такое положение тесно связано с динамикой силы. Очень полезными приемами в снижении и рассеивании ее страхов являются следующие: выставьте перед ней реальные препятствия и, проговаривая ее вероятные страхи, помогите ей осознать их и перешагнуть через них.

Некоторые женщины боятся начать новую самостоятельную жизнь, а также всего неизвестного, что она за собой влечет, или начинают бояться различных жизненных ситуаций, например, одной ездить в автобусе, устроиться на работу и др. Вы также можете помочь ей в проживании этих страхов.

Раздражение

Раздражение может изливаться в нескольких направлениях. Раздражение из-за того, что с ней происходит, гнев на него, гнев на себя, из-за того, что «допустила» такое.

Сюда относятся и эмоции, которые женщина, наиболее вероятно, сдерживает в себе — не раз ее попытки высказать свое раздражение могли послужить «причиной» насилия. Консультант может оказать женщине помощь в понимании того, что раздражение неизбежно и содержит в себе зачатки душевного здоровья, а также в поисках путей его выражения, наиболее приемлемого для нее. Вот некоторые способы: поговорить о чувствах, составить гневное письмо своему партнеру, побить подушку, а еще — ролевая игра, крик, плач, встряска. Понимание раздражения может послужить толчком к началу позитивных действий.

Вина

Чувство вины подобно глубоко запрятанному раздражению. Поняв, что она не виновата, женщина начнет чувствовать, осознавать и выражать это раздражение соответствующим образом. Женщина может чувствовать вину из-за того, что не смогла «сохранить мир», поддержать гармонию в семье, в достаточной мере «угодить своему партнеру» — все это мифы об ответственности, которую общество якобы наложило на женщину, вступившую в определенные взаимоотношения. Она может винить себя за нападки своего партнера, поскольку тоже теряет самообладание, что-нибудь разбивает и т.д. Суть поддержки, которую мы можем оказать такой женщине, состоит в том, что все мы ответственны за наши *собственные* поступки, она может взять на себя ответственность и раскаяться в своих действиях, если захочет, но это не дает ему повод оскорблять ее. Помогите ей вспомнить все то положительное, что она предпринимала для предотвращения насилия или во время него, это облегчит ее чувство вины. Недостаточно просто сказать о том, что ее вины не было, хотя, конечно, с этого стоит начать.

Смущение/стыд

Женщины очень часто переживают трудные минуты в своей жизни, когда пытаются осмыслить происходящее и идентифицировать себя как «избиваемую». Для некоторых принять это равносильно признанию в том, что они выбирают такую судьбу. Это не так, и вы можете по-

мочь женщине выбраться из этой паутины и идти дальше. Однако важно понять, что для женщины не самое главное навешивать на себя ярлык «избиваемая» с тем, чтобы изменить свою жизнь.

Женщины нередко стыдятся того, как они живут. Ваша способность поделиться с ней пониманием и дать ей знать, что то, что она сделала — наилучший способ совладать с ситуацией, придаст ей силы перешагнуть через этот стыд.

Сомнения по поводу здравомыслия

«Ты сумасшедшая», — это стандартная фраза и уловка, используемая мужчиной. Вполне возможно, что женщины, долгое время терпящие насилие, начнут беспокоиться о состоянии своей психики, желая узнать, прав ли он; когда она обращается за помощью в соответствующие медицинские учреждения, ей ставят диагнозы и начинают лечить симптомы, не узнав основных, подспудных причин насилия, а это только укрепляет миф. Избиваемые женщины не сумасшедшие, и если мы сможем разрушить прочно засевшую в их головах мысль о том, что они — единственные, с кем это происходит, то сможем помочь им снова поверить в нормальность своей психики.

Утрата/любовь

Вовсе не обязательно, что женщина, подвергшаяся насилию, утрачивает чувство сострадания и любви. Неугасшая любовь может повлиять на решение женщины остаться в семье. Если же она сочтет нужным прервать взаимоотношения, то, помня о прошлых чувствах, будет по меньшей мере переживать утрату. Эти чувства восстановят в памяти то прекрасное время, когда партнеры любили друг друга. Существует ощущение потери, когда взаимоотношения заканчиваются, чувство утраты любви, которая была. Ощущение единства с мужчиной, даже если он оказался плохим, — это неотъемлемая часть женской идентификации. Эти моменты могут быть самыми вызывающими и фрустрирующими для женщины и ее консультанта, потому что это — битва сердца и ума, эмоций и смысла. Не забывайте, что женщина имеет право

на все свои чувства — не имеет значения, сколь рационально они могут выглядеть — и вы берете на себя ответственность помочь ей пережить и понять их, чтобы дальше она могла оперировать ими.

Оцепенение/амбивалентность

Пожалуй, основные изменения, которые кризис может вызвать в женщине — это чувство нереальности, особенно в начальной стадии. Поэтому неплохо бы дать женщине возможность отдохнуть и освободиться от внутренней травмы, это поможет ей двигаться вперед. Она может выключить все эмоции, защищаясь от дальнейших страданий, даже не пытаться что-либо изменить. Помогите ей первоначально довести до конца небольшое задание; это и будет отправной точкой для работы с наметившимся противоречием.

Эмоциональная/экономическая зависимость

Идентичность многих женщин растворяется в их партнерах или взаимоотношениях. Поэтому очень важно поддержать женщину в понимании того, что она может сама зарабатывать на жизнь, или получить временную работу, или пойти прогуляться в солнечный денек по парку одна без партнера — это начало независимости. Вы даже можете развеять миф, говорящий: «Если он не может найти работу и обеспечить семью, то как я смогу это сделать?».

Изоляция

Изоляция — главный аспект большинства взаимоотношений, построенных на насилии. Поэтому наличие такого места (например, кризисный центр), где бы женщина имела возможность высказаться и разделить свои чувства и переживания с консультантом и с другими женщинами, неопределимо в разрушении мифа о том, что она единственная женщина в мире, перенесшая насилие. Установление дружеских отношений и поддержка сообщества способны сделать многое для оскорбленной женщины, независимо от того, решила ли она вернуться или уйти от своего партнера.

Фрустрация

Боязнь неудачи и недостаточная уверенность в себе легко могут привести женщину в состояние фрустрации, а

достигнутый ею прогресс — поставить в тупик. Она может не иметь реального представления о своих целях, считая, что либо все само собой получится — «как в сказке», либо что достичь их невозможно. Эта дорожка может привести ее либо к фрустрации, либо к ощущению провала. Задача консультанта помочь ей постепенно, шаг за шагом установить реальные цели, с тем чтобы свести фрустрацию к минимуму.

Фрустрация может быть связана с необходимостью обращения в такие службы, как суд, полиция (милиция), благотворительные организации. Консультанты сами могут обратиться к ним или рассеять некоторые заблуждения в отношении этих служб, часто встречающиеся у жертв семейного насилия, чтобы женщина могла самостоятельно руководить необходимыми процедурами по оказанию ей помощи.

Родительские заботы

Насилие в семье выключает из поля зрения матери потребности детей, заставляя сконцентрироваться в основном на проблеме выживания; ее могут не допускать к детям или не позволять высказать им свою любовь. Она может признаться им в своем отчаянии; дети могут явиться предметом нападков со стороны мужчины — все это причины, почему дети очень часто страдают в подобных ситуациях. От многих перечисленных выше эмоциональных моментов зависит, как мать будет взаимодействовать с детьми и как поведут себя дети.

Таким образом, семейное насилие является более сложной и многогранной проблемой, чем насилие социальное. Психологу-консультанту приходится работать не только с фактами самого насилия, но и с «вторичными» составляющими: чувствами, реальной социальной и экономической ситуацией и т.п. Именно поэтому помощь жертвам семейного насилия должна быть комплексной, часто включающей в себя социально-правовую поддержку и социальную работу.

Вопросы

1. Что входит в понятия «насилие» и «семейное (домашнее) насилие»?
2. Назовите и расшифруйте 4 принципа консультативной работы с жертвами сексуального насилия.
3. Каковы типичные эмоциональные реакции жертв сексуального насилия? Сравните их с эмоциями жертв семейного насилия.
4. Кратко охарактеризуйте «корни» семейного насилия и «мифы» о семейном насилии.
5. Какими чертами обладает типичная жертва насилия?
6. Что указывает на склонность к насилию?
7. Что можно рекомендовать психологам-консультантам, работающим с жертвами насилия?

Глава 7

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРОБЛЕМАМ, СВЯЗАННЫМ С ДЕТЬМИ

7.1. Общие принципы работы с родителями в процессе консультирования

Вопросы, связанные с консультированием по детским проблемам, рассматриваются отдельными академическими и практическими психологами с разных позиций.

Некоторые считают, что консультирование ребенка — это вполне самостоятельный раздел психологической практики. Консультируется сам ребенок, а его окружение (мамы, папы, дедушки и бабушки) играют вторичную роль.

Мы же придерживаемся иной точки зрения (*Меновщиков, 1998*). Ни о каком самостоятельном консультировании до подросткового периода и речи быть не может.

Дети, в силу личностной и физической незрелости, не способны и не должны принимать полностью самостоятельные решения в кризисных и проблемных ситуациях. Следовательно, работая с ребенком, психологи занимаются воспитанием, психодиагностикой и психокоррекцией, но никак не консультированием. Фокус же консультирования ориентирован на ближайшее взрослое окружение ребенка и прежде всего на его родителей. Получается, что психолог-консультант, работающий в детской сфере, должен быть более широким специалистом, чем его коллега, работающий со взрослыми проблемами, так как ему необходимо хорошее знание не только основ консультирования, но и психодиагностики, психокоррекции и т.д.

В процессе консультирования психолог вступает в контакт с родителями несколько раз: в ходе первичной беседы при записи, при обстоятельной беседе по поводу истории развития ребенка, при обследовании ребенка и, наконец, в процессе заключительной беседы по результатам обследования. Каждая из этих встреч имеет как общие, так и специфические задачи и особенности проведения. Свои особенности имеет и работа психолога с родителями, родственниками ребенка, учителями, воспитателями и другими близкими. Остановимся на некоторых общих принципах взаимоотношений психолога-консультанта с лицами, обратившимися по поводу ребенка.

Первой обязательной предпосылкой успешного результата консультирования является умение психолога создать доверительные, откровенные отношения с родителями (или учителями) ребенка. В основе доверительных отношений лежат безусловное уважение, признание того беспокойства, которое обратившиеся в консультацию люди испытывают в связи с ребенком. Чрезвычайно способствует установлению контакта умение консультанта показать свое отношение к родителям как к взрослым, искренне заинтересованным в устранении трудностей ребенка, глубоко знающим и понимающим его. Такое отношение несовместимо с прямой или косвенной критикой действий родителей, сомнениями в их педагогической компетентности. В литературе указывается, что эти подчас необходимые виды обратной связи уместны лишь после анализа всей совокупности сведений о ребенке, включая результаты его психодиагностического обследования, но и тогда они требуют облечения в особую форму. Что же касается первых встреч, то любой намек на неодобрение действий родителей может спровоцировать у них сильные защитные реакции и по меньшей мере закроет путь для обсуждения всех сторон проблемы (*Бурменская, Карба-нова, Лидерс, 1990*). (Так, например, в самом начале своей консультативной деятельности я встретился с мамой, обнаруживавшей сильные защитные реакции вытеснения, отрицания и рационализации при любом моем намеке на

ее вклад в развитие мутизма¹⁶ у дочери. Причем ее негативные оценки консультанта носили не прямой характер, а облекались в речь ребенка: «Она сказала про дядю-консультанта, что он ерундой занимается...» и т.п.)

Поэтому на первой и второй встречах с родителями необходимо уделить специальное внимание разъяснению возможных целей и задач консультирования. Следует учитывать, что в условиях нашей страны, где психологическая служба еще только организуется и население практически не имеет опыта получения психологической помощи, у многих родителей складываются о ней неверные представления и ожидания (недооценка объема и сложности процесса консультирования, прежде всего по времени, установка на получение готового «рецепта», рента ориентация и др.). Следовательно, на первых двух встречах с родителями чрезвычайно важно разъяснение структуры и задач консультативной работы, назначения психодиагностического обследования, формирование установки на совместный и разносторонний анализ проблем ребенка. Специальных разъяснений требует также направление ребенка на консультацию к другим специалистам (логопеду, психоневрологу и т.д.). На любом этапе консультативной работы своим заинтересованным отношением и всесторонним рассмотрением проблемы психолог должен стремиться освобождать родителей от тяжелых чувств, стимулировать их внимание к позитивным сторонам проблемы и активный поиск возможных ее решений.

Необходимо предупреждать родителей о трудностях, осложнениях и препятствиях в процессе проведения коррекционной программы. Недопустимо, чтобы у них сложилось представление о легком разрешении проблем, так как подобная установка может привести лишь к преждевременному и неоправданному разочарованию в возможностях психологической помощи. Психолог должен также предупредить возможность возникновения у родителей (и равным образом у учителей) ожидания немедленных результатов. Очень важно, чтобы, ориентируясь на достиже-

¹⁶ *Мутизм* — молчание, отсутствие ответов на вопросы.

ние желаемого результата, психолог не внушал бы в то же время неоправданных ожиданий, которые могут принести, в конечном счете, лишь чувство обманутых надежд. В обязанности психолога входит повторное консультирование родителей или учителей по мере необходимости. Нередко практикуются многократные встречи и длительная психотерапевтическая работа. Беседа, проводимая психологом по итогам всестороннего изучения случая, преследует несколько целей: 1) подробное обсуждение общего состояния психического развития ребенка, а также характера, степени и причин выявленных трудностей, условно-вариантного прогноза; 2) совместная разработка системы конкретных мер помощи или специальной коррекционной программы; 3) обсуждение проблем родителей, их отношения к трудностям ребенка; 4) планирование последующих встреч (в случае необходимости) (Бурменская, Карабанова, Лидерс, 1990).

Ряд американских авторов выделяют в заключительной беседе консультанта с родителями *четыре основных этапа* и предлагают следующие рекомендации по ее проведению. Желательно вести беседу одновременно с обоими родителями, так как это помогает получить более объективную и разностороннюю картину жизни ребенка и, кроме того, позволяет родителям почувствовать общую ответственность за судьбу ребенка. В начале беседы нужно побудить родителей к свободному, откровенному обсуждению проблем ребенка, выяснению интересующих их вопросов. Необходимо также выяснить их представления о причинах трудностей ребенка и средствах их разрешения, помощи, их мнение о том, какие цели можно ставить перед ребенком, на какое будущее его ориентировать. На втором этапе беседы предполагается сообщение результатов психологического обследования. Конкретные данные помогают преодолеть ошибочные представления о характере и степени трудностей ребенка. Необходимо стремиться к выработке реалистического представления о трудностях ребенка. После этого (третий этап) обсуждается специальная программа действий. Наконец, в заключение беседы обсуждается

отношение родителей к проблемам ребенка и планируются последующие встречи. В процессе беседы важно проявить теплоту, понимание, уважение. Эффективность беседы, по Сарансону (см.: *Бурменская, Карабанова, Лидерс, 1990*), оценивается по тому, могут ли родители более или менее уверенно действовать на основе тех сведений и рекомендаций, которые они получили от консультанта.

7.2. Основные проблемы дошкольников

Как показывают современные исследования в области возрастной психологии, на протяжении дошкольного периода у ребенка интенсивно развиваются все психические функции, формируются сложные виды деятельности (например, игра, общение со взрослыми и сверстниками). В это же время происходит закладка общего фундамента познавательных способностей, в личностной сфере формируется иерархическая структура мотивов и потребностей, самооценка, элементы волевой регуляции поведения. Активно усваиваются нравственные формы поведения. Развитие, как правило, сопровождается определенной проблематикой, могущей стать предметом психологической консультации.

По данным Г. В. Бурменской, О. А. Карабановой и А. Г. Лидерса, наиболее многочисленную группу посетителей психологической консультации составляют родители с детьми, у которых отсутствуют какие-либо отклонения от нормального хода развития, но в то же время есть определенные трудности, связанные с их возрастными или индивидуально-психологическими особенностями.

Типичны жалобы родителей на: непослушание и упрямство детей (особенно в кризисные периоды); плохую память; невнимательность; неорганизованность поведения; медлительность; робость; неусидчивость; лень; «беззастенчивость»; лживость (за которую нередко принимают так называемую «псевдоложь», т.е. детское фантазирование); слабоволие (точнее, произвольность поведения) и др. (*Бурменская, Карабанова, Лидерс, 1990*).

Эти многообразные жалобы имеют в своей основе несколько причин, которые можно объединить в две большие группы: причины, связанные с детьми, и причины, связанные с родителями.

Причины, связанные с детьми

1. *Действительная задержка умственного или общего психического и личностного развития (инфантилизм)*. Причиной может быть ослабленное нервно-психическое или соматическое здоровье. Возможны слабовыраженные органические нарушения нервной системы: церебрастения, компенсированная гидроцефалия, остаточные симптомы родовых травм, последствия ранних инфекционных заболеваний и т.д.

Тактика: психодиагностика, психокоррекция, консультации и работа психоневролога, дефектолога, логопеда. Из диагностических процедур часто используются тесты на интеллектуальную деятельность. Более подробное их рассмотрение не входит в наши задачи и мы просто отсылаем читателя к соответствующей литературе.

2. *Формирование акцентуаций характера*. Акцентуации — своеобразные заострения характера — хорошо описаны в соответствующей литературе (Леонгард, 1989; Личко, 1977). В сочетании с неправильным типом воспитания акцентуация приводит к психопатическому развитию. Например, сочетание истероидной акцентуации с потворствующей гиперпротекцией в воспитании («кумир семьи»).

Тактика: психодиагностика, консультирование родителей, рекомендации по поводу воспитания.

3. *Ускоренное психическое развитие (общее и парциальное)*. Ребенок вдруг начинает несоответственно возрасту читать, писать, рисовать, слагать стихи и т.д. и т.п. Такие случаи являются более редкой причиной обращения за помощью к психологу-консультанту, но в практике встречаются.

Тактика: психодиагностика, индивидуальная программа занятий.

4. *Нарушения в сфере общения со сверстниками.* Практика консультирования подтверждает раннее деление на «популярных» и «непопулярных» (иначе «звезд» и «изолированных»). Особенно тяжелые последствия несет положение отвергаемого. Возникает стойкое негативное отношение к общению, пассивность, высокая тревожность, конфликтность, агрессивность поведения и др.

Тактика: консультирование воспитателей, психокоррекция.

5. *Нарушения в сфере взаимоотношений в семье (синдром единственного ребенка, конкурентные взаимоотношения с братьями или сестрами).*

Тактика: семейная терапия.

6. *Левостороннее доминирование руки или смешанная латеральность.* Показано, что у этой группы детей достоверно чаще наблюдаются различные осложнения в формировании психических функций: речи, пространственного анализа, тонкой моторики и др.

Тактика: психокоррекция, индивидуальная программа занятий.

7. *Наличие конкретной симптоматики* (страх, заикание, энурез и т.д.). Случаи появления симптоматики могут быть связаны как с конкретной единичной психотравмой (например, ребенка испугала собака), так и с характером взаимоотношений в семье (например, энурез как протестная реакция при появлении младшего брата или сестры, которым родители уделяют много внимания и т.п.).

Тактика: лечение у врача-психотерапевта, семейная терапия.

8. *Адаптация при поступлении в дошкольное учреждение, готовность к школе.* У многих детей возникают разнообразные дезадаптивные реакции — от капризного поведения до соматических симптомов типа повышения температуры или рвоты. Важно также выявить степень готовности к постижению школьной программы, развитие различных психических функций, личностно-межличностную готовность и т.д.

Тактика: психодиагностика, психокоррекция, программы подготовки.

Причины, связанные с родителями

1. *Незнание родителями возрастных норм развития. Неверные воспитательные установки и представления.* Широко распространена установка на всегда послушного ребенка и стремление добиваться постоянного превосходства своего ребенка над другими, что приводит к завышению требований, предъявляемых детям, при этом недооценивается значение личностных форм общения и игровой деятельности в развитии ребенка.

Тактика: информирование, просвещение. Но необходимо учитывать, что часто воспитательные установки отражают проблемы родителей, их личностные черты — следовательно, необходимо консультирование или психотерапия родителей.

2. *Психологические проблемы самих родителей.* Например, развод с мужем вызывает у женщины стойкие негативные чувства к нему и зачастую перенесение на сына аналогичных чувств: «Он такой же ленивый как его отец...». В качестве самодиагноза женщиной называется генетическая запрограммированность.

Тактика: консультирование родителей, семейная терапия.

3. *Личностные характеристики родителей.* Авторитарность, эгоцентризм, негибкость поведения, недостаточная зрелость, тревожность и др. часто приводят к обращениям по поводу проблем у детей. Работают механизмы проекции.

Тактика: консультирование и психотерапия родителя.

4. *Потребность в рекомендациях по поводу оптимальной нагрузки, режима дня, воспитания приемных детей и т.п.*

Тактика: информирование, просвещение.

7.3. Школьные проблемы

Наиболее часто родители излагают свою жалобу-запрос в терминах, которые можно сгруппировать вокруг одной из проблем:

1. *Плохая успеваемость.* Плохо по всем предметам, плохо с чтением, отставание по математике, и т.п.

2. *Индивидуально-личностные качества.* Ребенок характеризуется как медлительный, неорганизованный, упрямый, необщительный, драчливый, боится опоздать в школу и т.д.

3. *Особенности межличностных отношений ребенка со сверстниками и взрослыми.* У него (нее) нет друзей, задражили в школе, бьют в классе, учитель предвзято относится к ребенку и т.п.

Психолог, к которому обратились за консультацией, в первую очередь должен определить для себя причину обращения. Часто в основе школьных неудач может лежать какая-либо форма психогенной школьной дезадаптации. Обычно выделяют четыре таких формы:

Первая — несформированность элементов и навыков учебной деятельности.

Вторая — несформированность мотивации учения.

Третья — неспособность произвольной регуляции поведения, внимания, учебной деятельности.

Четвертая — неумение приспособиться к темпу школьной жизни.

Работа по поводу неуспеваемости объединяет методы психодиагностики, консультирования и последующей психокоррекции. Схематично она может строиться следующим образом.

Проверяется, не нарушены ли познавательные процессы (интеллект, память, внимание и т.д.).

Проверяется обучаемость (сформированность элементов учебной деятельности и т.п.).

Анализируются особенности учебной мотивации, уровень притязаний, интересы.

Проверяются учебные навыки (пробы на чтение, письмо и т.д.).

Выясняется эмоциональный компонент неуспеваемости (как ребенок относится к оценкам и т.д.).

Выясняются типичные виды помощи родителей ребенку (кто занимается с ним, как много и т.д.).

Важно также выяснить предысторию консультируемого случая (с чем сами родители связывают неуспеваемость, что явилось поводом обращения к психологу, были ли случаи обращения к врачу и т.п.).

В случае жалоб на индивидуально-личностные особенности стоит соблюдать несколько правил: психолог-консультант должен наполнить жалобу-запрос конкретным содержанием (какие именно поведенческие ситуации стали основой обращения); обеспечить «стереоскопичность» взгляда на ситуацию (и взгляды на нее родителей, и взгляд психолога, и материалы психодиагностики); в любом случае работа психолога состоит не в констатации (подтверждении) наличия «отрицательного» качества у ребенка (чего в ряде случаев только и ждет от психолога родитель), а в выдвижении совместно с родителем гипотезы об истории его развития и путях последующего преодоления (или, наоборот, путях принятия этого качества родителем) (*Бурменская, Карбанова, Лидерс, 1990*).

По-видимому, наиболее трудны случаи, когда запрос родителей с самого начала лежит в области межличностных отношений ребенка (со сверстниками, учителем, самими родителями).

Типичным является запрос о трудностях личных взаимоотношений родителя с ребенком. Один из принципов работы возрастного психолога-консультанта в подобной ситуации — это принцип отстаивания интересов ребенка. В области детско-родительских отношений выделяют обычно три направления работы.

1. Повышение социально-психологической компетенции родителей, обучение их навыкам общения, разрешения конфликтных ситуаций, улучшения стиля родительского поведения и т.п.

2. Работа с семьей в целом с точки зрения как диагностики внутрисемейной ситуации, так и коррекции и терапии.

3. Работа преимущественно с ребенком (над коррекцией и развитием различных познавательных процессов, поведенческих трудностей, личностных проблем и развитием личности). Психологам, недостаточно знакомым с построением конкретных диагностических и коррекционных программ, рекомендуем посмотреть работы, посвященные данной теме, а также пройти соответствующее обучение и стажировку¹⁷.

Вопросы

1. Какие задачи должен ставить перед собой психолог-консультант, приступающий к консультированию родителей по поводу их ребенка?
2. Опишите примерный алгоритм (этапы) беседы с родителями.
3. Какие причины обращений родителей могут быть связаны непосредственно с детьми-дошкольниками?
4. Назовите типичные причины обращений за консультацией, связанные с самими родителями.
5. Перечислите основные школьные проблемы и возможные их причины.
6. Как строится работа психолога-консультанта по поводу школьных проблем ребенка?
7. Выделите 3 направления консультирования в области детско-родительских отношений.

¹⁷ Например, в Перми — Центр реабилитации несовершеннолетних «Дом Надежды».

Глава 8

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

8.1. Консультирование подростков

Подростковый возраст называют критическим (в широком смысле слова). Статистика свидетельствует, что количество обращений за психологической помощью, связанных с этим периодом, намного превышает количество обращений, связанных с другими возрастными (детей). Резко расширяется диапазон запросов: от проблем первой, чаще неразделенной, любви и взаимоотношений конфликтного характера до опасности наркомании и алкоголизма. К сожалению, существует и такой феномен как самоубийство подростков, юношей и девушек.

Этот период жизни выделяется также с точки зрения особенностей психологического консультирования благодаря тому обстоятельству, что сам подросток впервые становится клиентом: он может обратиться в психологическую консультацию лично, поставив или не поставив об этом в известность своих родителей (Консультирование детей..., 1998).

Консультируя подростков, возрастной психолог-консультант исходит, в том числе, из психологических нормативных задач возраста. Они противоречивы, и это важно учитывать. К этим задачам обычно относят:

- Отделение от родителей и обретение подлинной психологической независимости.
- Профессиональное самоопределение (получение профессии или выбор направления дальнейшего обучения).

— Преодоление кризиса идентичности, ролевой диффузности («самоидентификация»).

— Новый виток социализации в среде сверстников, основанный на установлении более глубоких эмоциональных отношений.

— Обретение взрослой, зрелой сексуальности, адаптация к этому новому состоянию (обретение друга противоположного пола).

— Попытки осознания своего предназначения, экзистенциальный анализ своей судьбы.

Говоря более коротко, психологические задачи подростка связаны прежде всего с самоопределением в трех сферах: сексуальной, психологической (интеллектуальной, личностной, эмоциональной) и социальной (Перри, 1995).

Центральное новообразование раннего юношеского возраста — это самоопределение. В качестве главного признака этого явления обычно выделяют потребность юноши (девушки) занять внутреннюю позицию взрослого человека, осознать себя в качестве члена общества, определить себя в мире (понять себя и свои возможности, свое место и назначение в жизни).

Для этого возраста типичны поиск понимания в общении, постоянная готовность к контактам, потребность получить «подтверждение» со стороны другого.

Соответственно проблемы могут касаться:

- взаимоотношений в группе сверстников;
- взаимоотношений с лицами противоположного пола;
- взаимоотношений с родителями;
- взаимоотношений с учителями;
- вопросов осознания собственной личности;
- трудностей в учебе;
- а также содержать просьбу помочь найти выход в какой-либо затруднительной ситуации.

Опыт консультирования родителей и подростков показывает, что если детей до 12 лет родители совершенно спокойно приводят в консультацию и они, как правило, полно отвечают на вопросы психолога, то подростки в

ситуации консультирования, инициатива которого исходит от их родителей, чувствуют себя «не у дел». Завязать с ними откровенный разговор трудно, достоверность выполнения ими психодиагностических процедур оставляет желать лучшего.

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

В связи с этим возможны несколько вариантов работы:

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

В. В. Столин и А. А. Бодалев приводят следующий пример.

В консультацию обратились родители в связи с нарушениями в поведении 17-летнего сына (приходит домой поздно, друзья на учете в милиции, не хочет учиться, в больнице поставлен диагноз — шизофрения). Первоначальная причина обращения, объединяющая семью, — «снимите диагноз». В доверительной атмосфере консультирования она очень быстро уступила место взаимным обвинениям в непонимании, неуважении, неприятии... Благодаря слаженной работе двух психологов, постоянно поддерживающих доброжелательную атмосферу, члены семьи объединились с ними в группу под лозунгом: «Ничего страшного, будем разбираться». Консультантам необходимо было следить за равными эмоциональными вкладами каждого из участников в общий процесс и, эмпатически слушая каждого, переводить его слова на «язык чувств» для остальных. После взаимного сведения счетов на этапе осознания семейного мифа («наш сын болен») была использована техника «семейной скульптуры»¹⁸, где каждый член семьи мог и показать другим, как он видит ситуацию в семье, и увидеть ее глазами других. Использовались также психодраматические игры с обменом ролями, позволяющие почувствовать себя на месте другого человека и отреагировать

¹⁸ По нашему мнению, это даже выходит за рамки консультирования. И еще раз говорит о прозрачности границ между консультированием и терапией.

собственные обиды. В результате работы родители смогли убедиться в абсолютной нормальности сына. То, что раньше называлось ими ненормальным — агрессия, нежелание общаться — оказалось обычной защитной реакцией человека подросткового возраста на давление родителей... (Ремшмидт, 1994).

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

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

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

5 вариант. Полная потеря контакта и взаимного доверия. Подросток не идет в консультацию ни под каким предлогом. Он воспринимает как преследователей родителей

и остальных взрослых (в т.ч. консультанта) тоже. Важно понять, что лежит в основе (возможно, снова речь должна идти прежде всего о проблемах самого родителя — супружеской неудовлетворенности, отсутствии любви к ребенку, собственном самоутверждении и т.д.).

Консультирование может пойти примерно по такой схеме: а) клиент рассказывает об «ужасных деяниях» подростка, всячески его обвиняя. Консультант ему сочувствует; б) наконец, высказавшись, клиент обращается за советом: «Что же делать?». Консультант может ответить: «Давайте посмотрим, а что вы делали?». Начинается этап совместного анализа поведения родителей, их целей и способов достижения воспитательного эффекта (могут быть использованы психотерапевтические приемы: например, гештальтистский «пустой стул»); в) на заключительном этапе происходит «вскрытие» чувств клиента, возникших во время консультирования. Через несколько встреч у клиента, как правило, наступает осознание некоторых собственных проблем, он начинает искать их причины. Параллельно меняются и отношения с подростком. Они становятся менее импульсивными и жесткими.

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

В.В.Бодалев и А.А.Столин приводят 2 примера:

Клиентка приводит с собой 15-летнюю дочь. Войдя в кабинет, психолог видит, что мать и дочь сидят рядом, на лицах приветливые улыбки. Консультант принимает решение беседовать вместе.

Другая мать с дочерью, также 15-летней. Видно, что девочка насторожена, на лице презрительно-высокомерное выражение. Мать не может найти себе места, готова взорваться. Психолог просит мать подождать в коридоре и разговаривает сначала с дочерью, а потом с мамой. При этом поведение девочки резко меняется, она не ожидала теплого участия к себе и сама готова прийти еще раз (*Ремшидт*, 1994).

Может быть использована парадоксальная техника «отсыла» клиента: психолог заявляет, что не намерен ра-

ботать с подростком. Нередко в таких случаях у подростка появляется интерес к консультации.

Работая с юношами и девушками, консультанты должны рассчитывать на то, чтобы такой клиент сам принял решение об обращении за помощью. Однако, например, в школьной практике возможны случаи, когда психолог действует не дожидаясь добровольного обращения к нему учащегося. Подобное возможно и в социальной работе.

Тем не менее, если заинтересованность психолога подлинна, проявляется в тактичной, а не в принудительной форме, старшеклассники редко отказываются от общения с психологом. Так как для молодого человека проблемы могут оставаться неосознаваемыми, необходимо научиться видеть эти проблемы, чувствовать, понимать их.

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

Консультант может выступать и в роли тренера, способствуя развитию навыков общения, приемов саморегуляции, самопознания. В данном возрасте также актуальна профконсультация¹⁹.

В основе работы с юношами и девушками должны лежать принципы диалогического общения. Особенностью такого контакта являются равноправные отношения с целью совместного изучения конкретной психологической ситуации и ее совместного разрешения. Эффективность консультирования в этом возрасте во многом обусловлена способностью психолога стимулировать внутренний диалог, который рассматривается как важнейший фактор развития (Рабочая книга..., 1991). Необходимо затем перевести его в диалог внешний.

¹⁹ См. главу 11

8.2. Подростковые и молодежные телефоны психологической помощи

Считается, что помощь по телефону — одна из наиболее адекватных для подростковой и юношеской психологии форм социально-психологической помощи. В 12—16 лет человек редко приходит на прием к психологу по доброй воле.

Особенности телефонной связи обеспечивают ее большую доступность. По телефону можно рассказать о своих проблемах оставаясь анонимным, не боясь быть осмеянным, подвергнутым санкциям и разоблачениям, не пряча своих слабостей, страхов, ошибок. Важно, что подросток или юноша сам может контролировать ситуацию и в любую минуту может выйти из контакта, повесив трубку. Имеют значение также неявный характер помощи и возможность проецировать на консультанта качества «идеального взрослого», «идеального друга».

По самым общим данным, отражающим опыт как зарубежных, так и отечественных телефонных служб, для подростков и юношества более чем в половине случаев содержание запросов носит психологический характер. Примерно в трети случаев абонент, выйдя на контакт, отвечает молчанием, дает «отбой», извиняется за ошибочное попадание. Существенная часть обращений носит деловой характер, когда функция консультанта сводится лишь к тому, чтобы дать разовую консультацию, сообщив необходимую информацию или став посредником оказания помощи (Рабочая книга..., 1991). Есть случаи, когда от телефонной беседы переходят к очному консультированию. В нашей практике также были случаи возникновения консультирования по переписке после первичного телефонного контакта.

Т. В. Снегирева выделяет следующие категории запросов.

1. Субъективные переживания по поводу неблагоприятных отношений с другими: застенчивость и страх, препятствующие общению, желание пользоваться большим успехом у сверстников, переживание чувства обиды на кого-то, давление и угрозы со стороны компании сверстников

2. Взаимоотношения в семье: непонимание со стороны родителей, слежка и жесткие запреты, борьба подростков за самостоятельность, уходы и удаления из дома, семейные конфликты, где подростку не удается быть безучастным свидетелем, беспокойство о членах семьи.

3. Проблема взаимоотношений «он—она»: ссора с любимым человеком и страх потерять любовь, соперничество и ревность, желание привлечь внимание того, кто нравится, отсутствие взаимности, поиск знакомств и т.д.

4. Секс и беременность: давление со стороны партнера с требованием интимной близости, поиск информации о контрацептивных средствах, ранняя беременность, переживание страха перед венерическими заболеваниями, спидофобия, сексуальные комплексы и функциональные сексуальные нарушения.

5. Школа: успеваемость, несправедливость и преследования со стороны учителей, отказ ходить в школу, проблемы жизненного предназначения, выбора профессии.

6. Отношения с законом: поиск правовой информации, проблемы, затрагивающие широкий круг юридических вопросов (от призыва на военную службу и нежелания служить в армии до угрозы быть осужденным за противоправные действия).

7. Проблемы, связанные с приемом медикаментов и химических веществ: поиск медицинской информации, опасения в связи с употреблением медикаментов, наркотическая зависимость, алкоголизация, несчастные случаи и самоотравления химическими веществами и медикаментами.

8. Досуг и молодежная рок-культура.

9. Проблемы, перечисленные выше, но предполагающие прямое участие и помощь: потребность в общежитии, работе или деньгах, справки и посредничество в установлении связи с разного рода общественными учреждениями, содействие в получении реальной медицинской помощи.

10. Общее личностное консультирование, не связанное ни с одной из указанных выше категорий: чувства вины, тоски, пустоты и одиночества, отчаяния, страдания по поводу своего физического облика, переживание утраты

смысла жизни, намерение покончить с жизнью или неудавшаяся суицидальная попытка (Рабочая книга..., 1991).

У помощи по телефону есть две особенности: контакт с абонентом носит сугубо вербальный характер, а ситуация подчас столь остра, что требует быстрых и точных действий. К тому же всегда остается возможность, что первая беседа окажется единственной. Тем не менее, само консультирование строится, в основном, по тем же принципам и законам, которые применимы в практике очного консультирования.

8.3. Причины и проявления наиболее тяжелых проблем у подростков и юношества (суицид, наркотическая зависимость)

В зарубежной литературе по консультированию выделяют следующие причины суицида среди подростков (тинейджеров):

а) Потери

Разрыв романтических отношений

В большинстве случаев для подростка утрата таких взаимоотношений — травма. Его или ее мир рушится. Часто за самоуверенным обликом кроется чувствительный и ранимый молодой человек, а за высокомерием — чувствительная и ранимая девушка. Банальные выражения типа «время лечит» или «есть и другие» обидны для молодого человека и отражают его неприятие реальности.

Смерть любимого человека

Страдания, вызванные смертью любимого человека, могут быть столь сильными, что молодым человеком может управлять желание соединиться с ним в смерти. Кроме того, переживаемое семьей горе часто отодвигает подростка на задний план. Многие взрослые считают, что молодой человек не способен переживать смерть близкого человека так глубоко, как они.

Смерть домашнего животного

Нередко бывает, что только собаке тинейджер может сказать все. Она и слушает, и любит, и никогда не осудит. А что если эта собака умрет?

Потеря работы

Для многих тинейджеров «работа» означает зрелость и независимость (для российских подростков, пожалуй, более характерно полное отсутствие возможности подработать и связанная с этим зависимость от взрослых).

Потеря «лица»

Посмотрите на мальчика, который публично заявил, что намерен стать капитаном футбольной команды, и не сделал этого. Взгляните на девочку, которая мечтала быть королевой на вечере, но была отвергнута и т.п.

Развод

Потеря одного из родителей вследствие развода ранит подростка больше, чем это принято считать. Многие тинейджеры чувствуют ответственность за развал семьи. Надуманный или реальный страх перед возможным разводом также вызывает непереносимые страдания.

б) Давления

Давление в школе

Стремление к высоким оценкам; одновременное выполнение нескольких важных заданий; сверхактивное участие в общественной жизни; требования участвовать в спортивной жизни школы; прилежание.

Давление со стороны сверстников

Стремление быть принятым; нравы группы; сходство в манере одеваться; наркотики; алкоголь; секс; музыкальные пристрастия.

Давление родителей

Успех; деньги; выбор колледжа (или другого учебного заведения); хорошие друзья; подходящее образование; конфликт между потребностью в контроле и желанием быть

независимым; разногласия между родителями; устройство на работу; одежда; музыка; родители, которые хотят быть «друзьями»; скорее проповеди (идушие от родителей), чем примеры.

в) Низкая самооценка

Физическая непривлекательность

Обратите внимание на юношу, который уверен, что ему не сравняться в физической форме со сверстниками, или на девушку, которая считает себя некрасивой, невзрачной.

Второсортность

Взгляните на молодого человека или юную девушку, которые всегда остаются в стороне, когда приходит время назначать свидания или быть выбранными куда-то.

Сексуальность

Нельзя остаться равнодушным к страданиям и мучениям тинейджера, который мечется между двумя представлениями о сексе и не решается сказать кому-нибудь об этом, боясь показаться смешным. Нельзя не считаться с чувствами молодого человека, чей страх быть гомосексуальным базируется на недостатке фундаментальных знаний о сексе.

Одежда

Под влиянием средств массовой информации и распространенной среди подростков манеры одеваться, тинейджер оценивает достоинства и недостатки одежды, которую вынужден носить.

Физическое бессилие

Бывает, что тинейджеру трудно справиться не только с физическими проблемами, но и с недобрыми замечаниями и взглядами окружающих.

Неуспешность в учебе

Часто «гениальность» старшего брата или сестры служит причиной постоянного напоминания о различиях не в пользу тинейджера (конечно, это может касаться и сверстников, одноклассников).

Еще одной распространенной проблемой, к сожалению, стало употребление подростками различных психоактивных веществ. Алкоголь и наркотики довольно часто рассматриваются в качестве инструмента в достижении важных подростковых целей:

- принятие в группу сверстников;
- быть «хладнокровным» или все повидавшим;
- удовлетворение любопытства;
- изменение настроения или усиление удовольствия от секса.

Наркотики также помогают:

- снизить беспокойство, вызванное окружающей обстановкой;
- освободиться от скуки, испытав новые ощущения, вызванные наркотиками;
- стимулируют бодрость при недостаточном сне.

Применение наркотиков, а также никотина и алкоголя — это один из способов заявить свои права на зрелость. Проявление грубости в данном случае воспринимается как мужественность и «взрослость»; определенные стили курения или выпивки подразумевают женственность и соблазнительность.

Употребление наркотиков или алкоголя воспринимается среди тинейджеров как выражение групповой солидарности. Их использование поддерживает согласие в группе и помогает отделить «своих» от «чужих», а также играет роль в выражении группой сопротивления и бунтарства, наиболее привлекательного для данного возраста.

В большинстве случаев за помощью к консультантам обращаются не сами подростки, а их родители. Причем последние не всегда правильно могут оценить сам факт приема наркотиков. Возникают большие сомнения: действительно ли сын или дочь принимает наркотики или существует лишь родительский страх и негативные фантазии на эту тему.

Приведенные ниже типы поведения должны быть восприняты родителями подростков (тинейджеров) или дру-

гими заинтересованными лицами как красные флажки. Все они могут указывать на злоупотребление наркотиками.

— Неожиданное появление новых друзей и разрыв с прежними.

— Подросток много времени проводит в одиночестве.

— На вопрос о своих занятиях дает неясный, запутанный ответ.

— Неожиданно импульсивное и сумасбродное поведение.

— Пропажа медикаментов из домашней аптечки.

— Нарастание школьных проблем — сведения о прогулах, провалы на зачетах, проблемы с поведением, потеря интереса к школьной жизни.

— Наличие непонятно откуда взявшихся денег.

— Краткие визиты других подростков. Возможно, они передают наркотики.

— Угрюмость и негативное ко всему отношение.

— Устойчивые проблемы со здоровьем — усталость, красные опухшие глаза, изменение аппетита.

— Несоблюдение правил личной гигиены и безразличное отношение к своему внешнему облику.

Существует также ряд признаков того, что у подростка вообще начинаются какие-то серьезные личные проблемы.

Это может быть алкоголизм, общение с деструктивной группой сверстников, ассоциация с культом, потребление наркотиков, чрезмерный аппетит, потеря аппетита, малое количество друзей, изоляция от семьи, агрессивное поведение (драки, крики), безрассудное вождение автомобиля или мотоцикла, пренебрежение гигиеной, угрюмость, недовольство, необщительность, низкая энергетика, чрезмерное хвастовство, ложь, симптомы беспокойства, показная сексуальность (чрезмерно «сексуальная» одежда или поведение).

Консультируя родителей, стоит отметить, что независимо от того, нуждается ребенок в наблюдении врачей или нет, ему необходимо следующее:

Любовь — без родительской любви подросток не сможет обрести чувство доверия, собственного достоинства и уверенности.

Пространство — тинейджеру необходима своя комната, где бы он рос, думал, учился — и делал ошибки. Чрезмерная родительская опека и внимание не смогут воспитать независимость и уверенность в себе, которые можно приобрести только в самостоятельном полете.

Друзья — они облегчают выход за пределы родительского дома, предлагая комфорт, надежность и сочувствие.

Традиции — будь то религиозные или этнические узы, церемонии проведения школьных праздников или семейных торжеств, традиции дают тинейджеру корни и возможность обозначить настоящее.

Пределы — каждого подростка необходимо ограничивать, чтобы научить вести себя в реальном мире. Правила обеспечивают основу и безопасность.

Взрослые — кроме родителей и учителей, общественных и религиозных лидеров и любимых родственников, тинейджеру иногда необходимо поговорить о неприятных вещах с кем-то, кто старше его, кто доступен, способен понять и мудр.

Я убежден также в том, что подростку необходимо иметь *собственное дело, хобби* (спорт, автокружок), свой собственный способ самовыражения и метод привлечения внимания сверстников. Если он социально приемлем, подросток, как правило, адаптирован в социальной среде.

Вопросы:

1. Каковы основные нормативные задачи подросткового возраста?
2. Перечислите варианты работы с подростками и их родителями.
3. В чем состоит специфика построения консультативного контакта с юношами и девушками?
4. Назовите основные категории запросов, поступающие на молодежные телефоны (каналы) психологической помощи.

5. Есть ли какая-либо особая консультативная техника работы с подростками и молодежью?
6. Перечислите типичные причины самоубийств среди подростков.
7. Какие цели достигаются в подростковой и молодежной среде с помощью употребления наркотиков?
8. Что может указывать на злоупотребление наркотиками клиентами-подростков?
9. Что можно рекомендовать родителям подростков-наркоманов?

Глава 9

ДОБРАЧНОЕ, СУПРУЖЕСКОЕ И ПОСТСУПРУЖЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

9.1. Что такое супружеское консультирование. Типы супружеских проблем

В консультировании и психотерапии существует ряд сходных понятий:

- 1) супружеская терапия (консультирование);
- 2) семейная консультация;
- 3) семейная терапия.

Под первой понимают форму психотерапии (консультирования), которая ориентирована на супружескую пару и ее проблемы. Со вторым понятием дело сложнее. Одни авторы считают, что это то же самое, что и семейная терапия, другие рассматривают семейные консультации как одну из форм супружеской терапии, поскольку речь идет о более простых, поверхностных и кратковременных психотерапевтических воздействиях, в основном в кризисных ситуациях. Семейная терапия в отличие от супружеской терапии распространяется на всю семью в целом, включая детей, причем внимание обращается в основном на отношения между родителями и детьми.

Мы будем говорить в этой главе о супружеском консультировании (терапии), имея в виду работу с супругами (считая при этом, что никого из них нельзя отнести к категории «больной»). Рискнем также предложить свою классификацию консультативной работы, связанной с супружеством и браком:

Следует выделить, во-первых, *добрачное (досупружеское) консультирование*;

во-вторых, *супружеское консультирование*;

в-третьих, *консультирование по поводу развода* («разрывающееся» супружество);

в-четвертых, *консультирование разведенных*, переживающих расставание с партнером (консультирование после супружества).

Как и во всей психотерапии и консультировании в целом, существует целый ряд концепций, определяющих основные подходы к разрешению супружеских проблем. Прежде всего это известные всем профессионалам

- 1) психоаналитический;
- 2) бихевиористский;
- 3) гуманистический подходы.

Кроме того, особо следует отметить системный подход в супружеской терапии.

Кратко остановимся на характеристике этих основных подходов применительно к нашей теме.

1. Психоаналитический подход

Здесь супружеская дисгармония рассматривается с точки зрения внутренней мотивации поведения обоих супругов. Текущие семейные конфликты рассматриваются с учетом повторения прошлых конфликтов, примера поведения, полученного в прошлых отношениях. Например: у одного или обоих супругов могут проявляться скрытые потребности, которые в детстве не были удовлетворены их родителями. В подобных случаях человек часто неосознанно выбирает себе такого партнера, который помог бы ему вернуться к неразрешимым конфликтам (или к неконфликтным, а к привычным, например комплиментарным, отношениям).

2. Бихевиористский подход

Этот подход не претендует на выявление глубоких причин супружеской дисгармонии, но направлен прежде всего на изменение поведения партнеров, используя при этом методы обусловливания и научения.

Такой подход обеспечивает:

1) взаимноположительное поведение (когда супругов подводят к тому, чтобы поведение каждого радовало другого);

2) получение навыков и умений (прежде всего правильно общаться и разрешать проблемы);

3) супружеский договор об изменении поведения (например, муж упрекает жену за беспорядок в доме, а жена в претензии к мужу за недостаточную помощь по дому. Необходима взаимная договоренность. Каждый партнер выдвигает определенные требования, которые записываются на бумаге и контролируются).

3. Гуманистический подход

В его основе лежит задача достижения изменений в представлениях о супружеских связях. Общение супругов должно стать открытым, искренним. Чувства (в том числе и агрессивные) не должны утаиваться, но и не должны приводить к обострению конфликта. Существует ряд правил «честного боя», использования физической разрядки.

Психотерапевт проявляет сочувствие, сердечность и искренность к каждому из партнеров. Супруги должны научиться выслушивать друг друга, не выражая при этом оценки или осуждения, постараться понять другого, вникнуть в его переживания.

4. Системный подход

Здесь в сферу внимания терапевта попадает взаимообусловленность поведения партнеров по браку или всех членов семьи. Изучается влияние поведения одного на другого или на всех членов семьи.

Например, жена жалуется, что муж мало бывает дома: он на работе или развлекается с друзьями. Консультанту (психотерапевту) удастся изменить поведение мужа. Теперь муж больше бывает дома, занимается детьми. Это может способствовать положительным изменениям в семейной системе в целом. Но могут и возникнуть осложнения (так как жена привыкла к определенному порядку, а муж начинает вмешиваться). Тогда муж снова углубляется в работу и равновесие системы восстанавливается, но жена

снова чувствует себя одинокой. Таким образом, нельзя изменить поведение одного, не изменив поведения другого (см.: *Кратохвил*, 1991).

Перейдем теперь к характеристике каждого раздела нашей классификации.

Добрачное (досупружеское) консультирование в России не развито. (Хотя существуют многочисленные клубы и телефоны знакомств, работа в них носит далекий от науки характер.) Отчасти это связано с отсутствием четко разработанной теории супружеской совместимости. Из двух основных и, по сути, разнонаправленных подходов один приветствует в браке сходство характеров, а другой выступает за комплиментарность, дополняемость супругов. Наконец, с третьей точки зрения, по ряду характеристик супруги могут быть сходны, а по другим — дополнять друг друга. По-видимому, досупружеское консультирование может быть нацелено не на подбор супружеских пар, а на помощь молодым людям в узнавании друг друга, в прояснении тех моментов, которые грозят в дальнейшем подорвать устои брака.

Существуют развернутые классификации *супружеских проблем*. В качестве примера и ориентировки для психологов-консультантов приведем некоторые из них.

Основные типы проблем по С. Кратохвилу:

1. Личностные качества супругов
 - а) нормальные (темперамент);
 - б) патологические (психопатия).
2. Проблемы супружеского союза
 - а) неоправдавшиеся ожидания;
 - б) модели брака, взятые из родительской семьи;
 - в) несовпадающие типы (например, оба «родительского типа»);
 - г) изменения в супружеских отношениях с течением времени (с определенной стадией брака).
3. Внутренние проблемы супружеской пары
 - а) домашнее хозяйство;
 - б) свободное время;

- в) воспитание детей;
 - г) половая жизнь.
4. Влияние внешних факторов
- а) влияние родителей и близких родственников;
 - б) влияние друзей, знакомых и соседей;
 - в) внебрачные контакты и связи;
 - г) другие внешние факторы (работа, учеба и т.п.)
(Кратохвил, 1991).

Ю. Е. Алешина также приводит список проблем, являющихся наиболее частыми поводами для обращения в консультацию.

- I. Взаимное недовольство, различного рода конфликты, связанные с распределением супружеских ролей и обязанностей.
- II. Конфликты, проблемы, недовольство супругов, связанные с различиями во взглядах на семейную жизнь и межличностные отношения.
- III. Сексуальные проблемы, недовольство одного супруга другим в этой сфере, их взаимное неумение наладить нормальные сексуальные отношения.
- IV. Сложности и конфликты во взаимоотношениях супружеской пары с родителями одного или обоих супругов.
- V. Болезнь (психическая или физическая) одного из супругов, проблемы и трудности, вызванные необходимостью адаптации семьи к заболеванию, негативным отношением к себе и окружающим самого больного или членов семьи.
- VI. Проблемы власти и влияния в супружеских взаимоотношениях.
- VII. Отсутствие тепла в отношениях супругов, дефицит близости и доверительности, проблемы общения (Алешина, 1999).

Вне зависимости от того, к какому разделу классификации можно отнести проблему, существенно важным является общая организация и тактика консультирования.

9.2. Организация и тактика консультирования (терапии)

С точки зрения организации супружеское консультирование (терапия) предполагает ряд посещений консультанта одним из супругов, либо обоими (раздельно или вместе).

Если консультированию (психотерапии) подвергаются оба супруга, то, по мнению С. Кратохвила, возможны пять форм организации приема:

1) Последовательная: сначала один супруг проходит терапию, затем другой;

2) Параллельная: оба супруга привлекаются к консультированию (психотерапии) одновременно, но изолированно друг от друга (как правило, у разных специалистов);

3) Совместная: курс консультирования (терапии) оба супруга проходят вместе;

4) Групповая терапия (тренинговые группы, групповое консультирование): супруги проходят курс в группе, состоящей из нескольких супружеских пар;

5) Комбинированная форма: сочетание разных форм (Кратохвил, 1991).

В практике работы нашего центра преобладает работа с одним из супругов (как правило с женщиной, мужчины на консультацию не являются). Групповые формы работы организовать сложнее всего.

9.3. Работа с одним из супругов

Итак, остановимся подробнее на работе с одним из супругов.

Как пишет Кратохвил, психотерапия²⁰, ориентированная на супружеские отношения и их нарушения, ограничивается систематической работой с одним из партнеров в двух случаях:

²⁰ Указанные ситуации безусловно относятся и к супружескому консультированию. Сам С. Кратохвил также использует термин «супружеское консультирование» как синоним терапии.

1) когда другой партнер категорически отказывается сотрудничать;

2) когда основная проблема связана с поведением, переживаниями или позицией одного из них.

Первый случай. Партнер отказывается от сотрудничества.

А) Партнер может не доверять супружеской консультации или чувствовать общественное порицание при посещении такого рода учреждения.

Существует мнение, что до интимных подробностей жизни человека «никому нет дела» и в супружеских делах супруги должны разбираться сами, не вмешивая в них посторонних лиц. Люди могут опасаться, что в консультации их увидит кто-нибудь из знакомых и об этом узнают все.

Б) Партнер не согласен с посещением консультации инициатором психотерапии (считает это ненужным).

В) Партнер согласен, чтобы консультанта (психотерапевта) посещал другой, но не он. Возможно он не намерен что-либо менять в супружеских отношениях. Свои потребности он может удовлетворять во внебрачных связях, либо уже принял решение расторгнуть брак, и поэтому не заинтересован в сотрудничестве (*Кратохвил, 1991*).

Таким образом, чаще всего бывает, что супруг приходит в консультацию один, не желая, а чаще всего не имея возможности привести с собой партнера. В такой ситуации консультанту необходимо прежде всего его поддержать, уверив, что работа с одним членом пары ни в коем случае не является бессмысленной или безрезультатной. Один из наиболее убедительных доводов, по мнению Ю. Е. Алесиной, звучит примерно так: «И вы, и ваш муж (жена), и ваши дети — звенья одной цепи, и если вы в результате наших бесед как-то изменитесь, примете для себя какие-то решения, они обязательно рано или поздно почувствуют это и, соответственно, изменятся сами, хотя вам какое-то время придется терпеливо ждать этого момента» (*Алешина, 1999*). Хотя мотивировать клиента на работу необходимо и действительно его личные изменения приводят к «подвижкам» в поведении парт-

нера, иногда чуда не случается, отношения не налаживаются, а тянутся в том же русле, а то и разлаживаются совсем. Последнее, впрочем, может быть также достаточно позитивным разрешением «хронической» неразрешимой другими путями ситуации.

Коротко остановимся на некоторых распространенных проблемах одного из супругов и тактике работы с этими проблемами.

Одним из распространенных поводов обращения в консультацию являются жалобы жен на пассивность и несамостоятельность мужей. Часто с подобной жалобой жена обращается одна, скрывая сам факт обращения от супруга.

По классификации Кратохвила, это может касаться и личности супруга, и не оправдавшихся ожиданий в сфере «внутренних» проблем пары, не исключается и влияние родственников (например, жена просто трактует мнение своей матери).

В ходе приема большое внимание должно быть уделено анализу реальной ситуации клиента, выстраиванию и осознанию механизмов доминирования. Два момента представляются особенно важными: ориентация клиентов на более адекватную, в данном случае — более пассивную позицию по отношению к супругу, а также на поиски конструктивных путей решения конфликта.

Представим, что основные этапы консультирования успешно завершены и клиентка в принципе готова изменить свое поведение, например — реже критиковать мужа, больше поощрять любое его стремление что-то делать для семьи, соглашаться с его предложениями и т.д. Как пишет Алешина, принять такую позицию бывает очень трудно не только потому, что за многие годы женщина привыкла «руководить» семьей. Большинство людей искренне убеждены в том, что их собственные действия правильны (например, необходимо сначала убрать оставшиеся после еды продукты в холодильник, а потом приступать к мытью посуды, а не наоборот). Индивидуальная беседа дает определенные возможности для подробного обсуждения вопроса — существует ли «общепризнанно правильный способ поведения» в различных

обыденных ситуациях или нет. С этой целью консультант может использовать парадоксальные вопросы типа: «А что страшного в том, чтобы выполнить все это в другом порядке?», «Что случится, если...?». Разговор на эту тему часто приводит к разбору того, зачем клиентке необходимо постоянное чувство своей правоты, что это дает в отношениях, как ощущает и использует она свою власть. В итоге более глубокий уровень обсуждения при работе с одним супругом может возникнуть в процессе беседы достаточно рано.

Существует и еще один момент, часто осложняющий принятие человеком более пассивной позиции в семейной жизни, момент, о котором можно особенно удачно провести разговор в случае индивидуальной беседы с клиентом. Чрезмерная активность в семье обычно характерна для людей, стремящихся к более активной, доминантной позиции в жизни в целом, но по каким-либо причинам не имеющих возможности реализовать свои стремления где-либо вне дома. Семья же в такой ситуации становится сосредоточением всех помыслов и усилий, что, естественно, приводит к проблемам и трудностям в семейной жизни, которые часто усугубляются еще и тем фактом, что муж, пассивный и безвольный в семье, оказывается гораздо более активным и успешным в других сферах жизни, недоступных жене. Это способствует неудовлетворенности и развитию неосознаваемых конкурентных стремлений у клиентки. Таким образом, в ходе беседы следует тем или иным образом затронуть проблему глубинных личностных конфликтов, стоящих на пути более полноценной реализации собственного «Я», разрешение которых может привести к снижению стремления доминировать (Алешина, 1999).

Второй случай. Основная проблема связана с поведением одного из партнеров.

Поведение супруга (супруги) явно неадекватное, изначально нарушающее супружеское согласие. Например, слишком ревнивое, эксплозивное (ярко выраженный тип холерика, постоянные вспышки гнева, сопровождаемые грубыми оскорблениями; а нередко и физическим наси-

лием и т.п.) или истерическое (высокая эмоциональность, повышенная потребность во внимании окружающих, демонстративность, эгоцентричность и т.п.). Неадекватно может проявляться и излишняя чувствительность, астено-депрессивные проявления.

Как отмечает Кратохвил, в данном случае второй партнер иногда может быть использован в качестве источника информации, но основная работа ведется с «главным героем». Правда, в случае явной психопатии и т.п. лучше учить здорового партнера, как вести себя с психопатом (Кратохвил, 1991).

Например, к числу случаев, когда в консультацию чаще всего обращается один из членов супружеской пары, не имея возможности или не стремясь привести с собой партнера, относится ситуация, когда психическое или, что бывает реже, физическое здоровье последнего вызывает у клиента определенные проблемы и опасения. При этом поводом для прихода может служить как необходимость «диагноза» для партнера (болен он/она или нет, насколько это может быть серьезно), так и решение собственных проблем, связанных с планированием дальнейшей супружеской жизни, разводом и т.д.

Очевидно, что если клиенту нужен только диагноз, ему было бы более уместно отправиться к психиатру. Приход же его в психологическую консультацию свидетельствует о том, что его волнует не только это, но и необходимость формирования собственного отношения к ситуации, решения связанных с ней личных и межличностных проблем.

Основным материалом для работы консультантов является рассказ клиента о своих проблемах. Пожалуй, все случаи обращений по поводу «больного» супруга сводятся к трем вариантам:

1) жена/муж клиента действительно больна/-ен, доказательствами чего являются многочисленные госпитализации, неадекватное поведение, наличие диагноза, принимаемые лекарства и т.д.;

2) жена/муж, судя по рассказу клиента, ведет себя достаточно странно, что позволяет предположить наличие

определенной патологии и, соответственно, необходимость для клиента строить свою жизнь с учетом этого фактора; и, наконец,

3) поведение и реакции супруга не дают оснований предположить у нее/него какую-либо психическую патологию, а ситуация в целом скорее свидетельствует о наличии каких-либо серьезных проблем в супружеских отношениях или об определенных проблемах и неадекватности самого клиента (*Алешина, 1999*).

В ситуации действительной болезни консультанту не следует выступать в качестве человека, принимающего решение. Его задача сводится к тому, чтобы выслушать и понять то, что говорит клиент, поскольку часто именно понимания со стороны собеседника не хватает человеку в повседневной жизни. К тому же, излагая собственные трудности и сомнения, клиент сам продвигается к принятию решения. Можно дать клиенту и дополнительную информацию, например о психических заболеваниях и учреждениях, оказывающих соответствующую помощь, а дальше он будет действовать сам.

9.4. Построение приема супружеских пар

С. Кратохвил пишет, что супружеские пары обычно посещают консультацию 1 раз в неделю (иногда в течение месяца, но чаще в течение нескольких месяцев. Общее количество посещений 5—15). К сожалению, российские клиенты пока не очень настроены на длительную работу, как правило им хочется быстрых результатов и изменений, а если изменений не происходит, люди просто бросают консультирование. Тем не менее, если к вам пришла пара супругов, настроенная на длительную работу, то дальше события могут развиваться примерно по следующему плану.

1) На первых приемах необходимо составить представление о взаимоотношениях супругов, выяснить проблемы и спланировать подход к терапии. (Психотерапевт или кон-

сультант должен стремиться к тому, чтобы каждый из супругов четко определил свою позицию, для этого он задает дополнительные вопросы и резюмирует сказанное клиентами).

Консультант (терапевт) принимает версии и мужа, и жены как одинаково достоверные и правдивые. Это уменьшает напряженность. Постепенно вырабатывается стиль переговоров. Консультант помогает супругам выражать свои чувства без взаимных обвинений, направляя диалог.

2) После наступления некоторого улучшения в отношениях консультант (терапевт) должен подвести супругов к следующему этапу — признанию того, что они испытывают радость от наступивших перемен (*Кратохвил, 1991*).

Одновременно с регулированием общения, в супружеской терапии (консультировании) проводится работа по изменению неправильных позиций. Уточняется, что можно и чего нельзя ожидать от данного брака, сознательно формулируется супружеский договор (так, чтобы он был приемлемым и выполнимым для обоих супругов). Проблемы решаются последовательно, одна за другой в зависимости от их значимости для данной супружеской пары.

Алешина также отмечает, что работа с обоими супругами имеет ряд дополнительных трудностей и недостатков. Вести прием, в котором участвуют двое клиентов, а не один, обычно труднее, особенно на первых этапах консультативного процесса, поскольку присутствие второго члена пары так или иначе сказывается на ходе беседы. Супруги могут перебивать друг друга, вступать в переговоры и препираться, стремясь что-то объяснить или доказать прежде всего друг другу, а не консультанту, выступать в коалиции против последнего и т.д. Хотя возможна и обратная реакция, когда присутствие партнера приводит к тому, что муж или жена становятся неразговорчивы, каждый из них может ждать, что что-то важное будет сказано другим. И в том, и в другом случае от консультанта требуются особые навыки и умения, чтобы переориентировать супругов на совместную работу, орга-

низовать и направить процесс консультирования (Алешина, 1999).

Кстати, работа с двумя супругами, хотя и является более эффективной, часто носит поверхностный, менее глубокий характер. В этом случае реже затрагиваются серьезные личные проблемы, лежащие в основе тех или иных супружеских разногласий. Результаты же, убедительные на первый взгляд, реже бывают полностью удовлетворяющими запрос клиентов, особенно если за семейными проблемами стоит нечто более личное.

Работа с обоими супругами в каком-то смысле более уязвима желанием только одного из них двигаться дальше, характерологические особенности одного из партнеров, препятствующие более углубленной работе, могут серьезно помешать консультированию. С одним супругом легче работать, чем с двумя, под одного проще подстроиться, выбрав темп работы, который в большей степени соответствует клиенту. Как уже отмечалось, начало работы, независимо от того, кто и по какому поводу обращается в консультацию, строится достаточно сходно. Основная задача консультанта на этом этапе — установить контакт с клиентом (клиентами) и разобраться в том, что именно привело их на прием. Хотя уже в начале беседы, при участии в этом процессе обоих супругов, могут возникнуть определенные трудности. Так, муж и жена могут не столько стремиться изложить суть проблемы, сколько продемонстрировать вину и недостатки другого, вспоминая все новые и новые прегрешения партнера, обвиняя и перебивая друг друга и избегая, таким образом, построения конструктивных отношений с консультантом. В такой ситуации последнему необходимо проявить определенную жесткость, предложив им говорить по очереди и комментировать слова партнера, только получив право слова.

Важнейшим материалом для консультативной работы с супругами, как и в случае других обращений, являются конкретные факты: что, когда, кто сделал или не сделал, какие конкретно просьбы выполнялись или не выполнялись и т.д. Оправдываемым или взаимообви-

нящим супругам необходимо показать, что консультанта интересует не объективная истина (которая, как правило, недостижима), а субъективное восприятие каждым событий, происходящих в семье. Особенно тяжелой для консультанта может быть ситуация, когда один из супругов с самого начала беседы всячески пытается разоблачить и унижить другого, отрицая его способность переживать или реагировать на семейные проблемы. В этом случае консультант, стараясь не потерять контакт ни с одним из партнеров, должен уравнивать супругов в правах, показать, что поиск виноватого или обращение к психологу как к третьей стороне ни в коей мере не может способствовать решению внутрисемейных проблем. Только тогда, когда супруги признают, что ответственность за проблемы несут в равной степени оба и каждый хотел бы разобраться в том, что и как он/она может сделать для улучшения внутрисемейной ситуации, совместное консультирование супругов может быть успешным.

Особым требованием к работе с парой является большее структурирование процесса приема. Поэтому сначала каждый из супругов представляет некоторую версию того, почему и зачем они пришли к консультанту (очень важно, чтобы хоть какая-то версия была предложена каждым из них, и ссылки на то, что «он меня привел, пусть и рассказывает», ни в коем случае не должны приниматься), после чего консультанту следует подвести итог, предложив некоторое свое, более обобщенное представление о том, какие проблемы волнуют каждого из партнеров. Для более полного понимания ситуации психологу полезно располагать следующей информацией: как, когда и в связи с чем начались или обострились конфликты, в каких ситуациях они чаще всего возникают, кто является более активным их зачинщиком, что возмущает или не нравится в другом каждому из супругов (*Алешина, 1999*).

Частой причиной обращения за помощью в консультацию являются конфликты и недоразумения по поводу распределения ролей и обязанностей. На наш взгляд, эта тема более подходит для работы в паре.

Как отмечает Алешина, наиболее частый вариант ролевого конфликта — когда жена не удовлетворена тем, как ей помогает в ведении хозяйства и выполнении различных повседневных дел муж. Причем может быть муж просто не делает того, чего от него ждет и требует жена, или же, что необычайно распространено, жена недовольна не отсутствием помощи как таковой, а пассивным отношением мужа к своим домашним обязанностям: муж сам не проявляет инициативы, хотя и старается выполнять все, что требует жена.

Вслед за взаимными упреками супругов полезно услышать объяснение, почему то, что ожидает от партнера другой, не выполняется, насколько в действительности с его/ее точки зрения претензии объективны или же все они построены на «придириках». Обычно либо супруг не может делать то, чего от него/нее ждут, по каким-либо объективным причинам (не успевает, не умеет и т.п.), либо просто не хочет делать то, чего от него требует другой. Конечно, не хотеть он/она может по разным причинам, в том числе и потому, что эти требования кажутся завышенными и несправедливыми. Однако не так уж редко встречается ситуация, когда нежелание мужа выполнять определенные дела по хозяйству связано с тем, что с его точки зрения эти дела не являются «мужскими» и их должны делать женщины. Серьезным подкрепляющим аргументом в таком споре может быть и ссылка на собственную родительскую семью, где такие обязанности выполняла мать клиента.

В такой ситуации консультанту часто приходится выступать в роли эксперта, обосновывающего неуместность и неконструктивность традиционных взглядов на мужские и женские роли в семье. Такая позиция психолога весьма уязвима, в ней очень легко показаться занудным, субъективным и т.д., поэтому при обсуждении данной темы психологу не стоит настаивать, эмоционально включаться или подходить к подобному разговору как к спору, в котором надо в чем-то убедить несговорчивого собеседника. Консультанту следует говорить о подобных проблемах как о материале для размышления, для обме-

на мнениями с собеседниками. В качестве аргументов можно использовать факты повседневной жизни: одинаковую включенность обоих супругов в профессиональную деятельность, отсутствие каких-либо серьезных психологических различий между мужчинами и женщинами как таковыми, тот факт, что количество «мужских» дел в доме постепенно уменьшается и в большинстве своем они становятся нерегулярными. Например, необходимость починить кран — «мужское» дело — возникает только тогда, когда кран действительно течет. Но, к счастью, даже отечественные краны текут не каждый день, а вот готовить еду и мыть посуду — «женское» дело — приходится ежедневно (Алешина, 1999).

По нашим наблюдениям, обращение с претензиями по поводу распределения хозяйственных и других обязанностей может быть лишь поверхностью, «крышей» совсем других, гораздо более глубоких и возможно неосознаваемых проблем. Так, одна из наших клиенток, работа с которой начиналась как консультирование по поводу того, что муж не оказывает ей помощи, через некоторое время осознала, что в основе ее претензий лежит отсутствие любви к мужу, который был ей навязан ее собственной матерью.

В работе с супружеской парой важно также, чтобы разговор не выглядел как поддержка одного супруга против другого, поскольку это может больно ударить по самолюбию клиента и соответственно отразиться на исходе беседы. С этой целью Алешина рекомендует использовать смягчающие реплики типа: «Вы, наверное, не задумывались над этим...» или «Иногда бывает трудно переориентироваться, когда...». Но не стоит забывать и о том, что тот, кто имеет традиционные взгляды, зачем-то в них нуждается. Иначе говоря, они могут выступать в качестве неосознанной компенсации более глубоких проблем, например, неуверенности в себе, низкой оценки себя как мужчины и т.д. Конечно, обсуждение этих вопросов с клиентами — дело отнюдь не первой встречи, и возможно, что в таком обсуждении лучше участвовать одному, а не обоим супругам. В том случае, если проблемы эти

носят глубинный личностный характер, клиенту, вслед за предварительной беседой на эту тему с консультантом, стоит порекомендовать обратиться за более серьезной и длительной помощью к психотерапевту.

Еще одна из распространенных проблем — консультирование супругов по поводу их сексуальных сложностей, довольно скользкая и сложная тема как для клиентов, так и для неопытных консультантов. Часть трудностей, с которыми встречается психолог при консультировании сексуальных проблем, определяется элементарным незнанием большинством людей, в чем состоит специфика деятельности психологов, сексопатологов и сексологов. В связи с этим нередки случаи ошибочных обращений, когда к психологу приходят клиенты с глубокими расстройствами сексуального поведения, которых он вынужден сразу же отправлять к соответствующим специалистам.

Но когда в процессе консультирования собеседники вдруг «проговариваются» или, что не так уж редко встречается, ставят под сомнение целесообразность работы над какой-либо несексуальной темой примерно следующими фразами: «Все это не так важно. У нас и так было бы все хорошо, если бы наладилась наша сексуальная жизнь», — то это, скорее всего, говорит о преобладании психологического фактора в сексуальных трудностях. В таких ситуациях чаще всего возникновение нарушений более или менее четко датируется супругами и в основном связывается с какими-то изменениями в семье или в отношениях супругов.

Ю. Е. Алешина пишет, что, рассказывая о сексуальных проблемах, клиенты часто довольно сильно упрощают свою ситуацию, представляя существующие трудности как: «Она отказывается» или «Он ко мне невнимателен», «У меня нет желания», подчеркивая их физиологический характер. Главная проблема, которую необходимо решить консультанту в этой ситуации, — это как можно более тщательно разобраться в том, каковы эти трудности, когда они возникли, как проявляются, существуют постоянно или периодически пропадают и т.д. Уже эта информация может

дать достаточно много, позволяя поставить точный психологический диагноз того, с чем именно связаны сексуальные проблемы в отношениях. Для психолога-консультанта также важно не оказаться в коалиции с кем-либо из супругов, примером «крутого» мужика или «сексапильной» женщины, у которой нет и не может быть никаких проблем. В случае приема одного супруга существует реальная опасность стать объектом переноса сексуальных чувств, стойкой фиксации и зависимости.

Другая проблема может быть связана в основном с общением между супругами, с отсутствием тепла, взаимопонимания, частых ссор на этой почве. Сформулированная в общем виде задача коррекции процесса общения звучит как повышение рефлексии супругов по поводу того, что, как и зачем они говорят друг другу. Начальные этапы работы с проблемами общения в супружеской паре бывает полезно построить на основании мероприятий, предлагаемых в рамках поведенческой супружеской терапии. Так, уже при первом разговоре с парой может выясниться, что по отношению друг к другу они используют различные слова и выражения, возможно, даже сами по себе ничего особо неприятного не содержащие, но произносимые в таком тоне и использующиеся в такие моменты, когда слышать их другому неприятно (типа «отстань», «принеси», «тебе бы стоило помолчать»). Эта проблема может быть использована в качестве основания для поведенческих тренировок в кабинете психолога или на дому.

Так, например, супругам можно предложить в промежутке между встречами с консультантом фиксировать: 1) все то «неприятное», что говорится каждому партнером; 2) все то «неприятное», что каждый сам говорит партнеру (не остановился вовремя, не сдержался и т.п.). В качестве задания могут быть использованы и оба пункта одновременно, либо что-то еще, требующее от супругов постоянного контроля и понимания того, *что и как* они говорят друг другу. Такое домашнее задание приводит к тому, что супруги больше начинают сдерживаться и задумываться о том, насколько неприятны партнеру те

или иные их высказывания. Обсуждение этих домашних заданий может послужить основанием для более глубокого анализа того, каковы позиции супругов в процессе общения друг с другом, что и зачем они друг другу говорят (Алешина, 1999).

Кроме индивидуальных консультаций, эффективными могут оказаться и различные виды групповой работы, но, к сожалению, последнюю довольно сложно организовать. В нашей практике более реальным оказалось привлечение одного из супругов к участию в тренинговых группах (партнерского общения, личностного роста).

Обычно в групповой супружеской терапии участвуют 5—7 супружеских пар.

С. Кратохвил называет 3 основные формы групповой работы с супругами.

1) *В семейной консультации*

Одно посещение в неделю в течение 2—3 месяцев (2,5—3 часа). Перед началом групповой терапии проводится несколько сеансов раздельной работы с мужчинами и женщинами. Наиболее популярны бихевиористические методы, ориентированные на навыках общения и умения решать проблемы.

2) *В рамках групп при дневных стационарах для невротиков*

Невротики, посещающие дневные сеансы групповой психотерапии, могут приглашать своих партнеров в параллельную вечернюю группу, которая собирается 1 раз в неделю.

3) *В рамках однодневного отделения для невротиков в терапевтических клиниках*

Проводится однодневный семейный марафон, который продолжается (за исключением обеденного времени) 6 часов. Рассматриваются основные супружеские и семейные проблемы, собирается информация, которая используется в дальнейшей работе с невротиками.

Поскольку «невротики» и «здоровые» это, зачастую, одни и те же люди, обращающиеся и к врачам-психотерапевтам и к психологам-консультантам, в данном контексте важно понять, что в условиях немедицинских

учреждений также может вестись групповая работа. Форматы этой работы практически не отличаются от описанных Кратохвиллом.

9.5. Консультирование разводящихся и постсупружеское консультирование

Что касается разводящихся супругов, то в нашей практике встречалось несколько вариантов обращений, связанных с разводом. Первый вариант — один из супругов хочет развода, второй желает его удержать, отговорить, прибегает к помощи консультанта как к последней (одной из последних) возможности сохранить брак. Вряд ли консультанту дано такой брак сохранить. Пожалуй, единственное, что он может сделать, это помочь человеку прожить и принять неотвратимость развода. Вариант второй гораздо более благоприятен — оба супруга сомневаются в необходимости развода. Хотя семейная жизнь зашла в тупик, они стремятся из него выбраться. И в этом психолог-консультант реально может им помочь.

Следующей достаточно распространенной проблемой является переживание расставания с партнером. В консультацию обращаются за помощью люди, которые уже не надеются вернуть свою любовь и их волнует проблема — как жить дальше, как «разлюбить его/ее», как приспособиться к жизни без всякой надежды на взаимность. Часто запрос этих людей так и формулируется: «Как мне жить дальше без него/нее, мне кажется, что моя жизнь кончена». Последствия потери партнера бывают весьма серьезными — клиенты жалуются на отсутствие сна, постоянное плохое настроение, обострение различных хронических недугов и т.д. Часто их преследуют и мысли о самоубийстве.

Большую помощь в консультировании в подобных случаях может, по мнению Алешиной, оказать:

- 1) реорганизация жизни клиента, переориентация ее на то, что может отвлечь от переживаний и переключить на что-то новое;

- 2) изменение отношений с партнером (Алешина, 1999).

По сути, развод можно отнести к категории потери (горя) и с этой позиции работа с потерявшими партнера сходна с теми процессами, которые уже описаны нами в главе, посвященной переживанию утраты. Просто рекомендация — отвлечься — ничем не поможет. Необходима проработка чувств обиды, утраты, вины и т.п., испытываемых клиенткой или клиентом. Только после этого клиент становится восприимчив к интеллектуальному овладению ситуацией, к возможным инсайтам и переменам в собственном поведении. Только тогда можно переходить к планированию иных сторон жизни, поиску резервов. Тогда становится возможным подробное обсуждение и выбор того, что может быть интересным именно для этого человека. Например, немалое значение при этом играет круг общения. Может быть стоит вспомнить друзей и знакомых, где и как обычно клиент встречался с ними, что они делали или делают вместе, что особенно приятно было делать раньше. Бывает полезно в ходе приема наметить, с кем и как стоит встретиться в ближайшее время, что можно интересного и приятного сделать, кому позвонить и куда зайти, где можно искать новые знакомства и близкие связи.

Ощущение брошенности любимым часто приводит к тому, что человеку начинает казаться, что он вообще никому не нужен, неинтересен, скучен и т.д. Несмотря на подобные переживания, обычно в разговоре выясняется, что у клиента есть и одинокие друзья, и подруги, которые были бы рады встрече, и чья судьба напоминает нынешнюю ситуацию пострадавшего. Кроме дружеских связей, существуют и различные клубные, общественные, развлекательные организации, которые тем или иным образом могут заинтересовать человека и стать источником новых друзей и знакомств. На наш взгляд, немалую роль играет коррекция завышенных или заниженных притязаний клиента, так как в первом случае он никак не может подобрать подходящего партнера, а во втором даже не пытается это делать. Алешина также считает, что стоит специально обсудить с клиентом, что вообще ему нравится и интересно в жизни, а затем попытаться подо-

брать подходящую форму активности. Большую роль в процессе «возвращения к жизни» может сыграть наличие у клиента детей, любимой работы или хобби, увлечения (Алешина, 1999).

Как уже было отмечено, ситуацию развода можно рассматривать как ситуацию потери (горя) и надо помнить, что работа горя требует времени. В дальнейшем, когда работа горя завершается, возможно консультирование по поводу поиска нового спутника жизни, построения отношений с ним, отношений между новым супругом и ребенком от первого брака и т.п.

Вопросы

1. Дайте определение понятий «супружеская терапия (консультирование)», «семейная консультация» и «семейная терапия».
2. Назовите основные теоретические подходы к разрешению супружеских проблем, кратко охарактеризуйте каждый.
3. Какие основные типы супружеских проблем вы знаете?
4. Как может организовываться работа с супружескими парами?
5. Опишите особенности работы одновременно с двумя супругами.
6. Назовите возможные варианты работы с разводящимися.

Глава 10

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ РАБОТА С ЗАВИСИМОСТЯМИ

10.1. Общее представление о зависимости и со-зависимости

Проблема зависимостей не только обширна, но и трудна. Многие считают зависимости прежде всего медицинской проблемой. И отчасти это так. Однако в генезе зависимости несомненно ведущую роль играет психологический фактор и, следовательно, роль психолога в освобождении от зависимости может быть значительной.

Социально значимые заболевания — наркомания, алкоголизм, гоксикомания, венерические и другие болезни, к сожалению, получают все большее распространение в нашей стране. Одним из главных направлений профилактики этих заболеваний является психопрофилактика. Помимо медицинских учреждений ею на сегодняшний день активно занимаются социально-психологические центры. Психопрофилактическая работа ведется практически всеми подразделениями центра. Это обусловлено тем, что в здоровых семьях, где есть нормальные взаимоотношения, риск социально значимых заболеваний низок. Потребности членов семьи реализуются в самой семье. Если же психологические потребности в семье не удовлетворяются, возникает желание удовлетворить их вне семьи, получить внимание, любовь и поддержку, интерес к своей личности. Такой интерес может быть получен, например, в неформальной группе, в том числе группе наркоманов, токсикоманов и т.п.

Кроме того, зависимости можно рассматривать как гораздо более широкое понятие. Оно абсолютно не ограничивается рамками алкоголизма и наркомании. Коринн Свит определяет зависимость как свойство характера или поведения, которое можно описать следующим образом.

Вы не контролируете *это*, скорее *это* контролирует вас. Вы чувствуете, что не имеете иного выбора, кроме как делать *это*, брать *это*, поступать так, как требует *это*.

Эта привычка настолько укореняется в вашей жизни, что становится незаметной для вас.

Вы делаете *это* все чаще и чаще, стараясь вызвать более сильное воздействие.

Вы начинаете регулярно делать *это*, когда предчувствуете неприятные ощущения, подобные скуке, одиночеству, физической боли и т.п.

Вы чувствуете, что уже не можете справиться с вашими жизненными проблемами без помощи *этого*.

Вы можете потратить значительную часть жизни, сражаясь с *этим*.

Вы можете потратить драгоценную энергию души, страдая от *этого* и безуспешно пытаясь разделаться с *этим*.

На *это* уходит часть ваших денег, вашего времени, вашей энергии в ущерб чему-то более полезному, в результате вы еще больше ненавидите себя за эти бессмысленные траты.

Вы теряете самоуважение, душевные силы, возникает угроза разрушения всего вашего жизненного уклада (семья, карьера, друзья), физического и душевного здоровья.

Некоторых *это* в конце концов убивает (Свит, 1997).

Этот же автор выделяет *химическую зависимость* (алкоголь, чай, кофе, курение, антидепрессанты и т.п.) и *эмоциональную* (неразборчивость в еде, трудоголизм, чрезмерное увлечение спортом, мастурбация, самоистязание, игры, стремление к риску, сексу, постоянно включенный телевизор и т.д.). Очевидно также, что эти два вида зависимостей часто перекрывают друг друга. Большинство из нас имеет некоторые составные части зависимости. Существует также специальный термин — со-зависимость. Имеется в виду ловушка зависимости от страданий (зависимости)

тех, кого вы любите. И в этом смысле работа консультанта может быть более эффективна с со-зависимыми, т.е. с членами семей алкоголиков, наркоманов и других зависимых.

Генез зависимости достаточно сложен и до конца не изучен.

Понятно, что значимой является такая цепь: «все плохо»—активация зависимостей—«все хорошо»—ухудшение настроения—«все плохо»—активация... и т.д.

Существует еще один более общий термин — аддиктивное поведение. Под ним имеется в виду стремление к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций. Процесс употребления того или иного вещества (субстанции), изменяющего психическое состояние, привязанность к предмету или участие в активности принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции (Короленко, Донских, 1990). Ц. П. Короленко и Т. А. Донских выделяют несколько так называемых узлов процесса развития аддикции.

Первый узел — начало отклонения, когда будущий аддикт начинает понимать, что существует способ, вид активности, с помощью которого можно сравнительно легко менять свое психическое состояние.

Второй узел — аддиктивный ритм, формирование последовательности прибегания к средствам аддикции (часто коррелирует с жизненными затруднениями, фрустрациями).

Третий узел — формирование аддиктивного поведения как интегральной части личности, аддиктивный ритм становится привычным типом реагирования. Личность меняется и становится невосприимчивой к критике.

Четвертый узел — полная доминанция аддиктивного поведения, аддиктивная часть личности полностью определяет поведение аддикта, стиль его жизни, отношения с окружающими.

Пятый узел — катастрофа, разрушение психики и биологических процессов в организме (Короленко, Донских, 1990).

По-видимому, закономерности развития зависимости (аддикции) однотипны в самых разных случаях. И хотя на первый взгляд между алкоголиком, сексуальным аддиктом и азартным игроком мало общего, существуют сходные особенности, определяющие их межличностное поведение.

К ним относится: 1) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; 2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; 3) внешняя социабельность, сочетаемая со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; 4) стремление говорить неправду; 5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны; 6) стремление уходить от ответственности в принятии решений; 7) стереотипность, повторяемость поведения; 8) зависимость; 9) тревожность (*Там же*).

Существуют и другие описания личностей, подверженных зависимостям, а также разные точки зрения на их генез, но более детальное рассмотрение этих действительно сложных и комплексных категорий уже выходит за рамки нашей работы. Остановимся теперь на некоторых зависимостях, несущих наибольший общественный вред.

10.2. Наркомания

Во всем мире люди обеспокоены широким распространением наркотиков и злоупотреблением ими, в особенности использованием психоактивных наркотиков. К ним относятся те, которые вызывают изменения в мышлении, поступках и чувствах индивида. Некоторые из психоактивных наркотиков широко известны и легальны, например, никотин и алкоголь. Однако злоупотребление ими приводит к зависимости и проблемам со здоровьем. Другие пси-

хоактивные наркотики назначаются врачом, сюда относятся, например, диазепам (валиум) и кодеин. Употребление их может принять форму зависимости, если они используются не по назначению. И наконец, существует группа наркотиков, которые называются «уличными наркотиками» ввиду их нелегальности. К ним, например, принадлежит героин.

Все психоактивные наркотики вызывают изменения в мышлении, чувствах и поведении человека. Очень часто эти изменения драматичны и приводят к серьезным острым реакциям, которые могут быть опасны в физическом и (или) психологическом отношении. Человек может пережить смятение, панику, ярость, кому. Во всех случаях ему необходимо уделить внимание.

После долгого употребления все наркотические вещества могут вызвать зависимость. Все они могут послужить причиной (а также быть следствием) серьезных физических и психических (эмоциональных) проблем. Процесс зависимости имеет физическую и эмоционально-психологическую стадии и обычно, не ослабевая, продолжается вплоть до серьезной болезни индивида или его преждевременной смерти.

Все психоактивные наркотики опасны на любом уровне, и даже если с ними смирились и используют их (как например, алкоголь в быту или кодеин в медицине), все же они заслуживают особого внимания.

Концепция привыкания, физической зависимости и «ломки» применима ко всем психоактивным наркотикам.

Существуют следующие основные виды психоактивных веществ:

Седативно-гипнотические. В эту группу входят второстепенные транквилизаторы наподобие диазепама (валиума) и хлордиазепоксида (либриума), барбитуратов, седативных препаратов, средств хирургической анестезии и алкогольных напитков.

Стимулирующие средства. Никотин, кофеин, амфетамины и кокаин.

Опиаты и опиоиды (истинные наркотики). Сюда относятся опиум, кодеин, морфин, героин и основные болеутоляющие — такие как перкодан и др.

Галлюциногены или психоделики, такие как ЛСД, пейот, мескалин, МДМА (метилендиоксиметамфетамин)²¹.

Конопляные средства (Cannabis sativa), известные как марихуана и гашиш.

Органические растворители, например бензин, клей, ацетон; летучие нитриты — амил- или бутилнитриты; оксид азота, или так называемый «веселящий газ»; и многочисленные антигистамины.

В России, по данным А. В. Ларионова, основными видами наркотиков являются препараты группы опиатов и марихуана, а широко распространенными токсическими препаратами — клей «Момент», бензин и различные виды растворителей (Ларионов, 1997).

Всякий раз, когда человек принимает психоактивный наркотик, это вещество попадает в кровь и движется вместе с ней к головному мозгу, вызывая психоактивные эффекты. Все психоактивные наркотики являются причиной изменений в мыслях, чувствах и поступках человека.

Пути поступления наркотического вещества в кровь могут быть следующими:

через рот (например, алкоголь);

поглощение мембранами (втягивание носом кокаина);

ингаляция (курение марихуаны);

инъекция.

Способ введения обычно помогает определить потенциальный эффект. Когда наркотик принимается орально, т.е. через рот, ожидается меньшее его воздействие, нежели при курении или инъекциях. Однако независимо от способа введения результатом может оказаться злоупотребление или физическая зависимость.

²¹ Производное от амфетамина. Средство известно тем, что наряду с ЛСД использовалось в США в психотерапии до запрещения в 1985 г.

Все наркотики имеют «дозировку». Это значит, что при превышении дозы меняется действие наркотика. Ниже приведены четыре основных уровня дозирования для всех наркотиков:

Пороговый: уровень, ниже которого данное вещество не доставляет ощутимого эффекта (например, одна чайная ложка пива).

Эффективный: уровень, на котором достигается *желаемый эффект*. Здесь необходимо заметить, что все *нежелательные* эффекты называются побочными и *все наркотические вещества имеют побочные эффекты* (например, гастрит, заработанный при приеме крепких напитков на голодный желудок).

Токсический: уровень, на котором тело ведет себя так, будто отравлено (например, рвота по причине сильного опьянения).

Летальный: уровень на котором действие наркотика вызывает смерть (например, в результате опустошения пяти бутылок водки на голодный желудок или передозировки героина).

Даже в благополучных семьях дети часто оказываются без внимания значимых взрослых. Родители вынуждены много времени отдавать работе. В школе слаба система воспитательной работы, значительно уменьшилось количество детских организаций, кружков, секций.

В этих условиях дети и подростки становятся легко подвержены различного рода зависимостям — наркомании, токсикомании. В какой-то мере, значимых взрослых заменяют психологи социальных служб. Например, Отделением экстренной психологической помощи по телефону Пермского Областного центра психолого-педагогической помощи ежегодно обслуживается более 10 000 клиентов. 14,5 % от всех обращений составляют обращения детей и подростков, 8,8 % составляют обращения студентов. Консультантами ТЭПП ведется особым образом организованная беседа по поводу проблем, трудностей адаптации к школьному коллективу и другому значимому окружению. Проявляется интерес к личности ребенка, ему оказывается поддержка и помощь в разборе трудной для

него жизненной ситуации. Кроме этого консультантами проводится разъяснительная работа, беседы о значимых для молодежи проблемах, в том числе о сексуальных проблемах, наркомании и алкоголизме.

10.3. Алкоголизм

Другой распространенной формой зависимости, особенно характерной для России, является алкогольная зависимость. В принципе, алкоголь — это тот же наркотик, вызывающий изменение настроения, как и героин, кокаин, барбитураты, амфетамины, никотин и кофеин. Хронический алкоголик имеет физическую и психологическую зависимость от алкоголя.

Не существует «среднего алкоголика». Им может быть мужчина или женщина, молодой, среднего возраста или пожилой человек, в одном случае имеющий хорошую работу, неплохой дом и семью, а в другом — безработный, бездомный и лишенный гражданских прав. Вопреки распространенному мнению, те люди, которые, шатаясь, попадают нам на глаза, составляют менее 5 % от общего числа алкоголиков. Остальные же большую часть времени не идентифицируются нами как алкоголики — они «обычные» люди.

Алкоголь относится к седативно-гипнотическим наркотикам. Он действует на центральную нервную систему как депрессант, хотя даже в небольших дозах оказывает возбуждательное и раздражительное действие на остальные части организма.

Наиболее распространенный результат воздействия алкоголя как наркотика — эйфория и интоксикация. Проникая в головной мозг, алкоголь тем самым ослабляет его функционирование. Все реакции мозга замедляются, а происходящие в нем процессы прерываются и искажаются. Интоксикация приводит к неадекватности чувств, суждений, поведения и физической координации. При острой интоксикации человек может потерять сознание; это настоящая кома. В худшем случае человек, превысив дозу, может умереть. Центральная нервная система в этом слу-

чае столь анестезирована, что человек перестает дышать или задыхается насмерть от рвоты.

Если человек чрезмерно увлекается алкоголем или злоупотребляет им, то спустя какое-то время тело физически адаптируется к присутствию алкоголя. В этом случае начинается происходить следующее.

Привыкание: прием с каждым разом все большей дозы для достижения прежнего эффекта. Привыкание — это способность выпивать огромное количество алкоголя, не получая соответствующего воздействия. Другими словами, для того, чтобы получить желаемый эффект, необходимо повышать дозу. Способность пить много и не пьянеть указывает на привыкание.

Физическая зависимость: повышенное (высокое) привыкание к алкоголю — шаг, предшествующий физической зависимости от него. Физическая зависимость означает, что организм физически адаптировался к частому употреблению этого наркотика. И если теперь прервать его прием, может произойти «ломка».

Ломка: Также известная как синдром абстиненции, ломка случается из-за того, что организм стал физически зависеть от алкоголя. Когда прекращается прием алкоголя, центральная нервная система приходит в состояние возбуждения, которое может вызвать визуальные, слуховые и тактильные галлюцинации, апоплексический удар, конвульсии и дезориентацию. Ломка, вызванная приемом алкоголя, с медицинской точки зрения более опасна и сложна, чем ломка, связанная с приемом героина. Она может привести к смерти.

Провалы памяти: это выпадение из памяти тех событий, которые происходят во время приема алкоголя, и отсутствие ясного сознания. Человек с провалом памяти окружающим кажется вполне все осознающим и даже «нормально» поступающим. Но, проснувшись на следующее утро, он обнаруживает частичную или полную потерю памяти о событиях, произошедших накануне вечером. Провал памяти — отнюдь не желаемый или «нормальный» эффект, сопровождающий пьянство. Он указывает

на проблемы и часто предупреждает о серьезной алкогольной зависимости.

Кроме различных астенических проявлений у алкоголиков также происходит заострение характерологических черт. Они становятся капризными, вздорными, несговорчивыми, обвиняют близких и окружающих в том, что с ними происходит. Меня лично удивляет крайняя лживость и ненадежность алкоголиков, а также их выдающиеся способности к оправданию любых своих действий и особенно фактов приема алкоголя.

По данным зарубежных авторов, у лиц, которые начинали злоупотреблять алкоголем в подростковом и юношеском возрасте, с детства прослеживается комплекс поведения с признаками социальной неприспособленности. Для семей, в которых они воспитывались, характерны низкий образовательный и профессиональный уровень родителей, высокая частота злоупотребления алкоголем, нерегулярная трудовая занятость отца и выделение ничтожной суммы денег на содержание семьи, отсутствие у отца заинтересованности в ребенке и его воспитании, применение преимущественно физических мер наказания, избиение отцом матери, связи отца с другими женщинами, пьянство дома с собутыльниками, совершение отцом преступлений и нахождение в заключении, привлечение ребенка к совместной выпивке, использование его для добывания денег на выпивку. Если алкоголизмом страдала мать, то степень семейной дезорганизации достигала еще больших размеров (смена партнеров, запущенность домашнего хозяйства). Кроме того, ряд пациентов в детстве воспитывались без отца или имели одного из родителей, отличающегося тяжелым характером, болеющего физическим или психическим заболеванием (Клиническая психиатрия, 1989).

Таким образом, клиенты с аддикцией, особенно в заключительной ее фазе, становятся асоциальными. Этому способствует (но не является обязательным) происхождение из соответствующей среды.

10.4. Помощь клиентам с зависимостями и их родственникам

На последних этапах аддикции психолог-консультант может работать только в тесном контакте как с медиками, так и с социальными работниками, а иногда и с работниками правоохранительных органов.

В более благоприятной ситуации, на начальных этапах аддикции, психолог-консультант и клиент могут находиться в более тесном и индивидуальном контакте. Закономерности консультирования в работе с такими клиентами сохраняются. Но следует заметить, что существуют определенные особенности работы с клиентами, страдающими зависимостями. Например, работая с алкоголиком, консультант должен учитывать некоторые принципы:

— во-первых, консультирование может происходить только когда клиент не пьет. Пьющему клиенту помочь невозможно (то же касается и наркомана «под кайфом»);

— во-вторых, контакт с клиентом-алкоголиком довольно амбивалентен, поскольку зависимость от консультанта смешивается с враждебным, манипулятивным отношением к нему. Консультанту приходится усиливать зависимость клиента от себя, заменяя ею зависимость от алкоголя, которую алкоголик склонен отрицать. Он думает, что может контролировать как свое пьянство, так и жизнь вообще, хотя в действительности все наоборот (*Кочюнас, 1999*). Так же рассуждает и наркоман, которому невозможно помочь в состоянии наркотического опьянения.

Первоначально необходим комплекс медицинских мероприятий с последующей работой психолога, длительным отрывом от окружения (иногда практически полной сменой окружения) и последующим патронажем социальных служб. Все, что требуется от человека, так это желание вылечиться. Необходима высокая мотивация на избавление от зависимости. Просвещение, ранняя диагностика и содействие общества — все направлено на то, чтобы контролировать и уменьшать злоупотребление алкоголем и другими видами наркотиков.

Помимо чисто консультативной тактики, по-видимому, не обойтись без применения различных психотерапевтических методов и приемов. Например, может быть использована суггестивная психотерапия и методики нейро-лингвистического программирования. А. В. Ларионов (1997) предлагает следующую схему суггестивной работы с наркоманом:

1. Выявление ключевых (пусковых) моментов принятия наркоманом решения «употребить наркотик».
2. Осознание наркоманом этих моментов.
3. Обучение наркомана самостоятельно входить в трансовое состояние при возникновении ощущений физической или психологической зависимости.
4. Встраивание в подсознание наркомана генератора «любви к себе» и «ответственности».

В работе с наркоманами также используется групповая психотерапия. На специально организованных тренинговых занятиях наркоманы учатся говорить «нет» наркотикам и «нет» вообще. Ларионов приводит некоторые формы как принимающего, так и отвергающего поведения, выделенные участниками группы в ходе групповых занятий:

1. Жесткое «нет» при продолжающихся предложениях уколоться, отказ облачается в экзальтированную форму (повышенный тон голоса, крик и т.д.).
2. «Нет» и далее — уход.
3. Обвинение предлагающему наркотик: «Ты что мне предлагаешь? Я же сказал “нет”. Ты что, дурак?».
4. Полное молчание, которое может сопровождаться мимикой и жестами. (При подобной тактике поведения всякая коммуникация быстро заходит в тупик и предложения прекращаются.)
5. «Нет» и взгляд прямо в глаза тому, кто предлагает наркотик.
6. Создание образа того, что на самом деле предлагается. У одних это образ потери денег, нищеты, у других —

образ потери здоровья, опустившегося человека или образ тюрьмы, слез матери и т.д.

7. Твердое и короткое «нет». Когда отвечающий говорит: «Да нет. Я же сказал, что не хочу...» — его «да нет» воспринимается как «да».

8. Принятие замаскированного приглашения типа «Пойдем, есть дело», «Давай поднимемся ко мне» и т.п. (При этом человек стопроцентно знает, что там, куда его приглашают, принимают наркотики. То есть фактически он дает согласие на употребление наркотиков.)

9. Принятие приглашения «просто посидеть», пока другие будут готовить и употреблять наркотики, предоставление наркоманам своей квартиры для приготовления наркотиков. (При таком поведении практически невозможно отказаться от последующего употребления наркотиков: у человека есть тенденция вслед за согласием на небольшую просьбу давать согласие на более существенную.)

10. Намерение «уколоться в последний раз, а потом больше никогда» после выхода из физической зависимости. (По сути, это самообман.)

11. Четкое и однозначное публичное заявление о своей позиции по отношению к наркотикам. (Это помогает человеку отказываться от последующих предложений употребления наркотиков, особенно если человек подкрепляет свое заявление каким-либо особо значимым личным или групповым обязательством, например, «если я уколюсь, то буду...».)

12. Оплата (сначала маленькая, а потом еще меньше) за услуги, предлагаемые «от души». (Предлагающий начинает рассматривать свои действия как управляемые извне, а не внутренне мотивированные, и у него пропадает желание «помочь». Например, знакомые, предлагающие наркотик, оправдывают свои действия заботой о «страдающем», поэтому заведомо мизерная плата, предложенная за их «услугу» (в сочетании с отказом от покупки либо употребления наркотика) прекращает последующие их попытки) (Ларионов, 1997).

Нередко к нам обращаются и родители наркоманов, токсикоманов, и родственники алкоголиков. С ними проводится разъяснительная терапия, разрабатываются стратегии поведения с наркозависимыми и алкоголиками, коррекция внутрисемейных отношений. Эта работа ведется как в отделении консультирования и психотерапии (очный прием), так и на ТЭПП. В консультативном отделении ведется непосредственная работа с наркоманами и их родственниками.

Чрезвычайно важна роль родственников наркоманов. Зачастую они отнюдь не жертвы наркомании, а активные участники, создающие эмоциональный фон, на котором развивается зависимость. Причем большинство из них этой связи не видит, возможно, вытесняет. А. В. Ларионов пишет о том, что общение наркомана с родителями жестко структурировано. По сути, оно ведет к избеганию близости и подлинности в отношениях. Например, когда ребенок пытается установить эмоциональный контакт, а в ответ получает: «Отвяжись! Не твое дело». Один из клиентов с удивлением заметил, что после скандала и он, и его мама имеют возможность не разговаривать друг с другом; смотреть не отвлекаясь телевизор, разговаривать по телефону или слушать музыку; возможность агрессивно общаться с другими родственниками; возможность показать, что он (она) обижен; возможность избежать определенных обязанностей (*Там же*). Дети превращаются в «козлов отпущения», им мстят за собственную несостоятельность²². Приходит время и подросший ребенок сам превращает родителей в «козлов отпущения». Замыкается весь круг: 1) усвоение полученных («шизофренических») моделей адаптации к миру; 2) сохранение полученных навыков и периодическое их использование; 3) воспроизведение усвоенного и «превращение» всего мира в дерьмо (*Там же*).

²² Например, одна из клиенток нашей сотрудницы О. В. Коквиной просто ненавидела дочь за то, что та помешала устройству ее семейной и сексуальной жизни. На мой взгляд, часто такие отношения амбивалентны и представляют собой смесь любви и ненависти.

Кроме того, само употребление наркотика (алкоголя) одним из членов семьи может давать остальным вторичную выгоду. Например, жена алкоголика может играть любимую роль жертвы, избегать сексуальной близости, необъективно агрессивно вести себя и т.д. При прекращении аддикции окружение зачастую начинает предпринимать усилия для того, чтобы вернуть аддикта к привычному для них поведению.

Соответственно, тактика работы с родственниками наркоманов (алкоголиков) посвящается не только их поддержке, которая все же необходима особенно на этапе построения рабочего альянса, но и совсем другим вещам. Я имею в виду возможности эмоционального отреагирования, понимания своих чувств и причин собственных действий. Необходимым может быть и нахождение возможности изменения собственного поведения, в частности способов выражения чувств к близким людям.

Полезными могут оказаться и конкретные поведенческие программы поведения, скажем, ребенка-наркомана и его родителей. Между ними может быть заключен контракт, например, в такой форме:

Обязанности ребенка	Обязанности родителей
а) употреблять наркотики только дома	а) дают согласие на употребление наркотиков ребенком дома
б) приобретать наркотики только на деньги родителей	б) выделяют деньги на приобретение наркотиков, открыто обсуждая с ребенком возможности семейного бюджета
в) употреблять наркотики только одному	в) не обвиняют и не ругают ребенка за употребление наркотиков
г) употреблять наркотики только тогда, когда дома находится кто-либо из родителей	
д) самостоятельно вести график учета дней с наркотиками и без наркотиков	

Контракт заключается на 1—2 месяца и, по данным Ларионова, при условии добросовестного соблюдения сторонами своих обязательств частота употребления наркотика резко сокращается (*Там же*).

Еще раз повторю, справиться с зависимостью (аддикцией) нелегко, требуется комплексный, многоуровневый подход, включающий вопросы воспитания, воздействие на эмоциональную сферу, межличностные подходы, физические виды активности, стимуляцию творческой деятельности, интеллектуальную и социальную активность (*Короленко, Донских, 1990*). Психолог-консультант может воздействовать на эмоции клиента, выводить его на осознание межличностных трудностей, а также пытаться направить клиента по пути интеллектуальной, социальной или физической активности. Хорошо зарекомендовавшим себя способом подвести клиента к такого рода активности является постоянная поддержка в так называемых группах самопомощи, например в обществах анонимных алкоголиков и наркоманов. Есть примеры увода зависимых от объекта зависимости путем включения в религиозное общество. Возможны также сочетания различных форм существования и миропонимания подобных «антизависимых» групп.

Вопросы

1. Дайте определение термина «зависимость» и назовите характерные поведенческие реакции зависимых.
2. Что такое аддиктивное поведение?
3. Назовите «узлы» процесса аддикции.
4. Что можно отнести к наркотическим веществам, как они могут поступать в организм человека?
5. Назовите признаки физической зависимости от наркотика.
6. Перечислите основные принципы работы с зависимым.
7. Приведите пример схемы психологической работы со страдающими наркоманией.
8. Как строится работа с родственниками зависимых?
9. Какие дополнительные ресурсы могут быть привлечены для работы с зависимыми (аддиктами)?

Глава 11

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРОБЛЕМАМ, СВЯЗАННЫМ С РАБОТОЙ

11.1. Психологическое консультирование и профориентация

Как известно, для обеспечения организаций и предприятий кадрами необходимой квалификации и профессий проводится профориентационная работа. Прежде всего она проходит среди учащихся средних общеобразовательных школ и касается деятельности школьных психологов и психологов-консультантов центров профориентации и психологической поддержки населения.

Профессиональная ориентация состоит из нескольких взаимосвязанных этапов: профессиональной информации, профессиональной консультации, профессионального отбора и профессиональной адаптации.

В рамках курса по психологическому консультированию нас интересует прежде всего профессиональная консультация, ее отличия от иных направлений психологического консультирования и возможные сходные черты.

Задачами профессиональной консультации являются оказание помощи молодежи в оценке своих способностей к различным видам трудовой деятельности в сфере общественного производства, выдача конкретных рекомендаций о выборе профессии и возможных путях овладения ею (Профессиональная ориентация..., 1990).

Профессиональная консультация также имеет целью установление соответствия индивидуальных психологичес-

ких и личностных особенностей специфическим требованиям той или иной профессии.

Различают следующие виды консультаций:

1) *справочные*, в ходе которых учащиеся выясняют каналы трудоустройства, требования к приему на работу или учебу, возможности освоения различных профессий, сроки подготовки, систему оплаты труда, перспективы профессионального роста;

2) *диагностические*, направленные на изучение личности, интересов, склонностей, способностей консультируемого с целью выявления соответствия избираемой или близкой к ней профессии;

3) *медицинские*, имеющие целью выявление состояния здоровья учащегося или трудоустраивающегося, его психофизиологических свойств в отношении избираемой профессии и др. (Профессиональная ориентация..., 1990).

Справочно-диагностические консультации являются достаточно директивными и, на наш взгляд, справедливо критикуются за то, что рассматривают индивидуальность как нечто застывшее и неизменное, «намертво» связанное с профессиональными требованиями. Но главный психологический просчет, который допускают приверженцы директивно-диагностического подхода, состоит в том, что сам человек, обратившийся за помощью, исключается из процесса принятия жизненно важного решения (*Шмелев (ред.)*, 1996).

Здесь мы видим нарушение основных принципов психологического консультирования, применяемых обычно в консультировании по другим проблемам. Однако профессиональная консультация может быть и не так далека от привычных консультативных действий и в ней также могут быть использованы принципы и теории, близкие личностному консультированию и психотерапии.

Так например, классическими типами недирективной профконсультации являются психоаналитическая, гуманистическая и активизирующая (или развивающая). Психоаналитическая консультация строится на принципах выявления подсознательных импульсов человека и подбора ему таких профессий, в которых они могли бы проявиться в наибольшей степени.

Гуманистическая профконсультация строится на общих для гуманистической психологии принципах создания особой ситуации взаимодействия клиента (оптанта) с консультантом. Применяется ориентированный на клиента подход, включающий полное «принятие» консультируемого, возможность свободных высказываний о себе и своих проблемах, что позволяет подойти к осознанному и самостоятельному принятию решения (*Шмелев* (ред.), 1996).

Однако и такая схема не привилась на практике, так как требует значительного времени и часто переходит границы профконсультации, превращаясь в психотерапию. Что, впрочем, вполне допустимо, особенно если клиент обратился за помощью не в профслужбу, а в психологический центр, оказывающий разнообразные консультативные услуги.

Некоторые принципы гуманистической психологии используются при построении активизирующей профконсультации. Развивающая (активизирующая) профконсультация лишена главных недостатков директивной: она не исключает активности самого клиента из процесса решения жизненно важной задачи, а рассматривает ее как главный фактор правильного выбора. Важнейший момент в этой профконсультации — перенесение акцента с акта выбора профессии на подготовку к ней путем правильной оценки природных особенностей и направленного формирования необходимых качеств, свойств личности (*Там же*). Для этого используются коррекционные и тренинговые программы.

В литературе выделяется 5 типов запроса оптанта:

Обращение к психологу за подтверждением правильности выбора профессии.

Родители или (реже) сами учащиеся обращаются за помощью к психологу, поскольку не обнаруживают выраженных интересов и способностей, которые могли бы помочь в ходе профессионального самоопределения.

Обращение к психологу вызвано трудностями выбора профессии, которые обусловлены многообра-

зием интересов и способностей. (Эта ситуация характерна для тех семей, где родители много внимания уделяют развитию личности и способностей ребенка, иногда упуская при этом ту линию развития, которая может иметь выход на профессию.)

Наблюдается расхождение между интересами и способностями. (Это довольно редкий случай.)

Запрос вызван расхождением мнения ребенка и его родителей относительно профессионального выбора (Шмелев (ред.), 1996).

В целом можно сказать, что профконсультация проходит те же стадии психологического консультирования, что и при другого типа проблемных ситуациях, требующих выбора и принятия решения: контакт с клиентом, сбор информации и осознание желаемого результата, перебор альтернативных решений, обобщение и выход из контакта; однако роль консультанта здесь ближе к роли эксперта нежели к какой-либо другой. В то же время в практике встречаются ситуации, когда профконсультация является только поводом обращения к психологу (на самом деле волнуют, например, проблемы взаимоотношения с подростком), либо в процессе консультации выясняются проблемы оптанта. Например, родители настойчиво толкают юношу (девушку) к выбору профессии, которая нравится только им самим, служит для удовлетворения их нереализованных интересов и потребностей. В этом случае возможно перетекание профконсультации в консультацию по поводу детско-родительских отношений или личностно-направленную. При отсутствии у профконсультанта соответствующей подготовки и опыта возможно направление клиента (клиентов) к другому специалисту.

Особое направление составляет работа психологов-консультантов, связанная с управлением персоналом, его набором, оценкой, развитием и т.п. Подробнее ознакомиться с этой обширной темой читатель может в соответствующей литературе (Управление персоналом, 1998).

11.2. Проблемы безработицы

Безработица в России с начала 1990-х годов превратилась в реальное явление. По данным федеральных органов государственной службы занятости, к концу мая 1998 года на учете состояло 2,1 млн незанятых трудовой деятельностью граждан, при этом статус безработного имели 1,9 млн человек. Численность безработных продолжает постоянно увеличиваться.

Проблема безработицы вызывает множество тяжелых переживаний. По результатам исследований Л.Пельцман выделяется несколько фаз развития специфических стрессовых состояний у безработных:

Фаза 1 — состояние неопределенности и шока.

Это тяжелое субъективное переживание, при котором страх и другие негативные эмоции выступают как факторы риска (точнее было бы, наверное, сказать, что это факторы провоцирующие), при которых человек подвержен другим неприятностям: болезням, несчастным случаям.

Фаза 2 — наступление субъективного облегчения и конструктивное приспособление к ситуации.

Эта фаза длится 3—4 месяца после потери работы. Но уже в первые недели без работы многие люди начинают испытывать облегчение и даже радость из-за наличия свободного времени. Некоторые отмечают улучшение состояния здоровья. Начинаются активные поиски нового места работы.

Однако в некоторых случаях стрессовые состояния оказываются стойкими и не поддаются устранению. Человек начинает преувеличивать опасность своего положения и тогда уже не воспринимает его как отдых.

Фаза 3 — утяжеление состояния.

Оно наступает обычно после 6 месяцев отсутствия работы. Обнаруживаются деструктивные изменения, которые касаются здоровья, психики, социального положения. Наблюдаются дефицит активного поведения, разрушение жизненных привычек, интересов, целей. Подрываются силы противостояния неприятностям. Особенно велики

деструктивные изменения при длительной безработице, когда человек не имеет хотя бы небольшого заработка на временной, сезонной или черновой работе. Не менее неприятны для человека колебания, связанные с появлением надежды найти работу и потерей этой надежды. Они могут вести к прекращению поисков.

Фаза 4 — беспомощность и примирение со сложившейся ситуацией.

Это тяжелое психологическое состояние наблюдается даже при отсутствии материальных трудностей и в том случае, когда человек удовлетворен пособием по безработице. Состояние апатии возрастает с каждым месяцем. Отсутствие даже минимальных успехов в поиске работы ведет к потере надежды. Человек прекращает попытки изменить положение и привыкает к состоянию бездеятельности (Пельцман, 1999).

Безработица, конечно, была и остается актуальной проблемой не только для нашей страны. И на Западе, и в России она имеет общие черты. Так, Коринн Свит пишет, что при увольнении человек вынужден начинать все сначала, возможно с потерей социального статуса. Безработица может быть причиной сильных стрессов, потому что:

1) у вас мало денег или их совсем нет. Современные нормы материальной поддержки по безработице ничтожны, а жизнь дорожает настолько быстро, что финансовая брешь между существованием работающего и безработного сегодня очень велика. Понятно, что без денег сложно хорошо питаться и практически невозможно путешествовать, бывать в гостях, покупать одежду и получать удовольствия, за которые нужно платить;

2) отныне у вас низкий социальный статус. Вопреки популярному мнению, немногие люди выбирают безработицу как образ жизни. Работа дает человеку возможность вести активное существование, особенно если данный вид деятельности востребован обществом — например, уход за больными или обучение детей. А безработные не имеют возможности проявить себя и свои способности;

3) если вас уволили, вы страдаете не только от потери статуса, но и от страха перед необходимостью проходить

переобучение в солидном возрасте. В 40 лет каждому хочется иметь работу с реальными перспективами;

4) отношения в семье становятся напряженными. Жизнь отравляют обиды, страхи, поиск виноватого в том, что семья бедствует. Изменяется повседневный распорядок жизни;

5) изоляция. Отныне вы не член группы, не участник рабочей жизни. Вы впустую тратите время, пытаетесь хоть как-то пристроиться, но нигде не можете закрепиться. Это не означает, что вы используете свое время неконструктивно, но если вы не являетесь членом хотя бы самой маленькой группы, трудно считать себя полноправным членом общества;

6) перед лицом нищеты и в отсутствии перспектив безработные уязвимы для зависимостей различных видов. Выпивка, курение, сидение перед телевизором становятся способом убить время, «удовольствием», скрашивающим монотонность жизни. Проблема использования зависимостей заключается в том, что лежащие в их основе болезненные эмоции не поддаются управлению, поэтому ваша тревога и неуверенность могут только возрастать;

7) некоторые люди становятся безработными, потому что, как им кажется, презирают работу. На самом же деле они просто боятся принимать участие в жизни общества. Это еще один способ спрятаться от реальности и жить в фантазиях. Такая философия изоляции может быть основана на беспочвенном убеждении, будто вы в любом случае достойны социальных благ. Зависимости сохраняют иллюзию, что можно прекрасно жить, абсолютно ничего не деля (Свит, 1997).

Все, перечисленное К. Свит, встречается в жизни и российских безработных. Наступает социальная, а за ней и психологическая дезадаптация. Отсутствие работы является огромным стрессогенным фактором, ведущим к депрессии и деструктивным изменениям личности, особенно для тех, кто не мыслит себя без работы. Людям, потерявшим работу, свойственны повышенная тревожность, конфликтность, неуверенность в себе, замкнутость, неадек-

ватная самооценка, скептицизм. Безработные более подвержены психосоматическим заболеваниям. Они чаще страдают от бессонницы, потери аппетита, головных болей, что зачастую понуждает их к чрезмерному применению обезболивающих и снотворных средств, которое может привести к возникновению лекарственной зависимости и опосредованно сказаться на «израненной» психике безработного. Таким образом, безработным нужна и социальная, и психологическая помощь.

Консультирование безработных может носить характер как кризисного, так и проблемного. В последнем случае это могут быть проблемы семейных отношений, алкоголизации и др.

Помимо обычных консультативных целей, задача консультанта заключается также в том, чтобы выяснить реальные нужды людей. При исследовании стресса, происхождение которого имеет экономическую основу, особенно важно сконцентрироваться на способах его преодоления, найти специфические пути управления им. Некоторые специалисты считают, что эффективным антистрессором может быть только сильная социальная поддержка, которая существенно снижает негативные последствия стресса. В этом случае необходима совместная работа психологов-консультантов и специалистов по социальной работе. В наше время решение данной проблемы требует индивидуального подхода с учетом социально-психологических особенностей и статуса безработного. Большая роль в этом принадлежит центрам занятости, которые должны обращать внимание на правильный подбор места работы, должности для каждого безработного, заниматься организацией курсов переподготовки или получения смежной специальности, по которым впоследствии большинство безработных могут трудоустроиться. При службах занятости целесообразна и работа психологов, владеющих методами психологического консультирования и разнообразными тренинговыми формами работы. Например, ряд безработных нуждаются в тренинге уверенности в себе, поведенческих программах найма на работу и т.п.

Учитывая опыт зарубежных стран, стоит обратить внимание на досуг безработных, стараясь привлечь их для какой-либо общественной работы, например для оказания помощи различным социально отягощенным группам населения. Они смогут оказать посильную помощь, общаясь с пожилыми людьми, детьми-инвалидами, детьми из детских домов и приютов, — домов ребенка, школ-интернатов. Развивая социальную службу (в наше время это достаточно актуальная тема), возможно, следует опираться на федеральные программы, с помощью специалистов разрабатывать программы «на местном уровне», использовать помощь заинтересованных лиц, спонсоров, зарубежных специалистов, и находить точки взаимодействия в решении проблем различных социально незащищенных слоев общества.

Еще одно из направлений коррекции психосоциальных проблем безработных — создание клубов по интересам, где люди, владеющие каким-либо «ремеслом», любящие и знающие его, могли бы обучить этому других. Следует привлекать к этой работе психологов, психотерапевтов, социологов, использовать активные формы обучения (в том числе различные виды тренинга) и проведения досуга, чтобы по возможности уменьшить отрицательные психоэмоциональные воздействия на безработного.

В то же время стоит учесть следующее. Например, Л. Пельцман пишет: «Было бы напрасно думать, что экономические, культурные и экологические условия являются надежными показателями благополучия общества. Психологи давно отмечали, что объективно хорошие условия жизни не обеспечивают удовлетворенности населения. Нет и прямой зависимости между внешними условиями жизни и ее психологическим качеством. Также не существует надежных статистических показателей состояния психологического здоровья общества. Однако можно назвать важные показатели психосоциальной патологии: алкоголизм, самоубийства, разводы, преступления. Эти явления — как причина, так и следствие социального стресса» (Пельцман, 1999).

Вопросы

1. Назовите этапы профессиональной ориентации.
2. Какие виды консультаций выделяются в профориентационном консультировании?
3. В чем суть гуманистической, психоаналитической и активизирующей парадигм в профессиональном консультировании?
4. С какими запросами приходится работать психологу-профконсультанту?
5. Перечислите фазы развития стрессовых состояний у безработных.
6. Какие структуры могут привлекаться к помощи безработным?

Глава 12

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИЙ

12.1. Задачи психолога-консультанта в организации. Формы работы

В общем смысле, то, что носит разные названия — психология менеджмента, психологический консалтинг (в организациях), управленческое консультирование — имеет одну цель — сделать труд людей (и организаций в целом) более эффективным.

Традиционно в психологии менеджмента, точнее в управленческом (организационном) консалтинге, выделяют два направления:

1. Организационно-индустриальное.
2. Клинически-консультативное.

Организационно-индустриальное направление делает упор на изучение крупных коллективов, психологических аспектов социальных процессов (групповые процессы, иерархия структур и т.п.).

Клинически-консультативное — специализируется на работе с конкретными личностями, фокусируется на индивидах, теории личности и оценке индивидуальных характеристик. Общий девиз этого направления: «Хорошие работники — процветающая фирма» (см.: *Тобиас*, 1997).

Управленческое консультирование — понятие более широкое, оно включает в себя помощь в решении управленческих проблем любого типа.

В задачи психолога-консультанта в организации входит:
улучшение психологического климата в организации (повышение «боевого духа» сотрудников, формирование доброжелательной атмосферы);

совершенствование практики подбора кадров;

модернизация организационной структуры;

оказание поддержки сотрудникам в развитии их способностей;

сплочение сотрудников в единую команду;

помощь людям в преодолении стрессов;

достижение соответствия между внутренним складом человека и его работой;

устранение конфликтов;

снижение текучести кадров;

оценка производственных программ с точки зрения психолога;

проведение разумной политики поощрений и наказаний на фирме;

консультирование руководителей по психологическим аспектам деятельности предприятия на рынке (включая переговоры, рекламу, маркетинг и т.д.).

Формы работы консультанта в организации, в принципе, остаются теми же, что применяются в иных сферах консультирования и практической психологии. К ним относятся: индивидуальные консультации, психодиагностика, обучение (лекции, семинары, тренинги).

Однако применение этих форм имеет свою специфику, расширяется и диапазон ролей, которые может играть консультант в организации.

Мы предлагаем выделить следующие *роли консультанта*:

1) советник;

2) эксперт;

3) ученый-исследователь;

4) медиатор (посредник);

5) супервизор.

Отчасти этот список совпадает со списком Л.Тобиаса, который выделяет 4 роли:

- 1) эксперт;
- 2) аналитик;
- 3) информатор;
- 4) психотерапевт.

Тобиас также замечает: «У каждой роли свое лицо, и хороший профессионал всегда знает, какое лицо ему нужно подать, чтобы быть максимально полезным клиенту» (Тобиас, 1997).

Кроме понимания своей роли для психологов-консультантов, работающих с организациями, особенно важно соблюдение таких *этических требований* как

- 1) независимость;
- 2) беспристрастность;
- 3) конфиденциальность.

Работа консультанта в организации просто невозможна без выполнения этих требований этики, так как изначально существует (и является нормальным) противоречие между «трудом» и «капиталом», рабочими (сотрудниками) и работодателем. Поэтому при появлении консультанта (все равно, внешнего или внутреннего) у исполнителей может возникать страх, например, быть уволенным, пониженным в должности и т.п., руководители же всячески пытаются использовать консультанта в своих целях. Например, оценить и переместить работников, распределить их с большей отдачей, а кого-то действительно уволить. Соответственно, психолог-консультант (консультант по управлению) должен не занимать изначально чью-либо позицию и постоянно помнить об этических требованиях.

Следующий момент, на котором необходимо остановиться, это *разграничение психологического консультирования по личным и организационным проблемам*.

Можно сказать, что отличие психолога-консультанта, работающего с личными проблемами, от психолога-консультанта, работающего с организациями, проходит там

же, где пролегает линия, разделяющая частную жизнь и трудовую деятельность, хотя между ними много общего.

Так например, работа психолога-психотерапевта отличается от работы консультанта-медиатора (посредника) следующими моментами:

Психолог-психотерапевт, работая с клиентом, помогает ему разрешить межличностный конфликт через преодоление внутриличностного конфликта или осознание своих личных проблем и их влияния на возникновение конфликтных отношений. Иными словами, психологи-консультанты пытаются работать со структурными факторами и ценностями личности. Результатом такой работы должно быть изменение личности и, как следствие, изменение отношения человека к конфликту (изменение поведения в конфликте). Причем работа психолога-психотерапевта может быть очень трудоемка и длительна по времени, но часто не дает возможности найти способ конструктивного удовлетворения интересов, ущемленных в возникшей конкретной ситуации межличностного конфликта. Медиатор же не занимается анализом индивидуальных психологических особенностей участников спора и не дает психологических консультаций клиентам, а лишь помогает человеку осуществить следующее: осознать конфликт прежде всего с точки зрения того, что собственно произошло и какие интересы ущемляются или могут быть ущемлены в будущем; понять, что именно стороны хотели бы изменить и получить в результате переговоров и что они готовы сделать для этого. Тем не менее, часто возникают случаи, когда клиенты нуждаются в первую очередь в психотерапевтической помощи. Медиаторы-психологи, имеющие соответствующую подготовку, могут ее оказать или направить клиента к другому специалисту (Конфликтология, 1999).

Еще одна тема, нуждающаяся в прояснении, — это *отличие организационного консультирования от организационного развития*.

Организационное развитие определяется У. Френчем и С. Беллом как «...долговременная работа по усовершенствованию процессов решения проблем и обновления в

организации путем более эффективного совместного регулирования культурных постулатов организации (норм поведения, чувств, отношений и ценностей) — при помощи агента перемен, или катализатора (им как раз может быть внешний консультант), применяя теорию и технологию прикладной науки о поведении, включая исследование действием» (*Мескон, Альберт, Хедоури, 1993*).

Связь организационного консультирования и организационного развития в том, что обновление организации обязательно связано с решением проблем в организации. Агент изменений — консультант — может помочь определить то, что мешает выполнять работу, как можно выполнять ее более эффективно и т.п. То есть, организационное консультирование выступает как начальный этап организационного развития, как то, что ему предшествует или его сопровождает.

Следующий термин и область знания, перекликающаяся с консультированием в организации — это *супервизия* (*Schreyogg, 2000; Supervision..., 1996*).

Распространенное рабочее определение супервизии как раз говорит о том, что супервизия — это консультирование, направленное на профессиональную деятельность, целью которого является увеличение целенаправленности профессиональных действий, повышение квалификации и повышение степени удовлетворенности собственной работой.

Выделяют следующие цели супервизии:

- предупреждение синдрома помощника и переутомления (синдрома сгорания);
- разработка более осознанного подхода к требованиям, предъявляемым работой;
- возможность повышения квалификации;
- оптимизация процесса обучения (*Cherniss, 1979*).

С организационным консультированием пересекаются такие формы супервизии как коллективная и организационная супервизия.

Коллективная супервизия — работа с коллективом сотрудников по поводу конкретных эпизодов, отношений в коллективе, организационных и концептуальных вопросов.

Организационная супервизия — работа с целыми организациями, коллективами, подразделениями или отдельными руководителями, при которой рассматриваются вопросы структуры, коммуникации и культуры на предприятии.

Соответственно рассматриваются уровни, на которых работает супервизия:

1) *индивидуальный/личностный уровень* (например, блокирование, возникающее от того, что начальница напоминает мать);

2) *интеракционный уровень* (отношения с другими вызывают блокирование, рассматриваются групповые роли, групповое давление, переносы, близость и дистанция);

3) *системный/институционный уровень* (так как структура провоцирует психосоматические заболевания и вызывает другие сложности, здесь рассматриваются действующие в коллективе правила, нормы и табу, структурные проблемы руководства и пр.).

В последние годы начинает выделяться как самостоятельная сфера или как вид супервизии — супервизия (сопровождение) руководителя, называемая особым термином — *коучинг* (от англ. *coach* — тренер, инструктор) (Schreyogg, 1996).

12.2. Типичная схема работы с организацией

Примерная (достаточно типичная) схема работы психолога-консультанта с организацией включает несколько этапов:

1. *Приглашение консультанта заказчиком, первичное описание проблемы. Общих контракт.*

Точно так же, как в ситуации обращения к психотерапевту, предъявленная проблема (жалоба) — это далеко не все. Работа психолога-консультанта состоит в том, чтобы заняться очевидной для заказчика проблемой, но одновременно не упустить из виду те факторы, которые ее создали и будут продолжать порождать аналогичные проблемы, если не раскрыть их источник.

Лестер Тобиас пишет: «Шефу предъявляется примерно следующее: самый быстрый и надежный способ разобраться в сути дела — изучить психологию каждого из ответственных лиц компании. Тогда становится ясно, почему они построили организацию такой, как она есть, почему они взаимодействуют друг с другом именно так и, наконец, почему команда, состоящая из таких людей, склонна сталкиваться с таким типом проблем» (Тобиас, 1997).

Далее тот же автор отмечает, что первым на очереди должен стоять генеральный директор (первый руководитель любой структуры), поскольку именно он задает общий моральный климат в коллективе. Затем начальники рангом ниже — заместители директора, руководители отделов и т.п.

На первом этапе работы большое значение имеет общий контракт (консультант — руководитель организации).

Например, руководителю сообщается, что каждый служащий фирмы (организации, учреждения) получит от консультанта устный или письменный отчет по результатам его психологического обследования. Все вольны делать из него те выводы, которые считают нужными. Цель консультанта — внутреннее благополучие и развитие способностей людей. У каждого будет выбор: предоставить ли консультанту разрешение сообщить результаты наверх или нет, и с какой степенью подробности.

Подчеркивается конфиденциальность (консультант не может стать источником информации о ком-либо!). Доступ к отчетам строго ограничен. Он возможен только при оценке претендентов на то или иное место, или при проведении исследования только для руководства. Об этом испытуемые обязательно предупреждаются.

2. Установление отношений доверия, контракт с каждым обследуемым.

Прежде всего необходима доверительная, вдумчивая беседа (в т.ч. об истории жизни, родителях, учебе и т.д.), создающая неподдельный эмпатический контакт, хотя и не развивающийся в подобие терапии, но способствующий хорошим, теплым человеческим отношениям.

Что касается заключения контракта, то здесь имеется в виду проговаривание различных условий работы консультанта и клиента: конфиденциальность, место, время и т.п.

3. Психологическое обследование.

Обследование служит одновременно многим целям: описывает и прогнозирует стиль и качество исполнения производственных задач, является «зеркалом» трудовой биографии человека и стимулом для его личностного роста, может становиться своеобразным пособием для непосредственного руководителя данного сотрудника и, что очень существенно, может положить начало доверительным взаимоотношениям с психологом-консультантом.

Психологическое обследование дает человеку повод поновому поразмыслить о своей жизни. Оно является средством, с помощью которого консультант пытается уловить логику развития того, кто перед ним, предположить наиболее вероятные точки кризисов, области стагнации, способы преодоления трудностей или ухода от них.

При этом цель консультанта — помочь увидеть, куда ведут те или иные шаги (решения, поступки, стиль поведения), и предложить реальные альтернативы.

Могут быть рассмотрены следующие характеристики клиента:

- интеллектуальные;
- эмоциональные;
- мотивационные;
- понимание себя и окружающих.
- общения (склонность к доминированию—подчинению, доброжелательность, способность к сотрудничеству, такт, гибкость и т.п.).
- деловые (технические, организаторские навыки, стиль управления и т.д.).

Для обследования могут использоваться, любые тесты, применяемые в других областях психологической практики, такие как СМИЛ, Кеттелла, Люшера и т.д.

Однако в ряде случаев более адекватными будут психодиагностическое интервью, анкетирование, использование провокативных вопросов, наблюдение в деятельности и т.д. Кстати, тестирование и оценка без наблюдения за клиентом, например только путем выдачи бланка через третье лицо, по нашему мнению, вообще непрофессиональны.

При организационно-индустриальной направленности консультанта большее внимание будет уделено организации в целом, ее структуре, организационной культуре и т.д.

4. Отчет по обследованию

Отчет излагается в устной или письменной форме.

Устно изложить быстрее, это форма более информативная, гибкая, позволяет уточнить все неясные детали. Письменный отчет позволяет сделать более глубокий анализ отдельных черт характера клиента и может быть использован (при договоренности) более широким кругом лиц; в нем могут составляться психологические портреты (характеристики) отдельных личностей. Мне представляется более адекватным сочетание письменного отчета с устными пояснениями к нему.

Л. Тобиас рекомендует указывать в отчете только правду, имея в виду, по-видимому, отсутствие приукрашивания или, напротив, моментов, занижающих оценку.

Начинать отчет лучше с позитивных черт, сильных сторон личности, успехов. Но достоинства и недостатки всегда связаны. Понимать это важно как для клиента, так и для руководства. Важно правильно представлять себе истинное положение дел, чтобы принимать своевременные и наименее болезненные решения.

Тон отчета должен быть спокойным, прямым, но мягким. Не наклеивайте ярлыки. Описывая отрицательные стороны, указывайте пути их преодоления.

Заключительная часть содержит основные выводы. Важно, чтобы рекомендации основывались на реальном понимании психологических потребностей человека и свидетельствовали о том, что консультант действует в его интересах, а не только в интересах его нанимателя.

5. *Беседы по результатам психологических обследований. Индивидуальные консультации. Рекомендации руководству по программам дальнейшего изучения или развития организации (или по отдельным сотрудникам, например кандидатам на вакантное место).*

В среднем собеседование длится около 2 часов. Одной из тем является отчет о психологическом обследовании.

Л. Тобиас придерживается эклектического подхода: «...Иногда полезно с пониманием выслушать, иногда гораздо важнее интерпретировать услышанное, а не просто оказать эмоциональную поддержку; бывает, что клиенту необходима некая внешняя объективная точка зрения на предмет его сомнений, а бывает — хотя и очень редко, — что нужен просто совет» (Тобиас, 1997).

Он также считает, что беседа может принимать разные направления — от практических вопросов, связанных с отношениями на работе, до уходящих в детство корней высокого уровня тревожности; от семейных проблем до далеко идущих честолюбивых устремлений; от физического самочувствия до содержания «внутреннего диалога» клиента.

Соответственно, для одного клиента будет полезным обучение релаксации и конкретным психотехникам управления стрессом, для другого больше подходит позитивное переформулирование его проблемы и использование терапевтических метафор. Кому-то можно предложить специальные «домашние задания», как это делается в обычной краткосрочной психотерапии.

Тобиас пишет: «Во всех случаях я пытаюсь помочь клиентам достичь более высокого уровня осознания своих особенностей и их связи с жизненной ситуацией» (имеется в виду, конечно же, связи с профессиональной ситуацией, ситуацией на работе) (Тобиас, 1997).

При организационно-индустриальном подходе, по-видимому, основной упор будет сделан на рекомендациях группе, коллективу, совместной работе по выработке новой стратегии (целей, задач), изменению структуры организации и т.п. Нам представляется интересным и адекватным сочетание преимуществ того и другого подходов.

Несколько иная, но сходная схема принята в управленческом консультировании. Процесс консультирования включает: подготовку, диагноз, планирование действий, внедрение (изменения в методы работы), завершающий этап (оценка, отчет и т.п.)

12.3. Примеры проблем

Проблемную ситуацию, складывающуюся в организации в целом, часто характеризуют как кризис в развитии организации. В качестве организации может рассматриваться отдельная фирма, предприятие, офис, акционерное общество, банк, компания (страховая, туристическая и др.), а также структурные единицы (комитеты, отделы и т.п.) системы государственного управления. При этом практика показывает, что кризисы не только возможны, они отражают собственные ритмы развития каждой отдельной организации (Антикризисное управление, 2000).

В развитии организации могут выделяться этапные циклы развития. Каждый из этапов чреват и кризисом (обычно в периоды между этапами цикла развития).

В литературе приводятся различные подходы к выделению циклов развития. Наиболее рациональным, по мнению Э. М. Короткова, является 5-этапный цикл развития, в котором выделяются:

1. Эксплерентный этап.
2. Пациентный этап.
3. Виолентный этап.
4. Коммутантный этап.
5. Леталентный этап.

Первый этап — зарождение фирмы. Это этап скрытого развития будущей целостности. Например, фирма еще не сложилась окончательно, но уже поставляет на рынок экспериментальные образцы, новые идеи и услуги. Это, как правило, рискованная деятельность. Поэтому здесь существует опасность кризиса, которая заключается в том, что фирма может исчезнуть уже на этапе своего возникновения.

Приведем далее характеристику фирмы-эксплорента, описывающую как причины кризиса на этом этапе, так и факторы возможного развития.

Характеристика фирмы-эксплорента

Причины кризиса

1. Чрезмерный фанатизм лидера и его неумение идти на компромисс.
2. Попадание в коллектив другого лидера или интригана.
3. Ограниченность ресурсов (финансовых, материальных, трудовых).
4. Большая зависимость от рыночной конъюнктуры, заключающаяся, в частности, в подготовленности рынка к новым продуктам (услугам).
5. Слабые кредитные возможности.
6. Перегрузки.
7. Условия труда и социальное обеспечение значительно хуже, чем на более крупных предприятиях.
8. Удельная заработная плата значительно ниже, чем на более крупных предприятиях.
9. Сложности превращения интеллектуального продукта в интеллектуальную собственность.

Факторы развития

1. Фанатизм лидера, возглавляющего коллектив.
2. Сплоченность коллектива вокруг его лидера.
3. Мобильность и гибкость перехода к радикальным новациям.
4. Минимальный управленческий аппарат.
5. Простые организационные связи.
6. Высокая мобильность кадров в освоении новых видов деятельности.
7. Высочайшая взаимозаменяемость специалистов.
8. Четкая специализация научной направленности.
9. Творческая атмосфера в коллективе.
10. Интеллектуальный продукт имеет большую значимость (Тобиас, 1997).

Второй этап — пациентный — наступает только тогда, когда организация (фирма) продолжает расти и увеличиваться. В связи с ростом требуется перестройка структуры, дифференциация функций управления, повышение эффективности деятельности. И на этом этапе возможен кризис. Однако фирме угрожают в основном внешние причины.

Характеристика фирмы-пациента

Причины кризиса

1. Появление значительных разногласий в коллективе.
2. Организация в коллективе другой инициативной группы.
3. Ограниченность ресурсов, прежде всего трудовых, способных перестраиваться в ходе жизнедеятельности фирмы.
4. Зависимость от рыночной конъюнктуры.
5. Неумение формировать потребности рынка исходя из своих возможностей.
6. Имеющиеся перегрузки в работе.
7. Условия труда и неподготовленность производства.
8. Удельная заработная плата несколько ниже, чем в виолентах.
9. Проблемы превращения интеллектуального продукта в интеллектуальную собственность.
10. Недостаточная техническая оснащенность.
11. Недостаточные производственные мощности.

Факторы развития

1. Наличие группы лидеров (энтузиастов), работающих в одном направлении и делящих все трудности одинаково.
2. Сплоченность коллектива вокруг группы энтузиастов.
3. Мобильность и гибкость перехода к новациям, в особенности в начале существования фирмы данного типа.
4. Неусложненные организационные связи, в особенности в начале существования фирмы данного типа.
5. Небольшой управленческий аппарат.

6. Значительная взаимозаменяемость специалистов.
7. Изменение научной направленности в ходе жизнедеятельности фирмы.
8. Творческая атмосфера в коллективе.
9. Интеллектуальный продукт значителен.
10. Умение формировать потребности рынка, исходя из своих потребностей.

На третьем этапе развития организации — виолентном — достигается зрелое состояние. Конкурентоспособность фирмы высока. В тоже время гигантский оборот может привести к потере динамизма. Активность расплывается по слишком широкому кругу направлений, снова усложняется структура и т.д.

Характеристика фирмы-виолента

Причины кризиса

1. Появление значительных разногласий в коллективе.
2. Организация в коллективе оппозиции.
3. Ограниченность ресурсов.
4. Зависимость от рыночной конъюнктуры.
5. Организационная инертность структуры.
6. Консерватизм в нововведениях.
7. Сложные коммуникационные связи.
8. Большая численность управленческого персонала.
9. Слабая приспособленность и слабая реакция на принципиально новую продукцию.
10. Нединамичные научные структуры.

Факторы развития

1. Наличие коллектива, работающего над имиджем фирмы.
2. Высокое качество кадрового состава.
3. Финансовая устойчивость.
4. Низкие удельные затраты (в том числе накладные расходы).
5. Высокая техническая оснащенность.

6. Сформированная и стабильная номенклатура продукции.
7. Единство научных и производственных процессов.
8. Большие производственные мощности.
9. Возможность значительных прибылей.
10. Конкурентоспособность продукции.
11. Высокая социальная обеспеченность кадров.

Четвертый этап называется коммутантным. Это состояние в период упадка, старения, свертывания структуры и деятельности.

Характеристика фирмы-коммутанта

Причины кризиса

1. Сужение рынка.
2. Большие недогруженные мощности.
3. Стабильная номенклатура продукции.
4. Организация в коллективе оппозиции.
5. Высокие удельные затраты.
6. Зависимость от рыночной конъюнктуры.
7. Организационная инертность.
8. Усложнение маркетинговых исследований.
9. Большая численность управленческого аппарата, доставшегося в наследство от виолента.
10. Невозможность вносить значительные усовершенствования в продукцию.
11. Нединамичные научные структуры.

Факторы развития

1. Наличие лидера, хорошо понимающего специфику национального рынка.
2. Умение удержать своего покупателя.
3. Конкурентоспособность продукции.
4. Нетребовательность кадров к их социальной обеспеченности.
5. Высокая техническая оснащенность.

Наконец пятый и последний этап называется летальным. «Летальный» исход неизбежен. Фирма (организация) деструктурируется и прекращает свое существование, по крайней мере в прежнем виде (Тобиас, 1997). Правда, стоит заметить, что существует масса организаций-долгожителей, которые бесконечно обновляются и развиваются.

Так можно описать проблемы организации с точки зрения «глобального», системного подхода. Соответственно, консультант занимается изучением кризиса в системе, ищет причины кризиса и работает (совместно с руководством и персоналом организации) над их устранением. При этом выявляются внутренние ресурсы, факторы развития.

Другая точка зрения, или может быть другой угол зрения, ограничивает работу консультанта более частными проблемами и задачами. Например, причина обращения за консалтингом — конфликты в организации²³. По источнику они могут подразделяться на:

1) структурные — например, отдел маркетинга предлагает что-то изменить в выпускаемом товаре, а производственные отделы сопротивляются, т.к. не хотят ломать сложившиеся схемы;

2) инновационные — неизбежно возникают, когда в организации что-то меняется. Например, изменилось распределение функций, появились новые задачи и т.п.;

3) позиционные (конфликты значимости) — на тему «кто главнее»;

4) конфликты справедливости — например, в связи с неясностью, неопределенностью критериев оплаты труда и премирования;

5) соперничество за ресурсы — конфликт из-за распределения компьютеров между юридическим отделом и аудиторским отделом;

6) динамические (групповая динамика) — динамический конфликт (борьба за лидерство и сплоченность группы). Группа быстрее сплачивается в борьбе против общего

²³ Кстати, конфликты в организации могут быть как раз выражением кризиса какого-либо этапа.

врага. Если не удастся найти врага вне группы, то кандидат выдвигается из своих рядов, превращаясь в козла отпущения, виновника всех неудач.

Консультант в данных ситуациях может работать как индивидуально, так и с группами людей, командами внутри организации. Применяются различные конфликтологические, посреднические приемы.

12.4. Внутренний и внешний консалтинг

Организационные консультанты могут находиться как внутри организации, так и снаружи. Под первыми — внутренними консультантами — обычно понимаются люди, работающие в службах персонала, и не обязательно на должности психолога. Под вторыми — внешними консультантами — понимаются представители консультативных фирм (реже — одиночки, частники). И те, и другие имеют свои преимущества и невыгодные стороны. Основным достоинством внутреннего консалтинга является возможность сэкономить средства, не теряя при этом качество. Внутренний консультант (штатный) может иметь большие полномочия и организовать систематическое наблюдение, обучение и т.д. Психология становится постепенно частью организационного мышления.

Внешний консультант может оказаться более объективным, беспристрастным и, возможно, более компетентным. Он имеет опыт работы и с другими организациями, известен другим. Такой консультант — не должностное лицо организации и ему трудно приписать личные мотивы. Авторитет его основан на качестве работы.

В заключение хочется добавить, что во многих случаях более продуктивно работает не единичный консультант, а команда консультантов, возможна также и совместная работа внутреннего и внешнего консультантов.

Вопросы

1. Какие направления консалтинга в организациях могут быть выделены?
2. Что входит в задачи психолога-консультанта (консультанта по управлению) в организации?
3. Какие формы работы могут быть использованы в организационном консультировании?
4. Как можно назвать роли консультанта в организации?
5. В чем отличия деятельности психолога-консультанта, работающего над индивидуальными проблемами, и консультанта по проблемам организации?
6. Приведите примерный алгоритм (схему) работы с организацией.
7. Какие циклы развития организации могут быть выделены? Проблемы, характерные для каждого цикла развития.
8. Назовите преимущества и недостатки внутреннего и внешнего консалтинга.

Литература

- Алешина Ю. Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1999.
- Амбрумова А. Г., Полеев А. М.* Телефонная психотерапевтическая помощь — телефон доверия — в системе социально-психологической службы: Метод. рекомендации. М., 1980.
- Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.* Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации. М., 1980.
- Антикризисное управление / Под ред. Э. М. Короткова. М., 2000.
- Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти. М., 1992.
- Бурменская Г. В., Карбанова О. А., Лидерс А. Г.* Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. М., 1990.
- Бэндлер Р., Гриндер Дж.* Структура магии. СПб., 1993.
- Вагин Ю., Трегубов Л.* Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.
- Дюркгейм Э.* Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994.
- Изард К. Э.* Психология эмоций. СПб., 1999.
- Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е.Бачерикова. Киев, 1994.
- Консультирование детей в психолого-педагогическом центре / Под ред. Л. С. Алексеевой. М., 1998.
- Конфликтология / Под ред. А. С. Кармина. СПб., 1999.

- Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск, 1990.
- Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М., 1999.
- Кратохвил С. Психотерапия семейных и супружеских дисгармоний. М., 1991.
- Ларионов А.В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. Екатеринбург, 1997.
- Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 1989.
- Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1977.
- Меновщиков В. Ю. Введение в психологическое консультирование. М., 1998.
- Мескон М. Х. Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М., 1993.
- Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М., 1999.
- Пельцман Л. Стрессовые состояния у людей, потерявших работу // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. Минск, 1999.
- Перри Г. Как справиться с кризисом. М., 1995.
- Профессиональная ориентация: этапы и методы: Метод. рекомендации. Часть I. Киев, 1990.
- Рабочая книга школьного психолога / И. В. Дубровина и др. М., 1991.
- Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. М., 1994.
- Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. М., 1999.
- Руководство по телефонному консультированию. Метро Крайсис Лайн. Портленд (США). Щелково, 1996.
- Свит К. Соскочить с крючка. СПб., 1997.
- Семья в психологической консультации (Опыт и проблемы психологического консультирования) / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М., 1989.
- Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию: В 2 т. М.; Екатеринбург, 2000. Т. 2.

- Тобиас Л.* Психологическое консультирование и менеджмент: Взгляд клинициста. М., 1997.
- Управление персоналом / Под ред. Т. Ю. Базарова, Б. Л. Еремина. М., 1998.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла: Сб. М., 1990.
- Фрейд З.* Печаль и меланхолия // Психология эмоций: Тексты. М., 1984.
- Харди И.* Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. Будапешт, 1981.
- Хрестоматия по суицидологии. Киев, 1996.
- Хэмбли Г.* Телефонная помощь. Одесса, 1992.
- Шмелев А. Г.* (ред.). Основы психодиагностики. М.; Ростов-на-Дону, 1996.
- Cherniss C.* Professional Burnout in Human Service Organizations. New York, 1979.
- Schreyogg A.* Coaching: eine Einführung für Praxis & Ausbildung. Frankfurt; New York, 1996.
- Schreyogg A.* Supervision — ein integratives Modell: Lehrbuch zu Theorie & Praxis. Paderborn, 2000.
- Supervision — professionelle Beratung zur Qualitätssicherung am Arbeitsplatz. Köln, 1996.

УДК 316.6
ББК 88.5
М 507

Меновщиков В. Ю.

М 507 Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. — 2-е изд., стер. — М.: Смысл, 2005. — 182 с.

В учебно-методическом пособии рассматриваются вопросы психологического консультирования в центрах социально-психологической (психолого-педагогической) помощи, а также других учреждениях и психологических службах.

Пособие предназначено для студентов психологических факультетов, практических психологов и специалистов по социальной работе.

Книга выпущена при участии ООО «СОП»

ISBN 5-89357-200-9

- © Пермский областной центр психолого-педагогической помощи населению, 2002.
- © Издательство «Смысл», 2002.
- © Ф.С. Сафуанов, оформление, 2002.