

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ СИСТЕМ  
УПРАВЛЕНИЯ И РАДИОЭЛЕКТРОНИКИ

Гуманитарный факультет  
Кафедра истории и социальной работы

М.П. Шульмин

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

Учебное пособие для слушателей программы дополнительного  
профессионального обучения и студентов, обучающихся по направлению:  
39.03.02 – «Социальная работа»

Томск 2019

Учебное пособие представляет собой издание справочного характера для проведения лекционных и семинарских занятий по курсу «Психологические основы социальной работы». Пособие включает: «Справочные материалы по основным темам психологии в социальной работе. Разносторонность его содержания позволит слушателям овладеть психологическими основаниями в социальной работе, что в свою очередь создаст предпосылки для более успешного освоения теории и практики оказания психологической помощи травмированной личности. Пособие разработано в соответствии с государственным образовательным стандартом.

Издание адресовано слушателям программы дополнительного профессионального обучения и студентам, обучающимся по направлению 39.03.02 – «Социальная работа», а также всем, кто интересуется проблемами психологии в социальной работе.

## Содержание

Введение.....	5
Раздел I. Психология в социальной работе: специфика.....	7
Тема 1. Основные характеристики психосоциальной практики в социальной работе.....	7
1.1 Психосоциальная работа как отрасль практической психологии...7	
1.2 Социальная дезадаптация как объект и предмет психосоциальной работы.....	10
1.3 Психосоциальная работа: цель, понятие, функции, методы и формы.....	23
Тема 2. Психология личности и кризисных состояний индивида .....	26
2.1 Теории личности и практика консультирования .....	26
2.2 Структура процесса консультирования.....	31
2.3 Психическая травма.....	35
2.4 Стресс.....	39
2.5 Профессиональное выгорание социальных работников и поддерживающая супервизия.....	49
Раздел II. Методологические основы и принципы оказания первичной психологической помощи.....	55
Тема 3. Классификация психологических практик и специфика их применения.....	55
3.1 Критерии классификаций психологических практик. Онтологические классификации.....	55
3.2 Рефлексивные психологические практики.....	61
3.3 Личностные структуры и структурированные психологические практики.....	67
3.4 Манипулятивные и гуманистические психопрактики.....	78
3.5 Социальные и трансцендентные психопрактики.....	85
3.6 Направления в психологии и психологические практики.....	91
Тема 4. Особенности первичной психологической помощи разным	

категориям клиентов.....	95
4.1 Консультирование тревожных клиентов.....	95
4.2 Консультирование при реакциях страха и фобиях.....	105
4.3 Консультирование враждебно настроенных и агрессивных клиентов.....	109
4.4 Особенности консультирования «немотивированных» клиентов.....	113
4.5 Консультирование клиентов, предъявляющих завышенные требования.....	116
4.6 Консультирование при переживании вины.....	117
4.7 Особенности консультирования плачущих клиентов.....	120
4.8 Консультирование истерических личностей.....	121
4.9 Консультирование обсессивных личностей.....	125
4.10 Консультирование при параноидальных расстройствах.....	130
4.11 Консультирование шизоидных личностей.....	132
4.12 Консультирование асоциальных личностей.....	135
4.13 Консультирование при алкоголизме.....	138
4.14 Консультирование клиентов с психосоматическими расстройствами.....	145
4.15 Консультирование клиентов с депрессией и суицидными намерениями.....	149
4.16 Консультирование при переживании утраты.....	163
4.17 Особенности беседы с умирающим человеком.....	170
4.18 Консультирование при сексуальных проблемах.....	175
Заключение.....	183
Литература.....	184

## **Введение**

Становление и развитие в России социальной работы вызвано возникновением общественной потребности в первичной психологической помощи.

Неожиданные перемены жизненных обстоятельств, такие как утраты и потери, связанные с чрезвычайными ситуациями, техногенными и экологическими катастрофами, террористическими актами и подобными им событиями, вызывают ужас, стресс, состояние неопределенности, фрустрации, ощущение невозможности самостоятельно справиться с трудностями. Именно тогда человек обращается к специалисту за помощью и поддержкой: правовой, экономической, социальной, медицинской, но в первую очередь он нуждается в первичной психологической помощи.

Основные задачи психосоциальной помощи – расширение диапазона социальных и личностных ресурсов клиента для самостоятельного решения возникающих проблем, преодоление трудностей, актуализация творческих, интеллектуальных, личностных, духовных и физических возможностей, необходимых для выхода из кризисного состояния, стимулирование самоуважения и уверенности в себе.

Цель данного пособия – раскрыть научно-методические, содержательные и технологические основы психосоциальной практики.

Пособие состоит из двух разделов: «Психология в социальной работе: специфика»; «Методологические основы и принципы оказания первичной психологической помощи»; и четырех тем:

Тема 1 «Основные характеристики психосоциальной практики в социальной работе» пособия посвящена обоснованию научно-методических аспектов. В ней рассматривается понятийный аппарат психосоциальной работы.

В теме 2 «Психология личности и кризисных состояний индивида» рассматривается теоретическое обоснование содержания психосоциальной работы.

В теме 3 «Классификация психологических практик и специфика их применения» обсуждается видение структуры и специфики методических и технологических аспектов психосоциальной работы с психотравмированной личностью.

В теме 4 «Особенности первичной психологической помощи разным категориям клиентов» анализируются частные методики и технологии индивидуальной и групповой работы с различными категориями населения, нуждающимися в психосоциальной помощи.

# **РАЗДЕЛ I. ПСИХОЛОГИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ: СПЕЦИФИКА**

## **Тема 1. Основные характеристики психосоциальной практики в социальной работе**

### **1.1. Психосоциальная работа как отрасль практической психологии**

Практическая психология как новая отрасль появилась в отечественной психологии в конце 90-х гг. XX в., что связано с формированием социального заказа на обоснованное воздействие на человека и группу людей. С развитием общества резко возросла зависимость населения от действий одного человека и относительно небольших групп людей (например: ученых-атомщиков, экологов или террористов). Решения и действия одного человека или группы людей имеют последствия, измеряемые в пределах не только одной страны или региона, но и всей планеты. Достаточно вспомнить аварию на Чернобыльской атомной станции, войну в Ираке, террористические акты на Дубровке (Москва) или Манхэттене (США).

Практическая психология в нашей стране развивается очень динамично и стремительно, поскольку предмет ее исследований – индивидуальность, неповторимость человека и конкретных обстоятельств его жизни. Вместе с тем в нашей стране появилось еще одно научное направление – теория и практика социальной работы, – которое также обусловлено не только социальным заказом общества, но и жизненной необходимостью. Кризисные явления признаются самыми стрессогенными факторами развития личности современного человека. Они порождают ситуации неопределенности, неустойчивости и как следствие сопровождаются напряженностью, тревогой, эмоциональными всплесками и перегрузками.

Поэтому в психосоциальной работе в России особое внимание уделяется психологическим аспектам адаптации субъекта к изменившимся условиям, трудной жизненной ситуации. Психосоциальная работа развивается на стыке наук – практической психологии и социологии (теории социальной работы). Цель социальной работы – содействие человеку в трудной жизненной ситуации, а цель практической психологии – поиск адекватных способов воздействия на человека. В связи с этим предмет исследований психосоциальной практики – поиск способов, мотивирующих человека на преодоление трудной жизненной ситуации, поиск личностных ресурсов и ресурсов социальной среды.

Источниками внешнего социально-психологического неблагополучия человека становятся: потеря работы, близких, инвалидность, хроническая болезнь, смена места жительства и привычных условий жизни, адаптация после травм, возвращение из мест лишения свободы, психологические последствия военных конфликтов и т. п. Особенно беззащитны и уязвимы социально депривированные и дезадаптированные люди. Чаще всего это люди с ограниченными возможностями, пожилые, безработные, люди находящиеся в кризисе, подвергшиеся насилию, получившие психическую травму.

*Главная цель психосоциальной работы* – продуктивная социализация личности в изменившихся условиях.

Психосоциальная работа проводится в тех случаях, когда требуется общественное или индивидуальное воздействие, цель которого – забота о здоровье, создание условий нормальной адаптации и социализации личности в социуме, коррекция, восстановление или компенсация утраченных функций поведения, общения, взаимодействия в процессе жизнедеятельности.

Человек умеет приспосабливаться к различным жизненным обстоятельствам, но существуют события и ситуации, выходящие за



пределы повседневного человеческого опыта: войны, катастрофы, акты насилия, смерть близкого человека, стихийные бедствия и многое другое. В результате возникает посттравматический стресс

Еще одна причина посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности. Она связана с реакцией человека и пережитые им события. Все люди реагируют по-разному: трагическое происшествие может нанести тяжелую психологическую травму одному и почти не затронуть психику другого. Многие люди после переживания травмирующих событий нуждаются в психологической помощи специалистов. Однако прямое перенесение методов психологии в социальную работу нежелательно, поскольку такие сложные виды работы, как психологическое консультирование и психотерапия, требуют специальных профессиональных навыков и практической подготовки специалиста.

Беседы с клиентом имеют поддерживающий характер и нацелены на рассмотрение пограничных проблем. Психологическое воздействие специалиста подчинено определенной цели и направлено на изменение психологического состояния клиента, находящегося в критической ситуации при условии проявления у него признаков социальной дезадаптации, дезинтеграции и депривации.

Однако в задачу специалиста не входит существенное изменение личности, ее межличностных и социальных отношений, даже если эффект от контактов с клиентом в определенной степени приводит к такому результату. Все концепции социализации так или иначе тяготеют к одному из двух подходов, различающихся пониманием роли самого человека в процессе социализации. Рассмотрим их более подробно.

## **1.2. Социальная дезадаптация как объект и предмет психосоциальной работы**

Каждый человек независимо от возраста является объектом социализации, содержание которой определяется заинтересованностью общества в том, чтобы человек успешно овладел следующими социальными ролями:

- мужчины и женщины (полоролевая социализация);
- семьянина – был бы способен к созданию прочной семьи (семейная социализация);
- труженика – мог бы и хотел компетентно участвовать в социальной и экономической жизни общества (профессиональная социализация);
- гражданина – был бы законопослушным гражданином общества (политическая социализация).

Требования к человеку предъявляет не только общество в целом, но и конкретные группы и организации, в которые включен индивид. Особенности и функции различных групп и организаций обусловлены специфическим и неидентичным характером требований. Содержание требований зависит от возраста и социального статуса человека.

Сущность социализации состоит в приспособлении человека к условиям конкретной социально-культурной ситуации (адаптации) и в то же время обособления (автономизации) от них.

По мнению Ж. Пиаже и Р. Мертона, приспособление человека в социуме (социальная адаптация) – процесс и результат встречной активности субъекта и социальной среды. Адаптация предполагает согласование требований и ожиданий социальной среды по отношению к человеку с его установками и социальным поведением; согласование самооценок и притязаний с его возможностями и реалиями социальной среды.

Таким образом, *адаптация* – это процесс и результат становления индивида как социального существа.

Обособление – это автономизация человека в обществе. Результат этого процесса – потребность иметь собственные взгляды и наличие таковых (ценностная автономия), потребность иметь собственные привязанности и оценки (эмоциональная автономия), потребность самостоятельно решать вопросы, касающиеся лично его, способность противостоять жизненным ситуациям, которые мешают самоизменению, самоопределению, самоутверждению (поведенческая автономия) человека.

Следовательно, *автономия* – это процесс и результат становления человеческой индивидуальности.

В процессе социализации заложен внутренний, до конца неразрешимый конфликт между мерой приспособления человека в обществе и степенью обособления его в обществе. Другими словами, эффективная социализация предполагает определенный баланс, равновесие адаптации (приспособления) и автономизации (обособления) субъекта.

Мы уже отмечали взаимообусловленность социализации с конкретной социально-культурной ситуацией, в которую включен человек. Вместе с тем социализация имеет особенности, обусловленные общественным развитием, поэтому в каждом обществе она обладает рядом общих или сходных характеристик.

Важнейшую роль в социализации играют *агенты социализации* – люди, в непосредственном взаимодействии с которыми находится объект социализации и роль которых различается в зависимости от того, насколько они значимы для объекта. На разных возрастных этапах состав агентов специфичен. По отношению к детям и подросткам таковыми могут быть тренер, педагог, сверстники, родители, старшие братья и сестры, родственники, для человека 25 – 30 лет значимым может

стать коллега, в котором он видит опытного и зрелого профессионала, того, кому хочется подражать, опыт профессиональной и жизненной зрелости которого хочется перенять.

Каждое общество, каждая социальная группа (большая и малая) вырабатывают в своей истории набор позитивных и негативных формальных и неформальных санкций – способов внушения и убеждения, предписаний и запретов, мер принуждения и давления, вплоть до применения физического насилия, способов выражения признания, отличия, наград. С помощью этих способов и мер поведение человека приводится в соответствие с принятыми в данной культуре ценностями, нормами, образцами.

Социализация протекает во взаимодействии человека с разнообразными условиями, влияющими на его развитие. Эти действующие на человека условия принято называть *факторами*. Многие из них не выявлены или не изучены достаточно хорошо. В современной науке выделяют *четыре группы* факторов.

1. *Мегафакторы* (от греч. *me'gas* – большой): космос, планета, мир, которые в той или иной мере через другие группы факторов влияют на социализацию всех жителей Земли.

Например, необдуманное вторжение человека в мир природы (осушение болот, «выкачивание» из недр ископаемых, повороты рек «вспять» и многое другое) приводит подчас к непредсказуемым экологическим катастрофам: наводнениям, ураганам, засухе, что порождает порой социальную напряженность в бедствующих регионах.

2. *Макрофакторы* (от греч. *makro's* – большой, длинный): страна, этнос, общество, государство, которые влияют на социализацию всех живущих. Это влияние опосредовано другими группами факторов – идеологией, религией, нормами и ценностями общества, культурой и традициями, образом жизни и установками.

3. *Мезофакторы* (от греч. *me'sos* – средний, промежуточный):

условия социализации больших групп людей.

Как правило, большие группы населения различают:

- по местности и типу поселения (регион, область, город, село, поселок, деревня);

- по принадлежности к аудитории сетей массовой коммуникации (радио, телевидения);

- по принадлежности к конкретной субкультуре (подростковой, студенческой, клубной, профессиональной). Это, как правило, представители сообщества людей, обладающих специфической профессиональной культурой (военные, спасатели, художники, дизайнеры, физики, врачи, психологи, юристы и др.);

- по принадлежности к какому-то сообществу по интересам (садоводы, рыбаки, игроки и др.);

- по принадлежности к определенному социальному статусу; (дошкольники, школьники, студенты, молодежь, трудящиеся служащие, интеллигенты, пенсионеры, бизнесмены, инвалиды бомжи – лица без определенного места жительства и др.).

Мезофакторы влияют на социализацию как прямо, так и опосредованно – через микрофакторы.

4. *Микрофакторы* (от греч. *mikrds* – малый). Это условия, непосредственно влияющие на людей – семью и домашний очаг, соседство, различные сообщества, в том числе школьные, спортивные, театральные, и другие организации, различные общественные, государственные, религиозные и частные организации, которые принято называть микросоциумом

Наиболее важное значение для социализации личности имеет микросоциум, или социальная среда, которая непосредственно влияет на включение человека в социум и его интеграцию в общество в целом. Отношения человека и внешних социальных условий его жизни имеют характер взаимодействия. Социализация человека во взаимодействии с

различными факторами и агентами происходит с помощью ряда определенных механизмов. Процесс социализации условно можно представить как совокупность следующих четырех составляющих:

- *стихийной социализации* человека во взаимодействии и под влиянием объективных обстоятельств жизни общества, содержание, характер и результаты которой определяются социально-экономическими и социокультурными реалиями;

- *относительно направляемой социализации*, когда государство принимает определенные экономические, законодательные, организационные меры для решения своих задач, которые объективно влияют на изменение возможностей и характера развития, на жизненный путь возрастных групп (определяя обязательный минимум образования, возраст его начала, сроки службы в армии и т.д.);

- *относительно социально контролируемой социализации* (социальная политика, воспитание) — планомерного создания обществом и государством правовых, организационных, материальных и духовных условий для развития человека;

- *сознательного самоизменения человека*, имеющего просоциальный, асоциальный или антисоциальный вектор (самостроительства, самосовершенствования, саморазрушения), в соответствии с индивидуальными ресурсами и объективными условиями жизни или вопреки им.

В науке выделяют *три группы задач*, решаемых человеком на каждом возрастном этапе, или этапе социализации: естественно-культурные, социально-культурные и социально-психологические.

Естественно *культурные задачи* – это достижение определенного уровня физического и полоролевого развития. На каждом возрастном этапе человеку необходимо:

- достичь определенной степени познания своего тела, свойственного той культуре, в которой он живет; усвоить элементы

этикета, символики, кинестетического языка (жесты, позы, мимика, пантомимика), связанные с телом и полоролевым поведением;

- развить и реализовать физические и полоролевые задатки;
- вести здоровый образ жизни, адекватный полу и возрасту (гигиена, режим, питание, способы сохранения здоровья и оздоровления организма, физического саморазвития, управления своим психофизическим состоянием);

- перестраивать свое отношение к жизни и стиль жизни в соответствии с полоролевыми и индивидуальными особенностями.

*Социально-культурные задачи социализации* связаны с познавательными, морально-нравственными, ценностно-смысловыми аспектами личностного развития, а потому они специфичны для каждого возрастного этапа и конкретного социума в определенный период исторического развития.

Специфические социально-культурные задачи возникают на каждом возрастном этапе человека в процессе его жизнедеятельности и взаимодействия с обществом. В соответствии с возрастными возможностями от человека ждут приобщения к культуре, необходимого уровня кругозора, определенной степени функциональной грамотности, сформированной структуры ценностей. На каждом возрастном этапе человек должен решать задачи, связанные с его участием в семейной и социальной жизни, в производственно-экономической деятельности.

*Социально-психологические задачи* нацелены на становление самосознания личности, ее самоопределение в сегодняшнем дне и в перспективе, потребности в самореализации и самоутверждении. На каждом этапе социализации эти задачи имеют специфическое содержание и способы решения.

Решение задач названных групп – объективная необходимость для социализации и развития человека. Если какая-либо группа задач или задачи какой-либо группы остаются нерешенными на каком-то

возрастном этапе, социализация человека будет неполной. Не решенная в определенном возрасте задача может явно не влиять на успешность социализации человека, но через определенный период времени, иногда довольно значительный, она «всплывает», что приводит к немотивированным поступкам и решениям, к дефектам социализации, нарушениям социальной адаптации. Социализация человека всегда протекает в определенных условиях, кроме того, человек сам влияет на создание этих условий и может стать не только субъектом или объектом социализации, но и жертвой обстоятельств или условий.

Если человек не умеет приспосабливаться и гибко реагировать на изменения внешней среды, в том числе социальной, может произойти *дезадаптация*, нарушение приспособления организма к условиям существования. Нарушения проявляются в ригидности (негибкости), социальной «тупости», социальной дезинтеграции и изолированности личности.

В психиатрии под *дезадаптацией* понимается утрата приспособляемости к условиям социальной среды по причине психического заболевания (например, невроза).

Деадаптация может возникнуть вследствие кратковременных и сильных травмирующих воздействий среды на человека или менее интенсивных, но продолжительных. В результате возникают различные сбои в деятельности: снижение производительности труда и его качества, нарушения дисциплины труда, повышение аварийности и травматизма.

Критериями психофизиологической адаптации считаются состояние здоровья, настроение, тревожность, степень утомляемости, активность поведения. Стойкие нарушения психической адаптации проявляются в клинически выраженных психопатологических синдромах и (или) в отказе от деятельности. В зависимости от жизненной сферы выделены следующие виды *социальной дезадаптации*.



*Физическая дезадаптация* связана с врожденными или приобретенными физическими особенностями индивида, снижающие трудоспособность, затрудняющие передвижение в пространстве, самообслуживание и др.

*Психологическая дезадаптация* понимается как нарушение в психоэмоциональной сфере человека, сопровождающееся искаженной оценкой ситуации, рассогласованием целей, средств и результата деятельности, утратой самоконтроля, неадекватным поведением.

*Экономическая дезадаптация* выражается в неспособности человека или группы, например семьи, удовлетворить свои потребности в пище, жилье, одежде в данных экономических условиях. Иными словами, экономическая дезадаптация – это бедность, низкий уровень жизни.

*Профессиональная дезадаптация* проявляется в отсутствии работы, несоответствии между уровнем подготовки и выполняемой деятельностью, хронической неудовлетворенности работой, во вредном воздействии профессиональной деятельности, отсутствии на рабочем месте необходимых условий.

*Социально-бытовая дезадаптация* выражается в том, что условия быта не отвечают потребностям человека. Например, в результате военного конфликта человек приобретает статус беженца и, попадая в лагерь беженцев, оказывается совершенно неприспособленным к полевым условиям жизни.

*Правовая дезадаптация* проявляется в неопределенности или утрате правового статуса в обществе. В этом случае человек не может реализовать свои права и не получает гарантированных государством социальных благ. Например, лица без определенного места жительства (бомж), утратившие документы и жилье, теряют статус гражданина, избирателя, инвалида, пенсионера.

*Ситуационно-ролевая дезадаптация* означает такое состояние личности или группы, которое не позволяет ей успешно справляться с

определенной социальной ролью, необходимой в складывающейся ситуации.

О ситуационно-ролевой дезадаптации свидетельствуют: неприятие социальной роли, т.е. внутреннее несогласие с ней, нежелание ее выполнять; противоречие выполнения этой роли ожиданиям конкретной социальной группы, общества в целом, выраженным в нормах и ценностях; возникновение острых межролевых противоречий при выполнении социальной роли.

Например, вследствие утраты работы, человек приобретает непривычный для себя статус безработного, при этом он теряет и определенный уровень финансового обеспечения, а привычка покупать дорогие продукты, одежду и обувь остается. Рано или поздно это противоречие порождает конфликт между потребностями и невозможностью их удовлетворения и как следствие приводит к фрустрации.

Одна женщина (37 лет, 15-летний стаж работы в госучреждении) была уволена по причине обновления и сокращения аппарата власти в администрации города в связи с избранием нового мэра. Она не могла выполнять роль домохозяйки. Женщина так описывала свое состояние: «Мне страшно выходить из дома, я не могу сходить в магазин, особенно днем, мне кажется, что все кругом смотрят на меня и осуждают, что я не на работе, что я покупаю дешевые продукты и т.д.».

*Социокультурная дезадаптация* характеризуется неспособностью или неготовностью, а также нежеланием субъекта социализации усвоить необходимый объем знаний, ценностей, социальных и культурных норм, принятых в обществе. Например, женщина, воспользовавшись услугами Интернета, выходит замуж за иностранца, попадая в новую для себя социокультурную ситуацию. Слабое знание или незнание языка, законов, традиций и норм построения взаимоотношений в данной стране зачастую приводит к социальной изоляции и депривации, порождает

ущербность моральных установок, смысложизненных ориентации, вызывает социокультурную дезадаптацию, девиантное поведение и другие социальные патологии.

По продолжительности дезадаптация может быть временной и устойчивой. Если человек оказывается в проблемной ситуации и должен адаптироваться (имеет соответствующую мотивацию, и социальная среда ждет от него исполнения определенных действий), то это означает, что он находится в состоянии *временной дезадаптации*. Временная дезадаптация характерна, например, для людей, которые оказались в новых учебных заведениях или производственных группах, где их роли и взаимоотношения с другими членами еще не определились, поскольку находятся в процесс ее становления. Адаптация как система действий, постепенно развертывающихся во времени и пространстве, может привести к ликвидации временной дезадаптации. Однако действия человека могут и не дать желательных результатов, тогда состояние дезадаптации постепенно перейдет в *устойчивую форму*. По своей природе дезадаптация может быть обусловлена как индивидуальными особенностями человека, так и социальными условиями, природными явлениями.

Понятием «дезадаптация» обозначается и отклоняющееся поведение – результат неблагоприятного психосоциального развития и нарушений процесса социализации. Формы дезадаптации различны: аддиктивное поведение в результате приема химических веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических трав, лекарственных препаратов, деликventное и суицидальное поведение, проституция и т.п.

Дезадаптация – это психическое состояние, возникающее из-за несоответствия психосоциального или психофизиологического статуса человека требованиям изменившейся, возможно, критической социальной ситуации. В зависимости от природы и характера дезадаптации выделяют патогенную, психосоциальную и социальную

дезадаптацию, которые могут встречаться как отдельно, так и в сложном сочетании.

*Патогенная дезадаптация* вызвана отклонениями в психическом развитии и его патологиями, а также нервно-психическими заболеваниями, в основе которых лежат функционально-органические поражения центральной нервной системы.

Патогенная дезадаптация по степени и глубине своего проявления может носить устойчивый, хронический характер (психозы, психопатии, органические поражения головного мозга, отставание в умственном развитии, дефекты анализаторов и т.д.). Проявляется она чаще всего в форме психогенной дезадаптации (фобии, тики, навязчивые дурные привычки, энурез и т.д.), причины которой кроются в неблагоприятной социальной или семейной ситуации.

Среди форм патогенной дезадаптации выделяются проблемы социальной адаптации умственно отсталых людей. У лиц с умственными нарушениями отсутствует фатальная предрасположенность к преступлениям. При адекватных их психическому развитию методах социализации они в состоянии осваивать определенные социальные программы, получать некоторые профессии, трудиться в меру своих возможностей и быть полезными членами общества. Вместе с тем умственная неполноценность этих людей, безусловно, затрудняет их социальную адаптацию и требует специальных социально-психологических условий и коррекционно-развивающих программ.

*Психосоциальная дезадаптация* связана с половозрастными и индивидуально-психологическими особенностями, которые проявляются в определенной нестандартности поведения человека в ситуациях социального взаимодействия, требуют индивидуального подхода в работе с ними, а в отдельных случаях – специальных коррекционных психологических программ (например, психосоциальная дезадаптация вследствие насилия, психической травмы, тяжелого стресса и т.д.). По

своей природе и характеру формы психосоциальной дезадаптации делятся на устойчивые и временные неустойчивые.

Устойчивые формы психосоциальной дезадаптации могут возникнуть за счет таких индивидуально-психологических особенностей, как акцентуация характера, снижение порога эмпатийности, индифферентность интересов, низкая познавательная активность, неадекватная самооценка, нарушение эмоционально-волевой и эмоционально-коммуникативной сферы: импульсивность, расторможенность, безволие, податливость чужому влиянию, аддиктивность.

К временным неустойчивым формам психосоциальной дезадаптации можно отнести, прежде всего, психофизиологические особенности кризисных периодов развития, неравномерное психическое развитие, состояния, вызванные психотравмирующими обстоятельствами: утратой значимых отношений, трудоспособности или здоровья, влюбленностью, разводом, потерей близких и т.д.

*Социальная дезадаптация* проявляется в нарушении норм морали и права, в асоциальных формах поведения и деформации системы внутренней регуляции, референтных и ценностных ориентации, социальных установок.

Например, молодой человек, прошедший военную службу в одной из «горячих точек», привык жить по законам военного времени. Демобилизовавшись из армии, испытывает серьезные трудности в адаптации к условиям мирного существования. Он хорошо усвоил роль воина, защитника, но ему незнакомы социальные роли труженика, семьянина, ему трудно найти свое место в системе межличностных отношений, в обществе, отстаивать свою точку зрения без давления и напора. В любом незнакомом человеке он видит потенциальную угрозу и врага. Он нуждается в изменении сознания: ему нужны «фронтные сто грамм», и тогда все знакомо... Защищая честь и достоинство, он чаще всего бессознательно совершает

противоправные поступки (при помощи кулаков и грубой силы) и как следствие несет за это административное, а иногда и уголовное наказание.

При *социальной запущенности* наряду с асоциальным поведением характерны резко деформированная система ценностно-нормативных представлений, ценностных ориентации, социальных установок, негативное отношение к труду, стремление к нетрудовым доходам и «красивой жизни» за счет сомнительных и незаконных средств к существованию, приобщение к бродяжничеству, наркомании, алкоголизму, правонарушениям. Референтные связи и ориентации этих людей глубоко отчуждены от всех лиц и социальных институтов с позитивной социальной направленностью. Социальная дезадаптация проявляется не только в разрыве социальных связей человека, формировании иных ценностных ориентаций, но и в нарушении важнейших видов деятельности: учебной, трудовой, социальной, бытовой.

Современные ученые придерживаются мнения, что основное качество продуктивной личности – адаптивность.

Под *адаптивностью* понимается способность самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с самим собой и окружающими людьми, как в благоприятных, так и неблагоприятных жизненных ситуациях.

Формирование адаптивности как жизненного качества должно быть основной целью и результатом психосоциальной работы.

Адаптивность предполагает принятие жизни и себя как ее части во всех проявлениях, относительную автономность, готовность и способность изменяться во времени и изменять условия жизни – быть ее автором и творцом.

С позиций социализации человек выступает в трех ипостасях – объекта, субъекта, а иногда и «жертвы» как в стихийной, так и в

направляемой, социально-контролируемой социализации. Поэтому в широком смысле социальная дезадаптация – одновременно и объект и предмет психосоциальной работы.

### **1.3. Психосоциальная работа: цель, понятие, функции, методы и формы**

Психосоциальный подход в практике социальной работы получил научное обоснование в трудах М. Ричмонд и Ф. Холлинз, большое влияние на него оказали психоаналитические идеи З. Фрейда, а затем и Дж. Боулби.

Вместе с тем с развитием идей системного подхода в психосоциальной работе необходим анализ личности в ситуации с позиций гештальта, фигуры и фона, теории поля, основанный на идеях М. Вертгеймера и К. Левина.

Суть психосоциального подхода в социальной работе заключается в том, чтобы понимать личность человека целостно, в многообразии взаимоотношений его с миром, который его окружает, не разделять понятия «внутренний мир» и «внешняя реальность», а понимать целостность человека в ситуации, его *психосоциальность*.

Цель психосоциального подхода заключается в поддержании равновесия между внутренней психической жизнью субъекта и его межсистемными отношениями, влияющими на процесс и качество жизнедеятельности.

В широком смысле психосоциальная работа понимается как направление социальной работы, основная цель которой – оказание первичной психологической помощи, социальной поддержки и содействия людям, находящимся в трудной жизненной ситуации, как организация комплекса условий для продуктивной адаптации человека в изменившихся условиях жизнедеятельности.

В узком смысле психосоциальная работа – это деятельность специалиста по социальной работе, направленная на восстановление утраченного психосоциального равновесия, на поиск ресурсов личности и ресурсов социальной среды для преодоления трудностей в жизненной ситуации.

Таким образом, основная *цель психосоциальной работы* – это оказание первичной психологической помощи населению, поиск и оптимизация совладающих ресурсов.

В функциональные обязанности специалиста входят такие формы работы, как ведение групп и консультирование, направленные на оказание помощи клиенту в критических, напряженных и психотравмирующих ситуациях, на расширение у него диапазона социально и личностно приемлемых средств для самостоятельного решения возникающих проблем и преодоления трудностей.

Таким образом, *объект психосоциальной работы* – часть населения, которая в данный момент времени находится в трудной жизненной ситуации.

В науке выделяют критические и напряженные ситуации. Это могут быть ситуации переживания утрат и потерь: постоянного места жительства вследствие военных и межнациональных конфликтов, техногенных и стихийных бедствий; потери работы.

К *субъектам психосоциальной работы* относят людей с ограниченными возможностями, инвалидов, детей-сирот, социально неблагополучных, входящих в «группу риска», аддиктивных, переживающих боль утрат и потерь, т.е. людей, находящихся в трудной жизненной ситуации и неспособных самостоятельно справиться с ней.

Психосоциальная практика не может сегодня эффективно функционировать без осознания проблематики, содержания и методики повседневной работы с личностью в ситуации.



Важное ресурсное обеспечение адаптации человека к изменившимся трудным условиям жизнедеятельности – актуализация физических, интеллектуальных, личностных, духовных и творческих возможностей, необходимых для выхода из критического состояния, стимулирование самоуважения и уверенности в себе. Воздействие специалиста по социальной работе подчинено определенной цели и направлено на реалии психической жизни человека, имеющие непосредственное отношение к критической или напряженной жизненной ситуации клиента. Чаще всего первичная психологическая помощь заключается в реализации технологий кризисной интервенции.

Находясь в состоянии острого кризиса, человек не может самостоятельно найти выход из трудной ситуации, он ощущает безысходность и тупиковость жизненных обстоятельств. Стрессовое состояние вносит когнитивный диссонанс в его ощущения и вводит его в состояние интеллектуального ступора, что и становится причиной неспособности самостоятельно справиться с возникшими жизненными обстоятельствами. Находясь в таком состоянии, человек нуждается в помощи специалиста.

*К основным функциям психосоциальной работы* относятся информационная, диагностическая, консультативная, коррекционная, посредническая и терапевтическая.

*Формы оказания психосоциальной помощи:* индивидуальные и групповые.

*Основные методы психосоциальной работы:* психотерапевтическая беседа как метод индивидуальной работы с клиентом и ведение групп как метод групповой работы с сообществом: семьей, группой, коллективом.

Групповая работа может быть посвящена поиску *способов решения трудной жизненной ситуации* и овладению ими. К таким способам относятся:

- нейтрализация или разрешение проблем, связанных с работой, занятостью, трудоустройством;
- проживание утрат и потерь;
- приспособление к изменившимся условиям жизни и выживание в трудной жизненной ситуации;
- выработка конструктивных социальных навыков сотрудничества, партнерства и построение новых безопасных отношений.

Довольно эффективен и продуктивен *метод системных решений* (семейных и организационных расстановок), но он требует специальной подготовки специалиста в системе повышения квалификации или дополнительного профессионального образования.

## **ТЕМА 2. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ ИНДИВИДА**

### **2.1 Теория личности и практика консультирования**

Важность теории в психологическом консультировании, как и в других областях психологической практики, трудно переоценить. Можно сказать, что попытка квалифицированно помочь другому человеку в разрешении его проблем без опоры на систему теоретических воззрений, подобна полету без ориентиров. Такой "летчик" в консультировании не только не эффективен, но иногда и опасен. В психологическом консультировании роль карты выполняет теория личности, открывающая широкую перспективу понимания проблем клиента и указывающая эффективные методы их разрешения. Теория помогает консультанту формулировать динамичные гипотезы, разъясняющие клиенту проблемы, и позволяет чувствовать себя в безопасности при столкновении с хаотичным, дезорганизованным внутренним миром некоторых клиентов. Bramer, Shostrom (1982) подчеркивают, что консультант, не усвоивший теоретические основы своей

профессии, не ознакомившийся с исследованиями, выполненными в данной области, не сможет ничего сделать для клиента, кроме применения частной техники.

Каждая теория выполняет четыре основные функции: обобщает накопленную информацию; делает более понятными сложные явления; предсказывает последствия разных обстоятельств; способствует поиску новых фактов (George, Cristiani, 1990).

Эти функции вполне подходят к любой теории, лежащей в основе консультативной практики. Теория помогает консультанту обобщить опыт работы с самыми разными клиентами, понять природу большинства их проблем и формы проявления конфликтов, способствует эффективному применению конкретных методов. Благодаря теоретической подготовке консультант может выдвигать гипотезы в своей практической работе и предвидеть результаты консультирования.

Каждый консультант на основе практики "конструирует" свою теорию, которая чаще всего опирается на уже известные теоретические парадигмы, или ориентации (психоаналитическую, поведенческо-когнитивную, экзистенциально-гуманистическую). С накоплением опыта постоянно происходит корректировка, расширение, укрепление теоретической базы. От чего зависит выбор той или иной теоретической ориентации? Прежде всего его определяет точка зрения консультанта на природу человека. От нее зависит характер ответов на принципиальные вопросы:

- что есть человек?
- какие врожденные тенденции ему свойственны?
- свободен ли выбор человека при любых обстоятельствах или же определяется наследственностью и событиями прошлого?
- существуют ли предпосылки изменения человека и как он может изменяться?

Ответы на эти вопросы определяют, как консультант понимает структуру личности, детерминацию поведения, генезис патологии, перспективу нормального развития.

Как видно из табл. 1, главные принципы основных школ психологического консультирования и психотерапии существенно отличаются (George, Cristiani, 1990).

Таблица 1 – Теоретические принципы современных психологических направлений

Направление	Основные теоретические принципы
Психоаналитическое направление	Сущность человека определяется психической энергией сексуальной природы и опытом раннего детства. Основу структуры личности составляют три инстанции: ид, эго и суперэго. Поведение мотивируется агрессивными и сексуальными побуждениями. Патология возникает из-за вытесненных в детском возрасте конфликтов. Нормальное развитие основывается на своевременном чередовании стадий сексуального развития и интеграции
Адлеровское направление	Акцентируется позитивная природа человека. Каждый человек в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, человек творит свою судьбу. Поведение человека мотивируется стремлением к достижению целей и социальным интересом. Жизненные трудности способствуют формированию неблагоприятного стиля жизни. Нормальное развитие личности предполагает адекватные жизненные цели

Терапия поведения	Человек – продукт среды и одновременно ее творец. Поведение формируется в процессе обучения. Нормальному поведению обучают посредством подкрепления и имитации. Проблемы возникают в результате плохого обучения
Рационально-эмоциональная терапия (А. Ellis)	Человек рождается со склонностью к рациональному мышлению, но одновременно и со склонностью к паралогичности. Он может становиться жертвой иррациональных идей. Жизненные проблемы возникают из-за ошибочных убеждений. В основе нормального поведения лежат рациональное мышление и своевременная коррекция принимаемых решений
Ориентированная на клиента терапия (С. Rogers)	Акцентируется позитивная природа человека – свойственное ему врожденное стремление к самореализации. Проблемы возникают при вытеснении некоторых чувств из поля сознания и искажении оценки опыта. Основу психического здоровья составляют соответствие идеального Я реальному Я, достигаемое реализацией потенциала собственной личности, и стремление к самопознанию, уверенности в себе, спонтанности
Экзистенциальная терапия	Основное внимание уделяется способности человека познавать свой внутренний мир, свободно выбирать свою судьбу, ответственности и экзистенциальной тревоге как основному мотивирующему фактору, поиску уникального

	смысла в бессмысленном мире, одиночеству и отношениям с другими, временности жизни и проблеме смерти. Нормальное развитие личности основывается на уникальности каждого индивида.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

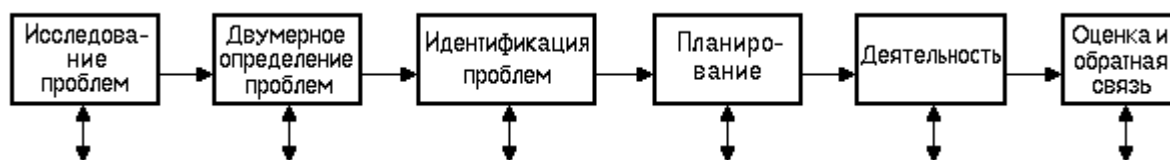
Каждый консультант волен выбрать ту или иную концепцию как основу практики в зависимости от особенностей своей личности, мировоззрения, теоретико-психологических симпатий. Одновременно подчеркнем неправильность утверждений об истинности постулатов какой-либо единственной психотерапевтической школы вопреки другим школам. Результаты многочисленных исследований показывают, что в практике при ориентации на любое направление можно добиться сходной эффективности консультирования. Решающее значение имеет не столько сама теория, сколько зрелость личности консультанта и его профессиональная подготовка, подразумевающая высокую интеграцию теоретических познаний и практических навыков.

В настоящее время в мире распространяется эклектичное консультирование, представляющее собой попытку интеграции лучших сторон различных школ. Конечно, имеется в виду не набор разных теоретических принципов, воззрений или накопление методов и методик, доказавших практическую эффективность независимо от контекста возможного применения. Эклектичное консультирование опирается на системную интеграцию нескольких теоретических подходов в стремлении найти единое начало и проверить, как новая система "работает" на практике. Можно сказать, что создание эклектического подхода в консультировании – это итог всей профессиональной деятельности. Большинство специалистов, продолжительное время работающих в области психологического консультирования и психотерапии, создают собственную теоретическую

систему, обычно эклектичную, наиболее соответствующую личности и мировоззрению каждого из них.

## 2.2 Структура процесса консультаций

Ни одна из теоретических ориентаций или школ психологического консультирования не отражает все возможные ситуации взаимодействия консультанта и клиента. Поэтому рассмотрим самую общую модель структуры консультативного процесса, называемую эклектической (В. Е. Gilland и сотрудники; 1989). Эта системная модель, охватывающая шесть тесно связанных между собой стадий, отражает универсальные черты психологического консультирования или психотерапии любой ориентации.



1. *Исследование проблем.* На этой стадии консультант устанавливает контакт (raport) с клиентом и достигает обоюдного доверия: необходимо внимательно выслушать клиента, говорящего о своих трудностях, и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Следует поощрять клиента к углубленному рассмотрению возникших у него проблем и фиксировать его чувства, содержание высказываний, невербальное поведение.

2. *Двумерное определение проблем.* На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая как эмоциональные, так и когнитивные их аспекты. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и консультант, не достигнут одинакового понимания проблемы, определяются конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и способы разрешения. Если при определении проблем возникают трудности, неясности, то надо вернуться к стадии исследования.

3. *Идентификация альтернатив.* На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативы решения проблем. Пользуясь открытыми вопросами, консультант побуждает клиента назвать все возможные варианты, которые тот считает подходящими и реальными, помогает выдвинуть дополнительные альтернативы, однако не навязывает своих решений. Во время беседы можно составить письменный список вариантов, чтобы их было легче сравнивать. Следует найти такие альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно.

4. *Планирование.* На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Консультант помогает клиенту разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и настоящей готовности измениться. Составление плана реалистичного решения проблем должно также помочь клиенту понять, что не все проблемы разрешимы. Некоторые проблемы требуют слишком много времени; другие могут быть решены лишь частично посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизирующего поведения воздействия. В плане решения проблем следует предусмотреть, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения (ролевые игры, "репетиция" действий и др.).

5. *Деятельность.* На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, а также с пониманием возможности неудачи в достижении целей. Клиент должен усвоить, что частичная неудача – еще не катастрофа и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.

6. *Оценка и обратная связь.* На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. В случае надобности



возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

Эта модель, отражающая консультативный процесс, помогает лишь лучше понять, как происходит конкретное консультирование. Реальный процесс консультирования значительно обширнее и нередко не подчиняется данному алгоритму. Выделение стадий условно, поскольку в практической работе одни стадии смыкаются с другими, и их взаимозависимость сложнее, чем в представленной схеме.

Здесь следует еще раз подчеркнуть то, о чем упоминалось выше, в процессе консультирования важны не столько схемы (хотя общее представление и понимание хода консультирования обязательны), сколько профессиональная и человеческая компетенция консультанта. Ее составляют многие элементы. Перечислим общие правила и установки консультанта, структурирующие процесс консультирования и делающие его эффективным:

1. Не бывает двух одинаковых клиентов и ситуаций консультирования. Человеческие проблемы только извне могут казаться схожими, однако поскольку они возникают, развиваются, существуют в контексте уникальных человеческих жизней, то и сами проблемы в действительности являются уникальными. Поэтому каждое консультативное взаимодействие уникально и неповторимо.

2. В процессе консультирования клиент и консультант постоянно изменяются согласно их отношениям; в психологическом консультировании нет статичных ситуаций.

3. Самым лучшим экспертом собственных проблем является клиент, поэтому при консультировании следует помочь ему принять на себя ответственность за решение его проблем. Видение собственных проблем клиентом не менее, а может быть, и более важно, нежели представление о них консультанта.

4. В процессе консультирования чувство безопасности клиента важнее, чем требования консультанта. Таким образом, в консультировании

неуместно добиваться цели любой ценой, не обращая внимания на эмоциональное состояние клиента.

5. Стремясь помочь клиенту, консультант обязан "подключить" все свои профессиональные и личностные возможности, однако в каждом конкретном случае он не должен забывать, что он всего лишь человек и поэтому не способен полностью отвечать за другого человека, за его жизнь и трудности.

6. Не следует ожидать непосредственного эффекта от каждой отдельно взятой консультативной встречи – решение проблем, а также успех консультирования не похожи на равномерно поднимающуюся вверх прямую; это процесс, в котором заметные улучшения сменяются ухудшениями, потому что самоизменение требует многих усилий и риска, которые не всегда и не сразу завершаются успехом.

7. Компетентный консультант знает уровень своей профессиональной квалификации и собственные недостатки, он ответственен за соблюдение правил этики и работу на благо клиентов.

8. Для обозначения и концептуализации каждой проблемы могут быть использованы различные теоретические подходы, но нет и не может быть наилучшего теоретического подхода.

9. Некоторые проблемы – это сущностные человеческие дилеммы и в принципе неразрешимы (например, проблема экзистенциальной вины). В таких случаях консультант должен помочь клиенту понять неизбежность ситуации и смириться с ней.

10. Эффективное консультирование – это процесс, который выполняется *вместе* с клиентом, но не *вместо* клиента.

К вопросу структуры процесса мы еще вернемся при конкретном обсуждении хода консультирования.

## 2.3 Психическая травма

Термин «психическая травма» – термин, используемый при описании критического состояния на психологическом, точнее, на патопсихологическом уровне его существования; *применяется при интерпретации психогенных заболеваний.*

*Психогении – разнообразные болезненные состояния, возникающие вследствие отрицательных психических воздействий, т. е. психических травм.*

Угроза жизни, потеря близкого человека, семейные неурядицы, обида, неразделённая любовь и масса других отрицательных переживаний могут вызвать функционально-динамические нарушения нервной деятельности.

Психогении возникают *вследствие одномоментной сильной психической травмы или же могут быть результатом относительно слабого, но длительного психического травмирования.*

Большое значение для их возникновения имеет предварительное изменение соматического состояния, ослабленность организма предшествующими заболеваниями. Недосыпаниями, кровопотерями.

Психогении являются *принципиально полностью обратимыми* болезненными состояниями и обычно исчезают спустя какое-то время после минования травмирующей ситуации.

Термин «психогенные заболевания» (психогении) впервые был предложен в 1894 году немецким психиатром и психологом Куртоном Зоммером при описании психической эпидемии судорог, возникшей среди школьников.

Позднее *психогениями* (от греч. Psyche - душа и gemaо – порождаю) стали обозначать все те психические расстройства, которые возникали под влиянием психической травмы.

*Психическая травма* – это жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящие к глубоким

психологическим переживаниям. Точнее психическая травма – это эмоционально значимое событие, связанное с негативными переживаниями.

Под влиянием психической травматизации у человека могут возникать нервно-психические расстройства *непсихотического* (неврозы) и *психотического* (реактивные психозы) типов.

Непсихотические психогенные расстройства часто относят к клиническим формам так называемой малой психиатрии. Все болезненные нервно-психические нарушения здесь часто объединяют общим термином – «пограничные состояния».

Такое название подчёркивает, что они находятся на границе между нормой и патологией, между психотическими и непсихотическими формами психических болезней, между психическими и соматическими болезнями.

В широком плане это все проблемы переживаний человека в связи с интимно-личностными, межличностными и социальными конфликтами и различные психогенные психические и психосоматические реакции, как в рамках нормы, так и патологии. Все они являются выражением чисто человеческих проблем, проявления человеческой сущности в трудной жизненной ситуации.

На **первом этапе** учения о психогениях ведущая роль в возникновении заболевания у человека отводилась психической травме. По мнению немецкого психиатра Карла Ясперса, создателя экзистенциально-феноменологического направления в психиатрии, патологические реакции психики в ответ на психическую травму характеризуются единством причины и клинической динамики болезни.

Это значит, что *чисто психологическая травма вызывает целиком и психологическую реакцию, и обе они оказываются объединены психологически понятной связью.*

Эти диагностические принципы сформулированы Ясперсом в виде трёх основных положений («реактивная триада»):

1. Реактивное состояние возникает вслед за психической травмой.

2. Содержание психической травмы находит отражение в симптомах болезни, и между ними существуют психологически понятные связи.

3. При устранении психической травматизации наступает улучшение и выздоровление больного.

Позднее было обнаружено, что второй и третий критерии из «реактивной триады» Ясперса не всегда находят своё подтверждение в клинической практике, особенно при затяжных неврозах и патологических (психогенных и невротических) развитиях личности.

При затяжных неврозах часто бывает трудно доказать, что содержание клинической картины прямо вытекает из характера психической травмы, а при патологических развитиях личности пусковая психическая травма со временем теряет свою актуальность, тогда как болезнь всё равно продолжает развиваться.

Более того, не всегда приемлемым бывает и первый критерий знаменитой триады, т. к. нередко бывает и так, что реактивное состояние возникает непосредственно вслед за психической травмой, а может быть остановленным.

И, тем не менее, сформулированные Ясперсом критерии реактивных состояний являются хорошим ориентиром в обосновании и постановке диагноза реактивных невротических состояний и психозов, вследствие чего они и получили самое широкое распространение.

**Второй этап** *учения о психогениях* связан с именем немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера, который отметил, что психогенное заболевание возникает в ответ на любую психическую травму, как полагал Ясперс, а только на ту, которая затрагивает особо *значимые стороны отношений* больного.

Психическая травма должна «подходить» к характеру, как «ключ к замку», и только тогда «состоится» триада Ясперса. Одинаково важно и наличие самой психической травмы, и наличие предрасположенности к ней у данного конкретного человека.

На **третьем этапе** изучения психогений появляются доказательства того, что психическая травма не играет главной роли в возникновении заболевания, а определяющее значение имеет отношение личности к психотравмирующей ситуации как патогенной (В. Н. Мясищев, 1960) и особенности функционирования механизмов личностной психологической защиты, позволяющие это отношение менять.

Действительно, обнаружено, что во многих странах в послевоенные годы, т. е. когда нет никаких массовых бедствий, среди населения резко возрастает число не психотических форм психических нарушений – невротических реакций, неврозов, самоубийств.

Чрезвычайно часто обнаруживают случаи, когда человек совершал суицид без каких-либо видимых предшествующих психотравм.

Объяснение этим явлениям стали искать в срыве личностных форм защиты. Поиски ответа на вопрос о том, как, каким образом происходит нейтрализация переживаний при эмоционально-личностных воздействиях, привели к формированию понятий «психологическая защита» и «копинг-поведение».

Устойчивость к патогенному воздействию жизненных ситуаций, способность к нейтрализации неблагоприятных социально-экономических факторов личностного бытия даются человеку в процессе его индивидуального развития.

Таким образом, психогении рассматривают как *опосредованное всей личностью* (на сознательном и бессознательном уровнях) *формирование переживания при развитии патологических форм психологической защиты* или их срыве.

По мнению В. Н. Мясищева, ситуация патогенна только тогда, когда она не может быть рационально переделана, преодолена или невозможен отказ от неосуществимых влечений.

## 2.4 Стресс

Стресс (от английского напряжение, давление) представляет собой особое состояние психики, организма в целом, определяемое широкой мобилизацией функциональных резервов для преодоления какого-либо экстремального воздействия.

Речь идёт о достаточно мощном воздействии, стресс-факторе (стрессоре), способном вызвать защитную гормональную реакцию с целью сохранения целостного организма, связанную с перестройкой его функциональных систем, с адаптацией к новым условиям жизнедеятельности.

Представление о стрессе получило интенсивное развитие в теоретических и экспериментальных исследованиях в связи с предложенной Гансом Селье концепцией реагирования организма на неблагоприятные воздействия, позволяющей рассматривать различные физиологические и психологические проявления адаптации в её целостности.

Понимание роли неспецифических адаптационных и болезненных проявлений биологической активности в рамках концепции стресса цементировало разрозненные сведения о процессах адаптации организма, которыми располагала медицина.

Начало созданию концепции стресса положил случайно обнаруженный в эксперименте, проведённом Гансом Селье в 1936 г., «синдром ответа на повреждение как таковое», получивший впоследствии название «триада Селье», или «общий адаптационный синдром»: увеличение и повышение активности коркового слоя надпочечников, уменьшение вилочковой железы (тимуса) и лимфатических желез, так называемого тимико-лимфатического аппарата, точечные кровоизлияния и кровоточащие язвочки в слизистой оболочке желудка и кишечника.

Г. Селье сопоставил эти реакции с симптомами, характерными практически для любого заболевания, в частности, наблюдающимися при таких состояниях, как недомогание, разлитые болевые ощущения и чувство

ломоты в суставах и мышцах, желудочно-кишечные расстройства с потерей аппетита и уменьшением веса тела.

Объединение их в единую систему было правомерно только при наличии единого механизма управления этими реакциями и общего совокупного процесса развития.

Речь идёт о том, что самые различные неблагоприятные факторы: холод, тепло, облучение рентгеновскими лучами, инъекция адреналина, инсулина, травмирующее физическое воздействие, боль и многие другие – вызывают одинаковый ответ организма – общий адаптационный синдром.

Поэтому стресс с позиций Г. Селье, можно определить как *неспецифическую реакцию организма на предъявляемые ему требования.*

При непрекращающемся действии стрессогенного фактора проявления «триады стресса» изменяются по интенсивности.

Г. Селье выделяет три стадии этих изменений: первая – реакция тревоги, вторая – резистентность, третья – истощение.

Стадия тревоги состоит из фаз «шока» и «противошока». В ответ на воздействие стрессора сначала происходит понижение ряда физиологических, биохимических параметров (шок), но одновременно включаются защитные гормональные механизмы: мозговым слоем надпочечников обильно выделяется адреналин; гипофизом выбрасывается адренотропный гормон и тиреотропный гормон; затем усиливается выработка и поступление в кровь гормонов коры надпочечников – глюкокортикоидов.

Организм начинает перестраиваться – происходит «противошок».

На первой стадии мобилизуются защитные силы организма, начинается процесс перестройки системы регуляции. В этот момент сопротивляемость организма снижается и, если результат действия раздражителя выходит за пределы компенсации, может наступить смерть.

Основные признаки первой стадии – инкреция в кровь стероидных гормонов корковым слоем надпочечников, снижение в нём



гормонсодержащих гранул, усиление гемоконцентрации, гипохлоремия, преобладание катаболических процессов в тканях.

Если сила действия чрезвычайного раздражителя не превышает компенсаторных возможностей организма, развивается вторая стадия – *резистентности или адаптации*.

В этот период сопротивляемость организма повреждающему воздействию раздражителя повышается.

Признаки, характерные для первой стадии, исчезают. В коре надпочечников вновь наблюдаются секреторные гранулы, гемодилюция, гиперхлоремия, преобладают анаболические процессы в тканях с тенденцией к восстановлению массы тела.

В стадии повышенной резистентности функциональные возможности организма повышаются на величину выше исходного уровня. Её рассматривают так же, как *стадию неспецифической устойчивости*.

Это значит, что, например, при стрессоре виде физических нагрузок после перехода из стадии тревоги к неспецифической устойчивости организм может более успешно противостоять целому ряду инфекций и другим негативным воздействиям.

После длительного воздействия чрезвычайного раздражителя могут исчерпаться компенсаторные возможности и организм переходит в третью стадию – *истощение*.

Вновь появляются признаки реакции тревоги, носящие уже теперь необратимый характер.

Таким образом, интегральная цель развития общего адаптационного синдрома – повышение резистентности организма – адекватная качественной и количественной характеристики раздражителя.

Селье выдвинул гипотезу о том, что *старение – это итог всех стрессов*, которым подвергался организм в течение жизни. Оно соответствует фазе «истощения» общего адаптационного синдрома, который

в некотором смысле представляет собой ускоренную версию нормального старения.

Любой стресс оставляет после себя необратимые химические изменения; их накопление обуславливает признаки старения в тканях. Особенно тяжёлые последствия вызывает поражение мозговых и нервных клеток. Успешная деятельность, по мнению Селье, оставляет меньше последствий старения.

Р. Лазарус в 1970 г. разделил стресс на физиологический (вегетативный, первосигнальный) и психологический (эмоциональный, второсигнальный).

*Эмоциональный стресс* – состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей.

Эмоциональный стресс определяется воздействием на человека эмоциогенных, психологических факторов, а в остальном он протекает, как и все другие: гормональный, физиологический.

Эмоции это тоже реакция на новизну, ответ на неожиданность.

Эмоции мобилизуют избыточную (резервную) энергию, которая может быть востребована в ситуации потенциальной опасности.

Эмоциональный стресс включает в себя первичные эмоциональные психические реакции, возникающие при критических психологических воздействиях, и эмоционально-психические синдромы, порождённые телесными повреждениями, аффективные реакции при стрессе и физиологические механизмы, лежащие в их основе (Китаев-Смык Л. А., 1983).

Эмоциональный стресс связан с проявлением состояний *эмоционального возбуждения* как сигнального процесса (повышенный функциональный уровень психической деятельности) и *эмоционального напряжения* (мобилизация резервов, всплеск стенических эмоций, падение

работоспособности в соответствии с кривой нормального распределения: «эмоции-когниции»). несколько значений понятия стресса:

Эмоциональная напряжённость может рассматриваться в качестве облигаторного компонента эмоционального стресса.

Физиологически она выражается в изменениях эндокринной системы человека. К примеру при экспериментальных исследованиях больных, в клиниках было установлено, что люди, постоянно находящиеся в нервном напряжении, тяжелее переносят вирусные инфекции. Второй облигатный компонент эмоционального стресса – тревога как неопределённое беспокойство, ощущение неопределённой угрозы, тревожное ожидание в ответ на ситуацию неопределённости и ожидания.

В современной научной литературе используются:

1) «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» (Г. Селье);

2) неспецифический ответ, функциональное состояние напряжения, реактивности организма, возникающее у человека и животных в ответ на воздействие стрессоров – значительных по силе при действии экстремальных или патологических для организма для организма человека или животного раздражителей;

3) сильное неблагоприятное, отрицательно влияющее на организм воздействие (синоним: стрессор);

4) сильная неблагоприятная для организма физиологическая или психологическая реакция на действие стрессора;

5) сильные реакции организма, как благоприятные, так и неблагоприятные (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский, 1998).

Наиболее часто термин «стресс» употребляется в значении неспецифического ответа организма на воздействие вредных агентов, проявляющегося в симптомах общего адаптационного синдрома.

Ф. Б. Березин выделяет последовательные стадии в формировании переживаний тревоги (тревожный ряд):

1. Ощущение внутренней напряжённости, которое ещё не имеет ярко выраженного оттенка угрозы, а служит лишь сигналом её приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт.

2. *Гиперестезические реакции*, на фоне нарастающей тревоги ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску, раздражительность повышается.

3. *Собственно тревога*, которая является центральным элементом ряда. Появляется ощущение неопределённой угрозы с невозможностью предсказать время возникновения угрозы, невозможность определить её характер; при этом неадекватная логическая переработка из-за недостатка информации может приводить к неправильному выводу.

4. *Страх* – тревога, конкретизированная на объекте; у субъекта создаётся представление о том, что тревогу можно устранить определёнными действиями.

5. *Ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы* на фоне дальнейшего нарастания интенсивности тревожных расстройств.

6. *Тревожно-боязливое возбуждение*, когда психическая дезорганизация достигает своего максимума и возможность целенаправленной деятельности исчезает.

Согласно Л. Леви, эмоциональный стресс можно рассматривать как участок своеобразного континуума эмоциональных состояний, в котором сдвиги физиологического гомеостаза являются самыми низкими в условиях полного безразличия.

Он также разделил понятие «дистресс» – эмоционально-стрессовое состояние, связанное с отрицательными эмоциями, и «эустресс» – оптимальный уровень функционирования систем организма.

Принятые и непринятые эмоциональные состояния сопровождаются изменениями в уровнях физиологического гомеостаза.

Структура стресса, наряду с эмоциональными, включает и другие психологические компоненты: перцептивные (искажения восприятий под

воздействием эмоциональных факторов), мотивационные (изменения мотиваций при стрессе: мобилизация или бегство, или нападение), интеллектуальные.

Одним из таких психологических факторов является оценка угрозы.

Согласно Лазарусу, угроза представляет собой предвосхищение человеком возможных опасных последствий воздействующих на него ситуаций.

Это предположение проверялось в экспериментах, в которых испытуемым демонстрировался один и тот же кинофильм, показывающий несчастные случаи на лесопилке.

В первом варианте опыта испытуемым просто сообщалось, что в фильме будут показаны несчастные случаи на лесопилке; во втором – что события не являются реальными, а только имитируются актёрами; наконец, в третьем случае экспериментаторы стремились отвлечь внимание испытуемых от тяжёлых эпизодов в фильме, зрителей просили беспристрастно проследить, например, насколько ясно и убедительно мастер излагает правила техники безопасности рабочим.

На основе полученных данных Лазарус делает вывод, что в первом случае у большинства зрителей наблюдаются ясно выраженные стрессовые реакции, во втором – стресс не возникал, т. к. события в фильме рассматривались как нереальные.

Что же касается третьего варианта, то если испытуемые истолковывали эти события как опасные и не занимали, таким образом, беспристрастной позиции наблюдателя, то стрессовое состояние возникало.

Процессы оценки угрозы, связанные с анализом значения ситуации и отношением к ней, имеют сложный характер: они включают не только относительно простые перцептивные функции, но и процессы памяти, особенность к абстрактному мышлению, элементы прошлого опыта субъекта, его обучения.

Они не всегда сознаются и, как правило, протекают с большой быстротой.

Понятие угрозы является основным в концепции Лазаруса.

По его мнению, угроза порождает защитную деятельность или защитные импульсы, обладающие теми же характеристиками, которые обычно приписываются эмоциональным состояниям.

Они направлены на устранение или уменьшение предполагаемых опасных воздействий и выражаются в различном отношении к последним, например, в отрицании, преодолении ситуации или принятии её.

Дж. Эверилл считает сущностью стрессовой ситуации утрату контроля.

П. Фресс предлагает называть стрессом особый вид эмоциогенных ситуаций, а именно употреблять этот термин применительно к ситуациям повторяющимся, или хроническим, в которых могут появиться нарушения адаптации.

Ю. С. Савенко определяет психический стресс как «состояние, в котором личность оказывается в условиях, препятствующих её самоактуализации», Общая тенденция в определениях, таким образом, заключается в отрицании неспецифичности ситуаций, порождающих стресс.

Не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как угрожающее, которое нарушает адаптацию, контроль, которое препятствует самоактуализации.

Т. Кокс приводит формулу Мак Графа, согласно которой *выраженность стресса равна произведению значимости ситуации на разность между уровнем предъявляемых требований и осознаваемой возможности их осуществления.*

Экспериментально данное положение не подтверждено.

В. И. Медведев выделяет разные типы *отношений человека к самому себе в ситуации стресса.*

*Первый* тип – отношение к себе как к «жертве» экстремальной ситуации. Фиксация на нём усугубляет стресс, можно назвать это отношение «примитивно – эгоистическим».

*Второй* тип сочетает отношение к себе как к «жертве» с пониманием себя как «ценности», доверенной себе же, такое отношение можно назвать объективно – индивидуалистическим, оно способствует самосохранению личности.

*Третий* тип – отношение к себе как к одному из ряда людей, оно, по-видимому, больше всего способствует сохранению эффективной деятельности при стрессе.

По мнению Я. Рейковского, среди лиц с завышенной самооценкой встречается больше неустойчивых к стрессу людей, чем среди лиц с адекватной самооценкой.

Стресс обычно подразделяют на *жизненный и профессиональный*.

Изменение деятельности и поведения человека в состояниях стресса уже давно отмечалось в психологической литературе. Так, ещё в период русско-японской войны Г. Е. Шумков (1913) описал «душевное состояние воинов в ожидании боя».

Оно появилось у людей в несвойственной им суетливости, повышенной чувствительности к обычным раздражениям. Сапог жал больше, чем всегда. Движения становились менее координированными, пальцы непослушными, спички ломались, табак рассыпался, менялся почерк, учащался пульс, дыхание становилось частым и неравномерным, появлялась жажда, сухость во рту и горле.

Отмечалась повышенная внушаемость.

Выделяют два основных типа реагирования в стрессе.

*Тормозной тип* реагирования характеризуется общим мышечным напряжением, особенно резко выражающимся в «мимической маске», скованностью позы и движений; фиксациями внимания, пассивностью, замедленным течением психических процессов, своеобразной

«эмоциональной инертностью, проявляющейся в виде безучастности и негативного безразличия.

*Возбудимый тип* реагирования выражается в бурной экстраверсии, суетливости, многословии, гипертрофии двигательных проявлений, быстрой смене принимаемых решений, повышенной лёгкости перехода от одного вида деятельности к другому, несдержанности в общении.

В состояниях напряжённости поведение в значительной мере характеризуется преобладанием стереотипных ответов, неадекватных ситуаций. В первую очередь страдают сложные формы целенаправленной деятельности, её планирование и оценка.

Возникающие при этом нарушения происходят на разных уровнях.

В. Л. Марищук и сотр. (1987) отмечают общую тенденцию к понижению устойчивости психических процессов, что может выражаться в «блокаде» восприятия и мышления, памяти и практических действий субъекта; это, в свою очередь, может привести к физическому распаду деятельности, самоустранению человека от продолжения работы.

Стрессовый *макроэпизод* можно рассматривать как последовательность *микроэпизодов*, состоящую из стрессовых краткосрочных эпизодов.

Например, таких как бессонница и переживание болезненных воспоминаний об утрате по ночам, чувство одиночества за завтраком и в выходные, и целый ряд последующих фрустрирующих микрособытий, с которыми человек вынужден справляться в повседневной жизни.

Т. Концовский (1956) подчеркивал, что устойчивость к стрессу формируется «на основе жизненной практики, при активном и сознательном участии личности, которая не избегает сложных и опасных ситуаций, а иногда даже активно их ищет».

При прочих равных условиях устойчивость к стрессу может быть результатом целенаправленного воспитания в себе необходимых качеств, следствием сознательного управления личностью своими состояниями,



поступками, способности предвидеть близкие и отдаленные последствия своих действий и соизмерять с этими последствиями цели и избираемые для их достижения средства в конкретных ситуациях.

## **2.5 Профессиональное выгорание социальных работников и поддерживающая супервизия**

Супервизия рассматривается в отечественной литературе как сотрудничество специалистов (опытного профессионала и новичка), в ходе которого консультант может проанализировать свою работу в условиях конфиденциальности.

*Цель и процедуры поддерживающей супервизии* направлены на улучшение деятельности социальных работников посредством снижения стресса, связанного с работой и повышения мотивации, удовлетворенности работой. Задачи поддерживающей супервизии, в основном, заключаются в следующем:

1) супервизор обеспечивает социальных работников возможностью быть успешными в своей работе и шансами действовать все более независимо по мере развития их компетентности. Существенными источниками удовлетворенности профессиональной деятельностью являются чувства достижения цели и ответственность;

2) он повышает способность социальных работников справляться со стрессами на работе. Чтобы достичь этого, он использует приемы активного слушания, подбадривание, поощрения, одобрения, награждение за достижения, выражения доверия (где это возможно). Наличие неоправданных наград, однако, мешает продуктивности;

3) супервизор помогает социальным работникам создавать четкое понимание стратегий организации и их роли в достижении желаемых результатов, предотвращая случайные происшествия и нерешительность сотрудников;

4) супервизор поощряет поддерживающие связи, такие, как групповое взаимодействие и кооперация во время взаимной поддержки (т.е. супервизор может помочь организовать группу супервизии равных отношений и взаимные консультации равных отношений);

5) когда необходимо, супервизор отстаивает интересы социальных работников перед администрацией, требуя повышения заработной платы. Адекватная заработная плата и поощрения являются важными факторами повышения чувства удовлетворенности профессиональной деятельностью, и снижает стресс;

6) супервизор также может обеспечивать поддерживающей супервизией во время выполнения административных и образовательных функций своей профессиональной деятельности, если он выполняет эти функции в манере, которая связана с поддержкой социальных работников. Более того, иногда социальные работники испытывают необходимость в структурировании информации, что помогает снизить стресс, связанный с профессиональной деятельностью, через повышение уровня их профессиональной компетентности.

Стресс в профессиональной деятельности социальных работников является естественной реакцией на трудные ситуации. Однако использование процедур поддерживающей супервизии будет способствовать снижению количества дистрессов в профессиональной деятельности социальных работников.

Иногда социальные работники с конструктивным отношением, знаниями и навыками, необходимыми для того, чтобы хорошо выполнять свою работу, все равно выполняют ее неадекватно из-за недостаточной мотивации или отсутствия приверженности этому виду деятельности. Мотивация увеличивает энергию социальных работников и сохраняет их вовлеченность в профессиональную деятельность; приверженность профессиональной деятельности означает, что социальные работники

остаются лояльными к своей организации, верят в миссию организации, позитивно отождествляют себя с рабочей группой организации и т.д.

Обратим внимание на лидерскую позицию супервизора в отношениях с социальными работниками в организации.

1). Измерения лидерского поведения. Исследования в университете штата Огайо в 1940 – 1950 годах определило основные и независимые измерения лидерского поведения:

а) первое измерение, обсуждение, означает теплые коммуникации, взаимную заинтересованность, лидер демонстрирует поддержку. Он занимает в обсуждении роль «ведущего», является лично-ориентированным и заинтересован в результативных аспектах социальной работы.

б) второе измерение это – структура, пространство, в котором определяются лидеры, они управляют и структурируют собственные роли и роли тех, кто находится у них в подчинении, они занимают позицию «вышестоящего», в основании отношений, структура отношений ориентируется на задачи профессиональной деятельности и рассматривается со стороны инструментальных аспектов социальной работы.

2). Хотя отношения между двумя измерениями лидерства, выполнением работы и приверженностью к работе, являются целостными, исследования в Огайо выявили, что, в основном, большинство лидерских воздействий производят те респонденты, которые имеют высокие баллы в обоих измерениях.

Таким образом, супервизоры, которые демонстрируют одновременно поддержку (результативное лидерство) и высокие ожидания к процессу исполнения профессиональной деятельности (инструментальное лидерство), могут рассчитывать на большую эффективность работы их групп.

Barker определяет профессиональное выгорание как «...термин, используемый для описания социальных работников, которые испытывают апатию или гнев как результат стресса или фрустрации на работе. Выгорание

обнаруживается в большей степени у сотрудников, которые имеют высокий уровень ответственности, чем у респондентов из контрольной группы». Супервизор и социальный работник должны своевременно обратить внимание на выгорание потому, что снижение морали у одного сотрудника быстро может распространиться и на других коллег. Более того, выгорание – самоподдерживающийся, развивающийся процесс. Симптомы выгорания снижают шансы быть успешным на работе, это только повышает чувство беспомощности, которое, в свою очередь, вновь обостряет профессиональное выгорание.

*Симптомами профессионального выгорания или его предвестниками являются следующие:*

а) *физические*. Утомление, хроническая усталость, чувство физического истощения, большая чувствительность к холоду, головные боли, проблемы пищеварения, нарушения сна;

б) *эмоциональные*. Гнев, связанный с работой, возмущение, ощущение непродуктивности собственной деятельности, пессимизм; утрата энтузиазма в работе; чувство эмоционального истощения; утрата понимания собственной миссии и смысла своей работы;

в) *поведенческие*. Нежелание идти на работу; увеличение числа опозданий и уклонения от работы; стремление постоянно глядеть на часы; откладывание или отмена встречи с клиентом; более скептическая и отстраненная манера общения с клиентом, так как социальный работник эмоционально от него дистанцируется; растет тенденция обращаться с клиентом в ригидной, механической манере; меньше терпения в отношениях с клиентом;

*Причинами профессионального выгорания выступают следующие:*

а) для социальных работников типичными источниками профессионального выгорания являются трудные случаи в профессиональной деятельности; утрата разнообразия в работе, успеха; работа со множеством клиентов в кризисном состоянии; работа со

множеством клиентов, которые выражают интенсивные чувства; работа со множеством клиентов, которые пришли по принуждению и проявляют сопротивление и враждебность; осуществление выбора между конкурирующими потребностями различных клиентов; физическая опасность; давление требований выполнять стратегии и процедуры организации (профессиональное выгорание более типично для организаций с сильно формализованной и бюрократизированной структурой); наличие оценки их работы со стороны других; угроза их независимости; наличие рассмотрения их решений со стороны других (супервизором, управленческим звеном организации); наличие ответственности, которая превышает их ресурсы и силы; наличие двусмысленных целей; высокие требования к ответственности, которая требует от них ясно показывать, как они создают позитивные изменения в жизни своих клиентов; частые реорганизации или изменения стратегии организации; утрата ощущения справедливости оплаты труда (социальный работник ощущает, что оплата его труда не соответствует выполненному им объему работы, качеству выполнения или оплате труда социальных работников из референтной группы).

б) более интересная, затратная и тяжелая работа ведет социальных работников к большей уязвимости к профессиональному выгоранию (в этом случае им требуется поддерживающая супервизия).

в) профессиональное выгорание более вероятно, когда супервизор воспринимается как мало работающий в качестве лидера-собеседника.

*Рассмотрим стратегии снижения и предупреждения профессионального выгорания.* В основном, супервизор может снижать и предупреждать профессиональное выгорание социальных работников с помощью уменьшения уровня стресса на работе, он может отстранять сотрудников от источников стресса, снижать воздействие стрессоров или помочь сотрудникам справиться со стрессом. Особенные стратегии включают следующее:

а) обеспечение позитивной обратной связью;

б) своевременное выявление снижения объема работы у сотрудника;

в) разрешение социальному работнику перераспределить по приоритетам свои задачи так, что одна из его обязанностей будет временно или постоянно уменьшена (некоторые случаи из его работы нужно исключить); возможность отсрочить дату окончания конкретной работы; помощь в решении конфликта между его ответственностью и необходимостью достижения внезапно поставленной перед ним цели, например, с помощью расстановки приоритетов;

г) нормализация негативных чувств по отношению к клиентам. Все чувства и мысли являются хорошими до тех пор, пока они не выражаются в непрофессиональном поведении;

д) помощь социальным работникам в модификации их мыслей, которые создают стресс. Например, «Если я приму ошибочное решение, нечто ужасное случится с моим клиентом». Модификация мыслей может происходить с помощью использования когнитивного реструктурирования содержания сознания. Обеспечение социальных работников ближней перспективой;

е) обеспечение социальных работников широкой вариативностью действий в их работе. (Обогащение деятельности является стратегией, которая помогает социальным работникам найти больше смыслов в поставленных перед ними задачах и вариативность профессиональной деятельности повышает альтернативность работы, связанной с выполнением поставленных задач.);

ж) создание поощряющих коммуникаций и развитие системы поддержки в рамках обслуживания; создание возможности для обобщения социальными работниками своих интересов и чувств внутри коллектива равных коллег;

з) поощрение поддерживающих мер со стороны администрации;

и) продвижение участия членов организации, заботящихся о сотрудниках, в принятии организационных решений;

к) при найме сотрудника – создание уверенности в том, что имеется хорошая адаптация соискателей должности к профессиональной деятельности; обеспечение их реальной информацией о работе, так, чтобы соискатель принимал решение и был информирован о том, на какую работу его берут; обеспечение реальной информацией о работе, на которую он был принят, так, чтобы вновь принятый сотрудник не был разочарован, когда получит реальный опыт работы. Использование антиципации и реальный анонс будущей работы снимает иллюзии того, что работа является причиной профессионального выгорания и текучести кадров; и их целью выступает уменьшение нереалистичных ожиданий по отношению к работе и, кроме этого, повышение чувства удовлетворенности работой и ее приверженности. Также это приведет к снижению текучести кадров в организации.

Таким образом, своевременное выявление и устранение причин профессионального выгорания социальных работников будет способствовать его профилактике. Профессиональная деятельность без выгорания сотрудников является существенным основанием для повышения ее качества.

## **РАЗДЕЛ II. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

### **Тема 3. Классификация психологических практик и специфика их применения**

#### **3.1 Критерии классификаций психологических практик. Онтологические классификации**

Классификации психологических практик могут производиться по множеству различных критериев. Среди них можно различать формальные и

содержательные критерии. Формальные критерии являются случайными и произвольными по отношению к содержанию конкретных практик и их онтологическим связям. Среди содержательных можно выделить критерии, коррелирующие с разного уровня сущностными характеристиками реальности. Понятно, что в основе такого выделения критериев также лежат вполне определенные теоретические основания, т.е. определенное описание реальности.

Если соотносить психологические практики с реальностью, то обнаруживаются две основные области соотнесения. Первая – онтологическая реальность природы человека. Вторая – реальность бытия психологических школ и направлений. Обе реальности задают свои критерии классификации психопрактических систем.

Разделение человека на психику и тело носит условный характер, человек целостен в своих физических и психических проявлениях, обнаруживая в телесном психическое содержание и в психическом мире – телесные репрезентанты. Поэтому, говоря о психологических практиках, необходимо освещать связь психического и телесного в человеке. Собственно говоря, существует несколько формулировок этого принципа. В слабой трактовке он выражается следующим образом: существует корреляция между психическим и соматическим. В своей сильной формулировке он описывается так: психическое и телесное – одно и то же, но человек имеет два разных способа восприятия этой единой реальности – субъективное (психическое) и объективное (телесное). Не анализируя особенности этих формулировок, дальнейший анализ основывается на слабой трактовке этого принципа как менее полемичной.

В практическом и операциональном отношении в человеческом существе можно выделить пять уровней: телесный (физический, соматический), энергетический (витальный), эмоциональный (чувственный), ментальный (интеллектуальный) и духовный. С каждого из этих уровней может быть осуществлена интервенция на любой другой и, соответственно,



психологические практики могут быть различимы по базисному уровню, с которого осуществляется воздействие, и уровню, на котором по преимуществу происходит трансформация. Хотя многие психологические практики по существу полиномны, объединяя в себе более одного уровня, с которых осуществляются активные посылы на другие уровни, и многокомпонентны по своим результатам, имея сложный комплекс следствий.

Все выделенные уровни тесно взаимосвязаны и воздействуют друг на друга. (В частности, отдельные аспекты этого взаимодействия изучаются в таких медицинских дисциплинах как психосоматика и соматопсихология.) К собственно психической сфере относятся три из них: эмоциональный, ментальный и духовный. Но вместе с тем первые два (телесный и энергетический) - осуществляют активный вклад в психическую сферу. Например, энергетическое состояние субъекта обуславливает интенсивность его эмоциональных переживаний. Или скажем, те или иные соматические нарушения сказываются хотя бы частично на содержании мыслительных процессов.

В первом приближении классификация психологических практик по базисному уровню воздействия может выглядеть следующим образом. С телесного плана возможно осуществлять интервенцию на уровень энергетики или в психические сферы. К этого рода процедурам относятся, в частности: различного рода телесно-ориентированные техники (танцевально-двигательные, техника аутентичного движения, театр прикосновений, холистический палсинг, биоэнергетика (по А.Лоуэну) и др.), дыхательные техники (холотропное дыхание, ребефинг, вайвейш, свободное дыхание и т.п.), разного рода йогические практики, психоделические, тенсегрити, техники мантр, призывов, звукотерапия, музыкотерапия, массаж, биосинтез, бондинг и т.д.

Телесные техники, в свою очередь, подразделяются на активные и пассивные. В первых субъект процесса совершает те или иные активные

действия (двигается, дышит, кричит). Во вторых – действия (воздействия) совершаются по отношению к нему: его массируют, его касаются, на него действуют химические, звуковые и иные агенты.

И те и другие подразделяются по сферам действия или воздействия. На тело или телом – танцевально-двигательные техники, театр прикосновений, биоэнергетика, йоговские асаны, система интегрального движения, техники восточных боевых искусств и другие. Дыхательные – йоговские пранаямы, дыхание нэйдань, холотропное дыхание, свободное дыхание и другие. Практики, связанные с произнесением звуков (осмысленных или неосмысленных) – техники мантр, призывов, произнесения некоторых молитв и заговоров, техники гуделок. Методики, связанные с химическим воздействием на организм, – психоделические. Методики, связанные со звуковым воздействием на организм, – звукотерапия. Методики, связанные со световым или цветовым воздействием на организм, – цветотерапия. Существуют также методики, в которых используются благовония, ароматы и запахи, воздействия на вкусовые рецепторы, а также более современные средства: разного рода генераторы излучений, слабый или сильного напряжения электрический ток, резонансные методы воздействия на активность мозга и т.д.

К энергетическим психотехнологиям относятся: цигун, некоторые техники раджа-йоги, кундалини-йога, биоэнерготерапия, аутотренинг и прочее. К техникам, берущим за базовую основу воздействия психоэмоциональные процессы, можно отнести: игровые, часть техник визуализации, элементы аутотренинга, раджа-йоги и иные. С ментального уровня как базисного осуществляется работа в таких практиках как: ментальная визуализация, медитация, молитва, самоанализ, рационализация и др. Сфера духа относится к области скорее спонтанных переживаний, характеризующихся экстазом, величайшей глубиной прозрений, катарсических откровений и приводящих к кардинальным трансформациям

личности и трансценденции ее в принципиально новые способы бытия и самореализации.

Надо также учесть некоторую условность отнесения тех или иных техник к базовым уровням воздействия (по преобладающему модусу), поскольку на практике обычно имеет место определенное сочетание разноуровневых способов воздействия, иногда неотделимых друг от друга. Смысл классификации по уровням воздействия – показать, что эти уровни существуют, что в определенных практиках те или иные уровни являются преобладающим модусом действия, действующими агентами техники.

Хотя каждая психологическая практика оказывает некоторое системное действие на человека, социальную группу или общество в целом, по задачам, на решение которых те или иные из них нацелены, их можно разделить на группы:

1) оказывающие комплексное, интегральное воздействие (интегративные практики);

2) решающие определенные узкие задачи или формирующие конкретные качества (целевые);

3) обучающие овладению психотехнологиями, или психотехнологии применения психотехнологий (метапсихотехнологии).

Значение третьей группы психологических практик (которые могут быть крайне просты по своим рекомендациям) состоит в методологически и практически грамотном применении практик первой и второй групп к конкретному индивиду или группе. Скажем, не эффективно обращение к сложным психотехникам, если не освоены элементарные, представляющие собой ступень в овладении психотехнологиями высокого уровня. Если у субъекта не развиты механизмы волевой саморегуляции, то бессмысленно ему обращаться к практикам, основанным на постоянном применении развитой воли. Если у пациента нарушения личностной сферы, то многие интенсивные техники ему противопоказаны.

По целям, которые ставятся в ходе психопрактического процесса, психологические практики делятся также на: консультации, профилактики, коррекции, поддержки, тренинги, практики развития и роста, терапию, тестирование и другие. Это подразделение психопрактик соотнесено с частью аспектов психопрактической системы.

Психологические практики могут иметь разные стратегии использования. Они могут быть применены лишь однажды (для решения острой проблемы). Они могут быть использованы время от времени (по мере возникновения необходимости). Или они могут быть актуальным принципом жизни, принципом саморазвития, достижения целей, при использовании психических техник постоянно.

Постоянное применение психотехнологий открывает перспективы по качественному изменению жизни личности, группы, социальной среды. При этом, если, например, речь идет об индивидууме или тренинговой группе, систематически используется некоторая интегративная психотехнология (или их комплекс): аутотренинг, самоанализ, рационализация, медитация, молитва, йога, цигун, нейро-лингвистическое программирование, аффирмация, визуализация, наука разума, метод Сильвы, холотропное дыхание, ребефинг, вайвейшн и т.п. – что создает основу для постоянного личностного роста и поддержания некоторого уровня общего позитивного состояния. На этом фоне, в том числе в рамках интегративных техник, могут отрабатываться методы специфического саморегулирования или формироваться определенные качества личности, т.е. используются целевые психотехнологии. В этом случае, если выработан какой-либо навык саморегулирования, он может быть применен актуально, например: сохранить спокойное и работоспособное состояние, несмотря на жесткое эмоциональное воздействие; или принять адекватное решение в ситуации цейтнота; или найти способ эффективного взаимодействия с «трудным» человеком и т.д. При этом регулярные занятия по какой-либо

психопрактической системе обуславливают в принципе более высокий адаптивный уровень в отношении любых повседневных ситуаций.

### **3.2 Рефлексивные психологические практики**

Еще одним классификационным признаком психопрактик является представленность в них рефлексивного (иногда менее точно говорят: когнитивного) компонента. Существуют практики, в которых саморефлексия является основным или ведущим элементом: буддийские практики осознания, тренинг рефлексивности, психоанализ, техники проговора, ряд техник когнитивного направления и т.д. Весь комплекс таких психопрактических систем обозначается как рефлексивные практики. С другой стороны, существуют техники и системы, где этот компонент представлен слабовыраженным, несущественен или отсутствует вообще: ряд телесно-ориентированных и шоковых техник. Это – слаборефлексивные практики.

Рефлексивные психопрактики – это группа методов работы с психикой через осознание. Общий принцип построения рефлексивных практик заключается в постоянном акценте на самоосознание и осознание психического содержания как ведущей технике. В силу этого они могут быть разбиты на две группы: методы повышения самоосознанности и способы повышения осознанности обычно слабо осознаваемого или бессознательного психического материала.

Все эти психологические практики конкретны, т.к. непосредственно реализуют те или иные практические цели в работе с индивидуальной психикой. Обучение им происходит либо в группе, либо в процессе индивидуальной работы.

Каждый человек иногда вдруг осознавал, что на протяжении многих дней, а то недель или месяцев он по существу настолько был погружен в текущую деятельность, занят ею, что совершенно забыл о себе, о том, что это именно он ее осуществляет. Деятельность была значимее, чем он сам. И, по

сути, он ни разу не соотнес себя с этой деятельностью, ни разу не задался вопросом, насколько эта деятельность отвечает его интересам, хотя все время был занят ею. Это обычная ситуация. Обыденное сознание редко ищет причины человеческих поступков, почти никогда не исследуют основания своих привязанностей и как результат – личность не имеет никакой ясной стратегии своей жизни и всегда вдруг сталкивается с последствиями собственных действий.

Психопрактические системы самоосознания обучают человека рефлексировать по поводу собственного бытия, всегда или чаще, чем привычно; помнить о том, кто стоит за всеми действиями и все время соотносить эти действия с самим собой. Они позволяют человеку исследовать собственные глубины, отыскать свой собственный источник или, по крайней мере, лучше понять себя. Они научают быть свободным, не зависеть рабски от внешних стимулов, а наоборот помогают обуславливать внешнее внутренним.

Среди довольно простых по форме приемов, но совсем не простых в осуществлении для непривычного к нему сознания, находится следующий. Аудитории или отдельному индивиду предлагается: прямо сейчас предельно ясно до пронзительности осознайте, что это именно вы именно сейчас именно здесь совершаете именно эту деятельность (назвать конкретную – сидите в этой аудитории и слушаете, смотрите...). Случается так, что кто-то действительно вдруг пронзительно ясно осознает себя здесь и сейчас. Для большинства это будет менее глубокая рефлексия. Но и она позволяет хотя бы частично стряхнуть с сознания гипнотический сон реальности и на несколько мгновений побыть лицом к лицу с самим собой. Этот прием позволяет ввести в рефлексивные психотехнологии. Порой через него человек начинает впервые осознанно знакомиться с собой.

В дальнейшем может быть предложена техника постоянного самоосознания. То есть, что бы ни делал человек, ему предлагается все время помнить себя, помнить, что именно он это делает. Конечно, выполнение

техники сопровождается постоянными флуктуациями внимания, но и в этом случае она играет свою роль обучения осознанию. Приступать к ней имеет смысл через простые действия, в первую очередь – физические, например, двигаться по комнате и отслеживать свои движения, все время осознавая себя и свое тело. Те, кто добросовестно исполняют данную методику, по ее окончании вдруг осознают, как субъективно необычно много времени прошло от ее начала до конца (хотя могло пройти всего 20 или 40 минут). Если этой технике посвятить целый день, то для многих он субъективно будет равен прожитой вечности. Отсюда выстраивается личное понимание времени, его связь с осознанием.

Более существенным является то, что эта техника позволяет увидеть в себе то, что обычно вовсе не видится, не замечается сознанием, а значит, как бы не существует, хотя и является одним из факторов психики и поведения. Тем самым она позволяет перейти к другим этапам применения рефлексивных психопрактик.

Сознание никогда не бывает пустым, оно все время заполнено некоторым привычным для данной личности содержанием, точнее совокупностью психических процессов постоянно выстраивающих и поддерживающих привычную для данного субъекта картину реальности. Этот привычный, автоматический процесс протекает почти без участия сознания в том смысле, что, во-первых, сознание его не регулирует, он протекает по принципу ассоциативных связей, во-вторых, наполнен привычными образами и отношениями, в-третьих, практически тут же забывается и слабо осознается его содержание. Кроме того, что он наполнен привычными, автоматическими, почти бессознательными мыслями (хотя и протекает на уровне сознания и принципиально может быть осознан), он как результат сопровождается привычными психическими состояниями и реакциями.

Содержание этого процесса может быть позитивным, или негативным, или частично негативным, или амбивалентным или иметь еще более

сложную динамику. Важно то, что оно является одним из главных факторов человеческой жизни, обычно бессознательным в том смысле, что личность не участвовала в его создании сознательно, но это психическое содержание принадлежит сознанию и сознание может с ним работать.

Психотехнология работы с привычными мыслями и состояниями достаточно проста по своим принципам, но не все бывает просто при ее конкретном выполнении, так личность может столкнуться с различного рода сопротивлениями, вытеснениями, уловками, самообманом и т.д. На первом этапе необходимо отследить привычные мысли, зафиксировать их (записать), оценить их значение для личности (позитивны, негативны и т.п.). Далее требуется выписать те мысли (аффирмации), которые субъект определяет для себя как позитивные и развивающие, которые создают желательные психические состояния. На следующем этапе необходимо научиться замещать привычные негативные мысли позитивными. Он требует постоянного внимания к содержанию собственного сознания. Если это освоено в тренинговых условиях, то в дальнейшем техника осваивается в самом процессе жизни. Для тех, кто подобрал к ней индивидуальные ключи, научился ею пользоваться, она становится важным сознательно применяемым фактором формирования личностной успешности и судьбы.

Техника аффирмаций (позитивных утверждений) может быть применена также безотносительно к технике замещения негативного содержания психики позитивным. В этом случае она, в первую очередь, направлена на саморазвитие, на формирование новых состояний, умений, способностей.

Важным элементом многих психопрактик, в том числе рассмотренных выше, является проговор как механизм осознания и запоминания актуально пережитого психического содержания. Если человек не проговорил, не сделал внешне выраженным фактом то, что он только что прожил в непосредственном психическом процессе, то большая часть этого содержания для личности будет утрачена. Останется общее впечатление,



которое со временем будет все более блеклым. И только то, что было осознано вторично через его вербализацию, станет постоянным достоянием сознания. Вероятно, в силу того, что сознание само в качестве своего самого эффективного инструмента имеет слово. В дальнейшем по сути человек рассказывает не свои переживания, а свой первый рассказ о переживаниях.

Эффективной рефлексивной практикой является тренинговая технология переключения психических состояний. В реальном процессе психического переживания человек включен в ту или иную эмоцию и не отделяет себя от нее, чаще всего актуально даже не сознает своего состояния. Тренинговая технология вне реальной ситуации позволяет личности увидеть возможность волевого перехода из одного состояния (негативного) в другое (позитивное) и натренировать эту способность, которая затем может быть применена к текущим состояниям и стать свойством личности. Данная психотехнология может применяться как в простом варианте (многократные переходы от произвольного негативного состояния к позитивному и обратно), так и в более сложном (когда заранее оговорены, конкретные негативные и позитивные психические состояния).

Большой класс рефлексивных психопрактик связан с медитативными состояниями. Медитацию можно определить как технику погружения в собственные глубины. В зависимости от глубины медитации уменьшается осознание внешнего мира, и сознание все более погружается во внутренние психические пространства. На начальных этапах медитация может сопровождаться определенными словесными формулировками, в том числе имеющими характер самовнушения, а также – визуализациями. На более глубоких уровнях погружения медитация протекает как полное молчание в сокровенных глубинах человеческой души, как самодостаточное существование человека в самом себе. Медитативные психопрактики позволяют человеку понять самого себя, освободиться от случайных внешних факторов своей жизни, проинтегрировать различные составляющие психики и осуществить жизнь из центра собственного существа.

Человеческое существование сопровождается огромным количеством самоограничений в форме разного рода представлений, предрассудков, установок, домысливания, стереотипов, автоматизмов, привычек на всех уровнях его существа. Часто субъект не может что-то сделать не потому, что у него не хватает физических, интеллектуальных или других способностей, а потому что он думает, что ему чего-то не хватает, или потому, что он в каком-то другом отношении сам себе поставил границы, чаще всего бессознательно. Осознать существование таких границ на ментальном уровне помогает тренинг саморефлексии ментальных самоограничений, в частности, через решение на первый взгляд совершенно глупых, абсурдных или субъективно крайне сложных задач. Самостоятельное или с помощью других разрешение этих задач позволяет ясно увидеть, что проблема заключается не в задаче, а в личности. Косвенно этот тренинг также тренирует готовность решать любые неразрешимые жизненные проблемы.

Среди личностных самоограничений существует и тот набор ролей, которые человек привык играть в жизни, с которыми готов себя отождествить. Ролевой тренинг позволяет для начала в игровой форме расширить этот список. Одновременно человек начинает осознавать собственные самоограничения в этой сфере и учится преодолевать их. Кроме того, процесс вживания в новые роли помогает более глубокому пониманию, как себя, так и других людей. Проводимый в движущихся парах этот тренинг обучает быстрому вхождению в новые образы, вместе с тем размывает очертания личной истории и создает новые возможности и перспективы, которые ранее лежали вне представлений личности о собственном потенциале.

К важному подразделению рефлексивных психопрактик относятся тренинги осознания личностных структур, которые выступают факторами организации жизни и судьбы. Большинство личностных структур сформировано бессознательно и стихийно в процессе социализации. И во многих случаях именно в них заключены причины неэффективности или

неблагополучия жизни человека. Более подробно этот класс психологических практик рассмотрен ниже.

Рефлексивные психопрактики представляют собой огромное количество конкретных методик. К вышеперечисленным можно добавить следующие тренинги: преодоление привычного согласия (несогласия), обучения комплинтам, отстраненности, разрыва психических связей, освобождения от текущего психического состояния, трансформации привычных реакций и т.д. и т.д. Кроме того, как составной элемент они входят во многие другие технологии. В целом рефлексивные психотехнологии являются важным элементом психологических практик вообще и зачастую служат первым этапом в применении других технологий.

### **3.3 Личностные структуры и структурированные психологические практики**

Важным моментом различных психопрактических систем является степень структурированности тех концепций, которые предлагаются для объяснения психической реальности и связей психики и социума. В этом отношении выделяются хорошо структурированные (структурированные) практики и слабоструктурированные или эклектические. Обычно хорошо структурированные системы созданы в рамках той или иной научной концепции или длительной духовной традиции (йога, буддизм, психоанализ, интегративный подход В.В. Козлова). Слабоструктурированные и эклектические системы создаются психопрактиками «снизу» по мере появления практических проблем.

Кроме того, часть психологических практических систем непосредственно направлена на то содержание человеческой жизни, которое представлено различного рода структурами личности и их экстернализацией в социум. Соответственно, другая их часть игнорирует этот аспект.

Человеческая жизнь обуславливается множеством трудноопределимых детерминант и, на первый взгляд, кажется цепью случайных обстоятельств и

совпадений. Пристальный взгляд исследователя, правда, может открыть за видимой мешаниной событий некую закономерность или ряд причинно-следственных связей, но обыденное сознание, погруженное в собственное нерелексируемое бытие, обычно теряется в море своих порывов, желаний и поступков, не видя их побудительных причин и не обнаруживая постоянно действующих факторов, формирующих судьбу.

Детерминанты человеческой жизни многообразны. Они действуют с различных уровней и имеют разную широту и степень влияния на судьбу человека. Хотя многие из них могут быть сведены во вполне ясные социальные, психологические, физиологические и иные категории, существенная их часть носит случайный характер, не являясь общей закономерностью, но в то же время зачастую определяющим образом влияя на фактуру судьбы отдельного человека, его личную историю. Таковой может оказаться случайное замечание матери, которое ненароком услышал и воспринял ребенок и которое всю жизнь как бессознательное влияние определяет тот или иной аспект жизни уже взрослого человека. Таковыми могут оказаться отдельные факты личной биографии, в том числе травматического характера.

Так или иначе, все они в своей совокупности формируют жизнь человека, определяя ее счастливые или ужасные моменты, успехи и падения, притяжения, отталкивания, амбивалентности, тактики и стратегии достижения и избегания и т.п. В то же время, в той степени, в какой удастся осознать даже часть действующих причин, появляется возможность подойти к ним более осмысленно, выяснить возможности позитивного или негативного воздействия их на жизнь конкретного человека и определенным образом откорректировать это влияние. Чем и занимаются многие практически ориентированные психологические системы.

Если рассмотреть различные жизненные стратегии, то, с одной стороны, можно обнаружить картину жизни, обусловленную по большому счету бессознательными причинами и сформированную случайным образом:

«жизнь так сложилась». С другой стороны, можно увидеть жизненный путь, в существенных своих моментах выстроенная самим человеком: «я сделал себя сам».

В любом случае, участвовал ли человек сознательно в той или иной степени в своей судьбе или в основном пустил ее на самотек, она приобретает вполне определенную структуру: социальных связей, мотиваций, представлений, распределения жизненной энергии, пространственной и временной организации собственного бытия и т.д. В обоих вариантах она может быть как успешной, так и неуспешной: как случайная (т.е. сознательно не задаваемая) детерминация жизненного пути может оказаться удачной и продуктивной или, наоборот, отягченной проблемами, так и сознательно формируемая с того или иного уровня осознания судьба может оказаться неблагоприятной и сложной или выстроенной весьма конструктивным образом. Во втором случае успешность определяется правильностью исходных посылок и соответствующих воздействий.

Как итог, принципиальным является понимание того: что судьба может быть успешной, что существуют факторы, определяющие ее успешность, что они могут быть выявлены и проанализированы и что они могут сознательно и адекватно применены для выстраивания успешного жизненного пути. И хотя решение этой задачи не является простым, оно вполне возможно.

Осуществление такого личностного проекта имеет ряд разноуровневых составляющих. Во-первых, все последующее содержание сознательного выстраивания жизненного пути зависит от базовых посылок, которые задают основные смыслы жизни. Здесь проблема, с одной стороны, заключается в том, что не существует заранее заданного, общезначимого, некоего абсолютного набора этих предпосылок, который можно было бы взять как готовый, а, по сути, он уже определяется субъективными предпочтениями. С другой – по мере развития личности происходит изменение этих посылок и смыслов, иногда совершенно радикальным образом. Понятно также, что

судьба человека, оцененная в одной системе координат как успешная, в другой может оказаться, наоборот, неудачной. И таких систем может быть много. Вероятно, критерием подходящей системы координат может быть, в первую очередь, субъективный критерий – самочувствие человека, ощущение им своей жизни как успешной, счастливой, наполненной и т.д.

Если эта проблема разрешена и найдены основные смыслы и цели жизни, по крайней мере, на известный период времени, то можно говорить о задании базовой структуры личности и, соответственно, судьбы, которые будут определять основные интенции сознания и направления деятельности индивида. При этом, чем полнее установлены основные смыслы и цели, чем больше между ними соответствия (отсутствие противоречий, амбивалентностей), тем успешней они будут реализованы. Понятно, что стихийный процесс жизни случайным и не всегда четким, ясным образом определяет основные смыслы жизни человека, иногда вообще лишая ее основного смысла, или задавая иллюзорные смыслы, или противоречивые, или деструктивные и т.п. В любом случае, бессознательно, частично сознательно или вполне осознанно, человеческая жизнь оказывается проструктурированной в своих основных тенденциях, чем задаются основные субъективные жизненные ориентиры. Сложно говорить о системе таких ориентиров отдельного индивида, но полезно рассмотреть некоторые примеры.

Обычно с самого раннего детства разносится по разным смысловым блокам, что могут и должны делать, как выглядеть, к чему проявлять интерес мальчики и девочки. Это предваряется высказываниями типа: «Мальчики так не делают... Мальчики не плачут... Мальчики умеют за себя постоять... Девочки не дерутся... Девочки, так не одеваются... Девочки играют в куклы...» Таким образом, в процессе социализации задается базовая социально-психологическая ориентация: я – мужчина, или я – женщина, что во взрослом состоянии проявляется затем как социальные и психологические гендерные различия. Если эта базовая структура не задана, задана не

достаточно четко или амбивалентно, что может иметь место в неполных семьях, в сложных семьях (например, у родителей алкоголиков, с криминальными или психопатическими тенденциями), то недостаточно определенной оказывается ролево-половая ориентация ребенка, подростка, а затем взрослого, что предопределяет сложности и неадекватности его адаптации к социуму, ощущение своей неполноценности и негативные эмоциональные переживания.

На наш взгляд, в семье также может быть чисто психологически задана продолжительность жизни. Так, например, мальчик постоянно может слышать высказывания о том, что в их семье мужчины не живут долго, редко, кто из них доживает до пятидесяти лет. И хотя вопрос смерти не может стоять для него актуально в детском возрасте, он бессознательно усваивает представление о продолжительности жизни мужчин в своей семье и по мере того, как отождествляет себя с мужчинами своей семьи, относит это представление и на себя. Вероятно, далее возраст пятьдесят лет будет для него неким рубежом, бессознательным пределом жизни, с которым будут связаны многие страхи, может быть чувство обреченности. Жизнь в полусознательном представлении будет в основных своих смыслах, целях и тенденциях протекать до этого возраста, а дальше будет теряться в потемках. Бессознательная установка на предел жизни может вполне предсказуемым образом привести к смерти в этом возрасте, хотя это и не однозначно. В любом случае, продолжительность жизни этого мальчика, а затем взрослого мужчины была бессознательно задана и запрограммирована определенным образом. В другом случае в семье, наоборот, будет фигурировать представление о родовом долгожительстве и, соответственно, будет задана иная временная структура жизни, а с ней – другая напряженность, размеренность, перспективы, ожидания и т.д.

Оба рассмотренных случая – это процесс бессознательного формирования установки на продолжительность жизни. В возрасте четырнадцати – двадцати лет на него накладывается определенное

сознательное влияние. В этот период подростки и юноши мечтают о своей взрослой будущности и прозревают (т.е. формируют) ее отдельные перспективы. Фактом является, что многие из них более-менее заглядывают в возраст тридцати – тридцати пяти – сорока – редко сорока пяти лет. Дальше все видится в тумане, если вообще об этом задумываются. Соответственно, задаются и цели этой перспективы. Поскольку в результате жизнь оказалась проструктурирована до возраста тридцати – тридцати пяти – сорока – сорока пяти лет, то по достижении этого рубежа, и если не произошло спасительных переосмыслений жизни, личность попадает в кризис смысла жизни (кризис середины жизни, кризис сорокалетних) и начинает новые искания смысла и цели жизни, со всеми метаниями и неустроенностью, связанными с этим, что хорошо известно из практики.

Аналогичных примеров можно привести огромное число. Из детского возраста берут свои истоки представления о хорошем и плохом, о должном и недолжном, о нравственном и справедливом, о предназначении человека, о благополучии, счастье и т.д. Например, фраза: «Танюша – молодец! В семнадцать лет выскочила замуж! Какая она счастливая!», - услышанная маленькой девочкой, может стать руководящим для нее принципом, проструктурировав ее семнадцать лет и задав цели: выйти замуж в семнадцать и быть в результате счастливой.

Конечно, не только семья и ближайшее окружение задают основные смыслы и цели индивидуальной жизни. Сегодня велико значение телевидения вообще и, в частности, рекламы. Мальчики идентифицируют себя с крутыми парнями, боевиками, ловкими мошенниками, поскольку эти образы в разных вариантах доминируют в средствах массовой информации. У девочек – свое поле для идентификаций: любовь, секс, проституция, модели, интриги, склоки, страдания, а также – новые образы крутых девочек. Рекламные ролики структурируют потребности подрастающего поколения, его представления о «прекрасном», «великом», «возвышенном», формируют схемы поведения и ценностные ориентиры. Современное российское



общество быстро и успешно примитивизируется в общество потребителей. Вероятно, значение телевидения, вообще массового медиа, а также интернета недооценивается в социализации новых поколений, но также вероятно, что их вклад на этом поприще становится решающим. Чем больше ребенок проводит времени у экрана телевизора, тем больше различных структур в него вкладывается, тем больше моделей поведения он усваивает, тем менее в нем самостоятельности, критичности, активности, глубины мышления.

Помимо базовых смыслов и целей, которые задают основные жизненные ориентиры, ребенок усваивает также множество других организующих жизнь установок, привычек, представлений. Люди живут в определенным образом субъективно проструктурированных: системе ценностей разного уровня (от биологических до духовных), пространстве, времени, энергии, социальных связях, системе социальных статусов, семейных отношений, используют определенные тактики и стратегии достижения целей и решения проблем и т.п.

Время организуется как в долговременной перспективе – на всю жизнь (любить, иметь жену (мужа), детей; иметь определенную профессию), на ближайшие тридцать лет (стать директором, генералом), двадцать лет (защитить докторскую диссертацию, стать профессором), десять лет (защитить кандидатскую, иметь свою квартиру), пять лет (окончить вуз, жениться), три года (съездить в Польшу, навестить дальних родственников, окончить курсы английского языка), так и на ближайшую перспективу (сдать экзамены, съездить в гости, купить книгу, сходить в кино).

Существенно, что задается и ритмический паттерн текущего времени: сутки, неделя, год всегда структурированы определенным образом. Кто-то всегда по будням встает в шесть часов двадцать минут утра, умывается, делает физзарядку, завтракает, смотрит новости, идет на работу и т.д. По субботам всегда ходит в спортивный зал, по воскресеньям – с женой и детьми в театр или музей. Кто-то другой имеет совершенно рыхлую структуру ритмического времени, которая определяется в первую очередь

внешними обстоятельствами. Так или иначе, структура времени всегда существует.

В структуре индивидуального времени имеются и другие качественные характеристики. Один человек ценит свое и чужое время (или только свое, или только чужое), другой - нет. Кто-то опаздывает на встречи и помногу, кто-то – никогда. Один может себе позволить пустые разговоры по несколько часов, другой стремится каждую минуту использовать в интересах своего дела. Кто-то время использует плотно: быстро читает, принимает решения, действует. Кто-то медленно погружается в текст книги, наслаждается каждым словом, долго обдумывает проблемы, действует осторожно. Кто-то все время живет в одной напряженности, кто-то – более, то менее напряженно. Один сам организует свое время, за другого, это делают окружающие люди и обстоятельства.

Каждый организует по мере возможности разные планы своего личного пространства. Комната или часть комнаты (свой уголок) – дома, на работе, по месту временного пребывания. Квартира, дом, дача, рабочее место, собственное предприятие, прилегающее пространство – на всем лежит отпечаток личности конкретного человека. Если это – мэр города, губернатор области или президент страны, то пространство формируется личностью еще в больших масштабах.

Человек определенным, ему комфортным образом расставляет мебель, вещи, раскладывает бумаги, книги, развешивает картины, плакаты, схемы, безделушки, окрашивает пространство в близкие его душе цвета. Делает пространство своим, удобным для себя, функциональным в определенном отношении: прагматическим, эстетическим, этическим, воздушным, тяжелым, чувственным, аскетическим, деловым, инфантильным, авторитарным, демократичным и т.д. Или ничего этого не делает. Тогда пространство слабо структурировано личностью. Человек или приспособливает пространство к себе или живет в неприспособленном для себя пространстве. Или структурирует пространство согласно некой идеи,

принципу, концепции: пространство магазина отвечает идее прибыльной торговли; пространство города – удобству перемещения; пространство промышленного цеха – технологическим операциям; пространство больничной палаты – лечебным процедурам и т.п.

Человек структурирует проявления своей энергии согласно своим интересам, ценностям, привязанностям, видам деятельности. В транспорте человек минимизирует расходование энергии, почти не проявляет себя. На работе потребление энергии рационализировано: сколько надо на то или иное действие – столько и тратится. Если обстановка требует вмешательства, существенно затрагивает те или иные интересы – энергетические затраты повышаются, индивид более динамично вкладывается в ситуацию. Человек много энергии и времени отдает любимому делу, сильной привязанности, субъективно значимым обстоятельствам. И почти не обращает внимания (т.е. не тратит энергии) на незначимые события. Другими словами, проявление человеческой энергии всегда организовано определенным образом.

Существует также субъективно отобранная система социальных связей человека. Хорошо структурированная система социальных связей прямо отвечает основным смыслам и целям жизни, стратегическим и текущим задачам. Так, индивид, сориентированный на карьерный рост, выбирает те знакомства, которые отвечают его основному устремлению, игнорируя по существу те, которые ему слабо полезны с этой точки зрения. Индивид, склонный к развлечениям, акцентирует тусовочные связи. Человек религиозный отбирает привязанности по конфессиональному признаку. Ученый имеет широкие связи в своей области. Кто-то организует связи по месту жительства, кто-то по месту работы, кто-то по месту отдыха и развлечений, кто-то по проблемному признаку и т.д. Принцип (или принципы), которые лежат в основе организации социальных связей, многообразны и субъективны. Но можно также встретить индивидов со слабо проработанной структурой социальных связей, система которых по существу сложилась случайным образом.

В целом, жизнь человека, рассмотренная сквозь принцип структурирования, представляется как многоуровневая и многомерная система внутренних психологических структур, накладываемая на внешнюю реальность и структурирующая ее. Поскольку отдельные внутренние структуры выстраивают более успешную жизнь, а другие – более проблематичную, то принцип структурирования может быть развит в целостную психопрактику самопостроения судьбы.

В отношении принципа структурирования позиция целостной психопрактики может быть проведена, во-первых, на концептуальном уровне при рассмотрении субъективной реальности как проструктурированной на всех уровнях, во-вторых, в практическом отношении – как направленная работа с этими структурами, их переструктурирование с учетом влияния на целое.

Поскольку психика как целое представлена разными процессами: бессознательными и сознательными, эмоциональными и ментальными, процессами восприятия и памяти и т.п., то и сама практическая работа с психическим материалом может успешно строиться только включая работу на всех этих уровнях. Чисто ментальное сознательное переструктурирование отдельных компонентов психики может иметь только частичный успех.

В то же время именно с осознания собственных психических структур и их определяющего влияния на судьбу начинается психопрактическая работа. На первом этапе предлагается выявить и проговорить базисные смыслы и цели жизни, насколько возможно проследить их истоки и генезис, выяснить их управляющее и организующее влияние на разных этапах жизни, совместимость или противоречивость отдельных факторов. Важным моментом осознания этих смыслов и целей является оценка их значения с точки зрения накопленного на настоящий момент опыта, поскольку их истоки во многом бессознательны, инфантильны, романтичны и односторонни, а значит – плохо согласованы с взрослым и более осознанным пониманием вещей. Еще один элемент этого этапа работы – сознательная

переструктуризация базовых смыслов и целей, если в этом есть необходимость. Она может заключаться в удалении деструктивных или одного из противоречащих компонентов, в замещении отдельных частей на более сообразные, в выстраивании более осознанной иерархии базовых смыслов и целей.

В отдельных случаях клиенты испытывают большие трудности с осознанием собственного смысла жизни и жизненных целей. Это может быть обусловлено либо действительно слабо структурированной системой жизненных ценностей, либо низким уровнем рефлексии (непривычностью к осознанию на таком уровне), либо болезненностью данного материала для субъекта. В ряде эпизодов наблюдается формальное наполнение осознания и проговора приемлемыми смыслами и целями, что находит объяснение в недостаточном понимании сути проводимой работы, ложными страхами, боязнью обнажиться и т. п.

Если указанная работа проведена и даже на недостаточном уровне осознания, но в любом случае уже запущены психологические механизмы, активизирующие работу с данным материалом, пусть и на полусознательных или бессознательных планах, дальше могут быть применены телесно-ориентированные и дыхательные техники для более глубокой проработки, адаптации и интеграции проживаемого психологического содержания. Эта часть процесса в свою очередь завершается проговорами и другими рефлексивными формами выражения проделанной работы: рисование мандал, иерархий и систем собственных базовых смыслов и целей и др.

Такая же работа проводится в отношении всех других структурообразующих компонентов психики. Прорабатываются системы ценностей разного уровня, чтобы в конечном итоге они в большей степени соответствовали системе базовых смыслов и целей, социальной среде и возможностям индивида. Исследуются и при необходимости выстраиваются или перестраиваются структуры пространства и времени, использования энергии, системы социальных связей и статусов, семейных отношений,

привычных стратегий и тактик и т.д. Все эти компоненты последовательно прорабатываются сначала на уровне ментального осознания, затем на эмоциональных, полусознательных и бессознательных уровнях, затем проработанный материал вновь проходит ментальную рефлексию и вербализируется для полного осмысления.

В результате применения данной психотехнологии (или включения ее элементов в другие психопрактики) личность получает ясное представление о движущих силах собственной судьбы, как позитивных, конструктивных и созидательных, так и негативных, деструктивных и разрушительных. Вследствие осознанной структурализации психических компонентов и последующей их интеграции в психическую целостность человек существенно улучшает свои адаптивные способности и повышает уровень субъективного ощущения благополучия. Значительно усиливается эффективность и успешность индивида в различных сферах деятельности. Данная психопрактика и другие ориентированные на структурные личностные компоненты психопрактические системы находят широкое применение в социальной работе с населением.

### **3.4 Манипулятивные и гуманистические психопрактики**

Современное общество предъявляет все более высокие и жесткие требования ко всем составляющим человеческих ресурсов. Экологический анализ общества указывает на устойчивую тенденцию к росту числа различных социальных стрессоров и вызываемых ими функциональных и соматических расстройств человеческого организма и психики. Человек все меньше способен самостоятельно справиться с многообразным давлением на него социума и теряет способность к ориентации в сложных взаимосвязях событий и их объективной оценке, зачастую апеллируя к ненадежным источникам, демонстрируя регрессивные и примитивные реакции, усваивая низкокультурные нормы и модели поведения. Как результат падает социальная эффективность отдельных индивидов, общества в целом, растут

различного рода издержки, в том числе экономические, снижается действенность механизмов социального управления и саморегуляции.

Не существует простых способов решения этой проблемы. Традиционные приемы рекреации, релаксации, перемены деятельности, психокоррекции, терапии и психотерапии, психиатрии и т.п. имеют все меньший успех, если и восстанавливая гомеостазис в организме и психике, то на более низком уровне адаптивности и устойчивости, что не является решением проблемы по сути, но только паллиативным средством, ведущим к упрощению психической организации личности и ее социальных связей.

Причина этого в значительной степени состоит в традиционном для современного общества технократическом и капиталистическом подходе к человеку как механическому элементу большой социальной машины, который обуславливает склонность к манипулятивным техникам социального управления и зомбирования. Это приводит к утрате и индивидом и обществом глубинных ценностей и замещению их условными ориентирами и потребительскими моделями жизни. В свою очередь, данная ситуация развивается в личностные, социальные и политические кризисы без возможности конструктивного выхода, т.к. духовное больше не является подлинной ценностью, поскольку отсутствуют сами носители проявленного духа как пример высокой жизни.

Соответственно, технократическому и потребительскому обществу, с его близоруким подходом к социальной действительности и человеку, свойственно и психологию и психологическую практику рассматривать в узкоутилитарном смысле, использовать для достижения сиюминутных целей, не отслеживая долгосрочные последствия психологических манипуляций. Существует огромное разнообразие манипулятивных техник работы с психикой. Часть из них восходит к бихевиористским, когнитивным и другим позитивистским и механицистским ориентациям. Многие из них вполне успешны в достижении ближайших целей, но порождают как следствие многочисленные личностные проблемы. Другие целиком направлены на

выжимание прибыли из своих клиентов, даже не рассматривая психологическое послабление в качестве собственных целей практики.

Качественно иную стратегию личной и социальной жизни, использования психологических и психо-духовных практик предлагает гуманистическая психология, своими истоками восходящая к философским традициям Кришны, Конфуция, Будды, Платона, Аристотеля, Августина, И.Г.Гердера, Ф.Шлегеля, Л.Н.Толстого, Ф.Ницше, В.С.Соловьева, К.Г.Юнга и др. И развиваемая в трудах и практиках современных психологов и их последователей: К.Хорни, Э.Фромма, К.Роджерса, А.Маслоу, В.Франкла, Р.Мэй, Г.Олпорта, К.Уилбера, С.Грофа, Р.Ассаджиоли, Р.Уолша, Н.Друри, А.Эллиса, Г.Фейфела, Дж.Лайонса, Г.Элленбергера, Б.С.Братуся, В.В.Козлова, В.В.Майкова, В.Ю.Баскакова, М.П.Папуша и др.

В отличие от манипулятивного рационально-технократического подхода к человеческому индивиду гуманистическая психология видит в человеческой личности высшую ценность и выдвигает на первый план развитие, личностный рост, самоосознание, самопостижение и самоактуализацию, экзистенциальные ценности и интеграцию личности. Область практики гуманистической психологии – психотерапия, тренинги осознанности, развития и личностного роста, трансперсональные исследования и технологии.

В зрелой теории Карен Хорни исходит из представления о реальном «я» человека, которое может быть реализовано только при благоприятных условиях. Если человеком движут защитные стратегии, а не подлинные чувства, он удаляется от своего реального «я». Отчуждение от реального «я», по мнению К. Хорни, является главной причиной невроза. Цель психотерапии – восстановить личность для самой себя, спонтанность жизни и самооценку.

Эрих Фромм полагает, что психология должна основываться на философско-антропологической концепции человеческого существования. Он указывает на то, что человек в процессе эволюции утратил свое



доисторическое единство с природой и друг с другом, но развил способность мышления, предвидения и воображения. Недостаток животных инстинктов и избыток рационального мышления превратили человека в некую ошибку природы. Самосознание приводит к чувствам одиночества и лишенности. Стремясь освободиться от этих чувств, человек вновь ищет возможности слиться с природой и другими людьми. «Человеческая дилемма» заключается, с одной стороны, в отделенности человека от природы, с другой, - в способности осознать это и пытаться разрешить «экзистенциальные дихотомии», на которые нет ответа. Эти дихотомии – жизнь и смерть, желание и невозможность полной самореализации, предельное одиночество личности среди других людей. Э. Фромм утверждает, что психически здоровый человек в отличие от больного способен найти ответы на экзистенциальные вопросы.

Основополагающее утверждение концепции Карла Роджерса – тезис о том, что жизненный опыт человека является неотъемлемой частью его «я». Индивид, наблюдая и оценивая содержание своей собственной жизни, познает себя, и этот опыт лучше всего известен только ему самому. Область опыта уникальна для каждого человека и представляет собой индивидуальный мир личности, она есть единственный реальный мир, который мы знаем. «Я» находится внутри поля опыта и является неустойчивой и постоянно меняющейся сущностью. Согласно К. Роджерсу, люди способны к постоянному личностному развитию и росту, это преобладающая тенденция человека. Стремление к полной самореализации является врожденной потребностью каждого индивида.

Основной момент теории Абрахама Маслоу – модель иерархии потребностей человека, которая включает в себя полный набор его мотиваций. Эти потребности: физиологические, в безопасности, в принадлежности и любви, в уважении и самоактуализации. По А. Маслоу, сначала должны быть удовлетворены самые основные потребности, прежде чем будут удовлетворены менее значимые. Высший уровень потребностей

человека – это самоактуализация – полное применение талантов, способностей, потенциалов человека. Творчество, спонтанность, смелость, полная отдача себя делу – это основные характерные черты самоактуализированных людей.

Гордон Олпорт, пишет: личность – это динамическая организация психофизических систем внутри индивидуума, определяющая его характерное поведение и мышление. Личность – не статическая структура, а постоянно изменяющаяся и растущая. Г. Олпорт создал теорию личности, в которой делается акцент на уникальность психически здоровых индивидуумов, проактивно стремящихся к своим сознательно поставленным целям. Двумя основными компонентами личности являются: личные диспозиции и проприум. Эти структуры позволяют описывать личность в терминах индивидуальных характеристик. Третий компонент личности – осознающая (или субъективная) личность. Ключевые понятия концепции Г. Олпорта: сознательная мотивация, психически здоровые индивидуумы, проактивное поведение, уникальность каждой личности, эклектичное отношение к другим теориям.

Кен Уилбер сделал попытку интеграции восточной и западной психологии в единую модель. Он полагает, что духовное развитие помогает человеку преодолеть целый ряд дихотомий. Это разрыв между сознанием и подсознанием (между персоной и тенью), между разумом и телом, между организмом и окружающей средой. Духовное развитие проходит ряд ступеней, и конечная стадия духовного роста – достижение мистического единства с гармонией вселенной. Каждый уровень сознания имеет свои проблемы и соответствующие им формы психотерапии и духовной практики. К. Уилбер считает эволюцию последовательным рядом проявлений духа, на финальных стадиях которого дух осознает сам себя.

Станислав Гроф на основе психоделических, а затем холотропных техник исследовал сферу измененных состояний сознания и разработал их картографию. Он выделяет четыре категории переживаний в измененных

состояниях сознания: абстрактные, психодинамические, перинатальные и трансперсональные. Последовательность этих переживаний ведет к отреагированию различных бессознательных болезненных комплексов, сформированных в процессе социализации личности, высвобождению связанной энергии, новой интеграции личности на более высоком уровне самоактуализации, как результат – повышению социальной успешности и эффективности.

Интегративная психотехнология С. Грофа, названная им холотропной терапией (или – холономной интеграцией) включает в себя управляемое дыхание, музыку, другие формы звукотехнологии и целенаправленную работу с телом. В своей технике С. Гроф исходит из того, что «увеличение частоты и глубины дыхания, как правило, ослабляет психологические защиты и ведет к высвобождению и проявлению бессознательного и (сверхсознательного) материала». В большинстве случаев холотропное дыхание сначала приносит более или менее драматические переживания в форме интенсивных эмоций или психосоматических проявлений. Эти проявления затем могут сменяться глубокой релаксацией, чувством расширения и благополучия, видению света, мистическими переживаниями. Холотропная терапия обладает огромным исцеляющим и интегрирующим эффектом, который обусловлен глубокими внутренними переживаниями на бессознательных уровнях психики, в том числе трансцендентными личности.

Роберто Ассаджиоли различает личностное «я» и трансперсональное «я». Личностное «я» в основном представляет собой отражение трансперсонального. Сознание обычно имеет дело с малой частью глубинного «я», поскольку в каждый момент времени способно иметь дело лишь с незначительной его частью. Задача человека осуществить «психосинтез», восстановить единство личностного и трансперсонального «я». Р. Ассаджиоли рассматривает два уровня работы в психосинтезе: персональный, который фокусирует внимание на интеграции личности вокруг личностного «я», и трансперсональный, на котором осуществляется

воссоединение личности с трансперсональным «я». На каждом из этапов этого пути восхождения от низшего «я» к высшему происходит новая идентификация. Новой личности присущи согласованность, организованность и единство. По мнению Р. Ассаджиоли, психосинтез является частным выражением более широкого принципа, общего закона межличностного и космического синтеза.

Роджер Уолш обнаружил и исследовал глубинное единство различных духовных традиций. Во всех основных духовных течениях (индуизм, буддизм, даосизм, иудаизм, христианство, ислам) имеется общая цель (освобождение, просветление, спасение) и семь практик для достижения этой цели. Эти практики настолько схожи, что их можно назвать семью общими практиками. Эти практики занимают центральное место в каждой из этих мировых религий. Любой человек может применять эти практики в своей повседневной жизни. В отличие от большинства психотерапевтических практик, которые работают с симптомами, духовные практики непосредственно обращены к природе человека – его сознанию, духу, божественному присутствию в нем, раскрывая и освобождая этот потенциал, наполняя человеческую жизнь действительным смыслом и свободой.

Р. Уолш полагает, что универсальным лекарством мировых духовных традиций является применение семи практик. Первые три практики избавляют человека от пристрастий, возвращают истинную любовь, ориентируют на более осознанную и нравственную жизнь, приоткрывают глубины духа. В результате в человеке снижается уровень тревожности, вины и страха; растет уверенность, смелость и сила; формируются качества спокойствия, расслабленности, умиротворенности и невозмутимости; пробуждается большая способность к открытости, честности и близости; начинают преобладать эмоции счастья, радости и восторга; приобретают новое качество интеллектуальные способности, ум становится более открытым, восприимчивым и пробужденным. Четвертая практика ведет к адекватному видению мира и себя. Пятая – к духовному видению, к

восприятию божественного во всем. Шестая – к развитию мудрости. Седьмая – пробуждает дух служения и дает радость служения другим.

В России психопрактики гуманистического направления развивают Б.С. Братусь, В.В. Козлов, В.В. Майков, В.Ю. Баскаков, М. Папуш, Д.А. Леонтьев, Е. Файдыш, С.С. Хоружий, Е.С. Мазур, Ю.Л. Каптен, В.В. Летуновский, Е.Р. Калитеевская, Д.Н. Хломов, Н.Б. Кедрова и др.

### **3.5 Социальные и трансцендентные психопрактики**

Личность неосознанно исходит из мира как конечной реальности, в которой рождаются все ее смыслы, представления, нормы, мотивы; реальности, которая выступает ежесекундно возобновляемым стимулом личности, поддерживающим и воспроизводящим ее, и в которую личность постоянно обращается и возвращается как собственное пространство тотального личностного бытия. Личность и мир вырастают из единства взаимоопосредования как крайние его моменты, объективные категории, отражающиеся друг в друге, как разнесение из единого источника во вне двух противопоставлений и одновременно вынесение из того пространства, которое затем конституируется как личность, сознание, субъективная реальность, вынесение наружу того, что начинает рождаться как мир, социум, объективная реальность.

В глазах обычного человека, в восприятии обыденного сознания – мир имеет абсолютное значение, он существует как окончательная реальность. Его стабильность является гарантией устойчивости личности. Если бы мир распался или претерпел катастрофические изменения, распалась бы и исчезла личность, ей не за что было бы держаться, вне ее перестала бы существовать точка ее собственной опоры, ее исходное зеркальное начало. Но обыденное сознание не рефлексировало за пределы этого мира, для него вообще нет такого вопроса: он невозможен и абсурден, т.к. сознание личности всецело в этом мире, этот мир для него занимает все объективное пространство и за его уже условной, формальной гранью либо опять же есть продолжение этого мира,

только еще не познанное, не изученное, не освоенное (т.е. границы мира по существу нет), либо нет ничего, категориально – ничто, никак далее не определяемое, т.е. граница мира существует только как привычная отдельность всего в этом мире отнесенная к миру в целом, но за этим пределом не мыслится больше ничего.

Но случается так, что личность начинает томиться неким предчувствием, прорвавшимся неизвестно откуда, что за пределами мира и в сокровенных глубинах ее самой есть еще нечто, непознанное и незнаемое ею, и это нечто выше и больше, чем мир и она сама. Это томление изначально может проявляться как беспричинное и беспредметное, или оно может манифестировать себя как осознание бессмысленности существования, отсутствие конечного обоснования ценностного наполнения жизни, или оно может родиться как результат неожиданного приоткрытия покрывала жизни, за которым мелькнет великое неведомое, внезапно и тотально сдвинувшее мир со всех привычных точек опор. Мир начинает рушиться, а личность судорожно собирать осколки мира и в напряжении всех сил склеивать из них мир снова, или не удержав мира, распадается сама. Но если мир удалось собрать вновь, сознание забывает свой нечеловеческий опыт и все же тоскует о некоей вселенской правде, кошмарный поток которой чуть не смыл его в неведомые глубины.

Может получиться так, что личность полностью восстановит все основные смыслы своего бытия и навсегда вытеснит из своего сознания ужасный опыт правды, продолжив успешную жизнь в социуме. Может произойти и так, что личность не до конца справиться с пережитым и будет искать способы вернуть себя к прежнему невинному существованию. Может быть так, что человек, наоборот устремится в неведомое сокровенное, не выдержав тоски обыденной жизни, неосторожно и неосмотрительно направляя себя к тому, где личность не имеет опыта и теряется в том, что она не может ни понять, ни описать. Может случиться и так, что человеку удастся выстроить профессиональный опыт исследования запредельного и

создать технологию погружения в него, пребывания в нем, возвращения из него, описания запредельного и адаптации личности к нему, расширяя поле личности и трансцендируя ее в пространство запредельного.

Так или иначе, тайна открылась и уже никогда жизнь не будет прежней. За человеком повсюду неотступно следуют тени трансцендентного. И он теперь знает, что его собственная глубина скрывает Нечто, большее его самого, и что за пределами мира есть Великая Реальность.

Существует множество попыток описания опыта запредельного, невыразимого по своей сути, так как он лежит вне личности, а значит вне привычных для личности языков описания и структурирования мира. Заглянув за грань мира, личность определенно знает только то, что там существует нечто. Оно таинственно и пугающе, поскольку нет способа сделать его понятным, нет возможности вынести его на уровень социального сознания и встроить в пространство известных смыслов. Но человек также сознает, что пережитый опыт радикально изменил его самого, что этот опыт стал его собственной реальностью, незримо сопровождающей его повсюду и смещающей привычную картину мира в новые измерения. Человек также понимает, что он зачерпнул оттуда силу, и эта сила начинает вести его по жизни и вести новыми путями. Он догадывается, что та бездна, в которую он погрузился в своем опыте трансцендентного, скрывает его собственный источник, и что все, что он есть, излилось из него, затвердев в социальной определенности его личности.

Таким образом, если раньше картина действительности развертывалась в двухмерности антитезы мир – личность, то теперь в ней обнаружилась глубина, категориально обозначенная как истинная реальность (Реальность), в которой нечто, стоящее за личностью (душа, дух, самость, истинное, высшее Я), предсуществует ей и порождает ее из собственного лона.

Метафизическая рефлексия обнаруживает в этой Реальности источник и мира и личности как ее собственное самопорождающее самоограничение и

обозначает ее Богом, или Абсолютной Реальностью, признавая в ней бесконечную потенцию и тотальную всеобъемлемость. Тем самым, мир и личность превращаются в тончайшую, «внешнюю» оболочку, «поверхность» Абсолюта, неотделимую от него и все же в относительном противопоставлении ему являющихся почти нереальными.

Вся эта высокая философия, конечно, находится вне круга внимания обыденного сознания. Мир Реальности не существует для него. Личность не интересуется своим происхождением, в каждый данный момент исходя из себя как конечной инстанции, порождающей социально упорядоченное полотно жизни. Эта жизнь слабо рефлексирована не только по поводу своего источника, но и весь ее процесс по существу протекает бессознательно, автоматически, как сон, в котором субъект не сознает, что это именно он именно сейчас совершает весь процесс жизни и что в любой момент он может выйти из игры и породить новую реальность с новым процессом жизни или отстраниться и наблюдать за ним. По сути, привычные социальные стимулы порождают привычные реакции: ощущения, чувства, мысли, действия, - и привычную включенность, неотделимость от них. У каждого социального субъекта (личности) они в чем-то свои, в чем-то тождественны. Кто-то лучше адаптирован к социуму, кто-то хуже. Но это не меняет существа дела – социальная жизнь остается всеобщим трансом, массовой галлюцинацией, и проснуться никто не может. Некому просыпаться. Вся драма жизни раскручивается в этом пространстве иллюзии с ее реальными трагедиями и комедиями, в высоком и низком жанре любви, героизма, жертвы, подлости, предательства, унижения, в опыте страдания и наслаждения, и с проблесками осознания бессмысленности всего происходящего или бессознательного либо сознательного принятия потока жизни.

Нельзя сказать, что личность ничего не делает, чтобы решить свои проблемы. Вся ее жизнь – это непрерывный процесс решения маленьких, больших и великих проблем личности. Собственно весь процесс



социализации протекает как кризисный, с преодолением противоречий на новом уровне устойчивости. За века существования человечество выработало тысячи технологий преодоления личностных кризисов: от погружения в какую-либо внешнюю деятельность, до детально проработанных психотехник снятия внутренних напряженностей и реадaptации к социуму. В этом заключается процесс развития личности. Эти психотехнологии либо непосредственно вплетены в социальную и личностную ткань бытия и не всегда осознаваемы как специальные способы регуляции и саморегуляции, либо вполне сознательно рефлексиируются и развиваются специалистами.

Вопрос скорее в другом: в уровне рефлексии оснований и уровне методологического обоснования психологических практик. Что берется за точку опоры в разработке психологической технологии, какое мировоззренческое обоснование, зачастую неосознаваемое, является ее базисной посылкой? В конечном счете, это проблема происхождения личности и мира. В этом смысле есть психопрактики «от мира», социальные психопрактики, и психопрактики, которые заглядывают за пределы мира, трансцендентные психопрактики. Предельным основанием первых являются ценности мира, социума, вторые в той или иной степени отрицают мир, по крайней мере, не абсолютизируют его, находя свое обоснование вне бинарности личность – социум.

Личность является носителем социума. Мир репрезентирован в личности, и личность через свою многообразную деятельность постоянно воспроизводит его и порождает новые смыслы и социальные реальности. Психопрактики первого типа работают с проблемами личности или развивают личность, не открывая ничего принципиально нового. Их главная задача – помочь личности вернуться к некоторому достаточному уровню социальной адаптивности, к социально приемлемой норме функционирования в обществе, или сформировать и развить, усилить заранее известные качества личности. Здесь очень много манипулятивных техник, которые направлены на решение каких-либо проблем, не всегда полезным

для личности способом, а зачастую они представляют вообще интересы другого. Но достаточно и таких методик, которые вполне успешно реализовывают заявленные цели. Основным критерием отнесения психопрактики к этому типу является то, что она за точку отсчета берет мир с его условными ценностями, которые в глазах обыденного сознания могут иметь абсолютное значение, но смыслы, имеющие экзистенциальную нагруженность, полностью ею игнорируются или переводятся в плоскость социально приемлемых значений.

Психопрактики второго типа рассматривают и решают вопрос происхождения личности, ее внесоциальных истоков. Это область трансперсональных исследований. Хотя личность как таковая целиком социальна по происхождению: в ней нет ничего, что бы не было принесено в нее обществом, - она сама выстроена в континуальном поле другой реальности, которая задала для социального человека базовые предпосылки его существования в реальности личность – мир. Собственно и сам онтологический механизм конструирования социального пространства, а значит и личности, лежит за пределами социума. Трансперсональные технологии обращаются своими методами к этой фундаментальной реальности как к неограниченному и недетерминированному истоку всего сущего, с уровня которого наиболее успешно могут быть сняты все внутриличностные напряженности, а личность может получить дополнительные и принципиально новые (не обусловленные обществом) возможности развития. Таким образом может быть реализован идеал самоактуализированного бытия личности, хотя сама личность может иметь только весьма неполное представление об этих потенциях. В любом случае, предполагается, что металичностное бытие, или самость, душа, способно снять все глубинные и закрытые для нее самой инверсии личности и проинтегрировав разрозненные и автономные ее части проявить новую сгармонизированную личностную целостность. Для этого необходимо, чтобы личность сама сделала первый шаг за свои пределы, открыв те границы, за

которыми она не мыслила больше реальности, и позволив войти в себя той силе, которая беспредельно больше и мощнее всех ее возможностей.

Личность актуально не имеет средств для ориентации в трансперсональных сферах. Это чуждая ей область. Хотя она выносит на уровень осознания определенный опыт и интерпретирует его в привычных ей категориях, как бы объясняя неизвестное через известное. А по мере накопления такого опыта формирует также некоторые ориентиры, начиная выстраивать карты трансперсональной реальности. Таким образом, идет процесс расширения сознания за границы социального бытия и новая реальность все больше становится фактом жизни личности. Личность приобретает новые смыслы, переживания, возможности, интегрируя себя и ощущая все большую свою завершенность, самодостаточность и благополучность. А также открывая эту реальность как свой дом, свою истинную родину. Трансперсональные практики по существу становятся психотехнологиями самоактуализации личности, вынося ее за ограничения социального бытия к собственным внесоциальным истокам.

Те переживания, которые спонтанно прорывались на уровень обыденного сознания из запредельных, трансперсональных сфер и становились кошмаром для личности, разрушая все ее базовые социальные конструкты, при технологически грамотном подходе эффективно исцеляют личность и становятся потенциально бесконечным базисом для ее развития и трансцендирования.

### **3.6 Направления в психологии и психологические практики**

Вопрос выделения направлений в психологии не относится к числу простых, хотя, с одной стороны, в этом отношении постоянно проделывается историками и методологами психологии большая работа, а с другой – существуют уже устоявшиеся взгляды на эту проблему. Сложность заключается во взаимном влиянии различных школ и направлений, часто – в

зарождении в недрах одной из школ тенденций прямо противоположных, постоянном синтезе концепций различных направлений, возврат к более ранним представлениям на новом витке развития и т.д. Каждая из школ и направлений в психологии породила свою более или менее широкую психологическую практику. В соответствии с концептуальными истоками психологических практик они и могут быть классифицированы. В этом случае вопрос классификации психопрактических систем – это проблема классификации тех концепций, которые стоят за ними.

Поскольку те или иные психологические направления и школы, а также иные концептуальные влияния, которые существуют в настоящее время и индуцируют пространство психологической практики, обусловлены большим числом различных и сложно учитываемых факторов, то наиболее адекватным будет простое перечисление этих психопрактических предпосылок.

В 1969 году А.Г. Маслоу говорит о существовании трех психологий и развитии четвертой. Под первой он понимает совокупность психологических течений, объединяемых принципами бихевиоризма, объективизма, позитивизма и механицизма. Под второй – всю совокупность психоаналитических концепций. Под третьей, к которой причисляет и себя, – гуманистическую психологию. О четвертой, психологии трансцендентного, он говорит как о формирующейся, направляя в то же время и собственные усилия на ее развитие. Оценивая положение в психологии в более поздний период Ж. Годфруа, а также Д.П. и С.Э. Шульцы говорят о господстве в западной психологии направлений бихевиоризма, когнитивизма, психоанализа и гуманистической психологии.

О трех ведущих направлениях западной психологии пишет К. Уилбер, указывая на ортодоксальный (когнитивный бихевиоризм и фрейдизм), гуманистический (биоэнергетика и гештальт-терапия) и трансперсональный (психосинтез, юнгианская психология и мистические традиции в целом) подходы. А. Сатич указывает на четыре силы в психологии: бихевиоризм, психоанализ, гуманистическую психологию и трансперсональную

психологию. Стараясь занять наименее предвзятую позицию, Р. Фрейджер и Дж. Фейдимен говорят о существовании на западе следующих направлений в психологии: психоанализ, бихевиоризм, когнитивная психология, гуманистическая психология, трансперсональная психология и влиянии таких относительно новых для запада духовных традиций как: йога и индуизм, дзен и буддизм, суфизм и ислам, теософия. В «Психотерапевтической энциклопедии» авторы в связи с рассмотрением вопроса о классификации методов психотерапии также полагают, что «наибольшее развитие и признание получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы: 1) динамическое (психодинамическое, психоаналитическое)..., 2) бихевиористское... и 3) гуманистическое...».

Каждое из этих направлений, в свою очередь, состоит из отдельных школ или менее крупных направлений в психологии. Кроме того, предшествующие современным направления и школы в психологии в отдельных случаях оставили совершенно явный след в виде конкретных техник и методов в психопрактических системах, утратив вместе с тем свое концептуальное значение. Существуют также психопрактические системы эклектического и интегративного содержания. И эта тенденция в настоящее время получает все большее развитие.

Бихевиоризм и близкие ему подходы дали следующие техники и методики: авersiveный метод, поведенческая психотерапия, поведенческий тренинг, терапия средой, жетонная система, методы условно-рефлекторной терапии, методики вызванного гнева, наводнения, наказания, остановки мыслей, погружения, моделирующая психотерапия, нейролингвистическое программирование, методики скрытого кондиционирования, прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона, проекция во времени по Лазурусу, психотерапия, основанная на теории конфликтов Халла, Миллера, Долларда, систематическая десенсибилизация, метод позитивного

подкрепления, тренинг ассертивности, холдинг, метод имплозии и многие другие.

Когнитивная психология принесла в практическую психологию следующие элементы: каузальную психотерапию, метод рационально-эмоциональной психотерапии, метод когнитивной реатрибуции, метод когнитивного научения, персональную науку Махони, когнитивную психотерапию Бека, методику самоинструирования, программированную психотерапию по Янгу, метод выявления, идентификации и корректировки автоматических мыслей, техники трансактного анализа и ряд других.

Психоаналитический подход использует такие психопрактические техники и технологии как: динамическая психотерапия, психическая проработка, свободные ассоциации, арттерапия, волевая терапия Ранка, интеракционная психотерапия, интерперсональная психотерапия Салливана, катарсис, символдрама, психодрама, обмен ролями, прямой анализ Розена, психотерапия ограниченного времени и неограниченных целей по Кнобелю, индивидуальная психокоррекция Адлера и другие.

Гуманистическая психология в своих практических приложениях ориентируется на методы: биоэнергетики, гештальт-терапии и консультирования, экзистенциальной терапии, палсинг-технологии, разговорной психотерапии, недирективного консультирования, дазайнанализа, логотерапии, клиент-центрированной психотерапии, парадоксальной интенции Франкла, психоимагинативной терапии Шорра, эмпирической психотерапии Гендлина, структурной интеграции Рольф, терапия прямого анализа Гринвальда, аутогенной тренировки высшей ступени, трансцендентальной медитации, дзен-психотерапии, психоделической психотерапии и другие.

Трансперсональная психология использует следующие практические техники и технологии: холономная интеграция, психоделическая психотерапия по Грофу, трансперсональная психотерапия, психосинтез, ребефинг, тренинг любящих отношений, вайвейшн, танатотерапия, театр

прикосновений, медитации, визуализации, аффективная контратрибуция, различного рода дыхательные техники, контекстуальные тренинги, трансовые танцы, методы сайентологии и дианетики, метод Ч. Тойча, а также многочисленные техники, восходящие к различным психодуховным практикам, и т.д..

Отечественная психология второй половины двадцатого столетия вплоть до конца восьмидесятых годов в силу идеологических причин имела в основном академический характер, слабо связанный с потребностями практики. Хотя и в этот период был создан ряд оригинальных психопрактических систем, например, теория поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина, метод СОЭВУС Г.Н. Сытина. Значительно больше психопрактических достижений имела советская психотерапия этого периода. Это – патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, эмоционально-стрессовая психотерапия, активная психотерапия по Иванову, контрастная психотерапия Завилянской, несколько модификаций аутогенной тренировки, ряд методов суггестивной психотерапии и другие. Развивались и другие психопрактические направления, например, йога, китайские техники, школа Порфирия Иванова, но чаще всего полуподпольно. В настоящее время отечественная психологическая практика активно осваивает весь мировой багаж психологических знаний и методик и в ней представлены все важнейшие направления мировой психологии.

## **ТЕМА 4. ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАЗНЫМ КАТЕГОРИЯМ КЛИЕНТОВ**

### **4.1 Консультирование тревожных клиентов**

Тревожность занимает одно из важнейших мест как в нормальной психодинамике, так и в психопатологии, т.е. в возникновении различных

симптомов. Тревожность предупреждает об опасности, угрозе и в этом смысле имеет не меньшую ценность, чем боль. S. Freud определяет тревожность как сигнал со стороны Ego, предупреждающий индивида о внутреннем конфликте. Обычно конфликт происходит между неприемлемыми импульсами бессознательного и психическими силами, направленными на подавление этих импульсов. Тревожность – сигнал не только предупредительный, но и защищающий от конфликтов, потому что задействует механизмы психологической защиты.

Тревожность имеет сходство со страхом (Freud даже не различает эти состояния, употребляя единое понятие "Angst"), ведь в обоих случаях проявляется реакция на опасность. О страхе мы еще поговорим в следующем разделе, потому что каждой из эмоций все же свойственна специфичность. Тревожность интрапсихична, т.е. обусловлена внутренне и связывается с внешними объектами лишь в той мере, в какой они стимулируют внутренние конфликты. Обычно тревожность в отличие от страха представляет собой реакцию на воображаемую, неизвестную угрозу. В основе тревожности всегда лежат внутренние конфликты личности. Для тревожности также характерна пролонгированность, т.е. ей свойственно растягиваться во времени, постоянно повторяться или становиться непрерывной.

С физиологической точки зрения тревожность является реактивным состоянием. Она вызывает физиологические изменения, подготавливающие организм к борьбе – отступлению или сопротивлению. При тревожности возбуждается сердечно-сосудистая система (учащается ритм сердца, повышается кровяное давление), а деятельность пищеварительного тракта угнетается (уменьшается активность секреции и перистальтика). Кровь из пищеварительного тракта "пересылается" в мышечную систему, т.е. организм готовится к активной деятельности. Тревожность проявляется на трех уровнях:

1. Нейроэндокринном (продукция адреналина – эпинефрин).
2. Психическом (неопределенные опасения).



3. Соматическом или моторно-висцеральном (физиологические реакции различных систем организма на увеличение продукции эпинефрина):

- a. дерматологические реакции (кожные раздражения);
- b. реакция сердечно-сосудистой системы (тахикардия, увеличение систолического давления);
- c. реакция пищеварительного тракта (подавление деятельности слюнных желез – сухость во рту, неприятный привкус, анорексия, понос, запор и т.п.);
- d. реакции дыхательной системы (учащенное дыхание, одышка, гипервентиляция);
- e. генитально-уринальные реакции (учащенное мочеиспускание, нарушение менструации, боль в области таза, фригидность, импотенция);
- f. вазомоторные реакции (потоотделение, покраснение);
- g. реакции скелетно-мышечной системы (головные боли, боли в затылке, артралгии).

Широкий спектр физиологических реакций вследствие тревожности объясняет, почему продолжительная тревожность вызывает психосоматические расстройства, а само состояние тревожности нередко "маскируется" жалобами соматического характера. Такие клиенты, как правило, вначале попадают не к психологу или психотерапевту, а к врачу общей практики.

Каждый из нас, особенно в стрессовых ситуациях, испытывает тревожность. Однако для большинства людей это временное состояние, которое они преодолевают. В консультировании мы сталкиваемся с клиентами, для которых тревожность представляет мучительное, не проходящее состояние, нередко сопровождаемое неприятными физическими ощущениями. Психологически такой клиент чувствует, что с ним происходит что-то неладное, однако не может конкретизировать свое недомогание и не знает, когда и где с ним снова произойдет подобная безымянная трагедия.

Человек, постоянно испытывающий тревожность, живет как бы под темным небом и не способен преодолеть напряжение ни усилиями собственной воли, ни с помощью близких. В таком состоянии обычно и попадают к консультанту. Иногда это состояние проходит само собой, однако часто обостряется и становится все более трудно переносимым. Неопределенная тревожность особенно угнетает при неблагоприятных жизненных обстоятельствах. Когда существует постоянная угроза социальному положению, финансовому благополучию и т.п., все вокруг представляется потенциально угрожающим. Социальное окружение, жизненные условия не столько непосредственно порождают внутренние конфликты, сколько подчас создают благоприятную почву для их проявления в полную силу.

Работа консультанта с клиентом, который обратился из-за постоянной тревожности, утомительна, так как клиенту порой трудно объяснить, какие проблемы скрыты за этим изнуряющим переживанием. Консультант должен уметь разглядеть разные "лики" тревожности, поскольку тревожность часто проявляется не напрямую, а "перевоплощается". Bird (1973) выделил множество таких "воплощений".

Одна из наиболее частых "маскировок" тревожности – переименование. "Я раздражен; я в напряжении; у меня слабость; я боюсь; мне грустно; я постоянно просыпаюсь по ночам; я не чувствую себя самим собой" – клиенты используют десятки слов и выражений для обозначения состояния тревожности.

Очень часто тревожность выражается соматическими симптомами. Большинство клиентов связывают их со специфическими ситуациями, вызывающими тревожность. Однако неправильно называть такие симптомы "функциональными", "на нервной почве" и т.п., поскольку клиент чувствует себя как бы обвиненным в симуляции и жалующимся на что-то фиктивное, поэтому прибегает к отрицанию и другим средствам психологической защиты. Иногда соматические жалобы представляют собой просто способ заявить о своей тревожности. Например, когда клиент жалуется, что у него

болит голова в присутствии жены, консультант имеет возможность прояснить проблему: "Кажется, Вы хотите мне сказать, что в присутствии жены по каким-то причинам нервничаете, и Ваша тревожность проявляется головной болью. Если нам удастся узнать, что вызывает у Вас тревожность, мы сможем одолеть эту головную боль". Подобная тактика значительно лучше, чем прямое утверждение: "У Вас головная боль на нервной почве". Соматические симптомы не обязательно возникают вследствие тревожности – часто они просто замещают тревожность.

Порой тревожность маскируется определенными действиями. Весь спектр навязчивых действий – от постукивания пальцами по столу, кручения пуговиц, докучливого моргания глазами, почесывания и до переедания, чрезмерного пьянства или курения, навязчивой потребности покупать вещи – может означать тревожность из-за конфликтной жизненной ситуации.

Тревожность также нередко скрывается за другими эмоциями. Раздражительность, агрессивность, враждебность могут выступать в качестве реакций на вызывающие тревогу ситуации. Некоторые клиенты сами объясняют, что, когда они начинают испытывать напряжение, то становятся саркастичными, язвительными, трудно уживчивыми. Другие клиенты в подобных ситуациях, наоборот, становятся холодными, скованными, неразговорчивыми. Второй тип реакций обычно выражает внутренний конфликт между бессилием и агрессивностью, и этот конфликт парализует активность. Когда мы сталкиваемся с такими клиентами, их поведение вызывает раздражение и злобу, но одновременно позволяет получить ключ к пониманию проблем, подлежащих разрешению. Ведь окружающие клиентов люди испытывают сходные чувства при общении с ними.

Многоречивость тоже способ маскировки тревожности. Таким образом, клиент стремится скрыть свою тревожность и "обезоружить" консультанта. Словесный поток не следует прерывать, нужно лишь уделить внимание скрывающейся за ним тревожности. Непрерывное говорение - это своеобразная форма самозащиты, которую неосмотрительно сразу ломать.

Консультант сквозь призму собственных чувств должен проанализировать мотивы многоговорения, имея в виду, что в повседневной жизни клиент точно так же досаждают окружающим пустыми разговорами, стараясь и спрятать свою тревожность, и убежать от нее.

Некоторые клиенты, чтобы завуалировать свою тревожность и подавить активность консультанта, постоянно перебивают его. Это заметно фрустрирует консультанта, но большинство клиентов не являются опытными "прерывателями", и консультант легко справляется с ситуацией. Трудно в тех случаях, когда на самом деле клиент малоразговорчив и не стремится заполнять паузы между высказываниями, однако сразу перебивает консультанта, когда тот начинает говорить. Даже если консультант пытается возразить, такой клиент не останавливается, как бы ни слыша его слов. Консультанту тогда следует не вступать в конкуренцию, а резко оборвать клиента и указать на недопустимость подобного поведения. Стремление прерывать консультанта может быть обусловлено не вполне осознанным страхом, перед каким-либо вопросом или высказыванием. Иногда разумно прямо спросить, понимает ли клиент, что делает. Прямой вопрос поможет клиенту осознать способ своего поведения в состоянии тревожности.

Определенная категория клиентов защищается от тревожности парадоксальным путем. Они с демонстративной открытостью рассказывают о своих заботах и спрашивают, что им делать. Так ведут себя и с консультантом. Такое подчеркнутое выпячивание тревожности, как правило, является проявлением враждебности, и консультант должен обратить на это внимание клиента.

Тревожность может мотивировать сопротивление самому процессу консультирования. По существу происходит сопротивление осознанию внутренних конфликтов, а тем самым и усилению тревожности. Сопrotивляясь, клиент старается контролировать свою открытость, высказывать только "цензурированные" мысли и чувства, быть как можно более безличностным, подавлять свои чувства по отношению к консультанту.

Замечания консультанта должны, напротив, обращать внимание клиента на то, каким образом он избегает тревожности: "Вы изменили тему беседы?", "Вы пытаетесь переключить внимание на меня?", "Вы хотите, чтобы я указал Вам тему высказывания?", "Мы снова возвращаемся назад – Вы стремитесь навязать мне руководство беседой" и т.п.

Иногда тревожность заставляет клиента не только сопротивляться, но и демонстрировать враждебность к консультанту, чаще всего в скрытой форме. Клиент с презрением и сарказмом критикует глупых консультантов, которых посещал прежде, рассказывает истории об ошибках психологов и психотерапевтов. Более утонченная форма наступления на консультанта состоит в стремлении подружиться с ним, чтобы консультант воспринимал клиента не как клиента, а как друга. Тревожный клиент- мужчина старается найти общие интересы с консультантом и выступать в роли его партнера по хобби. С этой целью клиенты приносят почтовые марки или другие коллекционируемые предметы, стремясь осуществить обмен, приглашают консультанта на чашку кофе или обед и т.п. Женщины ведут себя сходным образом, но с характерной для них спецификой – стараются подчеркнуть свою женскую привлекательность, демонстрируют материнское или сестринское поведение, проявляют озабоченность внешним видом и здоровьем консультанта, что создает у них иллюзию дружеских отношений. Такое поведение клиентов направлено на "уничтожение" консультанта как профессионала; побуждающими мотивами выступают страх и тревожность, отрицание серьезности проблем. Если консультант поддается влиянию и действительно становится "другом" клиента, возникает много серьезных трудностей в консультативном контакте и, можно сказать, консультирование как таковое заканчивается.

Консультируя тревожных клиентов, важно знать не только способы, которыми они маскируют свою тревожность, но и средства, с помощью которых стремятся избавиться от неприятного воздействия тревожности. Этими средствами служат механизмы психологической защиты, которые

впервые описали S. Freud и его дочь А. Freud. Механизмы функционируют автоматически, на бессознательном уровне. Использование защитных механизмов для уменьшения тревожности не представляет патологии, пока не становится утрированным и не начинает искажать понимание реальности и ограничивать гибкость поведения. Описано много механизмов психологической защиты, охарактеризуем вкратце основные из них:

1. *Вытеснение*. Это процесс произвольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, побуждений или чувств. Freud подробно описал защитный механизм мотивированного забывания. Он играет существенную роль в формировании симптомов. Когда действие этого механизма для уменьшения тревожности оказывается недостаточным, подключаются другие защитные механизмы, позволяющие вытесненному материалу осознаваться в искаженном виде. Наиболее широко известны две комбинации защитных механизмов:

а. вытеснение + смещение. Эта комбинация способствует возникновению фобических реакций. Например, навязчивый страх матери, что маленькая дочка заболеет тяжелой болезнью, представляет собой защиту против враждебности к ребенку, сочетающую механизмы вытеснения и смещения;

б. вытеснение + конверсия (соматическая символизация). Эта комбинация образует основу истерических реакций.

2. *Регрессия*. Посредством этого механизма осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания. Регрессия может быть частичной, полной или символической. Большинство эмоциональных проблем имеют регрессивные черты. В норме регрессия проявляется в играх, в реакциях на неприятные события (например, при рождении второго ребенка малыш первенец перестает пользоваться туалетом, начинает просить соску и т.п.), в ситуациях повышенной ответственности, при заболеваниях (больной требует

повышенного внимания и опеки). В патологических формах регрессия проявляется при психических болезнях, особенно при шизофрении.

3. *Проекция*. Это механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Нечеткие формы проекции проявляются в повседневной жизни. Многие из нас совершенно не критичны к своим недостаткам и с легкостью замечают их только у других. Мы склонны винить окружающих в собственных бедах. Проекция бывает и вредоносной, потому что приводит к ошибочной интерпретации реальности. Этот механизм часто срабатывает у незрелых и ранимых личностей. В случаях патологии проекция приводит к галлюцинациям и бреду, когда теряется способность отличать фантазии от реальности.

4. *Интроекция*. Это символическая интернализация (включение в себя) человека или объекта. Действие механизма противоположно проекции. Интроекция выполняет очень важную роль в раннем развитии личности, поскольку на ее основе усваиваются родительские ценности и идеалы. Механизм актуализируется во время траура, при потере близкого человека. С помощью интроекции устраняются различия между объектами любви и собственной личностью. Порой вместо озлобленности или агрессии по отношению к другим людям уничижительные побуждения превращаются в самокритику, самообесценивание, потому что произошла интроекция обвиняемого. Такое часто встречается при депрессии.

5. *Рационализация*. Это защитный механизм, оправдывающий мысли, чувства, поведение, которые на самом деле неприемлемы. Рационализация — самый распространенный механизм психологической защиты, потому что наше поведение определяется множеством факторов, и когда мы объясняем его наиболее приемлемыми для себя мотивами, то рационализируем. Бессознательный механизм рационализации не следует смешивать с преднамеренными ложью, обманом или притворством. Рационализация помогает сохранять самоуважение, избежать ответственности и вины. В

любой рационализации имеется хотя бы минимальное количество правды, однако в ней больше самообмана, поэтому она и опасна.

6. *Интеллектуализация*. Этот защитный механизм предполагает преувеличенное использование интеллектуальных ресурсов в целях устранения эмоциональных переживаний и чувств. Интеллектуализация тесно связана с рационализацией и подменяет переживание чувств размышлениями о них (например, вместо реальной любви — разговоры о любви).

7. *Компенсация*. Это бессознательная попытка преодоления реальных и воображаемых недостатков. Компенсаторное поведение универсально, поскольку достижение статуса является важной потребностью почти всех людей. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (компенсация низкого роста — стремлением к власти и агрессивностью; компенсация инвалидности — грубостью и конфликтностью). Еще выделяют прямую компенсацию (стремление к успеху в заведомо проигрышной области) и косвенную компенсацию (стремление утвердить себя в другой сфере).

8. *Реактивное формирование*. Этот защитный механизм подменяет неприемлемые для осознания побуждения гипертрофированными, противоположными тенденциями. Защита носит двухступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Например, преувеличенная опека может маскировать чувство отвержения, преувеличенное слащавое и вежливое поведение может скрывать враждебность и т. п.

9. *Отрицание*. Это механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые неприемлемы на сознательном уровне. Поведение таково, словно проблемы не существует. Примитивный механизм отрицания в большей мере характерен для детей (если спрятать голову под одеялом, то реальность перестанет существовать). Взрослые часто



используют отрицание в случаях кризисных ситуаций (неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т.п.).

10. *Смещение*. Это механизм направления эмоций от одного объекта к более приемлемой замене. Например, смещение агрессивных чувств от работодателя на членов семьи или другие объекты. Смещение проявляется при фобических реакциях, когда тревожность от скрытого в бессознательном конфликта переносится на внешний объект.

В психологическом консультировании мы, как правило, сталкиваемся с использованием непригодных защитных механизмов для преодоления тревожности.

Очень важно позволить клиенту выговориться и выразить свою тревожность, потому что беспокойный клиент мало что слышит, до него не доходят увещания консультанта. Невысказанная тревожность безгранична. Когда она "одевается" в словесную оболочку, то фиксируется в пределах слов и становится объектом, который может "увидеть" как клиент, так и консультант. Происходит значительное уменьшение дезорганизирующей силы тревожности. Следовательно, с тревожным клиентом необходимо обсуждать его состояние. Нельзя забывать, что мы имеем дело по существу со скрытыми в бессознательном чувствами, поэтому бесполезно давить на клиента, чтобы он скорее назвал причины своей тревожности. Консультант должен проявить понимание и терпимость. Не надо также поддаваться искушению рассуждать о стрессах и напряжении, свойственных нашему времени. Это обычно не затрагивает страданий конкретного клиента. Человеку, раздираемому внутренним, невербализируемым конфликтом, не следует отказываться в помощи из-за якобы экзистенциальной природы его тревожности. Экзистенциальная тревога существует, однако большинство клиентов обращается не из-за нее.

#### **4.2 Консультирование при реакциях страха и фобиях**

Уже упоминалось, что близким к тревожности состоянием является страх. Но тревожность в отличие от страха не имеет определенного объекта,

страх, же всегда связан с конкретным объектом окружения (лицом, предметом, событием). Страх имеет биологическую значимость, так как охраняет от многих опасностей. Без чувства страха мы оказались бы легко уязвимы.

В психологическом консультировании мы встречаемся с двумя типами страхов – нормальным, понимаемым как естественная реакция, и патологическим, обычно называемым фобией. Чтобы консультант мог эффективно оказывать помощь, он должен понимать психологический смысл и психодинамику разного рода страхов.

Чаще всего клиенты обращаются по поводу конкретных страхов, связанных с какими-то важными событиями (боязнь экзамена, страх перед хирургической операцией и т.п.). В таких случаях сначала следует помочь клиенту понять смысл события, вызвавшего чувство страха, разобраться, в какой степени его реагирование на это событие является оправданным и адекватным.

Janis выполнил показательное исследование (1958; цит. по: Kennedy, 1977). Он изучал страх у больных хирургического отделения и выделил три типа эмоциональных реакций:

1. Пациенты первой группы переживали особенно сильный страх перед операцией. Они открыто говорили о своей озабоченности, старались как-то отложить операцию, не могли заснуть без успокоительных лекарств и постоянно искали сочувствия и поддержки у персонала больницы. Для этих пациентов и после операции была характерна значительно большая тревожность, чем для остальных.

2. Пациенты второй группы испытывали перед операцией умеренный страх. Иногда они высказывали озабоченность отдельными аспектами предстоящей операции (например, способом обезболивания) и просили предоставить правдивую информацию о том, что с ними будут делать. Хотя эти пациенты и чувствовали себя уязвимыми, тем не менее, предметом их озабоченности были реальные, а не воображаемые опасности. После

операции у них наблюдались лишь незначительные эмоциональные нарушения. Они хорошо сотрудничали с персоналом больницы.

3. Пациенты третьей группы почти не испытывали никакого страха перед операцией. Они положительно смотрели на то, что должно произойти, хорошо спали. Их ожидания в отношении операции выглядели чрезмерно оптимистичными. После операции, столкнувшись с послеоперационными болями, эти пациенты без конца жаловались на свое самочувствие, становились злыми и агрессивными, и свою злобу выплескивали на персонал больницы.

Janis сделал вывод, что страх средней степени полезен, потому что готовит человека к столкновению с реальными опасностями и будущими ограничениями. Весьма важной для пациентов оказалась предварительная информация о событии, которого они боялись. Пациенты третьей группы казались бесстрашными, не интересовались, что может случиться с ними, поэтому столкновение с послеоперационными болями было неожиданным.

Материалы этого исследования существенны для консультирования клиентов со страхом. Прежде всего, напрашивается утверждение, что не нужно помогать клиентам, полностью избавляться от страха, а также не следует скрывать информацию, которая на первый взгляд кажется пугающей. Информация, представленная должным образом, только подготавливает к тяжким событиям. Определенная доля страха может оказаться целительной. Консультант должен помочь клиенту конструктивно воспользоваться страхом.

Большую сложность представляет консультирование клиентов с фобиями. Основу патологических страхов составляет глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавших беспокойство, на другую ситуацию или объект. Человек начинает бояться вещей, которые являются лишь заместителями объектов первичного

беспокойства. Такое смещение происходит вследствие неразрешенных внутренних конфликтов.

Итак, фобии подразумевают, замещение переживания тревожности страхом, при этом "выбирается" специфичный и конкретный объект или ситуация вместо неопределенной направленности тревожности. Испытывать страх тоже неприятно, однако эта неприязнь более приемлема. По крайней мере знаешь, чего боишься, что может реально повредить и как избежать опасности, т.е. страх в отличие от тревожности поддается контролю.

Консультант не должен проявлять поспешность в интерпретировании внутренних конфликтов клиента на основании его конкретной фобии. В интерпретациях очень ненадежно основываться на символическом смысле фобии. За одной и той же фобией у разных людей могут скрываться разные конфликты. Смысл фобий сильно зависит от индивидуальной истории жизни клиента, поэтому не трудно ошибиться, поддавшись соблазну поверхностного объяснения.

"Язык" фобий запутан и сложен. Kennedy (1977) метко описывает поведение клиентов с фобиями; обратимся к его наблюдениям.

Стержнем невротического поведения с преобладанием фобий является усиленное избегание тревоги, стремление обойти породивший ее конфликт. Поэтому клиент нередко спокойно говорит о своем страхе, но отрицает существование любых внутренних конфликтов, связанных с этим страхом. Консультант должен быть готов к такому поведению. Попытки избежать обсуждения конфликта могут проявиться самыми разнообразными способами. Обычно клиенты крайне осторожны в отношениях с консультантом. Они склонны сопротивляться стремлению консультанта говорить о вещах, провоцирующих тревожность. Сопротивление опять же принимает разные формы. Клиент забывает детали предыстории своих проблем, которые проливают свет на суть психологического конфликта. Например, возникновение фобии как-то связано с изменениями жизни клиента, системы отношений его личности, но клиент об этом даже не

упоминает, хотя такая информация весьма существенна для понимания природы фобии. Сопrotивляющийся клиент также может стараться увести беседу в сторону и таким способом уклониться от тематики, провоцирующей тревожность. Возможно вообще избегание разговора о себе. Это, кстати, классическая форма сопротивления в консультировании.

Консультант должен иметь в виду эти типичные черты поведения клиентов с фобиями, поскольку порой приходится уступать клиентам и не затрагивать неприятные темы, чтобы не причинять им страданий. Однако такая тактика не позволяет надеяться на успех в коррекции фобий. Еще один способ бегства от тревоги клиентов с фобическими реакциями – это занятие самолечением. Они покупают медицинские книги, роются в специальных журналах, стремятся испробовать все возможные методы лечения, однако избегают непосредственного обращения к своим внутренним конфликтам.

Консультанту важно разобраться, какую вторичную выгоду извлекает клиент из своего "трусливого" поведения в семейных отношениях, на работе или в каких-либо других областях. Шансы понять клиента увеличиваются, если предпринимается попытка смотреть на его проблемы или симптомы в более широком контексте.

Еще одна особенность консультирования клиентов с фобическими реакциями состоит в том, что страхи могут передаться консультанту. Если такое произошло, и самого консультанта охватила тревожность, то восторжествовала используемая клиентом техника уклонения, и этим случаем не следует заниматься. Эффективная коррекция страхов требует от консультанта усиленного самоконтроля.

#### **4.3 Консультирование враждебно настроенных и агрессивных клиентов**

Немало проблем в консультировании создают негативно настроенные или открыто враждебные (что встречается реже) клиенты. Особенно подробно их поведение описал Bird (1973). Консультанты по-разному

реагируют на таких клиентов: одни на враждебность отвечают раздражительностью и враждебностью; другие стараются проявить любезность и дружелюбие, пытаясь настроить клиентов в свою пользу и объяснить отсутствие оснований для озлобленности; третьи игнорируют состояние клиентов, ведут себя так, как будто ничего не случилось. Возможно, в некоторых случаях полезно рассердиться на клиента, однако еще важнее понять причины его состояния. Клиенту надо сказать, что он кажется враждебно настроенным и злым. Порой понятия "озлобленность" и "враждебность" представляются слишком сильными для характеристики, поэтому свои высказывания следует формулировать не столь категорично. Например: "Вы кажетесь чем-то недовольным", "Вы разочарованы?", "Не хотите ли Вы что-то сказать?", "Это звучит, будто Вы рассержены" и т.п. Если консультант только подозревает клиента во враждебности, он может уточнить: "Что произошло?", "Я что-нибудь неправильно сказал или сделал?". В любом случае, столкнувшись с враждебностью клиента, не стоит вести себя так, словно рухнул мир. Разумеется, нельзя с насмешкой или презрением смотреть на клиента – его враждебность всегда следует трактовать серьезно потому, что она мешает терапевтическому взаимодействию.

Причины неудовлетворенности клиента могут быть простыми - не нравится вид или слова консультанта, консультант слишком молод и т.п. Причины, как правило, существуют. Чтобы разобраться в подоплеке озлобленности клиента и эффективно реагировать на нее, консультант должен понимать основные черты этого состояния.

Прежде всего, злость не является чем-то патологическим или необычным. Каждый изредка сердится или, точнее говоря, способен разозлиться. Нет такой жизненной ситуации, в которой не могли бы проявиться чувство злобы, злая мысль или действие. Некоторые совершаемые в жизни дела также, хоть в малой степени, мотивированы злобой. Враждебность имеет свой смысл – она является средством

самозащиты, кроме того, она значительно действеннее, чем страх. Иначе говоря, злость является не только сигналом, предупреждающим об опасности, подобно тревожности и страху, но и чувством, обуславливающим самозащиту, она порождает агрессивность.

Консультанту важно знать происхождение озлобленности. Причины озлобленности каждого клиента скрыты в его жизненных обстоятельствах. Злость "исторична", т.е. имеет свое прошлое, у каждого человека неповторимое. В течение жизни, особенно в детские годы, формируется индивидуальный "стиль враждебности", т.е. из-за чего мы злимся, как накапливается и вымещается злость. Одни клиенты сердятся, когда консультант говорит повелительным тоном; другие – когда ясно и точно не указывает, что делать; третьи – когда задает много личных вопросов, потому что это кажется им излишним любопытством. Сходные обстоятельства одних клиентов делают враждебными, других – нет. В основном эти различия обусловлены своеобразием жизненного опыта. Консультанту нелегко в достаточной мере проследить индивидуальную историю озлобления клиента, однако важнее всего понять, что злость главным образом "привнесена" в консультацию и напрямую не связана с тем, что говорит и делает консультант. Иногда в конкретный момент консультант непосредственно "замещает" некоего человека или ситуацию из прошлой жизни. Когда клиент, особенно в начале консультирования, враждебен, подозрителен, зол, консультант должен знать, что источник этих чувств находится внутри самого клиента. Нередко консультант склонен обвинять себя, поскольку ему кажется, что клиенты всегда уважают хорошего консультанта и никогда не должны злиться на него. Это неверно – злость является универсальным чувством, и не следует питать иллюзий по поводу отсутствия враждебности при хорошем консультировании. Она может возникнуть и возникает. Необходимо знать другое – консультант, по отношению к которому клиент не может свободно выражать свою неудовлетворенность или злость – плохой консультант.

В консультировании следует иметь в виду, что иногда злость скрывает тревожность. В таких случаях необходимо помочь клиенту разобраться в его подлинных чувствах и таким образом трансформировать враждебность.

Хотя консультанту нелегко оставаться спокойным при столкновении с озлобленностью клиента и выслушивать неприятные вещи о себе, однако не надо забывать, что отвечать враждебностью – значит провоцировать еще большую враждебность.

Консультант обязан осознать свои чувства в подобных ситуациях, идентифицировать свое недовольство, чтобы эффективнее помочь клиенту преодолеть его озлобленность. Когда на враждебность клиента мы не отвечаем недоброжелательностью, в конечном счете, увеличивается обоюдное понимание, возрастает сотрудничество в достижении общих целей.

Существует большая разница между озлобленностью клиента, возникающей в процессе консультирования, и прямыми оскорблениями в адрес консультанта. К оскорблениям консультант ни в коем случае не должен оставаться толерантным, так как они вредят также самому клиенту. Обычно агрессия по отношению к консультанту выражается косвенно. Один из вариантов такого поведения – порицание коллег консультанта, с которыми клиент встречался прежде. Иногда претензии бывают справедливы, поскольку не все психологи и психотерапевты совершенны и этичны в своем поведении. Но в большинстве случаев сообщается или полная неправда, или очень искаженная информация. По существу, таким образом, клиент вынуждает консультанта согласиться с ним или провоцирует дискуссию. Обе линии поведения неприемлемы. Консультант чувствует себя неуютно, а клиент ждет ответа. В таких случаях следует, не конкретизируя своей позиции, просто дать клиенту возможность полнее поделиться своими переживаниями. Что касается неконтролируемой враждебности к консультанту, напомним широко распространенный миф об особой опасности консультирования психически больных. На самом деле реальную опасность представляют лишь немногие такие больные (страдающие



параноидной шизофренией, манией, органическими нарушениями психики). Большинство из них все-таки контролируют свою агрессивность. Однако при возникновении опасной ситуации консультанту не нужно демонстрировать неуместный героизм. Оставаясь спокойным и не угрожая клиенту, следует сказать, что агрессивное поведение недопустимо и в случае необходимости будут приняты дисциплинарные меры. В наставлении не должна звучать враждебность. Обычно критичные клиенты смиряются с ограничениями, потому что сами обеспокоены последствиями своего поведения.

Гораздо чаще в консультировании встречается скрытая враждебность, которую консультант невольно чувствует. Справиться с ней сложнее, чем с откровенной агрессивностью. Большинство клиентов бывают не готовы к идентификации затаенной враждебности, да и консультанту небезопасно превращать скрытую враждебность в открытую. Тем не менее, если в беседе с клиентом мы почувствуем что-то недоброе, следует помочь ему вербализовать свои переживания, открыто выразить их, потому что любые невыраженные сильные эмоции, особенно отрицательные, дезорганизуют логическое мышление и поведение, способствуют возникновению психосоматических симптомов и затрудняют процесс консультирования. К вопросу скрытой враждебности мы еще вернемся в разделе об особенностях консультирования клиентов с психосоматическими жалобами.

#### **4.4 Особенности консультирования «немотивированных» клиентов**

Когда человек ищет психологической помощи, он обычно надеется, что в его жизни возможны положительные перемены. Однако иногда люди попадают к консультанту не по своей воле и отвергают роль клиента, навязываемую другими лицами. Например, клиент говорит: "Моя жена потребовала, чтобы я пришел сюда, однако не думаю, что Вы сможете мне помочь". Некоторые обращаются к консультанту с единственным намерением – доказать, что никто не способен им помочь. Этим клиентам в процессе консультирования недостает мотивации.

Нежелание быть объектом чьей-либо помощи – совершенно нормально и понятно при отрицании соответствующих проблем. Если человек считает, что не нуждается в помощи, он вовсе не должен скрывать это от консультанта.

Такая ситуация представляет собой очевидный источник стресса для консультанта любой теоретической ориентации. Не важно, в каком учреждении это происходит. Консультант вынужден "лечить", "адаптировать" человека против его воли. Надежды людей, направивших клиента, ложатся на плечи консультанта тяжелой ношей и становятся своеобразным экзаменом его умений и навыков. Консультанту как бы говорят: "Вы должны уметь помогать; Вам предоставляется возможность доказать это". Большинство консультантов испытывают обязанность "перевоспитать" клиентов. Это продиктовано их идеалами, системой ценностей, оптимистической оценкой своих возможностей. Поэтому "немотивированный" клиент бросает вызов стремлению таких консультантов помочь любой ценой.

Если у клиента отсутствует мотивация, мы обычно обнаруживаем, что направившие его люди решают, таким образом, свои проблемы и трактуют консультанта в качестве наказующей силы. Особенно высок процент принудительно-консультируемых в школах.

Если "немотивированный" клиент все-таки вынужден по каким-либо причинам посещать консультанта, обычно свое нежелание поддерживать консультативный контакт он выражает по-разному – пропускает встречи, опаздывает, безразличен ко всему, что происходит во время консультирования, отказывается принять долю ответственности за процесс консультирования. Особенно часто свое сопротивление клиенты выражают молчанием. Обычно это молчание для консультанта бывает очень "громким". Иногда клиент уныло крутит пуговицу и всем своим видом показывает, что он просто отсиживает в кабинете. Враждебность может выражаться и прямо.

Например, клиент говорит: "Приходить и проводить с Вами время – не моя идея".

Казалось бы, самое простое решение, которое напрашивается – отказаться работать с лицами, не имеющими достаточной мотивации к совершенствованию и переменам своей жизни. Однако это не всегда возможно. Консультант помимо занятия частной практикой обычно трудится в какой-либо организации (школа, клиника, консультативный центр). Своей работой он не только удовлетворяет индивидуальные цели, но и служит реализации целей учреждения. Консультант вынужден оказывать помощь лицам, которые не сами обратились за ней, а направлены учителем, врачом или приведены родителями. Обязанность помогать человеку, который того не желает, вызывает стресс, а нередко противоречит мировоззрению консультанта. В таких случаях Kennedy (1977) предлагает воспользоваться терапией реальностью (основоположник – W. Glasser), т.е. при невозможности изменить обстоятельства следует отказаться от своих установок. Применительно к "немотивированным" клиентам данный принцип означает, что им следует помочь хоть чем-то. Реальная, пусть даже небольшая помощь в действительности может оказаться очень эффективной.

Встретившись с "немотивированным" клиентом, консультант должен принять его таким, каков он есть, т.е. как не заинтересованного в консультировании человека. В этом и состоит путь к успешному консультативному контакту. Если консультант пытается одолеть клиента, заставить его сотрудничать, значит, он не понимает его. Нежелание следует трактовать столь же серьезно, как любую другую установку: надо отнестись с пониманием, но одновременно показать, что и консультант не заинтересован насильно работать на благо клиента. Можно обстоятельно и серьезно объяснить клиенту суть и возможности консультирования. Если не стремиться помогать клиенту любой ценой и особенно против его воли, возможно, начнет изменяться мотивация клиента и найдутся предпосылки для возникновения продуктивного консультативного контакта. Однако

консультант должен спокойно и без ненужного самообвинения допускать и то, что "немотивированный" клиент останется лишь формальным клиентом или вообще прекратит посещения.

#### **4.5 Консультирование клиентов, предъявляющих завышенные требования**

Подчас клиенты ненасытны в своих требованиях. Они требуют более частых и продолжительных встреч с консультантом, добиваются постоянной заботы, хотят звонить консультанту домой и подолгу разговаривать с ним по телефону и вообще иметь возможность в любое время связаться с консультантом, надеются на воздействие консультанта на своих близких (супругов, родителей, детей) и т.п. Иначе говоря, в лице консультанта эти клиенты жаждут иметь постоянного советчика в жизни.

Столкнувшись с такими нереалистичными требованиями клиентов, прежде всего надо ответить себе на несколько вопросов:

- каково мое состояние, когда от меня требуют так много?
- могу ли я сказать клиенту "нет", когда хочу этого?
- какие требования я предъявляю к себе и насколько они совпадают с требованиями клиента?
- могу ли я противостоять завышенным требованиям клиентов или позволю манипулировать собой?

Ответы на эти вопросы играют решающую роль в формировании отношения к подобным клиентам.

Некоторые консультанты, особенно молодые, испытывают чрезмерную потребность оказывать помощь. Клиенты с завышенными притязаниями очень легко манипулируют этой потребностью. Консультативный контакт в таких случаях начинает походить на отношения избалованного ребенка с излишне заботливыми родителями, которым нелегко смириться с капризами своего отпрыска, но зато они чувствуют себя востребованными. Консультант

должен избавиться от иллюзий своей значимости, незаменимости в жизни клиента.

Необходимо понимать природу завышенных требований клиентов и характер своих реакций на них, а также уметь вступать в конфронтацию.

#### **4.6 Консультирование при переживании вины**

Практически всем людям знакомо чувство вины. Это такое же естественное переживание человека, как тревожность, одиночество, свобода и ответственность. Чувство вины помогает понять разницу между тем, какие мы есть, и тем, какими должны быть. Вина возникает при нарушении индивидом значимых для него норм нравственности. Одновременно это и чувство невыполненного долга. Переживание вины происходит в ситуациях, в которых человек отказывается от необходимой личной ответственности. Не случайно М. Heidegger для обозначения вины и ответственности использует одно и то же понятие – *Schuldig*. Быть виновным, по М. Heidegger – значит быть "ответственным за".

Обычно различают истинную, невротическую и экзистенциальную вину. Истинная вина возникает в результате совершенных проступков. В этом случае возможна и необходима заслуженная расплата.

Невротическая вина возникает из-за воображаемых проступков или нарушения запретов. Вообще чувство вины в структуре невротических реакций занимает значительное место. Глубокая и практически ценная интерпретация невротической вины содержится в работах выдающейся представительницы культурного психоанализа К. Horney (1937). Ее интерпретация помогает проследить динамику переживания вины у многих клиентов. Прежде всего, для невротического чувства вины характерны преувеличенность и неискренность. При неврозах чувство вины как бы помогает индивиду оправдаться перед собой и другими, он вовсе не старается избавиться от этого чувства и даже энергично сопротивляется любым попыткам уменьшить его. Иногда в переживании вины даже

проявляется своеобразная демонстративность. Индивид преднамеренно принижает себя и тем самым требует восхищения, поэтому он болезненно и враждебно воспринимает любую критику со стороны, оскорбляется, если кто-то серьезно начинает смотреть на его вину.

Одна из важнейших причин возникновения невротической вины – страх осуждения, боязнь быть "демаскированным". Страх отражает огромную разницу между "фасадом" личности невротика и скрытыми за этим "фасадом" побуждениями. Невротик из последних сил защищает сотворенный им "фасад", потому что эта крепость спасает от тревожности. За образом сильного человека невротическая личность старается скрыть свои слабости, незащищенность, беспокойство, неспособность бороться за себя. Презируя эти свойства, невротик боится, что другие люди их обнаружат. Избегая ответственности за свою жизнь и не желая добиваться реализации своих целей, он стремится паразитировать на окружающих посредством доминирования или с помощью привязанности, любви и покорности. У такого индивида чувство вины и тревожность возникают сразу, как только обращается внимание на его требования к окружающим. Эти чувства придают невротической личности уверенность, что она не будет осуждена, тем самым маскируется действительная проблема. Таким образом, чувство вины является не только следствием демаскировки, но и способом психологической защиты от страха. За фасадом вины увеличивается чувство безопасности, а окружающие провоцируются индивидом на заверения в его невиновности. Кроме того, чувство вины дает основание считать себя моральным и добросовестным. Тенденция к самообвинению также ограждает от необходимости изменяться, т.е. становится заменой подлинного решения проблем. Еще одна важная функция невротического чувства вины состоит в том, что оно уменьшает угрозу обвинения со стороны других, иногда безопаснее заранее принять вину на себя.

Переживание вины имеет также онтологический аспект, т. е. правомерно говорить об экзистенциальной вине. В этом смысле вина

представляет собой позитивную силу в жизни человека. Переживая экзистенциальную вину, мы освобождаемся от пагубного влияния невротической вины.

R. May (1983) выделил три источника экзистенциальной вины:

1. Вина вследствие недостаточной самореализации.
2. Вина вследствие ограниченности связей с близкими людьми.
3. Вина вследствие утраты связи с Абсолютом.

В указанных отношениях человек всегда и, безусловно, виноват, поскольку:

1. Мы никогда не способны реализовать все свои возможности хотя бы потому, что, выбирая одни возможности, обязаны отклонить другие – они так и остаются нереализованными;

2. Мы никогда в полной мере не понимаем своих близких и их потребности и в силу неизбежного индивидуализма "обречены" видеть других сквозь призму собственной личности, поэтому наше познание всегда субъективно и не целиком соответствует действительности.

3. Мы представляем собой часть божественного плана и никогда не сможем его понять; как говорил Паскаль, "ветви не суждено знать назначение дерева".

Экзистенциальной вины нельзя избежать, поэтому важно ее осознать. Она помогает воспитывать человечность и чуткость в отношениях с другими, побуждает творчески реализовывать свои возможности.

В психологическом консультировании важно решить, когда "греховность" помогает клиенту осознать личную ответственность за свои поступки и изменить поведение в позитивном направлении, а когда, наоборот, препятствует успешному решению жизненных проблем. Стало быть, не всегда консультант должен поспешно освобождать клиента от чувства вины. Иногда надо помочь пережить неизбежную греховность, которая самой природой предназначена человеку. В случае истинной виновности важно обсуждение вопроса об искуплении. Освобождение от

невротической вины предполагает осознание ее "мнимости". Только таким путем возможно очищение. Во всех случаях консультанту необходимо глубокое знание различных аспектов переживания вины.

#### **4.7 Особенности консультирования плачущих клиентов**

Слезы обычно мешают общению. Не представляют исключения и консультативные встречи. Немало клиентов, особенно женщин, волнуются, рассказывая о неразрешимых трудностях своей жизни, трагедиях и не могут говорить без слез. Слезы способствуют воспоминаниям о трудных ситуациях и возвращению к ним.

Большинство консультантов стараются удержать клиентов от плача и направляют на это часть своих усилий. И здесь возникает опасность, что, пытаясь обойти болезненные переживания и не спровоцировать слезы, можно пропустить важные аспекты жизни клиента. Из-за невозможности достаточно понять клиентов консультант порой становится объектом их манипуляций. Некоторые консультанты свои усилия по удержанию клиентов от плача объясняют тем, что разволновавшийся или начавший плакать клиент не способен нормально говорить. Иногда консультант чувствует себя виновным из-за слез клиента, считает, что довел его до слез, боится быть обвиненным в нечуткости, иначе говоря, склонен принимать на себя ответственность за слезы.

Однако в действительности не консультант доводит клиентов до слез. Наконец, не он – причина жизненных трудностей и личных проблем клиентов. Клиенты плачут из-за своих личных дел, и консультант здесь ни при чем. Клиент нередко и начинает, и перестает плакать без вмешательства консультанта. Когда заметно, что клиент сейчас начнет плакать, надо сохранять спокойствие, подождать, пока он справится с собой. Порой, чтобы взять себя в руки, клиент на время изменяет тему беседы, чему не следует противиться. Если клиент все же расплачется, надо позволить ему плакать. Это нелегко, но многое можно выиграть. Когда клиент выплачется, самое



время начинать разговор. Позволить плакать – значительно достойнее, нежели испытывать обязанность успокаивать: "Пожалуйста, не плачьте..."

Консультанту следует знать, почему вообще плачут во время консультирования. Основная причина, конечно, бремя проблем клиента, его угнетенность, однако эта причина не единственная.

Большинство людей, особенно женщины, плачут от злости. Здесь утешение ничем не может помочь. Плачущим от злости просто-напросто надо позволить выразить свои чувства. Иногда плачут в состоянии фрустрации, а подчас от радости. В любом случае консультант должен предоставить клиенту возможность спокойно плакать в его кабинете.

Не следует также стараться излишне сопереживать плачу, т.е. вести себя подобно матери, которой очень хочется утешить плачущего ребенка. Такое желание обычно имеет определенный эротический оттенок; не зря слезы часто служат средством манипуляции в межличностных и особенно в интимных отношениях.

#### **4.8 Консультирование истерических личностей**

В одном из словарей по психиатрии (Slavney, McNeigh, 1978; цит. по: Storr, 1980) поведение истериков характеризуется следующим образом: "Истерическая личность отличается преобладанием потребности нравиться окружающим и стремлением преодолеть страх, что не удастся привлечь внимание. Это проявляется в неустанной активности, драматизации, лживости, в соблазняющем, а иногда открыто сексуально провоцирующем поведении, в незрелой и нереалистичной зависимости от других".

Истерики, стараясь выглядеть привлекательными, затрачивают бесконечно много энергии и представляют себя в самом драматичном свете. Это, кстати, делает их интересными клиентами. Они "подкупают" консультанта готовностью говорить о своих переживаниях. Правда, эти переживания обычно бывают художественно преувеличены. Суть не в том, что истерики говорят, а в их манере говорить. Не случайно MacKinnon и

Michels (цит. по: Kennedy, 1977) указывают, что "начинающие консультанты беседу с истерической личностью считают одной из самых легких, а опытные специалисты – одной из самых трудных". Истерическая личность представляется очень интересной и привлекательной только на первый взгляд. На начинающего консультанта обычно производят впечатление ее живость, манера речи, внутреннее тепло, кажущиеся серьезными намерения заняться решением своих проблем. Тем не менее, работа с такими клиентами не столь легка, как первоначально представляется. При глубоком рассмотрении выясняется, что истерики не такие уж эмоционально богатые личности, а их намерения в отношении консультирования отнюдь не однозначны.

Истерические особенности формируются в раннем возрасте. Примером может служить ребенок, добивающийся внимания родителей и постоянно терпящий в этом неудачу. Когда родители игнорируют потребности ребенка во внимании и любви, ребенок начинает драматизировать свои потребности. Чем более "глухи" родители, тем громче он кричит, желая быть услышанным. Для достижения своих целей ребенок использует широкий спектр поведенческих форм – от слез до болезни. Сходные формы поведения взрослых уже считаются истерическими.

Истерическая личность, когда ей не удается понравиться окружающим, готова использовать все возможные маски и роли, которые, по ее мнению, приемлемы. Так теряется личностная идентичность, внутренний стержень, создающий чувство "подлинного я". Таким образом, происходит подмена реальной жизни инсценировками.

Истеричные клиенты в консультировании пытаются воспользоваться своими качествами, особенно с консультантом противоположного пола (классический вариант женщина-клиент и мужчина-консультант). Обычно они добиваются придания контакту эротической, сексуальной окраски. Однако такое поведение истеричной клиентки довольно специфично – если консультант выказывает, хоть незначительный интерес эротического

характера, она сейчас же отступает, объясняя, что совсем другое имела в виду. Истерическая личность на самом деле не осознает воздействия своего поведения, поэтому окружающие часто чувствуют себя обманутыми, фрустрированными. Между прочим, это традиционный стереотип поведения истерической личности в жизни. Такой постоянный отказ принять на себя ответственность за провоцирующий флирт исключает нормальные отношения с лицами противоположного пола. Истерическая личность только производит впечатление теплоты и легкости в общении. В действительности она постоянно испытывает проблемы в подлинной любви и интимных привязанностях.

Эротический оттенок поведения истерической личности вовсе не означает, что клиентка жаждет близости – она не знает, что делать с реальной интимностью. Невербальные сигналы служат ей только как заменители настоящей физической близости. Истерическая личность постоянно ищет любви, однако не умеет создавать зрелые отношения.

Еще одна особенность истерического поведения, встречаемого в консультировании, представление себя в качестве бессильного и зависимого существа, жаждущего заботы и внимания со стороны сильной отеческой фигуры. Консультанта в таких случаях пытаются превратить в заменителя отца. Истеричной клиентке, в сущности, не нужен любимый, ей нужен хороший отец. Вот почему она бывает шокирована, дождавшись соответствующих реакций на свое провоцирующее поведение. Представление себя в роли ребенка, требующего опеки, очень характерно для истерика.

Следует отметить, что по отношению к лицам своего пола истерическая личность зачастую антагонистична и склонна к соперничеству, она усматривает в других женщинах конкуренток в борьбе за внимание окружающих.

Поведение истерической личности может провоцировать у консультанта контрперенос. Поэтому консультант, работая с такими клиентами, должен постоянно контролировать свои чувства.

Истерики чаще всего обращаются с проблемами, связанными с семейными отношениями и сексуальной жизнью. Проблемы кроются в нежелании жертвовать собой в отношениях любого характера. Несмотря на внешнюю сексапильность, большинство истерических личностей не способны к нормальной сексуальной реализации. Женщины, как правило, жалуются на фригидность, которая является реакцией на страх перед своей сексуальностью. Мужчины – истерики нередко страдают импотенцией и склонны к гомосексуализму.

Истерические личности используют различные формы психологической защиты, которые консультанту надо знать. Довольно характерно вытеснение пробудившейся сексуальности. В результате недостает сексуальных переживаний, из памяти исчезают некоторые события. Истерические личности имеют склонность к фантазированию - только в воображаемом мире они получают много любви и внимания. Символическое удовлетворение потребностей более приемлемо, потому что мало затрагивает таящиеся в бессознательном конфликты. У истериков действительность часто смешивается с фантазией; они верят в свои выдумки. В их поведении обычна и регрессия в сочетании с отрицанием, которое позволяет не отдавать себе отчета в смысле собственного поведения.

Для большинства истеричных клиентов, особенно женщин, характерна долгая история лечения у многих врачей. Как известно, при истерическом неврозе часто встречается феномен конверсии, ставший известным по описанию Freud. В этом случае внутренний психологический конфликт выражается телесным симптомом, который становится его символом. Поэтому истерические личности непрерывно лечатся от самых разных соматических нарушений. Обычно конверсионные симптомы принимают форму потери чувствительности: анестезия конечностей, слепота, глухота и

т.п. Большинство истеричных клиентов во время консультирования очень эмоционально рассказывают свой анамнез.

Говоря о невротических симптомах, важно подчеркнуть их вторичную выгоду для клиента. Эту выгоду клиент не осознает или осознает лишь частично. Истерические симптомы служат трем основным целям:

- a. "наказывают" лиц, к которым клиент испытывает враждебность;
- b. помогают клиенту избежать неприятных, пугающих, потенциально унижающих ситуаций;
- c. помогают возбудить симпатию окружающих или обратить на себя их внимание.

Поэтому нередко возникает очевидное противоречие между высказанными клиентом желаниями и чувствами и тем, о чем говорят его симптомы. Это противоречие вызывает у консультанта подозрение, что клиент неискренен и симулирует. Разобраться в ситуации консультанту помогает его интуиция, которую не следует игнорировать. Полагаясь на интуицию, можно не только идентифицировать истеричных клиентов, но и избежать разнообразных ловушек, таящихся в работе с ними.

#### **4.9 Консультирование обсессивных личностей**

Обсессивной личностью называют человека с обсессивными или (и) компульсивными чертами. Обсессия – это постоянное повторение нежелательной, навязчивой мысли, от которой невозможно избавиться волевым усилием. Компульсия – это повторяющееся навязчивое побуждение к выполнению какого-либо действия или серии действий. Серия навязчивых действий обычно носит ритуальный характер. Осуществление навязчивости позволяет индивиду избежать приступов тревожности. Хотя в некоторых диагностических системах выделяется обсессивно-компульсивный невроз, однако трудно провести грань между нормой и патологией.

Salzman (1968) указывает три основных проявления обсессивно-компульсивного синдрома:

1. Навязчивости не обусловлены никакими рациональными потребностями.

2. Осуществление навязчивостей в силу их чуждости вызывает дискомфорт и (или) соматические нарушения.

3. Индивид понимает паралогичность навязчивых мыслей и поступков, однако не может им воспрепятствовать.

Обсессивной личности свойственны определенные социально ценные черты: старательность, надежность, самоконтроль, честность. С другой стороны, Freud при описании личности со склонностью к обсессивным симптомам указывает на обязательную комбинацию трех черт: педантичности, скупости и упрямства. Эту комбинацию он называет "анальным характером".

McNeil (1970) описал типичные особенности стиля обсессивно-компульсивной личности:

a. когнитивная ригидность – обоснование взгляда на жизнь негибкими, формальными социальными установками, или явно догматичный стиль мышления;

b. приверженность к напряженной активной деятельности без расслабления и отдыха;

c. неуверенность в принятых решениях, откладывание решений из-за боязни ошибиться;

d. постоянная озабоченность, что без нее работа не может быть выполнена надлежащим образом;

e. искажение действительности, проявляющееся в крайней озабоченности по поводу непредсказуемых событий, например возможной болезни.

Обсессивная личность обычно обращается за помощью не вследствие специфических проблем, а в силу напряжения и тревожности в межличностных отношениях или семейной жизни. Обсессивно-

компульсивные симптомы могут составлять лишь незначительную часть жалоб такого клиента.

Консультанту необходимо разобраться в особенностях обсессивной личности, чтобы избежать ошибок в работе с обсессивными клиентами и понимать собственные реакции при встречах с ними.

Важнейший неосознанный внутренний конфликт, обсессивной личности — это борьба между послушанием и непослушанием, между желанием угождать и стремлением сопротивляться авторитетам.

Обсессивная личность отличается излишней склонностью к самоконтролю и контролю над окружением. Она опасается внешнего мира и собственных побуждений. Как отмечает Salzman (1968), человек обсессивного типа "испытывает потребность контролировать себя и свое окружение, чтобы преодолеть чувство бессилия". Вероятность собственной некомпетентности, недостаточной информированности, неспособности уменьшить риск возбуждает сильную тревожность.

Неспособность к самоконтролю, а конкретнее к контролю своих агрессивных побуждений порождает утрированное послушание или, как утверждает Storr (1980), склонность к тирании по отношению к другим. Крайнее послушание приводит к уничтожению индивидуальности. При первом варианте защитной реакции обсессивная личность проявляет тенденцию к конформизму. Она выбирает зависимость от человека, способного указать, как жить. Первенство, следовательно, отводится безопасности, а не удовлетворению жизнью. Такой клиент обычно подчиняется консультанту и легко соглашается со всеми его предложениями. Он постоянно выражает консультанту благодарность за помощь и переживает из-за того, что может доставлять ему неудобства.

Другим вариантом неудачного самоконтроля, как упоминалось, является склонность к доминированию, придирчивая критичность. Человек становится трудно уживчивым, особенно в семье. Невозможность полностью контролировать других людей возбуждает злость, которая в межличностных

отношениях проявляется как иррациональная тирания. В консультировании обсессивная личность этого типа использует в качестве самозащиты нападение, например, объясняет консультанту, что он должен говорить, комментирует его профессиональные действия, делает замечания по поводу его поведения во время конкретной встречи или вообще может прочесть "краткую лекцию" о консультировании. Консультант испытывает прямую угрозу своей профессиональной компетентности и обычно сердится. Однако опытный консультант понимает психологическую реальность, скрывающуюся за такими действиями. Клиент не стремится оскорбить консультанта, а пытается таким способом взять под контроль свою тревожность и защититься от помощи, которая может представлять для него не меньшую опасность, чем его проблемы.

Для обсессивного стиля характерно использование средств общения для разрушения общения. Немало обсессивных клиентов в консультировании участвуют лишь физически, а психологически самоустраиваются. Клиент смотрит куда-то в сторону, еле слышно говорит, рассеянно слушает. Такое поведение фрустрирует консультанта, как и молчание, которое клиент тоже использует для уклонения от решения своих проблем. В подобных случаях консультант может довольно утонченно выражать враждебность, например посредством вопроса: "Вам нечего мне сказать?" Иногда консультанты задают вопрос: "О чем Вы думаете, когда молчите?" Это может приблизить к эмоциональной сфере обсессивного клиента, бесконечно трудно достигаемой.

Обсессивная личность изо всех сил старается не говорить о своих эмоциональных проблемах. Она прилагает огромные усилия, чтобы скрыть эмоциональные трудности, но таким образом только демонстрирует их. Клиент постоянно старается контролировать консультативную беседу, чтобы избежать эмоционального контакта с консультантом. Поэтому беседа становится волнообразной – как только консультант пытается продвинуться вглубь, клиент стремится выкрутиться и превратить его намерения в ничто. Когда консультант чувствует, что перед его носом захлопывается дверь,



значит он приблизился к самым существенным проблемам клиента. Уклонение от погружения в свой внутренний мир проявляется в склонности к интеллектуализации. Объяснения и интерпретации консультанта обсессивный клиент воспринимает головой, а не сердцем. Он многословен не в целях более точного выражения чувств, а для отмежевания от них. Повествование такого клиента перегружено деталями, он пытается ничего не пропустить в своем рассказе, но тем не менее не раскрывает своей личности. Беседы с обсессивными клиентами обычно трудны и продолжительны.

Для установления вытесненного обсессивным клиентом материала иногда имеет смысл исследование его снов. Помогает также использование рисуночных тестов вместо задания рассказывать о проблемах словами.

Обсессивные клиенты любят приходить к консультанту с описанием перечня своих проблем или со списком вопросов, которые необходимо обсудить во время консультирования. Очевидно, это отражает желание контролировать ситуацию консультирования и уклониться от прямого эмоционального контакта с консультантом. Когда клиенту не разрешается пользоваться заранее подготовленными текстами или придерживаться установленного им порядка вопросов-ответов, он приходит в замешательство. Такое поведение консультанта является для него сюрпризом, а обсессивная личность не терпит сюрпризов; спонтанность провоцирует в ней тревожность. Подготовка к встрече с консультантом направлена на пресечение неожиданностей, способных вывести из равновесия. Консультант может спросить клиента: "Почему Вы придали такое важное значение подготовке к нашей встрече?" Ответ клиента может открыть путь в его внутренний мир. И конечно, работая с обсессивными клиентами, консультант сам не должен пользоваться подобного рода вспомогательными средствами (записями и пр).

При работе с обсессивными клиентами у консультанта двойная задача (Storr, 1980). Во-первых, он должен помочь клиенту выразить побуждения, от которых тот защищается. Во-вторых, сам консультант должен быть

человеком, пригодным для экспериментирования, чтобы клиент мог потренироваться в завязывании свободных от субординации отношений. Если реакции консультанта на обсессивную личность адекватны, психологической защитой клиента выступает злость. Такую ответную реакцию следует рассматривать не как следствие своей ошибки, а скорее как признак прогресса в работе. Консультанту не надо заглаживать отношения со злящимся клиентом. Наоборот, необходимо позволить ему выразить скрытые чувства. Не следует поощрять желание клиента немедленно подавить злость. Реальное консультирование может начаться лишь тогда, когда мы будем шаг за шагом связывать злость клиента с побудившими ее причинами и отыщем подоплеку специфичного стиля его отношений с другими людьми. В этом заключается шанс хоть немного освободить обсессивного клиента от бремени невыраженных эмоций.

#### **4.10 Консультирование при параноидальных расстройствах**

В наше время параноидальные проявления, согласно утверждению Kennedy (1977), встречаются немногим реже тревожных состояний. Популярное прежде выражение: "Не комплексуй!" все чаще заменяется советом: "Не будь паранойяльным". Это значит – не проявляй подозрительности и эгоцентричности. Данные черты по существу характеризуют основные параноидные синдромы – манию преследования и манию величия. Характерная для паранойяльной личности склонность к этим маниям обуславливает неспособность к завязыванию связей с другими людьми и социальную отстраненность, а также отражает диффузность личностной идентичности, когда человеку становится трудно различать, что относится к собственной личности, а что – нет.

Суть мании преследования – подозрение окружающих в злонамеренности. Поэтому параноик много времени тратит на выявление "врагов", следящих за ним, подслушивающих его разговоры и т.п. Таким "врагом" может стать как отдельный человек, так и группа людей. С этой

манией связана и очень часто встречающаяся ревность. Подозрение супруга в неверности – очень плодотворная почва для возникновения параноидальных страхов.

Мания величия проявляется в приписывании себе прежде не замечаемых талантов и способностей. Параноики такого типа обычно выдают себя за изобретателей, работы которых призваны разрешить глобальные проблемы мира, или творцов мессианских теорий, способных спасти мир. Иногда паранойя проявляется в эротомании, когда человек думает, что он влюблен, и стремится соблазнить лицо противоположного пола.

Психодинамически параноик хотя и сильно желает близости с другими людьми, но боится оказаться обманутым. Это служит главной причиной подозрительности. Тем самым параноик, боясь быть отвергнутым, сам всех отталкивает, что обусловлено его враждебностью.

Консультант, встретившись с параноидным клиентом, должен быть готов к его недоверию и враждебности. Такие клиенты постоянно "проверяют", насколько можно доверять консультанту. Недоверие и враждебность довольно неприятны, и их преодоление является важнейшим условием в работе с параноидными клиентами. Прежде всего, консультант должен иметь в виду, что параноики сходным образом ведут себя со всеми людьми. Соответствующее понимание помогает консультанту сохранить самообладание, не прибегать к чрезмерной защите и не стараться "победить" клиента. Работая с параноидными клиентами, следует соблюдать определенную дистанцию, потому что слишком быстрое или чрезмерно глубокое "вторжение" вызывает у них неприязнь.

Неопытный консультант может начать дискутировать или спорить с параноиком по поводу обоснованности его маний, пытаясь призвать на помощь логические аргументы. Дискуссия бессмысленна, поскольку параноидному клиенту чужд язык логики. В общении он пользуется параноидальными метафорами. Наконец, в задачу консультанта не входит

определение правдоподобности высказываемых клиентом целей. Значительно важнее сам факт наличия мании и уверенность клиента в своей правоте.

В любом случае консультант должен помнить, что он столкнулся не с манией, которую надо устранить, а с человеком, "породившим" эту манию.

#### **4.11 Консультирование шизоидных личностей**

Шизоидная личность представляет одну из наибольших трудностей в работе консультанта или психотерапевта, а крайнее ее проявление — шизофрения — одно из глубочайших и сложнейших нарушений психики. Контуры шизоидной личности можно очертить по основным симптомам шизофрении. Впервые термин "шизофрения" использовал известный психиатр Eugen Bleuler в 1911 г. Важнейшие симптомы этого нарушения психики он описал известной формулой "четырех А" (цит. по: Kennedy, 1977):

1. *Аффективность*. У больного шизофренией нарушается эмоциональная сфера. Его эмоциональная жизнь становится очень скудной. Нередко эмоциональные реакции неадекватны (например, смех в рассказе о смерти близкого человека), т.е. эмоциональные переживания не соответствуют содержанию мыслей.

2. *Ассоциативность*. Шизофреникам свойственна утрата логической последовательности мыслей. На основе свободно возникающих ассоциаций у них происходит перескакивание от одной мысли к другой. Способ мышления кажется странным и хаотичным, ответы на вопросы бывают совершенно неадекватными. Иногда ассоциативные нарушения могут быть очень утонченными и трудно заметными.

3. *Аутизм*. Мышление шизоида крайне субъективно и эгоцентрично. Он кажется погруженным в мечты и фантазии, которые постепенно подменяют реальность. Нередко словам придается особый смысл, и

консультанту трудно понять, о чем говорит клиент. Такой индивидуальный словарь указывает на аутичность мышления.

4. *Амбивалентность.* Хотя большинство людей испытывают двойственность в тех или иных ситуациях, шизоидная личность амбивалентна почти во всем. Она переполнена противоречивыми чувствами, установками и взглядами по отношению к другим людям и к своим жизненным условиям.

Шизоидные клиенты попадают на психологическое консультирование или психотерапию по разным причинам. Частой причиной обращения служит неверие, что окружающие способны их понять и помочь, поэтому они ищут помощи у специалистов, от которых ждут понимания своих трудностей. Обычно шизоиды жалуются на невозможность установить и поддерживать отношения, особенно с лицами противоположного пола, на неспособность сконцентрироваться и закончить начатую работу, на плохое настроение.

Шизоидные клиенты испытывают много трудностей в отношениях с другими людьми. Они недоверчивы, поэтому у них очень мало или вообще нет друзей. Иногда шизоид завязывает дружбу к себе подобным, однако отношения бывают хрупкими и редко длятся продолжительное время. Шизоидные клиенты боятся близости, интимности, потому что реакции других людей вызывают у них амбивалентные чувства. От близости они защищаются, избегая любых эмоциональных проявлений в межличностных отношениях. Поскольку чувства важны в жизни людей, шизоидная личность балансирует на грани переживания бессмысленности жизни. Избегание близких отношений шизоидные клиенты объясняют тем, что такие отношения их изнуряют, а также обременительны окружающим. "Сбережение" себя в общении приводит к осторожности и не позволяет вести себя спонтанно. Возникновение установки на избегание близких межличностных связей объясняется (Storr, 1980) специфичным поведением родителей в детстве. Уход за малышом отнимает у родителей много физической и психической энергии, и шизоидные родители, которым чужд

мир ребенка, его потребности, чувствуют себя истощенными. В результате ребенок не получает необходимые ему любовь и понимание. У него формируется убеждение, что любовь возможна только в воображении. Позднее, в зрелом возрасте, эмоциональные отношения воспринимаются не как взаимообогащающие, а как истощающие, и наиболее безопасным представляется уклонение от них. Стремясь восполнить недостаток контактов с внешним миром, шизоидные личности создают богатый воображаемый мир. Недоступность реальных отношений и подлинной любви шизоиды компенсируют в воображении, наделяя себя величием. Плоды воображения шизоидная личность старается воплотить в реальность. В межличностных отношениях это выражается позой превосходства, что неприемлемо для большинства людей.

Кстати, шизоидные индивиды могут испытывать зависимость от других, считая, что не способны позаботиться о себе или устроить свою жизнь. Чувство бессилия – одна из причин регрессии таких клиентов до примитивных форм приспособления к окружению. С другой стороны, шизоидной личности больно чувствовать себя зависимой, потому что это ранит ее гордость.

Особенности шизоидной личности затрудняют установление и поддержание с ней контакта. Консультант часто чувствует, как подметила Storr (1980), что у шизоидов отличается "длина волн". В отношениях с такими клиентами очень важна заинтересованность и желание помочь, а не диагностический подход. За тяжелыми нарушениями кроется уникальный человек, и даже малая толика простой человечности консультанта может дать неплохие результаты и облегчить страдания шизоидного клиента.

Консультанту следует понимать степень изоляции шизоидного клиента. Первый контакт должен быть интеллектуализирован. Шизоидного клиента легко напугать непосредственным проникновением в его эмоциональную жизнь. Консультант также должен принимать во внимание противоречие между желанием клиента быть с людьми и страхом перед

окружающими. Поспешность в установлении с клиентом близкого контакта может спровоцировать его бегство. Однако, если консультант будет слишком нейтрален и чрезмерно отдаляться от клиента, тот может почувствовать себя отвергнутым. Не надо забывать, что оптимальная дистанция во взаимоотношениях – лучший подарок шизоидному клиенту.

Консультант должен помнить, что в консультировании шизоидный клиент ведет себя, как и в других жизненных ситуациях, например в семье. Эти клиенты часто стараются, чтобы окружающие их люди испытывали чувство вины.

Когда клиенты говорят, что консультант еще больше запутал их проблемы, это не простая констатация факта, а скорее психологическая манипуляция. У консультанта провоцируется чувство вины в надежде, что он рассердится, и тогда клиент получит подтверждение неэффективности его работы.

Вообще шизоидная личность в консультировании – это вызов консультанту или психотерапевту. Но не будем забывать, что это и самые интересные клиенты, способные научить нас ориентироваться в дебрях человеческой природы.

#### **4.12 Консультирование асоциальных личностей**

Асоциальность – это одно из самых сложных и прогностически неблагоприятных личностных расстройств, которые проявляются не столько различными симптомами, сколько нарушением поведения. Прежде это нарушение диагностировалось как "психопатическая личность" или "социопатическая личность" (термины, еще и теперь встречающиеся в литературе). Социопаты плохо социализированы, они живут во имя удовлетворения своих инстинктивных потребностей, не обращая внимания на нормы морали, требования общества, поэтому склонны постоянно нарушать правила и законы общежития, не считаясь с возможным наказанием.

Асоциальную личность не следует смешивать с лицом, ведущим себя асоциально вследствие внутренних невротических конфликтов. Невротик переживает вину из-за своего поведения, что абсолютно чуждо асоциальной личности.

Хотя признаки асоциального поведения могут проявиться задолго до отроческих лет, именно в юности асоциальность особенно заметна, и выражается в агрессивности, беспорядочном сексуальном поведении и механическом взгляде на секс, в склонности к употреблению алкоголя и наркотиков.

Консультант должен знать, что асоциальная личность – это не просто другой человек. Она кардинально отличается от других – отношением к себе и другим людям, целями жизни. MacKinnon и Michols указывают (цит. по: Kennedy, 1977 г.).

"Асоциальная личность смотрит на других людей как на источник опасности или наслаждения, не обращая внимания на их безопасность, удобства, удовольствия. Она переживает собственные побуждения как неотложные и неумолимые, откладывая реализацию которых или замена чем-либо другим немислимы. Удовлетворение побуждений ведет к распушенности, состоянию пресыщения, но не к переживанию счастья с присущим ему чувством повышения самоуважения".

Асоциальная личность нетерпелива, ориентирована на сиюминутное удовольствие, руководствуется непосредственными побуждениями и не в состоянии терпеть задержку в удовлетворении потребностей. Она может украсть потому, что в данный момент не имеет с собой денег или просто не хочет утруждать себя получением желаемого законным способом. От асоциальных действий не удерживает и угроза наказания. Импульсивности в удовлетворении потребностей сопутствуют приступы агрессивности в ситуациях фрустрации. Из-за отсутствия эмпатии агрессивным реакциям бывают свойственны жестокость, даже садизм.



Асоциальная личность не способна завязывать тесные межличностные отношения. Дружба требует от людей чуждых ей качеств. Асоциальные индивиды могут только брать от других, но ничем не хотят жертвовать, и это порождает семейные неурядицы. Они ориентируются исключительно на себя и не воспринимают других людей как имеющих права и чувства. Другие люди для них только средство достижения собственных целей. Асоциальная личность нередко паразитирует на окружающих, используя свою внешнюю привлекательность. В силу перечисленных причин консультанту трудно проявлять эмпатию к таким клиентам, а их неспособность установить близкие и осмысленные отношения препятствует получению пользы от консультирования и психотерапии. Однако, принимая во внимание бесконечную мелочность чувств асоциальной личности, консультант не должен поспешно обвинять себя, когда не удается наладить с ней эмоциональный контакт.

Асоциальные личности редко попадают к консультанту по собственному желанию. Обычно их направляет школа или другие организации, поэтому консультанту, сначала следует выяснить причины прихода клиента на консультирование, устанавливая контакт с асоциальными клиентами, как упоминалось выше, очень трудно, потому, что они привносят свой повседневный стиль жизни и общения в консультирование. С самого начала консультирования такие клиенты имеют склонность обманывать консультантов, особенно неопытных, своим внешним обаянием и мнимой доброжелательностью, умением подольститься. Консультант в стремлении помочь может перестараться и сделаться объектом манипуляции клиента. В этом смысле для неопытного консультанта асоциальная личность представляет опасность.

По мнению Coleman (1964; цит. по: Kennedy, 1977), асоциальная личность имеет склонность избегать ответственности за неприемлемое поведение за счет рационализации и перекладывать вину на других

(проекция). Продолжительное общение с таким человеком всегда начинает вызывать неудовлетворенность, напряжение и раздражение.

При работе с асоциальными клиентами консультанту очень важно в любой момент идентифицировать свои чувства и полагаться на них, потому что это единственное средство избежать манипуляций со стороны клиента и выполнять работу, не обращая внимания на большие трудности.

#### **4.13 Консультирование при алкоголизме**

Алкоголизм – это одна из важнейших социальных проблем современности, одна из труднейших медицинских проблем и, наконец, одна из самых трудно разрешимых проблем психологической и психотерапевтической помощи.

Существует немало определений алкоголизма. Одни полагают, что алкоголизм можно диагностировать, когда употребление алкоголя нарушает здоровье и становится необходимым для поддержания нормальной активности. Другие относят алкоголизм к личностным нарушениям, проявляющимся в физической и психической зависимости. Третьи называют алкоголизмом потребление алкоголя, которое влечет за собой проблемы в отношениях с членами семьи, родственниками, друзьями, сослуживцами, противоправные действия при невозможности бросить пить. В последнем случае абсолютное количество употребляемого алкоголя не столь важно.

Причины алкоголизма пытаются объяснить по-разному, и окончательного объяснения не существует. Обычно выделяют социальные, биологические и психологические причины. Биологические причины видят в особенностях метаболизма индивида – некоторые люди слишком чувствительны к алкоголю. Другие, наоборот, отличаются повышенной толерантностью, потребляют чрезмерные дозы спиртных напитков и становятся алкоголиками. Хорошо известен факт, что дети алкоголиков чаще страдают алкоголизмом, а это указывает на важность генетических факторов. Те, кто подчеркивает биологические причины в происхождении алкоголизма,

предпочитают лечить его фармакологическими средствами. Однако лекарственное лечение неэффективно.

Психологические причины алкоголизма усматривают в попытках индивида решать личные проблемы с помощью одного из самых доступных средств – алкоголя. Поскольку спиртные напитки действительно помогают временно уменьшать эмоциональное напряжение, употребление алкоголя может стать привычным средством снятия стрессов. Постепенно для достижения желаемого результата требуются все большие дозы. С увеличением количества алкоголя и частоты его употребления возникают типичные расстройства: мышление становится ограниченным, замедляются физические реакции, портятся отношения с людьми. Новые проблемы значительно серьезнее тех, ради избавления от которых потребовался алкоголь. Исследования личности алкоголиков показывают, что большинство из них эмоционально незрелы, зависимы от других и пассивны. Из-за низкого порога тревожности они постоянно испытывают потребность в ее уменьшении. К употреблению алкоголя побуждает и то, что он облегчает проявление чувств, в том числе враждебных, сексуальных и др., которое в обычном состоянии бывает затруднено. С другой стороны, после эпизодов интенсивного пьянства нередко появляется чувство вины, и желание избавиться от дурного настроения вновь побуждает к употреблению алкоголя.

Выдвижение на первый план психологических факторов обусловлено признанием приоритета психотерапевтической помощи при алкоголизме перед биологической терапией. Однако выбор способов конкретной помощи алкоголику зависит от осведомленности консультанта в проблеме алкоголизма, от его взгляда на этиологию алкоголизма и личность алкоголика. Например, консультант бывает отягощен отрицательными переживаниями в связи с алкоголизмом родителей или сам злоупотреблял алкоголем, и это оказывает влияние на его установки. Он может испытывать антипатию к алкоголику и не видеть в нем человека. Отсутствие сочувствия

не позволит установить с клиентом продуктивный консультативный контакт. В таких случаях, конечно, следует отказаться от работы, потому что для успешного консультирования необходимо за отталкивающим и деструктивным поведением алкоголика все же увидеть лицо человека. Консультант обязан осознавать свое отношение к алкоголизму и истоки возникновения этого отношения.

Стратегия и тактика работы консультанта во многом обусловлены пониманием причин алкоголизма. Bird (1973) исчерпывающе описал варианты такой обусловленности.

Некоторые консультанты алкоголизм понимают как вредную привычку, порок, слабость характера. Серьезной причины для выпивки вроде и нет – просто пьют потому, что нравится, недостает воли, кто-то расстроил или рассердил, невозможно противиться влиянию друзей, или просто потому, что так уж получилось. Консультант при таком подходе прямо говорит клиенту, что он думает об алкоголиках вообще и конкретно о клиенте, а также разъясняет, что тот должен делать. Разумеется, следует перестать пить, больше времени уделять семье, работе, найти хобби и т.п. Иногда наставления имеют хороший непосредственный эффект – клиент перестает пить и начинает "новую жизнь". Однако необходимо помнить, что алкоголику не представляет труда на некоторое время бросить пить. Он бросает пить десятки и сотни раз по самым разным причинам. Иногда происходит совпадение с "воспитательными" усилиями консультанта, и перерыв в питье бывает довольно продолжительным. Если выпивкам клиента сопутствует острое чувство вины, усилия консультанта могут уменьшить переживания и потребность в выпивке тоже значительно уменьшится. Следовательно, поучения и морализация в работе с алкоголиками – не всегда пустая трата времени. Тем не менее, проблема остается – спустя какое-то время клиент, как правило, начинает пить снова.

Консультанты, которые видят причины пьянства в жизненных заботах, в стремлении убежать от трудной и болезненной реальности, всю свою

энергию направляют на раскрытие трудностей и проблем, избегаемых клиентом. И большинство алкоголиков охотно говорят о своих трудностях – тяжелом, бездомном детстве и отрочестве, неудавшемся браке, проблемах на работе и т.п. Это нередко вызывает сочувствие, даже желание конкретно помочь (дать денег, что-нибудь купить, найти жилье). Добродетельность консультанта порой приносит хороший непосредственный эффект, однако обычно ненадолго. Консультант должен быть любезен с клиентом, однако не мягкосердечен, поскольку очень легко можно стать жертвой манипуляций клиента, ведь алкоголики отличаются умением вызывать сочувствие, привлекать на свою сторону и таким образом удерживать консультанта на безопасном расстоянии.

Усматривая причины алкоголизма единственно в жизненных трудностях, мы часто не затрагиваем существенный фактор – внутренние конфликты, страх перед самим собой. Услужливость и благотворительность без понимания внутреннего состояния клиента вредят ему – увеличивают чувство вины, тревожность и тем самым побуждают к новым эпизодам пьянства.

В чем состоит выход? Прежде всего, консультанту следует иметь в виду, что некоторым алкоголикам вообще нельзя помочь. Важно также мнение консультанта об алкоголике. Многие алкоголики чувствительны к критике, они принимают защитную позу и становятся скрытными. Алкоголик в такой же мере достоин уважения, как любое человеческое существо. В беседе надо помочь ему понять самого себя. Большинство алкоголиков, несмотря на чувствительность к критике, имеют низкий уровень самооценки, вплоть до самоуничтожения. Безмерное пьянство, по крайней мере, отчасти отражает ненависть к себе и стремление к саморазрушению. Консультанту необходимо обратить внимание на сексуальную сферу алкоголика. Больным алкоголизмом присущи страхи по поводу половой потенции и вообще полноценности своей половой жизни. Поскольку алкоголик много времени

проводит в однополном обществе, у него могут возникать страхи из-за мастурбации или гомосексуальных побуждений.

Раскрыть содержание своего внутреннего мира алкоголику нелегко и даже рискованно. Клиент, столкнувшись с фактом, что его страхи, тайны половой жизни доступны постороннему человеку, может почувствовать себя обнаженным, испытывающим нападение, и начинает агрессивно реагировать на консультанта, а затем пьянствовать еще интенсивнее.

Как ни парадоксально, но сходным образом алкоголик воспринимает поверхностный подход консультанта, попытку избежать обсуждения острых вопросов и отказ от проникновения в его внутренний мир. Консультант по существу оказывается в безвыходном положении – что бы он ни делал, все заканчивается одним результатом – возвращением клиента к алкоголю. Это ранит профессиональное самолюбие и является одной из главных причин, почему многие консультанты и психотерапевты отказываются помогать алкоголикам.

В работе с алкоголиками, по мнению Bird (1973), консультант должен учитывать две важные вещи. Во-первых, следует отказаться от профессиональной напыщенности, т.е. не думать о своей силе и власти над клиентами и не подразумевать их бесконечную благодарность, перестать кичиться своими успехами. Иначе говоря, не надо "надувать" пузырь своего тщеславия – "Вот какой я!". Во-вторых, следует яснее осознать склонность алкоголиков поддерживать и еще больше раздувать "пузырь" консультанта, чтобы потом "взорвать" его. Если консультант знает об этом, для него значительно менее болезненны попытки клиента подорвать его самолюбие, а кроме того, он спокойнее будет реагировать на заискивания клиента, усматривая в них лишь способ сопротивления консультированию, а следовательно, продолжение саморазрушения.

Консультант должен учитывать деструктивность алкоголика по отношению к самому себе. Сопротивляясь консультанту, алкоголик избегает самопонимания. Поскольку самодеструктивная тенденция составляет, чуть

ли не суть проблемы алкоголизма, то надо всячески выставлять ее перед клиентом. Не осознав стремления к саморазрушению, клиент не поймет причины своего пристрастия к алкоголю. Очень важно, как говорить об этом. Алкоголик и сам знает, что он разрушает семью и жизнь близких. Подчеркивать следует умышленный, хотя и неосознанный характер стремления, отчасти выражающегося в сопротивлении усилиям консультанта. Консультант должен не только объяснить смысл теперешних действий клиента, но и предсказать его поведение после прекращения консультирования и чем все кончится. Предвидение, основанное на реалиях жизни клиента, предоставит ему определенную точку отсчета – когда многое из того, о чем говорил консультант, начнет сбываться, клиент сможет спокойнее посмотреть на свое прошлое без излишней озлобленности и вины. Подобная тактика консультанта гораздо эффективнее, чем морализирование.

Работая с алкоголиком, консультант должен учитывать некоторые принципы:

- во-первых, консультирование может происходить, только когда клиент не пьет. Пьющему клиенту помочь невозможно;
- 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;
- в-третьих, консультант обязан разобраться в своих реакциях контрпереноса по отношению к клиенту. При работе с алкоголиками нередко возникает чувство безнадежности, поскольку кажется, что вложенные усилия бесполезны. Консультант должен четко понимать, что он не в силах остановить пьянство алкоголика. Он может лишь помочь алкоголику стремиться к трезвости, но не способен заставить его бросить пить. Клиент

только собственными усилиями может полностью освободиться от пьянства. Понимая действительность, консультант должен установить допустимые пределы проступков клиента и условия, при соблюдении которых возможно консультирование. Если условия не будут приняты, консультирование необходимо прекратить, но все же оставить открытой дверь для возвращения клиента.

Пожалуй, наилучших результатов в помощи алкоголикам достигло распространенное во всем мире движение "Анонимные алкоголики" (АА), опирающееся на программу 12 шагов. Bird (1973) считает, что программа АА затрагивает самую сердцевину проблем алкоголика — страх перед собой. Часто алкоголик свою установку относительно помощи выражает словами: "Вы не сможете мне помочь. Я пью каждый день, потерял работу, меня оставили жена и дети". Этим он хочет подчеркнуть свое падение и деструктивность, а главное — сказать, что простой смертный не способен ему помочь. Участники АА не убеждают пришедшего алкоголика, что в его поведении нет ничего страшного и такова уж его судьба, что среди них он станет новым человеком. Наоборот, они пытаются уничтожить последние иллюзии и говорят: "Посмотри на нас. Вот он начал пить в четырнадцать лет и три раза сидел в тюрьме, а этот поменял двадцать мест работы, и жена не только оставила его, но и покончила с собой". Таким образом, алкоголику возвращается чувство реальности, уничтожаются последние иллюзии, но вселяется и надежда, что, даже будучи падшим человеком, что-то можно изменить, если признать себя неизлечимым больным. АА не навязывают свою помощь, алкоголик должен прийти сам и попросить помощи. Чтобы это произошло, необходимо достичь предела падения, который у каждого различен, оказаться в кризисе, когда становится понятно, что проблема внутри, что ты стал рабом алкоголя и без посторонней помощи не выкарабкаться. АА готовы помочь в любом случае, независимо от глубины падения.



Очень важный терапевтический фактор программы АА – требование к новичку больше говорить о себе, особенно о том, какой он плохой. Такое обнажение позволяет ему выразить чувство вины, высказать накопившееся годами, о чем не осмеливался говорить и в чем боялся признаться даже себе. Здесь существенен не столько факт возможности высказаться, сколько отсутствие попыток осуждения, ведь никто не стремится казаться лучше. Это дает огромную уверенность в своих друзьях по несчастью.

Очень важный пункт программы АА – возврат к вере в Бога, "насколько я Его понимаю". Это помогает избавиться от самой глубокой тревожности.

Программа АА позволяет также возобновить межличностные контакты, которые в бывшей жизни алкоголика обычно бессодержательны и однообразны.

Часто трудно объяснить, почему присоединившиеся к АА перестают употреблять алкоголь. Полагают, что это происходит по причине идентификации к себе подобными. Признавая в других те же самые проблемы, легче вести себя сходным образом, а также глубже заглянуть в себя. В эффективности АА существенно обстоятельство, что член АА остается непьющим, пока помогает другим, прилагает усилия ради других. Укрепляя других, вновь прибывших, он сам набирается сил.

#### **4.14 Консультирование клиентов с психосоматическими расстройствами**

Существует множество попыток объяснить происхождение психосоматических нарушений. Почти все они так или иначе связаны с психоаналитическим пониманием личности, ибо сами основы психосоматической медицины в третьем десятилетии нашего века формировались под влиянием психоанализа. И сегодня влияние психоанализа на объяснение и лечение психосоматических нарушений довольно велико. Длительное время подчеркивалось значение особенностей

личности в возникновении психосоматических нарушений (например, Dunbar описал "коронарную", "аллергическую", "гипертоническую", "ревматоидную" и др. личности). Позднее полагали, что возникновение конкретных психосоматических нарушений предопределено устойчивостью определенных эмоциональных состояний (один из основоположников психосоматической медицины, Weitzsaker, утверждал, что злоба и ожесточенность обуславливают возникновение болезней сердца; бессилие и зависимость приводят к расстройствам пищеварительного тракта; сексуальное напряжение способствует нарушению системы дыхания и т.п.). В настоящее время ученые склоняются к концепции многофакторного патогенеза психосоматических нарушений и объясняют их не личностной структурой, а специфическими психологическими, генетическими и социальными факторами. Подчеркивается значение генетически заданных свойств человека (в том числе и психических), повышенной уязвимости отдельных органов (обусловленной родовыми травмами, соматическими заболеваниями и физическими повреждениями в младенчестве, детстве и юности), взаимоотношений в семье, способов реагирования личности в критических ситуациях (Kociunas, 1983).

Иногда психосоматические жалобы человека кажутся безосновательными и приводят в замешательство врачей общей практики, которые во всем склонны винить "нервы". Тем не менее, чаще всего за этими жалобами скрыты не выдуманные, а реальные конфликты, говоря точнее, специфическая устойчивость неблагоприятных отношений (Bird, 1973).

Обычно люди стремятся к прекращению плохих взаимоотношений. Психосоматический клиент ведет себя иначе. Он годами может терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Трудно объяснить, почему это происходит. Психосоматическим клиентам не свойственны мазохистские черты. Если бы такие отношения доставляли мазохистское удовлетворение, не возникали бы психосоматические симптомы. Толерантность к неблагоприятным

взаимоотношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, злобы. Если обычно озлобленность побуждает людей к прекращению отношений, то психосоматическая личность подавляет злобу и продолжает отношения. Внешне такой человек даже не кажется страдающим, однако консультант может с полной очевидностью убедиться в страдании его тела. Непонятно, почему происходит подавление злобы, но известно, что психосоматические клиенты очень чувствительны к любым проявлениям озлобленности в себе и других.

Важнейшая задача консультанта в беседе с психосоматическим клиентом — помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Но как это сделать? Некоторые консультанты начинают с вопросов: "Нервный ли Вы?", "Чувствительный ли Вы?". Возможные ответы на эти вопросы, увы, дают мало сведений. Но можно спросить и о конкретных проблемах и постараться вникнуть в жизнь клиента: "Похоже, что-то в жизни вызывает у Вас озабоченность; не расскажете ли об этом?" или "Что происходит в Вашей жизни, что в ней изменилось, что стало иначе, нежели было раньше?". Вопросы направлены на повседневную жизнь клиента, на перемены в его семье, работе, в отношениях с близкими и друзьями. Порой на такие вопросы консультант слышит ничего не значащий ответ: "Все хорошо". Это всего лишь отговорка, поскольку в жизни каждого человека всегда что-то происходит. Однако консультант должен не противоречить, а продолжать спрашивать клиента о различных аспектах его жизни: чем он занимается на работе, с кем работает, каков его личный вклад в общую работу, как он проводит свободное время, каковы взаимоотношения у него в семье? Не следует настоятельно требовать рассказа о конфликтах, отрицательных чувствах, поскольку из словаря клиента исключены соответствующие понятия.

Консультант должен не только помочь клиенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она сказывается на поведении. Одни

психосоматические клиенты слащавы и приятны, со всем соглашаются, и трудно поверить в их враждебность. Другие не способны почувствовать, да и не чувствуют недоброжелательности вокруг себя. При возникновении хотя бы малейшего спора они отступают. Если не могут устраниваться из ситуации, прибегают к рационализации и говорят себе, что спорящие шутят. Иные склонны выражать свою злость, тем не менее, изменяют ее действительный объект.

Беседа с психосоматическим клиентом об озлобленности обычно трудна и далеко не всегда успешна, хотя позволяет показать клиенту, какова его жизненная ситуация, как он подавляет свою враждебность и как это связано с его соматическими симптомами. Консультант должен не только помочь клиенту распознать в себе злобу, но и побуждать его к отреагированию в процессе консультирования. Поэтому не удивительно, если в случае успешной работы заменителем действительного объекта враждебности клиента временно становится консультант.

Еще одна существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее "эмоциональной безграмотности", неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Эти свойства в 1972 г. американский психиатр Р. Silneos приписал "алекситимной личности". Комплекс сходных качеств наряду с симптомами маскированной депрессии был также обнаружен у лиц, перенесших посттравматический стресс, и даже у некоторых здоровых.

Черты алекситимной (психосоматической) личности служат серьезным препятствием в консультировании и психотерапии. Больше всего консультанта фрустрирует отказ этих клиентов связывать свои соматические жалобы с конфликтами в эмоциональной сфере, хотя часто психологический контекст жалоб очевиден. Очень трудно помочь человеку психологическими методами, когда он свои эмоциональные проблемы понимает как соматические. Такой клиент говорит о разнообразных болях, много молчит, не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству, явно ориентирован на

медикаментозное лечение, постоянно принуждает консультанта к инициативе. Монотонный, эмоционально бесцветный стиль клиента вызывает у консультанта раздражение, потому что он чувствует себя загнанным в угол. Попытка активно вовлечь клиента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Соответствующий всплеск физиологических реакций позволяет клиенту еще больше жаловаться на соматическое недомогание.

Если клиент яркий алекситимик, следует применять процедуры консультирования, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Клиента также следует подготавливать к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений клиента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

#### **4.15 Консультирование клиентов с депрессией и суицидными намерениями**

##### ***Психологическая помощь клиентам с депрессией.***

Пониженное настроение – одно из самых неприятных эмоциональных состояний личности, часто возникающих в различных жизненных ситуациях, и один из важнейших симптомов большинства нарушений психики, а иногда доминирующий симптом (депрессивный невроз, психозы). В консультировании мы, как правило, обычно сталкиваемся с так называемой "реактивной депрессией", которая обычно возникает как реакция на события, травмирующие жизнь (соматическое заболевание, конфликты, интимные проблемы, различные утраты, в том числе смерть близкого человека и т.д.).

Депрессия, прежде всего, проявляется в изменении настроения. Человек становится грустным и угрюмым, его одолевают мысли о своей неудавшейся жизни, жжет острое чувство вины. Он теряет вкус к жизни и

способность сопротивляться трудностям, утрачивает интерес к вещам, которые раньше привлекали. Замедляется как двигательная активность, так и течение процессов мышления. Если депрессия незначительна, индивид еще может продолжать работать, выполнять повседневные задания, однако все это перестает доставлять ему удовольствие. При обострении депрессии утрачивается всякая активность. Человек становится безразличным ко всему, например, может часами сидеть у телевизора и смотреть неважно что или просто лежать. Все вокруг он видит в "темном свете". Ярчайшая черта депрессивной личности – самоуничижение. При депрессии человек чувствует себя ничем не стоящим, неудачником и т.п. Он становится слишком чувствительным ко всему, и это тоже уменьшает самооценку. Например, ссора со значимым человеком, которая не более чем эпизод жизни, кажется концом света; неудача на экзамене воспринимается как доказательство абсолютной бездарности. Следует подчеркнуть, что в состоянии депрессии индивид считает свое восприятие мира единственно правильным, а периоды жизни без депрессии представляются ему иллюзией.

Человек в состоянии депрессии занят только собой, своими проблемами, своим здоровьем. Он часто склонен говорить о симптомах, связанных с депрессией, но не о самой депрессии. Поэтому выражается озабоченность физическим здоровьем, подчеркиваются жалобы на бессонницу, раннее пробуждение, потерю аппетита, общую усталость. Иногда жалобы на нарушение различных систем организма "маскируют" депрессию (случаи так называемой "маскированной депрессии").

Консультанту следует помнить, что депрессия искажает понимание прошлого. Человеку кажется, что в его прошлом не было ничего хорошего, никаких просветов. Он не помнит мгновений счастья, как здоровый человек — моментов боли. Такой взгляд на прошлое влияет и на нынешнюю самооценку. Уже говорилось о склонности депрессивных клиентов к самоуничижению. Большинство из них забывают случаи, когда в прошлом им сопутствовал успех, и не способны выделить такие эпизоды в настоящем.

Кстати, депрессия искажает суждения и тех людей, у которых все идет успешно. Консультанту надо обращать на это внимание клиентов.

При возникновении депрессии индивид обычно ищет контакты с другими людьми, сильно желая их помощи. Однако нередко его подавленное настроение обуславливает неудачи в межличностных отношениях. В результате депрессия усиливается, так как индивиду начинает казаться, что окружающие стараются его оттолкнуть. В этом он находит подтверждение нелюбви к себе. Так постепенно прекращается поиск связей с другими людьми, происходит удаление от них и смирение. Охваченный депрессией индивид испытывает бессилие и безнадежность, страдает молча, часто злясь на других и на себя.

Одно из последствий депрессивного состояния – зависимость от мнения других людей, особенно близких. Человек перестает быть равнодушным к тому, что думают о нем другие. Зависимость и чувствительность к критике порождают неуверенность, а она в свою очередь еще больше увеличивает зависимость. Когда депрессивный клиент обращается за помощью, все его поведение проигрывается в ситуации консультирования. Клиент добивается, чтобы консультант взял на себя ответственность за его жизнь. Тем не менее, признавая правило, что в начальной стадии работы с депрессивными клиентами консультант должен быть активнее (об этом еще пойдет речь), вовсе не обязательно принимать на себя всю ответственность за консультативный процесс. Консультант действительно не отвечает ни за решение проблем депрессивного клиента, ни за перемены в его жизни, ни за принимаемые им решения. У клиента, который наконец поймет, что консультант не может и не собирается все делать за него наподобие мага или заботливых родителей, возникает фрустрация, поскольку на самом деле он хочет большего, чем помощи. Депрессивному клиенту недостаточно, чтобы консультант просто помог его самоопределению. Ему хотелось бы иметь в лице консультанта чуть ли не

заменителя любимого человека. Когда такие желания не исполняются, клиент свою неудовлетворенность нередко выражает злобой.

Вообще человек в состоянии депрессии почти всегда испытывает определенную озлобленность, каким бы подавленным и несчастным он ни был. Например, он сердится на умершего супруга за то, что тот оставил его, постоянно жалуется на плохое обращение друзей и близких, возмущается окружающими, довольными жизнью. Здесь возникает и определенное противоречие — появление враждебности усиливает дискомфорт, потому что повышена потребность в людях. Когда человек не осмеливается открыто выразить озлобленность, она возрастает и принимает форму самообвинения. Так получается заколдованный круг, где переплетаются между собой депрессия и зависимость, самоуничужение и озлобленность. Недаром депрессию иногда называют "перевернутой злобой" (Kennedy, 1977).

Поэтому внушать депрессивному клиенту, что все будет хорошо и не надо обращать внимание на мелочи, т.е. всячески подбадривать клиента, скорее вредно, нежели полезно. Это только озлобляет и обостряет депрессию.

Прежде всего, необходимо установить, с депрессией какого рода мы столкнулись – с проявлением психотического заболевания, с невротической депрессией или просто с нормальной реакцией на горестные события. Депрессию не следует путать с другими нарушениями. Иногда консультант принимает симптомы депрессии за переутомление, физическое или психическое истощение и рекомендует клиенту больше отдыхать, спать, употреблять витамины, поехать в санаторий и т.п. Однако в случае депрессии это мало помогает.

Задача консультанта в работе с депрессивными клиентами двояка: поддержать клиента и помочь ему в психологическом объяснении трудностей. Сам факт, что консультант готов "сразиться" с депрессией, укрепляет надежду клиента и нейтрализует отчаяние. Поддержка и понимание уменьшают страдание и переживание вины, помогают



восстановить самоуважение. Клиент, видя хотя бы одного человека, понимающего и ценящего его, может изменить установку по отношению к окружающим в позитивном направлении. В целях восстановления у клиента веры в собственные возможности необходимо обращать внимание на сферы, в которых он компетентен, и его бывшие достижения. Важно мобилизовать агрессивные побуждения клиента, чтобы он мог успешнее бороться с жизненными испытаниями.

Консультант должен не выжидать (это еще больше фрустрирует депрессивного клиента и углубляет депрессию), а активно разговаривать с клиентом о его переживаниях и внешних обстоятельствах. Депрессивные клиенты требуют большей активности, чем остальной контингент обращающихся клиентов. Лучше обычного необходимо структурировать консультативную беседу, особенно в начальной стадии консультирования. Подобная тактика обусловлена пассивностью клиента, его нежеланием самостоятельно анализировать проблемы. Если консультант будет сидеть молча, он лишь подчеркнет неспособность клиента к адекватному общению. Поэтому в начале консультирования специалист несет основную ответственность за беседу.

Иногда депрессивный клиент настолько пассивен, что с трудом может говорить о своих проблемах, поэтому с ним приходит сопровождающий. Хотя вообще в консультировании следует уклоняться от разговоров за спиной клиента, в данном случае получение информации от лица, сопровождающего клиента, представляется оправданным.

Консультант должен часто встречаться с депрессивным клиентом, особенно если сталкивается с острой депрессией. Частота встреч может быть 2-3 раза в неделю с постепенным ее уменьшением в зависимости от состояния клиента. В процессе консультирования необходимо преодолевать зависимость клиента и побуждать его к более активной роли с каждой последующей встречей.

В случаях депрессии обычно используется медикаментозное лечение антидепрессантами. Назначение лекарств и дозировка – это дело врачей, однако консультант должен знать, употребляет ли его клиент лекарства и какова сила их воздействия. Не следует давать советы клиенту по выбору лекарств или доз, однако возникающие вопросы обязательно нужно обсудить с назначившим лекарство врачом.

Консультант должен знать о биологической и психологической предрасположенности некоторых людей к депрессивным реакциям в трудных жизненных ситуациях. У таких клиентов состояние депрессии может повторяться в неблагоприятных обстоятельствах. Депрессия, особенно возникшая в силу внешних причин, исчезает при изменении жизненных условий.

Процесс консультирования депрессивных клиентов красиво обобщил Jacobson (цит. по: Kennedy, 1977):

"Необходима продолжительная утонченная эмпатическая связь между аналитиком и депрессивным клиентом; мы должны быть очень внимательными, чтобы не допускать воцарения бессмысленной тишины или не говорить чрезмерно много, слишком быстро или проникновенно, т. е. никогда не следует отдавать много или, наоборот, мало. В любом случае депрессивным пациентам нужны относительно частые и продолжительные встречи в зависимости от их настроения, нужно теплое отношение и уважение – установки, которые не следует путать с чрезмерными добротой, симпатией, успокоением... С этими пациентами мы всегда находимся между пропастью и синим морем – это неизбежно".

### ***Особенности консультирования при суицидных намерениях.***

Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению, в явной и скрытой форме. Когда мы встречаемся с депрессивными клиентами, нельзя забывать, что слабовыраженная депрессия может перерасти в острую с суицидными намерениями.

Самоубийство считается ужасным, постыдным делом, и некоторые консультанты, работая с депрессивными клиентами, невольно пренебрегают такой возможностью и полагают, что их клиенты не могут даже подумать об этом. Если консультант проявляет такого рода слепоту, возникает большая опасность для благополучия и даже жизни клиента. Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них.

Обычно различают попытку самоубийства (парасуицид) и реализованное самоубийство. По данным Davis (1968: цит. по: Kennedy, 1977), женщины в четыре раза чаще, чем мужчины, пытаются покончить жизнь самоубийством, а мужчины в четыре раза чаще кончают жизнь самоубийством. Иногда утверждается, что неудавшаяся попытка самоубийства означает, что намерение было несерьезным. Это довольно опасное заблуждение, ибо немало людей, пытавшихся совершить самоубийство, повторяют попытку. По данным Shocket (1970; цит. по: Kennedy, 1977), в 12% случаях повторная попытка предпринимается в течение трех лет.

Важен вопрос, кто именно и в каких ситуациях чаще совершает самоубийство. Уже упоминалось, что не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко. Предпринимаются попытки дать более полную характеристику группе потенциальных самоубийц. Kennedy (1977) указывает несколько критериев риска:

1. Одинокие мужчины (разведенные и не имеющие близких друзей) старше 40 лет.
2. Лица, живущие одни.
3. Алкоголики.
4. Люди, перенесшие большую утрату.
5. Люди преклонного возраста, имеющие соматические заболевания.

Pretzel (1972) отмечает два условия, способствующие попыткам самоубийства. Первое – увеличение стресса до трудно переносимого индивидом уровня. Второе – неспособность преодолеть стресс ни в одиночку, ни с помощью других. Обычно решение о самоубийстве не возникает внезапно. Часто ему предшествует серия попыток поделиться своими намерениями с другими людьми. Наибольшая вероятность попытки самоубийства приходится на вершину экзистенциального кризиса. Coleman (1972) отмечает три фактора, сильно повышающие риск при предрасположенности к самоубийству: межличностные кризисы, падение уровня самооценки, утрата смысла жизни и перспективы. Shneidman (1969) указывает четыре условия, способствующие возможности самоубийства:

1. Депрессия.
2. Дезориентация с галлюцинациями и бредом.
3. Стремление вернуть себе контроль за окружением в определенных обстоятельствах, например: неизлечимо больной человек может пытаться совершить самоубийство в целях взять под контроль время своей смерти.
4. Зависимость от других и большая неудовлетворенность таким положением.

Очень важная черта потенциального самоубийцы – амбивалентность. Она затрудняет распознавание действительных намерений. Поэтому о людях, пытавшихся совершить самоубийство, иногда можно услышать: "Не похоже на депрессию. Вчера вечером у него было хорошее настроение".

Консультант, встречающийся с клиентами, имеющими суицидные намерения, прежде всего, обязан проанализировать собственные установки и чувства по отношению к самоубийству, знать их заранее. В работе никогда не следует скрывать свои подлинные чувства. Хороший контакт с консультантом может быть крепчайшей нитью, связывающей потерявшего надежду человека с жизнью.

Иногда полагают, что обсуждение с клиентами возможности самоубийства только усиливает их намерения. Однако, как правило, беседа о

чувствах, подталкивающих к самоубийству, уменьшает вероятность реализации побуждений. Поэтому консультант не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными клиентами проблемы самоубийства. Тем самым он показывает клиенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.

Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, все же нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить консультанта в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые клиенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве.

Встретившись в консультировании с депрессивным клиентом, высказывающим суицидные намерения, очень важно оценить риск их реализации. От правильного прогноза может зависеть жизнь клиента. По мнению Pretzel (1972), "замысел самоубийства имеет три составляющих: выбор средства, убийственная мощь средства и его доступность. Если человек уже выбрал способ самоубийства, наверняка обеспечивающий смерть, и средство легкодоступно, риск становится очень большим.

Степень вероятности самоубийства консультант может выяснить, задавая клиенту косвенные вопросы (Bird, 1973). Прямо спрашивать: "Не намереваетесь ли Вы совершить самоубийство?" – неприемлемо, потому что такой вопрос побуждает клиента к отрицанию. Эффективна тактика "постепенного" расспроса:

*Консультант:* Как идут дела?

*Клиент:* (пожимает плечами).

*Консультант:* Не все хорошо?

*Клиент:* (трясет головой).

*Консультант:* Грустно?

*Клиент:* (кивает головой).

*Консультант:* Все кажется безнадежным?

*Клиент:* Да.

*Консультант:* Жизнь иногда кажется бессмысленной?

*Клиент:* Иногда.

*Консультант:* Часто ли Вы думаете, что хотели бы умереть?

*Клиент:* Большую часть времени.

*Консультант:* Возникает желание покончить с жизнью?

*Клиент:* Иногда.

*Консультант:* Обсуждали ли Вы, как это сделать?

*Клиент:* Еще не зашел так далеко.

Такая постепенность опроса дает возможность точнее узнать, как далеко зашел клиент в своих мыслях о смерти. В данном случае клиент имеет явные суицидные намерения, однако прямой угрозы самоубийства пока нет.

Основатель логотерапии V. Frankl предлагает оценивать вместо вероятности самоубийства величину жизненного потенциала и спрашивать клиента не о причине нежелания жить, а о смысле жизни для него. Чем больше находится нитей, связывающих клиента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство. Существуют определенные правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство (Schutz, 1982; Berman, Cohen-Sandler, 1983; цит. по: Corey, 1986; Bird, 1973; Kennedy, 1977):

1. С такими клиентами нужно чаще встречаться.
2. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты в его жизни. Например: "Вы упоминали, что прежде многим интересовались. Расскажите о своих пристрастиях" или "Всегда есть ради чего жить. Что Вы думаете об этом?". Такие вопросы помогают клиенту изыскать ресурсы для преодоления трудного этапа жизни.
3. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию ("От этого ничего не изменится", "Знаете ли Вы, что все

религии считают самоубийство величайшим грехом?"). Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и консультант – тоже.

4. Специалист должен привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей).

5. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить консультанту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние.

6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности – проинформировать близких клиента, обсудить вопрос о госпитализации. Консультанту не всегда легко это выполнить. Клиент нередко начинает отрицать свои намерения и утверждает, что нечего за него беспокоиться. Тем не менее, консультанту лучше понадеяться на свою интуицию и учесть опасные признаки в поведении клиента, поскольку утешительные заявления могут носить отвлекающий характер. В случаях явного суицидного риска консультант должен потребовать немедленной госпитализации, хотя большинство клиентов категорически протестуют против помещения в психиатрическую клинику. Некоторые психотерапевты (Storr, 1980) считают, что клиента шокирует изменение поведения консультанта. Человек, побуждающий к независимости и свободному выбору, вдруг берет на себя полномочия ограничить свободу клиента, запереть его в психиатрической клинике. Нам думается, что право окончательного выбора имеет каждый человек, но обязанность консультанта в случае угрозы самоубийства – сделать максимум возможного, чтобы повлиять на выбор клиента в пользу жизни.

7. Консультант не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.

8. Консультант обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, не всегда способен воспрепятствовать самоубийству. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам клиент. Консультант не может полностью и единолично отвечать за клиента. Он лишь профессионально ответствен за пресечение реализации суицидных

намерений. Однако неопровержима аксиома – если клиент действительно хочет покончить с жизнью, никто не способен остановить его. Как отмечает Kennedy (1977), "мы говорим "да" жизни клиента, но должны быть готовы к тому, что некоторые клиенты все-таки скажут своей жизни "нет".

9. Консультант обязан подробно, в письменной форме, документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры для предотвращения катастрофы.

Консультант должен знать специфику консультирования лиц, пытавшихся совершить самоубийство. Консультирование направляется на преодоление побуждений к самоубийству, которые еще остаются после неудавшейся попытки. Hamilton и Moss (цит. по: Kennedy, 1977) выделяют три этапа консультирования: в острой фазе, в фазе выздоровления и после выздоровления. Особенно значима работа консультанта в двух первых фазах.

Во время первого контакта после неудавшегося самоубийства на первый план выступают уникальность ситуации и самочувствие "самоубийцы-неудачника". Человек, испытавший максимальное напряжение духовных сил, понимает, что не умер, но обстоятельства, приведшие к попытке уйти из жизни, у него остались. Момент "пробуждения" – начало нового этапа жизни этого лица. Поэтому важно, какое "воздействие" будет вписано в "чистый лист" сознания клиента. Время первого контакта не должно ограничиваться, клиенту надо позволить выговориться. От консультанта, встречающегося с таким клиентом, требуется неподдельная искренность, сосредоточение и отдача всех своих духовных сил. Имеется в виду нечто большее, чем обязанность консультанта. После попытки самоубийства клиент максимально обнажен и очень раним, он ясно чувствует внутреннее состояние консультанта. В первой фазе не следует начинать обсуждение основного конфликта и лишь постепенно можно перейти к причинам и психосоматическому смыслу самоубийства. Само



консультирование должно быть направлено на уменьшение тревоги и безнадежности.

Фаза выздоровления начинается, когда клиент может возвратиться в свое прежнее окружение. Во время второй фазы, как, кстати, и после полного восстановления, возможно повторение суицидных побуждений. Провоцирующее влияние оказывает именно окружение, непосредственно связанное с травмирующим фактором. Поэтому на втором этапе очень важна работа консультанта с семьей суицидента. Помощь семье нередко разрешает проблематичные обстоятельства. Вообще попытка самоубийства – существенная причина для изменений в семейной жизни, точнее говоря, такие изменения становятся неизбежными. Только перемена условий жизни по-настоящему целебна.

Попытка клиента совершить самоубийство, а тем более осуществленное самоубийство представляют для консультанта очень тяжелую психическую травму. Collins (1978; цит. по: Menninger, 1991) описывает свои переживания после самоубийства пациента: "Вначале тяготило острое чувство вины и не осознавалась неприязнь к пациенту за совершенное самоубийство. Лишь постепенно пришло осознание озлобленности из-за утраченной перспективы. Озлобленность в свою очередь провоцировала вину. Одновременно довлело чувство стыда перед коллегами. Процесс скорби переплетался с повторяющимися воспоминаниями и снами. В первые дни после несчастья покончивший с собой пациент не выходил из головы, черты пациента виделись у большинства встреченных людей. Все это время ощущалась обязанность объясняться с коллегами – рассказывать им о своей последней беседе с пациентом и выражать сожаление, что не заметил признаков надвигающегося самоубийства." Collins так обобщает свой опыт: "Моей самой большой поддержкой был эмпатичный слушатель".

Руководитель известной в США клиники W. Menninger (1991) предлагает советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства пациента.

### 1. Мировоззренческие установки:

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;
- самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
- нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял решение;

### 2. Тактика при консультировании пациентов с суицидными намерениями:

- необходима бдительность и готовность к неудаче;
- в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;
- необходимо обсудить с коллегами самоубийство пациента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

### 3. Как реагировать на самоубийство пациента:

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
- вы обретаёте потрясающий опыт;
- не удивляйтесь подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

### 4. Преодоление последствий самоубийства пациента:

- скорбь – естественная реакция, и все переживают одинаково;
- говорите и переживайте, но без излишнего самообвинения;
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
- помните годовщину горестного происшествия, чтобы не оказаться застигнутыми врасплох.

Jones (1987), вспоминая, что китайский иероглиф, означающий кризис, составляют символы "опасности" и "возможности", обобщает:

"Когда пациент совершает самоубийство, над терапевтом нависает угроза. Помимо личных и профессиональных переживаний из-за утраты он может подвергнуться увольнению вследствие халатности. Однако трагедия

самоубийства пациента предоставляет и возможность профессионального роста в смысле навыков преодоления суицидных кризисов. Расширяется и углубляется поддержка коллег и наша самоотдача, мы начинаем больше ценить дар жизни и помогать полноценно жить другим. Все работающие с людьми, отягощенными серьезными проблемами, должны быть готовы принять на себя ответственность за их самоубийство. Если случается такое несчастье, всегда легче перенести его с помощью других".

#### **4.16 Консультирование при переживании утраты**

##### ***Консультирование в случае смерти близкого человека***

Консультирование людей, перенесших утрату, – это нелегкое испытание духовных сил и профессиональной компетенции.

В жизни утраты более или менее ощутимы, но во всех случаях человек испытывает душевную боль, переживает горе. Утраты, как и многие события нашей жизни, не только болезненны, они предоставляют и возможность личностного роста. Консультант может способствовать реализации этой возможности, если понимает природу утраты, ее связь с другими эмоциями, роль в становлении человека.

Для умершего смерть – абсолютный конец его земной жизни. Однако в душах близких и друзей человек еще продолжает существовать, по крайней мере, некоторое время. Примирение с утратой – болезненный процесс, в котором от утраченного человека "отказываются" постепенно и с трудом. Но процесс совершенно естественен, и его не надо форсировать. Никто не должен вселять искусственный оптимизм в скорбящего, пытаться его чем-либо заинтересовать, занимать развлечениями. Смерть близкого – это тяжелая рана, и несчастный имеет право на скорбь.

Интенсивность и продолжительность чувства скорби у различных людей неодинаковы. Все зависит от характера отношений с потерянным человеком, от выраженности вины, от длительности траурного периода в конкретной культуре.

Душевные терзания как ярчайший компонент траура представляются скорее процессом, нежели состоянием. Перед человеком заново встает вопрос об идентичности, ответ на который приходит не как мгновенный акт, а через определенное время в контексте человеческих отношений.

Для описания процесса скорби часто используется модель Kubler-Ross (1969). Она предполагает чередование стадий отрицания, озлобленности, компромисса, депрессии, адаптации. Считается, что нормальная реакция скорби может продолжаться до года.

Сразу после смерти близкого человека возникает острая душевная боль.

На первом этапе эмоциональному шоку сопутствует попытка отрицать реальность ситуации. Шоковая реакция иногда проявляется в неожиданном исчезновении чувств, "охлаждении", словно чувства проваливаются куда-то вглубь. Это происходит, даже если смерть близкого человека не была внезапной, а ожидалась долгое время. Отрицается сам факт смерти – "Он не умер (она не умерла)", "Этого не может быть", "Я не верю этому" и т. п. Об умершем нередко говорят в настоящем времени, он принимается во внимание при планировании будущего.

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

После первой реакции на смерть близкого человека – шока, отрицания, злобы – происходит осознание утраты и смирение с ней. В статье "Скорбь и

меланхолия" (1917) S. Freud назвал процесс адаптации к несчастью "работой скорби" (Trauerarbeit). Современные исследователи "работу скорби" характеризуют как когнитивный процесс, включающий изменение мыслей об умершем, горечь утраты, попытку отстраниться от утраченного лица, поиск своего места в новых обстоятельствах (Stroebe, 1992). Этот процесс не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Имеется в виду очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Консультант способен доставить облегчение, однако его вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо.

Типичное проявление скорби – тоска по умершему (Parkes, Weiss, 1983). Человек, переживший утрату, хочет вернуть утраченное. Обычно это иррациональное желание недостаточно осознается, что делает его еще глубже. Навязчивые мысли и фантазии об умершем постоянно лезут в голову. Его лицо видится в толпе; пропадает интерес к событиям, которые прежде казались важными, к своей внешности. Места и ситуации, связанные с умершим, приобретают особую значимость. Консультанту следует разобраться в символической природе тоски. Поиск умершего не бесцелен – он явно направлен на воссоздание утраченного человека. Не надо противиться символическим усилиям скорбящего, поскольку, таким образом, он старается преодолеть утрату. С другой стороны, реакция скорби бывает преувеличена, и тогда создается культ умершего. В случае патологической скорби нужна помощь психотерапевта.

В разные периоды жизни люди испытывают амбивалентные чувства друг к другу. После смерти близкого человека прежняя амбивалентность является источником чувства вины. "Работа скорби" обуславливает возврат к отношениям, которые прервала смерть. Предпринимается попытка понять их значение в перспективе времени. Понесший утрату постоянно задает себе вопросы: "Все ли я сделал для умершего?", "Достаточно ли уделял ему

внимания?". Вспоминаются случаи несправедливого отношения к умершему, и страдающий человек заверяет себя в совсем ином поведении, будь возможность все вернуть. Консультант должен с пониманием воспринимать эти сложные переживания как неизбежное изживание скорби.

Во время траура испытывают значительное изменение идентичности, например, резко меняется самооценка осуществления супружеской роли. Поэтому важная составляющая "работы скорби" заключается в обучении новому взгляду на себя, поиску новой идентичности.

В трауре очень существенны ритуалы. Они нужны скорбящему, как воздух и вода. Психологически крайне важно иметь публичный и санкционированный способ выражения сложных и глубоких чувств скорби. Ритуалы необходимы живым, а не умершим, и они не могут быть упрощены до потери своего назначения.

"Работу скорби" иногда тормозят или осложняют сочувствующие люди, которые не понимают важности постепенного изживания несчастья. Трудный духовный процесс отделения от умершего происходит в субъективном мире понесшего утрату, и вмешательство в него окружающих неуместно. Консультант тоже не должен заглушать процесс скорби. Если он разрушит психологическую защиту клиента, то не сможет оказать эффективную помощь. Клиент нуждается в защитных механизмах, особенно на ранней стадии траура, когда он не готов принять смерть и реалистично думать о ней. В условиях дефицита рациональности включаются защитные механизмы. В процессе траура их роль функциональна и сводится к тому, чтобы выиграть время и заново оценить себя и окружающий мир. Поэтому консультант должен позволить клиенту использовать отрицание и другие механизмы психологической защиты.

Следует отметить, что "работа скорби" не для всех людей является эффективной стратегией преодоления утраты. Многие зависят от стиля реагирования. Человеку, склонному заглушать болезненные воспоминания другой деятельностью, "работа скорби" мало помогает. Например, согласно

Nolen-Hoekseman (1987; цит. по: Stroebe, 1992), женщины во время депрессии склонны к навязчивым раздумьям, что только углубляет упадок настроения. Мужчины, наоборот проявляют активность, и это облегчает и укорачивает депрессию.

С окончанием "работы скорби" происходит адаптация к реальности несчастья, и душевная боль уменьшается.

Понесшего утрату человека начинают занимать новые люди и события. Исчезает желание соединиться с умершим, уменьшается зависимость от утраты. В некотором смысле можно сказать, что процесс траура представляет собой медленное ослабление связи с умершим. Это не означает забвения. Просто умерший человек уже предстает не в физическом смысле, а интегрируется во внутренний мир. Вопрос отношения с ним решается теперь символическим образом – умерший своим незаметным присутствием в душе понесшего утрату помогает ему в жизни. Таким образом, чувство идентичности успешно модифицируется.

В период утраты страдание облегчается присутствием родственников, друзей, причем существенна не их действенная помощь, а легкая доступность в течение нескольких недель, когда скорбь наиболее интенсивна. Понесшего утрату не надо оставлять одного, однако его не следует "перегружать" опекой – большое горе преодолевается только со временем. Горюющему человеку нужны постоянные, но не навязчивые посещения и хорошие слушатели.

Роль слушателя в некоторых случаях может выполнять консультант. Находиться со скорбящим человеком и надлежащим образом внимать ему – главное, что можно сделать. Чем больше консультант сопереживает скорби и чем адекватнее воспринимает собственные эмоциональные реакции, связанные с помощью, тем эффективнее целебное воздействие. Не следует поверхностно успокаивать скорбящего человека. Замешательство и формальные фразы лишь создают неудобное положение. Клиенту надо предоставить возможность выражать любые чувства, и все они должны быть восприняты без предубеждения. Задачу консультанта можно выразить

словами Шекспира из "Макбета" – "дать грусти слово". Другая очень важная задача консультанта – помочь близким понесшего утрату человека правильно реагировать на его скорбь.

Нормальный процесс скорби иногда перерастает в хроническое кризисное состояние, которое называется патологической скорбью. По мнению Freud, скорбь становится патологической, когда "работа скорби" неудачна или не завершена. Выделяется несколько типов патологической скорби:

1. "Блокирование" эмоций во избежание интенсификации процесса скорби.

2. Трансформация скорби в идентификацию с умершим человеком. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем.

3. Растягивание процесса скорби во времени с обострениями, например, в дни годовщин смерти.

4. Чрезмерно острое чувство вины, сопровождаемое потребностью наказывать себя. Иногда такое наказание реализуется посредством самоубийства.

### ***Переживание утраты при разводе***

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

Froiland и Hozman (1977; цит. по: George, Cristiani, 1990) для описания развода воспользовались известной моделью Kubler-Ross, о которой упоминалось выше.

1. *Ситуация отрицания.* Первоначально реальность происшедшего отрицается. Обычно человек затрачивает на близкие отношения много времени, энергии и чувств, поэтому трудно сразу смириться с разводом. На этой стадии ситуация развода воспринимается с выраженной защитой,



посредством механизма рационализации обесцениваются брачные отношения: "Ничего такого не случилось", "Все хорошо", "Наконец пришло освобождение" и т.п.

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

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

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

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

Диапазон проблем, возникающих после развода, довольно широк – от финансовых до ухода за детьми. В разрешении проблем существенное место занимает умение жить без супруга (мужа или жены) и преодолевать одиночество. Неизбежна определенная ломка социальных отношений – приходится привыкать одному (одной) ходить на концерты, в гости. Важно здоровым и приемлемым путем удовлетворять сексуальную потребность.

Роль консультанта в этих обстоятельствах может оказаться довольно значительной. Он должен помочь отделить одиночество от уединенности, открыто анализировать отношение к сексу и т.п.

#### **4.17 Особенности беседы с умирающим человеком**

Отношение к смерти оказывает влияние на образ жизни. Стоики говорили, что смерть является важнейшим событием в жизни. Св. Августин мыслил сходным образом: "Только перед лицом смерти рождается самость человека". Итак, смерть является фактом жизни. Трудно принять мысль, что смерть может оказывать позитивное влияние на жизнь, потому что мы обычно смотрим на нее как на абсолютное зло. Однако, если хотя бы на мгновение отказаться от мысли о смерти, жизнь сразу утратит свою интенсивность.

Неизлечимая болезнь неотвратимо приближает реальность смерти. Она существенно изменяет человеческую жизнь, и на этом фоне, как ни парадоксально, нередко появляются признаки "роста личности" (Yalom, 1980). Что же происходит при приближении смерти? В какой-то мере ответ на вопрос мы получаем в беседах с больными раком:

- заново оцениваются приоритеты жизни – теряют значение всякие мелочи;
- возникает чувство освобождение – не делается то, чего не хочется делать, т.е. теряют силу долженствования ("обязан", "необходимо" и т.п.);
- усиливается сиюминутное ощущение жизни;
- обостряется значимость элементарных жизненных событий (смена времен года, дождь, листопад и т.п.);
- общение с любимыми людьми становится более глубоким;
- уменьшается страх быть отвергнутым, возрастает желание рисковать.

Все эти изменения свидетельствуют об увеличении чувствительности неизлечимо больного человека, что предъявляет конкретные требования к

тем, кто находится рядом с ним, – к близким, врачам, психологам. У больного возникают очень важные для него вопросы, которые он задает окружающим. Один из таких вопросов – "Скоро ли я умру?". Не существует единственно правильного ответа на этот вопрос, хотя можно говорить о более или менее универсальных принципах. В настоящее время рекомендуется большая ответственность в разговоре с пациентом о смерти. Прежде всего, неплохо посоветовать ему, привести в порядок жизненные дела (последние желания, завещание и т.п.). Можно не говорить пациенту прямо, что, возможно, он вскоре умрет: "Каждый должен быть готов к самому худшему, особенно тяжелобольной". Некоторые люди не склонны думать о завершении своих земных дел, потому что им кажется, что решение подобных проблем открывает дверь смерти. С ними можно обсудить проблему страха перед смертью.

Вопрос об откровенности с неизлечимо больным представляется одним из самых трудных. Существуют самые разные мнения на этот счет. Одни думают, что пациенту надо сказать всю правду, другие подчеркивают необходимость бережного отношения к тяжелобольному и ничего не говорят ему о приближающейся смерти, третьи считают, что следует вести себя так, как хочет пациент. Конечно, больной имеет право знать правду о своем реальном положении, и никому не позволено узурпировать его право, однако не стоит забывать, что "право знать" отнюдь не тождественно "обязанности знать". Право знания не равносильно выбору знания. Свобода пациента будет реальной только при ориентации на его желание обладать подлинным знанием. Тяжелобольной человек может и не желать знать что-либо конкретное о приближающейся смерти, и окружающие обязаны уважать его выбор. Очень часто знание того, что скоро наступит смерть, не облегчает состояния больного, и тогда даже лучше, если он меньше знает. Когда пациент категорически требует сказать, сколько ему осталось жить, представляя самые разные, нередко достаточно рациональные аргументы, окружающие должны стараться понять, почувствовать, что скрыто за этими

словами. Часто безоглядная смелость является мнимой. Требуя высказать все до конца, пациент не очень представляет свою реакцию на жестокую правду. Иногда нетрудно заметить, что его требование носит скорее формальный характер, и он вовсе не желает получить точный ответ, поскольку это лишает его надежды.

Последовательность реакций неизлечимо больных людей на приближающуюся смерть описывает модель Kubler-Ross:

1. *Отрицание*. При посещении разных врачей пациенты прежде всего надеются на отрицание диагноза. Действительное положение вещей скрывается как от семьи, так и от себя. Отрицание дает возможность увидеть несуществующий шанс, делает человека слепым к любым признакам смертельной опасности.

2. *Злоба*. Она чаще всего выражается вопросами: "Почему я?", "Почему это случилось со мной?", "Почему меня не услышал Бог?" и т.п.

3. *Компромисс*. На этой стадии стремятся, как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, отказываясь от разных удовольствий, и т.п.

4. *Депрессия*. Поняв неизбежность своего положения, постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают грусть, горечь.

5. *Адаптация*. Смирение понимается, как готовность спокойно встретить смерть.

Удельный вес отдельных стадий у разных людей значительно различается. Следует отметить, что через все эти стадии проходят и члены семьи, узнав о неизлечимой болезни близкого человека.

Важнейшей стадией преодоления страха смерти Bird (1973) считает отрицание. По его мнению, отрицание действует подобно морфию – не устраняя причины заболевания, оно уменьшает боль. "Отрицание облегчает душевные страдания за счет сокрытия реальности. Действие защитного механизма происходит бессознательно, его интенсивность и характер не у всех одинаковы. Иногда бестолковый доктор пытается бороться с

психологической защитой пациентов, высмеивая абсурдность их фантазий (пациенты с неизлечимой болезнью порой усматривают признаки выздоровления, начинают строить далеко идущие планы и т.п.). На самом деле проявляется совершенно естественная и обоснованная реакция умирающего на страх смерти. "Развенчание" искаженной картины болезни уместно при других заболеваниях (например, отрицание болезни при инфаркте миокарда может стоить пациенту жизни).

С помощью отрицания создается иллюзия, что все обстоит хорошо. Однако отрицание ни в коем случае не означает, что пациент действительно не знает о приближении смерти. Скорее можно думать, что он выбирает незнание или, иначе говоря, предпочитает оставаться в неведении. На бессознательном уровне пациент чувствует, какова ситуация в действительности, но склонен игнорировать ее. Следует отметить, что использование отрицания бывает успешным, т.е. выполняет свои функции только тогда, когда никто из окружающих людей не использует этот механизм защиты. Обычно же близкие умирающего, а иногда даже врачи, склонны игнорировать истинное положение дел, потому, что тоже испытывают страх перед смертью и не знают, как разговаривать с человеком, которому осталось недолго жить. Тем самым они мешают пациенту воспользоваться механизмом отрицания. Когда окружающие начинают говорить о том, что все будет хорошо и пациент выздоровеет, тревожность у пациентов увеличивается, и часто такие "игры" близких становятся для него признаком полной безнадежности его состояния.

Умиравший человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить. Поэтому консультанту или врачу следует уметь квалифицированно разобраться в желаниях умирающего и связанных со смертью фантазиях и страхах. Это позволяет не только выслушать пациента, но и помочь ему поделиться мыслями о смерти, собственном негодовании и о том, что он потеряет вместе

с жизнью. Консультант, по сути, способен побудить неизлечимо больного человека изведать жизнь до последнего мгновения.

В заключение перечислим несколько важных принципов, которые следует учитывать консультанту в работе с умирающим человеком:

1. Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: "Человек всегда умирает в одиночку" нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитное отгораживание от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.

2. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

3. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

4. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

5. Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

6. Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

7. Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, – это наша личность. Конечно, мы не представляем собой идеальное средство помощи, но все же наилучшим образом соответствующее данной ситуации.

Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

8. Психологам и врачам следует признаться в своих сомнениях, чувстве вины, ущемленном нарциссизме и мыслях о собственной смерти.

Персоналу, работающему с умирающим и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними, прежде всего, следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Медикам важно преодолеть унижение профессионального достоинства. Такое чувство довольно часто встречается среди врачей, для которых смерть пациента в определенном смысле является профессиональной катастрофой.

#### **4.18 Консультирование при сексуальных проблемах**

В нашем обществе вследствие либерализации социальных норм по отношению к сексуальности, распространения книг и видеопродукции, пропагандирующих эротику и секс, сексуальное поведение становится все более свободным, тем не менее, проблемы остаются и даже возникают новые. Например, некоторые люди переживают из-за несоответствия полового поведения тем стандартам, которые они видят на экране или о которых читают в книгах.

Основная причина сексуальных проблем кроется в психическом напряжении, тревожности, внутренних конфликтах, поскольку сексуальная сфера человека особенно чувствительна к эмоциональным стрессам. Раскрепощенность в отношении сексуальной жизни позволяет людям свободнее обращаться к специалистам по сексуальным проблемам и обсуждать их во время консультирования.

Термины "секс" и "сексуальность" часто используются как синонимы, но их значение различается. Это важно знать, если использовать данное понятие в своей профессиональной работе. Секс означает механическое осуществление полового акта. Сексуальность же охватывает всю гамму ощущений – от чувственного возбуждения до переживания интимности. В

психологическом консультировании приходится чаще сталкиваться с сексуальными проблемами, хотя иногда клиенты желают обсудить и технические аспекты сексуальной жизни.

Консультирование при сексуальных проблемах предполагает понимание, что такое норма, патология и девиации сексуальной жизни. Рассмотрим вкратце содержание этих понятий.

Целью сексуального поведения, согласно нашим культурным нормам, являются осмысленные любовные отношения, доставляющие наслаждение и глубокое познание другого человека, избавляющие от сексуального напряжения и позволяющие иметь детей. Нормальная сексуальность охватывает широкий спектр полового поведения. Иногда, даже трудно установить точную границу между нормальной и ненормальной сексуальностью. Расположение этой границы зависит от социокультурных, моральных и правовых норм. Кстати, они часто бывают архаичными и консервативными. Изменение социальных установок к формам выражения сексуальности приводит к новому представлению о сексуальной норме, которое нередко зависит от соглашения партнеров. Многие техники половых отношений считаются нормальными, если таковыми их признают оба партнера. Большинство специалистов причисляют к нормальному проявлению сексуальности мастурбацию (особенно в отрочестве), оральные секс, хотя существуют и противоположные мнения. Причины отклонений в сексуальности могут быть как психологическими, так и физическими. Следует отметить, что нарушенная сексуальность усугубляет другие проблемы, которые в свою очередь усиливают сексуальные расстройства.

Наиболее распространенное нарушение сексуальности у мужчин – импотенция, или половое бессилие, проявляющееся в невозможности достичь полной эрекции во время половых сношений. Как временное нарушение, импотенция встречается довольно часто – поданным некоторых авторов, в определенные периоды жизни ее претерпел почти каждый второй мужчина. С возрастом вероятность импотенции увеличивается. Импотенция



вызывает острые переживания, особенно у молодых мужчин. Возникает заболевание в силу органических или психогенных факторов. В первом случае патогенное влияние может оказывать употребление гормональных препаратов, некоторые соматические заболевания, неврологические нарушения. Во втором случае нередко обнаруживается дисгармония отношений с партнершей, повышенная тревожность, хронические чувства вины и стыда; иногда половая функция блокируется в определенных ситуациях. Неудача в половых отношениях обычно вызывает острое чувство неполноценности, которое в свою очередь провоцирует последующие неудачи.

Другое встречающееся у мужчин нарушение – слишком ранняя эякуляция, т.е. извержение семени до или сразу после введения члена во влагалище. Причины преждевременной эякуляции, как правило, психогенные, чаще всего неразрешенные сексуальные конфликты, хотя иногда играет роль сильная усталость. Само нарушение вызывает постоянное чувство неполноценности у мужчин и сексуальную неудовлетворенность у женщин. Слишком ранняя эякуляция не позволяет партнерам одновременно достичь оргазма.

В некоторых случаях эякуляция вообще отсутствует или происходит без оргазма. Такого рода расстройства нередко возникают в результате воздействия некоторых лекарств и требуют тщательного медицинского обследования.

Наиболее распространенное нарушение женской сексуальности – фригидность, или половая холодность, важнейшая особенность которой – частичное или полное отсутствие сексуального удовлетворения. Это расстройство не препятствует возможности собственно половых отношений. Этиология фригидности чаще всего психогенная, связанная с отрицательными чувствами по отношению к сексуальному акту (прежний отрицательный опыт, неприемлемое поведение партнера и т.п.). Фригидности могут сопутствовать соматические расстройства, например вагинизм

(непроизвольные спазмы стенок влагалища, мешающие введению полового члена), который, впрочем, тоже связывают с психологическими проблемами.

У обоих полов сексуальное нарушение может проявляться в форме гиперсексуальности. При этом расстройстве человека постоянно мучают мысли и фантазии сексуального характера, его одолевает половое влечение. Женскую гиперсексуальность иногда называют нимфоманией, мужскую – сатириазисом. Этиология гиперсексуальности чаще всего психогенная, но она может возникнуть на фоне эпилепсии и других неврологических заболеваний, а также в результате употребления амфетаминов и гормонов. В некоторых случаях гиперсексуальность обусловлена физиологическими изменениями во время менопауз и климактерического периода.

Под сексуальными отклонениями понимают социально неприемлемые формы сексуального поведения. Пока нет единого мнения о причинах сексуальных отклонений. Их происхождение объясняют органическими заболеваниями и генетическими факторами, нарушениями гормонального обмена, а также психическими травмами, особенно на раннем периоде развития.

Различают два типа сексуальных отклонений: по выбору объекта (фетишизм, педофилия, зоофилия и др.) и по цели сексуального влечения (трансвестизм, эксгибиционизм, вуайеризм, садизм, мазохизм и др.).

*Фетишизм* – возведение в культ сексуального объекта предметов одежды или частей тела возлюбленного. Обычно характерен для мужчин.

*Педофилия* – патологическое сексуальное влечение к детям. Обычно педофил имеет мазохистские наклонности и является импотентом. Ребенок трактуется как неугрожающий сексуальный объект.

*Трансвестизм* – сексуальное удовлетворение от переодевания в одежду противоположного пола или принятия роли лица другого пола. Чаще встречается среди мужчин. Этим лицам с детства свойственна недифференцированная половая идентификация.

*Экзгибиционизм* – сексуальное удовлетворение от демонстрирования своих половых органов перед лицами противоположного пола. Он означает компенсаторное стремление подтвердить свою сексуальность и чаще встречается у мужчин. Испуг жертвы – обязательное условие сексуального удовлетворения. Экзгибиционизму обычно сопутствует мастурбация.

*Вуайеризм* – половое отклонение, противоположное экзгибиционизму, когда удовлетворение наступает от наблюдения за обнаженным лицом противоположного пола. Это и является окончательной целью сексуальных устремлений.

Поскольку отношение к гомосексуализму во многих странах быстро меняется, его несколько выделяют среди сексуальных нарушений и отклонений. Гомосексуализмом называют половые контакты с лицами того же пола (женский гомосексуализм – лесбиянство). К гомосексуалистам относятся и бисексуалы, поддерживающие половые контакты с лицами обоих полов. Гомосексуализм довольно распространен (1-4% среди мужчин; 1-3% среди женщин). По-прежнему дискутируется вопрос, представляет ли гомосексуализм половое отклонение – часть специалистов относят его к социальным девиациям (в 1974 г. этой позиции придерживались большинство членов Американской ассоциации психиатров). Некоторые авторы рассматривают гомосексуализм в качестве нормального варианта сексуальной предрасположенности, и тогда становится неадекватным вопрос о его лечении и в консультировании можно лишь обсуждать проблему социальных предрассудков. Для большинства консультантов немалые трудности представляет непредвзятое выслушивание гомосексуалистов о проблемах их взаимоотношений с партнерами, хотя в действительности речь идет о тех же самых трудностях, которые встречаются при гетеросексуальных связях – ревность, конкуренция, доминирование, скука, неверность и т.п.

Как начинать беседу о сексуальных проблемах? Даже если эти проблемы являются основной причиной обращения, клиенты далеко не

всегда прямо говорят о них. И консультант не всегда может свободно расспрашивать клиента об интимных сторонах его жизни. Поэтому изучение сексуальности клиента нередко начинается со стандартного вопроса и ответа или своеобразной игры консультанта и клиента: "Что Вы могли бы рассказать о своей половой жизни?" – "Все хорошо" или "Нормально". Однако консультант не должен удовлетворяться таким поверхностным ответом, необходимы уточняющие вопросы: "Что значит "хорошо"?", "Что является для Вас нормой в половой жизни?". Тем самым мы даем клиенту понять, что краткий ответ возможен, но недостаточен. Как упоминалось, даже если клиент обратился не из-за сексуальных расстройств, большинство психологических проблем тесно связаны с сексуальной сферой. Поэтому когда клиент ничего не говорит о своей сексуальности, консультант должен навести его на эту тему: "Вы ничего не рассказываете о своей сексуальной жизни". Такое замечание бывает более ценно, чем вопрос. Если клиент отвечает вопросом: "А что Вы хотите узнать?", замечание можно перефразировать в вопрос: "Почему Вы ничего не говорите о половой жизни?" При сопротивлении обсуждению подобных вопросов не следует оказывать давления, однако необходимо указать, что без такого обсуждения гораздо труднее понять другие проблемы.

Консультирование клиентов с сексуальными проблемами бывает трех видов: сексуальное просвещение, формирование адекватного сексуального поведения и сексотерапия. Различные аспекты консультирования Calderone (1976; цит. по: George, Cristiani, 1990) охарактеризовал следующим образом:

"Просвещение является процессом, в котором предоставляется фактическая информация о сексуальности и поощряется изменение установок по отношению к ней. Собственно консультирование заключается в помощи индивидам превратить свое сексуальное образование в социально ответственное сексуальное поведение. Во время терапии помогают осознать и устранить ненормальности в сексуальной жизни".

Сексуальное просвещение и собственно консультирование, как правило, происходят вместе.

При консультировании взрослых сексуальное просвещение подразумевает изменение установок по отношению к сексуальности. Проблемы часто возникают из-за превратных представлений о половой жизни, т.е. разного рода псевдоидей и мифов. Большинство людей имеют своеобразное представление о том, что является нормальным и ненормальным в половой жизни, и это понимание нередко обусловлено мифами. Многие мифы интерпретируют половой акт и распределение ролей в нем. Вот некоторые из них:

- мужчина всегда стремится к половым отношениям, а женщина – нет;
- мужчина по природе агрессивен, обладает сильной потенцией, а женщина обычно пассивна;
- мужчина всегда должен быть инициатором половых отношений;
- оба партнера должны одновременно испытывать оргазм;
- у мужчины всегда должны быть эрекция и эякуляция;
- мужчина не может повлиять на способность женщины испытывать оргазм;
- половые отношения возможны лишь в определенное время при наличии определенных условий;
- в сексе существуют приемлемые и неприемлемые позиции и т.д.

Некоторые люди руководствуются сексуальной мифологией и чувствуют себя несчастными, если их половая жизнь не соответствует стереотипным представлениям. Очень важно, чтобы сам консультант не находился под воздействием всяческих мифов.

Помощь клиентам в освобождении от мифов и стереотипов – очень важный аспект консультирования при сексуальных проблемах.

Консультант должен быть подготовлен к консультированию клиентов всех возрастных групп. Kirkpatrick (1975; цит. по: George, Cristiani, 1990) сформулировал девять правил сексологического консультирования:

1. Консультант не должен быть отягощен собственными сексуальными проблемами. Это необходимое условие для адекватного реагирования на соответствующие затруднения клиентов.

2. Консультант должен уметь свободно и открыто говорить о сексуальных проблемах, т.е. не употреблять обтекаемых выражений и правильно использовать сексологическую терминологию.

3. Консультант в некоторых случаях должен первым начать разговор о возможных сексуальных проблемах клиента, поскольку клиент может проявлять робость.

4. Консультант обязан уметь интерпретировать сексуальные проблемы, когда клиент представляет их в замаскированной форме.

5. Консультант должен быть хорошо осведомлен в различных вопросах сексуальности человека, чтобы предоставить клиентам соответствующую информацию (анатомия, психология полов, фармакология, контрацептивные средства).

6. Консультант должен иметь в виду при консультировании подростков и юношей, что их знания о сексуальности могут быть неполными и искаженными. Следует обратить особое внимание на ранние половые отношения, мастурбацию, использование предохранительных средств.

7. Консультант должен понимать пределы своих возможностей. Не следует заниматься сексотерапией без специальной подготовки.

8. Консультант обязан знать, в каких случаях направлять клиента к другим специалистам, и адреса этих специалистов.

9. Консультант должен отказаться от осуждающих оценок в отношении сексуального поведения и достоинств клиентов.

В лечении сексуальных нарушений пользуется популярностью сексотерапия, предложенная американскими учеными Masters и Johnson

(1970). Хотя она по существу предназначена для пар, однако в последнее время применяется в качестве индивидуального и группового метода.

Сексотерапия основывается на нескольких принципах:

- ответственность за собственное поведение;
- сексуальная раскрепощенность;
- изучение разных форм сексуального поведения;
- углубленное осознание при общении с противоположным полом своих чувств и фантазий;
- структурная перестройка поведения.

Сексотерапия чаще всего применяется при импотенции (первичной и вторичной), слишком ранней или запоздалой эякуляции, нарушениях оргазма и вагинизме.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Жизнь современного человека происходит в контексте быстро меняющихся информационных, технологических и социальных процессов. Необходимость адаптации к происходящим изменениям требует от людей все большего количества материальных, биологических, социальных и психологических ресурсов. Если человек постоянно не восполняет и не развивает свои ресурсы, то это может приводить к нервно-психическому истощению. Как следствие, возникают соматические, психические и личностные расстройства, девиантное поведение и конфликты в малых и больших социальных группах.

Острый или хронический стресс, психическая травма воздействуют на способность личности адекватно воспринимать и оценивать происходящие в жизни изменения. Возникает так называемый когнитивный ступор, когда человек не может посмотреть на ситуацию с различных сторон и не видит альтернативных вариантов решения трудной жизненной ситуации. В этом состоянии личность нуждается в помощи компетентного специалиста. Социальный работник может оказывать первичную психологическую

помощь лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации для преодоления состояния когнитивного ступора, адекватного восприятия и оценки психотравмирующего опыта или стресса и поиска альтернативных решений. Для этого социальный работник должен знать специфические особенности разных категорий клиентов, должен уметь адекватно оценить травмирующий или стрессовый фактор и доступные ресурсы личности, а также уметь подобрать наиболее подходящую технологию и методы оказания первичной психологической помощи клиенту.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ассаджиоли Р. Динамическая психология и психосинтез. / В кн.: Психосинтез и другие интегративные техники психотерапии. / Под ред. А.А.Бадхена, В.Е.Кагана. – М., 1997.
2. Ассаджиоли Р. Психосинтез. Принципы и техники. – М., 2002.
3. Баркер Р.Ч. Избранное (эссе по Науке Разума). – К., 1997.
4. Бейлс Ф. Основные принципы Науки Разума. – Кишинев, 1998.
5. Большой толковый психологический словарь / А.Ребер. Т.2. – М., 2000.
6. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. – М., 1997.
7. Бюллетень №1 Института танатотерапии. – М., 2002.
8. Василюк Ф.Е. Методологический смысл психологического схизиса //Вопросы психологии. 1996 г. №6.
9. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. – М., 2000.
10. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М., 1999.
11. Газарова Е.Э. Психология телесности. – М., 2002.
12. Гальперин П.Я. Психология как объективная наука. – М. – Воронеж, 1998.
13. Гальперин П.Я. Введение в психологию. – М., 1999.
14. Годфруа Ж. Что такое психология: В 2-х т. Т.1. – М., 1992.



15. Гроф С. Путешествие в поисках себя. – М., 1994.
16. Гроф С. Психология будущего. – М., 2001.
17. Друри Н. Трансперсональная психология. – М.; Львов, 2001.
18. Дьячук Н.В. Психотехника. – М., 1997.
19. Дэвис Р.Ю. Техника творческого воображения. – К., 2000.
20. Загайнов Р.М. Проклятие профессии: бытие и сознание практического психолога. – М., 2001.
21. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М., 2000.
22. Каптен Ю.Л. Основы медитации. – СПб., 1991.
23. Козлов В.В. Свободное дыхание. Методические указания. – М., 1993.
24. Козлов В.В. Истоки осознания. – Волгоград, 1999.
25. Козлов В.В. Теоретические и экспериментальные основы интенсивных интегративных психотехнологий в социальной психологии. Дисс... д.пс.н. – Ярославль, 1999.
26. Козлов В.В. В поисках новой методологии – хоლოномный подход // Психология инновационного управления социальными группами и организациями: Материалы международного конгресса / Отв. ред.: А.В. Брушлинский, А.Л. Журавлев, Н.П. Фетискин. – М.; Кострома, 2001.
27. Козлов В.В. Психотехнологии измененных состояний сознания. Личностный рост. Методы и техники. – М., 2001.
28. Козлов В.В., Майков В.В. Основы трансперсональной психологии. Истоки, история, современное состояние. – М., 2000.
29. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия: Руководство для врачей. – М., 2001.
30. Краткий психологический словарь / Сост. Л.А.Карпенко. – М., 1985.
31. Лоуэн А. Психология тела: биоэнергетический анализ тела. – М., 2000.

32. Мазилев В.А. Необходимость разработки коммуникативной методологии // Социальный психолог. 2001. №1.
33. Мазур Е.С. От гуманистической психологии личностного роста – к экзистенциальной психологии жизнотворчества // Московский психотерапевтический журнал. 2001. №2.
34. Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики. – СПб., 1997.
35. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. – СПб., 1999.
36. Могилевская А.П. Диета хороших новостей. – М., 1998.
37. Мюнстерберг Г. Основы психотехники. – М., 1924.
38. Нельсон Р. Дверь в постижимое. – Донецк, 1996.
39. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб., 2001.
40. Никитин В.Н. Психология телесного сознания. – М., 1998.
41. Новиков В.В. Социальная психология: феномен и наука. – М., 1998.
42. Новиков В.В. О востребованности и путях развития современной социальной психологии // Социальный психолог. 2001. №1.
43. Норбеков М., Хван Ю. Энергетическое здоровье. – Спб., 2000.
44. Ожегов С.И. Словарь русского языка. – М., 1991.
45. Осипова А.А. Общая психокоррекция. – М., 2000.
46. Основные направления современной психотерапии / Под ред. А.М. Боковой. – М., 2000.
47. Папуш М. Психотехника экзистенциального выбора. – М., 2001.
48. Петровский А.В. Теоретическая психология как основание «общей психологии» // Вопросы психологии. 2000. №4.
49. Петровский А.В., Петровский В.А. Категориальная система психологии // Вопросы психологии. 2000. –№5.
50. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. – М., 2000.
51. Полная энциклопедия здоровья Луизы Хей. – М., 2000.

52. Психогимнастика в тренинге / Под ред. Н.Ю.Хрящевой. – СПб., 2001.
53. Психология XXI века: пророчества и прогнозы («Круглый стол») // Вопросы психологии. 2000. №№ 1-2.
54. Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. – М., 1997.
55. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000.
56. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М., 1998.
57. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. – М., 2000.
58. Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Редактор-составитель В.Ю. Баскаков. – М., 2001.
59. Сильва Х., Голдман Б. Управление интеллектом по методу Сильва. – Минск, 1997.
60. Сильва Х., Миэле Ф. Управление разумом по методу Сильва. – Минск, 1997.
61. Сильва Х., Стоун Р.Б. Получение помощи с «другой стороны» по методу Сильва. – Минск, 1997.
62. Современный словарь иностранных слов. – М., 1992.
63. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов н/Д., 2001.
64. Сытин Г.Н. Животворящая сила. Помоги себе сам. – М., 1990.
65. Сытин Г.Н. Как в 75 я стал молодым. – М., 1997.
66. Сытин Г.Н. Самоубеждение как эффективный метод оздоровления-омоложения. – М., 2001.
67. Тривард Т. Эдинбургские лекции по ментальной науке. – Тамбов, 2000.
68. Уилбер К. Никаких границ. – М., 1998.
69. Уолш Р. Основания духовности. – М., Екатеринбург, 2000.

70. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М., 1991.
71. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. – СПб., 2001.
72. Фромм Э. Бегство от свободы. – М., 1989.
73. Фромм Э. Иметь или быть? – М., 1990.
74. Холл М.П. Духовные уроки и их смысл. – Донецк, 1994.
75. Холмс Э. Наука разума. – Тамбов, 2000.
76. Цзен Н.В., Пахомов Ю.В. Психотренинг: игры и упражнения. – М., 1999.
77. Шульц Д.П., Шульц С.Э. История современной психологии. – СПб., 1998.
78. Экзистенциальная психология. Экзистенция / Под ред. Р. Мэя и др. – М., 2001.
79. Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // Вопросы психологии. 2001. №5.