**Вопрос№1**  
Цели и задачи психологического консультирования  
Психологическое консультирование - особый вид псих помощи, направленный на поддержу клиента при решении им жизненно важных проблем.  
Основная цель консультирования – предоставление клиенту возможности в процессе взаимодействия с психологом исследовать внутренние ресурсы возникших проблем.  
Цели психологического консультирования:  
1. Облегчение изменения поведения.  
2. Совершенствование способностей клиента устанавливать и поддерживать взаимоотношения.  
3. Увеличение продуктивности клиента и его способности к преодолению трудностей.  
4. Помощь в процессе принятия решений.  
5. Способствование раскрытию и развитию потенциальных возможностей клиента.  
Разговор с психологом должен помочь человеку в решении его проблем и налаживании взаимоотношений с окружающими, осознать и изменить малоэффективные модели поведения, для того, чтобы принимать важные решения, разрешать возникающие проблемы, достигать поставленные цели. Жить в гармонии с собой и окружающим миром.  
Психологическое консультирование решает следующие основные задачи:  
1. Уточнение (прояснение) проблемы, с которой столкнулся клиент.  
2. Информирование клиента о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности. (Проблемное информирование клиента.)  
3. Изучение психологом-консультантом личности клиента с целью выяснения того, сможет ли клиент самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой.  
4. Четкое формулирование советов и рекомендаций клиенту по поводу того, как наилучшим образом решить его проблему.  
5. Оказание текущей помощи клиенту в виде дополнительных практических советов, предлагаемых в то время, когда он уже приступил к решению своей проблемы.  
6. Обучение клиента тому, как лучше всего предупредить возникновение в будущем аналогичных проблем (задача психопрофилактики).  
7. Передача психологом-консультантом клиенту элементарных, жизненно необходимых психологических знаний и умений, освоение и правильное употребление которых возможно самим клиентом без специальной психологической подготовки. (Психолого-просветительское информирование клиента.)  
8. Изменение мешающих способов поведения  
9. Развитие навыков преодоления трудностей  
10. Формирование способностей принимать эффективные жизненно важные решения.  
11. Углубление самопонимания, самосознания  
12. Повышение личностного потенциала  
13. Стимулирование процесса самоактуализации.

**Вопрос№2**  
 Ориентировано на клинически здоровую⎫ личность, на здоровые стороны личности вне зависимости от степени нарушения («Человек может изменяться, выбирать удовлетворяющую его жизнь, находить способы использования своих задатков, даже если они невелики из – за неадекватных установок и чувств…» Майярс. 1968 г.)  
 Обычно ориентируется на настоящее и⎫ будущее клиентов  
 Помощь краткосрочная (до 15 встреч)⎫  
 Ориентируется на⎫ проблемы возникающие в взаимодействии со средой;  
 Направлено на изменение⎫ поведения и развития личности клиента  
В консультировании, как и в психотерапии, консультант ведет себя так, чтобы клиент что-то предпринял; в сторону разрешения, конечно. Есть распределение ответственности, то есть, возможность поработать клиенту.  
Кроме того, иногда в психотерапии допускается отсутствие для клиента возможности поработать самостоятельно для изменений, пусть в каком-то фрагменте, пусть под супервизией терапевта. Когда ответственность за терапевтический эффект, за решение проблемы принадлежит только психотерапевту. Клиент становится пациентом. Ему надлежит точно выполнить назначение - он только испытывает терапевтическое воздействие, принимает снадобье. К примеру, когда исполняет поведенческий совет. По этой причине интервенции в области мышления уже являются переходом в психотерапию В консультировании тоже есть советы, есть и интерпретации. Это предложения, как можно понимать или как действовать. Но при этом остается ментальная территория, где клиент доработает данные предложения для решения проблемы. Это интерпретация, понимание, которое облегчает состояние,позитивизирует клиента.

**Вопрос№3**  
При описании успевающего консультанта, как профессионалы, так и клиенты употребляют бытовые понятия: «открытый», «теплый», «внимательный», «искренний», «гибкий», «терпимый». Предпринимались попытки выделить свойства личности, необходимые консультанту для работы по профотбору. Национальная ассоциация профессиональной ориентации США выделяет следующие свойства личности (1990):  
Проявление глубоко интереса к людям терпение в общении с ними; Чувствительность к установкам и поведению других людей; Эмоциональная стабильность и объективность; Способность вызвать доверие других людей; Уважение прав других людей.  
1964г. Комитет по надзору и подготовке консультантов установил следующие шесть качеств личности: Доверие людям; Уважение ценностей другой личности; Проницательность; Отсутствие предубеждений; Самопонимание; Сознание профессионально долга.  
К особо вредным для консультанта чертам по материалам того же источника, относят: Авторитарность; Пассивность; Зависимость;Замкнутость; Склонность использовать клиентов для удовлетворения своих потребностей; Неумение быть терпимым к различным побуждениям клиентов; Невротическую установку в отношении денег.  
Консультант должен четко знать свои ценности, не скрывая их от клиента и не избегать ценностных дискуссий на консультативных встречах, поскольку немало проблем скрыто именно в ценностных конфликтах клиентов или в непонимании ими собственной ценностной системы. Консультанту бесконечно важно знать, какое влияние оказывают его ценности на ход консультирования, чтобы он мог быть самим собой В процессе консультирования мы должны помочь клиентам наиболее полно выявить систему их ценностей и принять на ее основании самостоятельное решение, таким образом, они могут изменить поведение или даже сами ценности. Следовательно, консультант поднимает вопросы, а ответы на них ищет и находит клиент на основе собственных ценностей.

**Ворпрос№4**  
Кризис учебно-профессональной ориентации (14-15 или 16-17 лет) на стадии одаптации.   
Невозможность реализовать свои профессиональные намерения. Выбор профессии без учета своих индивидуально-психологических особенностей и психофизиологических свойств. Ситуативный выбор профессионального учебного заведения.   
  
Кризис профессионального выбора (16-18 лет или 19-21 год) на стадии профессионального образования.   
Неудовлетворенность профессиональным образованием и профессиональной подготовкой. Изменение социально-экономических условий жизни. Перестройка ведущей деятельности.   
  
Кризис профессиональных экспектаций (18-20 лет или 21-23 года) на стадии одаптации   
Трудности профессиональной адаптации. Освоение новой ведущей деятельности. Несовпадение профессиональных ожиданий и реальной действительности.   
  
Кризис профессионального роста (30-33 года) на стадии первичной профессионализации.   
Неудовлетворенность возможностями занимаемой должности и своим профессиональным ростом. Потребность в профессиональном самоутверждении и трудности ее удовлетворения.   
Кризис профессиональной карьеры (38-40 лет) на стадии вторичной профессионализации.   
Неудовлетворенность своим социально- профессиональным статусом, должностью. Новая доминанта профессиональных ценностей. Кризис возрастного развития.   
  
Кризис социально- профессиональной самоактуализации (48-50 лет) на стадии мастерства.   
Неудовлетворенность возможностями реализовать себя в сложившейся профессиональной ситуации. Недовольство своим социально-профессиональным статусом. Психофизиологические изменения и ухудшение состояния здоровья. Профессиональные деформации.   
  
Кризис утраты профессиональной деятельности (55-60 лет) на стадии утраты профессии.   
Уход на пенсию и новая социальная роль. Сужение социально- профессионального поля. Психофизиологические изменения и ухудшение состояния здоровья.

**Вопрос№5**  
Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) - это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности.  
СЭВ - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Иногда  
С синдромом выгорания может столкнуться каждый специалист, в особенности работающий в сфере «помогающих» профессий.  
Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ.  
Установлена связь выявленных изменений с характером профессиональной деятельности, сопряженной с ответственностью за судьбу, здоровье, жизнь людей.  
Развитию СЭВ способствуют личностные особенности: высокий уровень эмоциональной лабильности; высокий самоконтроль, особенно при волевом подавлении отрицательных эмоций; рационализация мотивов своего поведения; склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью "внутреннего стандарта" и блокированием в себе негативных переживаний; ригидная личностная структура.  
Выделяются три ключевых признака СЭВ. Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах, а затем наступает первый признак - истощение. Вторым признаком СЭВ является личностная отстраненность. Третьим признаком является ощущение утраты собственной эффективности, или падение самооценки в рамках выгорания. Существенная роль в борьбе с СЭВ отводится, прежде всего, самому пациенту.  
• определение краткосрочных и долгосрочных • использование "тайм-аутов", что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия • овладение умениями и навыками саморегуляции • профессиональное развитие и самосовершенствование • уход от ненужной конкуренции • эмоциональное общение • поддержание хорошей физической формы  
В целях направленной профилактики СЭВ следует:  
• стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки;  
• учиться переключаться с одного вида деятельности на другой;  
• проще относиться к конфликтам на работе;  
• не пытаться быть лучшим всегда и во всем.

**Вопрос№6**  
Консультант, как и другие профессионалы, несет этическую ответственность и имеет обязательства. Прежде всего он ответственен перед клиентом. Однако клиент и консультант находятся не в вакууме, а в системе разнообразных отношений, поэтому консультант ответственен и перед членами семьи клиента, перед организацией, в которой работает, вообще перед общественностью и, наконец, перед своей профессией. Такая ответственность и обусловливает особую важность этических принципов в психологическом консультировании и психотерапии. Вот почему во всех странах создаются кодексы профессиональной этики, регламентирующие профессиональную деятельность психотерапевта и консультанта-психолога.  
Консультант обязан предоставить, как уже упоминалось, исчерпывающую информацию об условиях консультирования. Очень важно заранее согласовать с клиентом возможность аудио- и видеозаписи консультативных бесед и наблюдения третьим лицом через зеркало одностороннего видения. Недопустимо использование таких процедур без согласия клиента. Эти процедуры могут быть важны для консультанта в педагогических и исследовательских целях, а также полезны клиенту для оценки динамики его проблем и эффективности консультирования. Иногда контролирующая квалификацию консультанта инстанция требует представить подробную информацию о конкретном случае. Сопротивление некоторых неуверенных в себе консультантов процедурам наблюдения или записи бесед якобы из стремления сохранить конфиденциальность и оградить клиента на самом деле выражает их собственную тревожность и дискомфорт. Основной источник этических дилемм в консультировании — вопрос конфиденциальности. Он представляет собой лакмусовую бумажку меры ответственности консультанта перед клиентом. Консультирование невозможно, если клиент не будет доверять консультанту. Вопрос конфиденциальности следует обсудить во время первой встречи с клиентом.  
1. Обязательство соблюдать конфиденциальность не абсолютно, а относительно, поскольку существуют определенные условия, способные изменить такое обязательство.  
2. Конфиденциальность зависит от характера представленных клиентом сведений, тем не менее доверительность клиента несравненно строже связывает консультанта, нежели "секретность" событий, о которых сообщает клиент.  
3. Материалы консультативных встреч, которые не могут причинить вред интересам клиента, не подпадают под правила конфиденциальности.  
4. Материалы консультативных встреч, необходимые для эффективной работы консультанта, также не подпадают под правила конфиденциальности (например, возможно предоставление эксперту материалов консультирования по договоренности с клиентом).  
5. Конфиденциальность всегда основывается на праве клиента на доброе имя и сохранение тайны. Консультант обязан уважать права клиентов и в определенных случаях даже поступать противозаконно (например, не предоставлять информацию о клиенте правоохранительным органам, если этим не нарушаются права третьих лиц).  
6. Конфиденциальность ограничена правом консультанта на сохранение собственного достоинства и безопасности своей личности.  
7. Конфиденциальность ограничена правами третьих лиц и общественности.  
Другой важный этический принцип, который обсуждается столь же часто, как и конфиденциальность, — это запрет на двойные отношения. Нецелесообразно консультирование родственников, друзей, сотрудников, обучающихся у консультанта студентов; недопустимы сексуальные контакты с клиентами. Такой запрет вполне понятен, поскольку консультирование дает специалисту преимущественное положение и возникает угроза, что при личных отношениях это преимущество может использоваться в целях эксплуатации.

**Вопрос№8,9,10**  
1. Теория человеческого поведения, первая и одна из наиболее влиятельных теорий личности в психологии. Обычно относится к классическому психоанализу, созданному Зигмундом Фрейдом, но употребляется также к любой производной, даже сильно отличающейся от него теории, например аналитической психологии Юнга или индивидуальной психологии Адлера, которые некоторые предпочитают обозначать термином неопсихоанализ.  
2. Набор методов исследования основных мотивов человека. Фундаментальный предмет изучения психоанализа — бессознательные мотивы поведения, берущие начало в скрытых сексуальных расстройствах. Они раскрываются через свободные ассоциации, высказываемые пациентом.  
3. Метод лечения психических расстройств. Цель психоаналитика — помочь освобождению пациента от скрытых (бессознательных) механизмов переноса и сопротивления, то есть, от оставшихся шаблонов отношений, более не пригодных или создающих специфические конфликты в реализации желаний и адаптации к обществу.  
Основано на теории 3. Фрейда о динамическом бессознательном и психологическом конфликте. Человек заболевает неврозом в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им. Человек может прийти в конфликт с многочисленными социальными ограничениями и табу-запретами. Главная цель терапии заключается в том, чтобы помочь больному осознать бессознательные конфликты (очаги скрытого напряжения в бессознательном), которые основаны на нереализованных детских желаниях и проявляются как болезненные симптомы, а также содействовать развитию более разумных, присущих взрослым моделей поведения.  
Классический психоанализ. При психоаналитическом лечении производится поиск очага скрытого напряжения (его вспоминание), осторожное его вскрытие (перевод информации в словесную форму — вербализация), переоценка (изменение системы установок) с переживанием проблемы в соответствии с новой значимостью и забывание (ликвидация очага напряжения). "Вспоминание" вытесненного в бессознательное, введение скрытой проблемы в зону осознания позволяет выработать алгоритм преодоления возникших трудностей.  
Пациент посещает врача 3-5 раз в неделю в течение ряда лет, каждый прием длится обычно несколько часов. Больной лежит на кушетке, аналитик сидит у изголовья, вне поля зрения пациента. Анализируемый старается говорить свободно, без ограничений все, что ему приходит в голову в виде свободных ассоциаций, для того чтобы аналитик смог проследить мысли пациента вплоть до их самых истоков. Сюда входят ассоциации, которые возникают в процессе анализа в связи со снами или перенесением чувств. Психоаналитик использует интерпретацию и уточнение, с тем чтобы помочь пациенту осознать и разрешить конфликты, которые влияют на его жизнь на подсознательном уровне. От пациента при терапии требуется стабильность терапевтического сотрудничества и психологическая заинтересованность в результатах. Он также должен быть в состоянии перенести стресс, возникающий в процессе терапии, без психологических срывов, импульсивности и регрессии.  
Психоаналитическая психотерапия. Имеет менее интенсивный характер, в отличие от классической аналитической терапии, и может проводиться в форме или экспрессивной психотерапии, ориентированной на адекватную самооценку, или психотерапии отношений, которая направлена на психологическую поддержку пациента в сложных психологических ситуациях. Сеансы терапии проводятся 1—2 раза в неделю, пациенты сидят лицом к психотерапевту. Цели терапии аналогичны таковым при классическом анализе (решение бессознательного конфликта), но основной акцент делается на повседневную реальность, и меньшее значение придается развитию транс-ферных отношений.  
Круг показаний для проведения психоаналитической терапии существенно расширен. В частности, поддерживающая психотерапия показана пациентам с уязвимой психикой, находящимся в кризисных состояниях, страдающих расстройствами личности и психическими заболеваниями. Эта терапия может продолжаться длительно (годы), особенно в хронических случаях. Поддержка может иметь форму совета, пере

Поддержка может иметь форму совета, переубеждения, ограничений, усиления чувства реальности и помощи с формированием социальных навыков.  
Кратковременная динамическая психотерапия. При данном варианте число психоаналитических сеансов (обычно 10-40) оговаривается с пациентом до начала лечения. Предварительно избирается и специфическая конфликтная сфера, которая актуальна для пациента и должна быть в центре терапии. Этот вид психотерапии требует от врача большей активности в направлении ассоциаций пациента в сторону конфликтной сферы. К пациенту также предъявляются более высокие требования по поводу заинтересованности его в лечении, способности выдержать психологическое напряжение и усиление тревоги во время терапии. Метод не подходит для пациентов с суицидальными мыслями, проявлениями импульсивности, склонности к психотическим состояниям, злоупотреблению психоактивными веществами

**Вопрос№11**  
В консультировании ведет свое начало от работ Дж. Вольпе и А. Лазаруса (середина 50-х годов ХХ века), хотя корни его уходят в бихевиоризм Дж. Уотсона и Э. Торндайка, а в целом история обусловливания поведения восходит к работам У. Бэлла (1774–1842) и И. Сеченова (1829–1905).  
Цель психологической помощи: обеспечение новых условий для научения, то есть выработка нового обуслоливания и на этой основе помощь в овладении новым типом поведения. Частные цели могут включать в себя:  
– формирование новых социальных умений,  
– овладение психологическими целями саморегуляции,  
– преодоление вредных привычек и снятие стресса, избавление от эмоциональных травм.  
Итак, поведенческий подход предполагает описание определенного типа поведения в ситуации. Сокращение шага описания на уровне черты личности, перевод описания черты в поведение -- существенная характеристика поведенческого направления.  
Поведенческий подход не предполагает изучение всей личности, а ограничивается изучением ограниченных отрезков поведения в определенном временном периоде. Для поведенческого психотерапевта человек есть то, что он делает. А то, что делает человек, есть его поведение. Изучение поведения человека и есть исследование его личности. Поведенческий подход отрицает какую-либо глубинную сущность в личности.

**Вопрос№12**  
Целями и задачами являются: глубокое и всестороннее изучение личности , особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, функционирования системы отношений; выявление и изучение механизмов, способствующих возникновению и сохранению состояния дезадаптации личности (невротической симптоматики);достижение у пациента осознания и понимания причинноследственной связи между особенностями его системы отношений и его проблемой; помощь пациенту в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении отношения к ней, коррекция неадекватных реакций и форм поведения; помощь пациенту в изменении отношений в сторону их зрелости, что ведет к восстановлению полноценности его социального функционирования.  
Первая задача поведенческого терапевта - установить и понять проблемы, предъявляемые клиентом. Терапевт, исходящий из бихевиоральной теории, делает это посредством сбора детальной информации о конкретных аспектах проблемы, - о том, как она впервые проявилась, насколько тяжела, как часто дает о себе знать. Что уже делал клиент, чтобы преодолеть проблемы? Что он думает о своей проблеме, имел ли он прежде опыт терапии? Получение ответов на эти достаточно определенные вопросы, которые могут расстраивать или смущать клиента, будет облегчено, если вначале будут установлены отношения доверия и взаимопонимания. Чтобы выстроить такие отношения, терапевт должен быть внимателен, стараться сохранять эмоциональную объективность и - в идеале - быть эмпатическим слушателем. Затем терапевт переходит к функциональному анализу проблемы клиента, стремясь выявить конкретные средовые и личностные переменные, которые могут вносить вклад в наличие дезадаптивных мыслей, чувств или поведения. Особый акцент на текущих факторах, способствующих сохранению проблемы, не означает игнорирование прошлой истории клиента. Однако количество внимания, которое уделяется событиям из жизненного опыта клиента в прошлом непосредственно зависит от их вклада в тот дистресс, который переживается клиентом в настоящем.

**Вопрос№13**  
Поведенческая терапия включает широкий спектр различных техник, некоторые из них в разной степени эффективны применительно к различным проблемам. Поэтому трудно оценить эффективность поведенческой терапии в целом. Оценка должна быть направлена на конкретные методы в приложении к определенным проблемам.

**Вопрос№14**  
Гуманистическая психология — ряд направлений в современной психологии, которые ориентированы прежде всего на изучение смысловых структур человека. В гуманистической психологии в качестве основных предметов анализа выступают: высшие ценности, самоактуализация личности, творчество, любовь, свобода, ответственность, автономия, психическое здоровье, межличностное общение. Гуманистическая психология в качестве самостоятельного течения выделилась в начале 60-х годов XX века, как протест против доминирования бихевиоризма и психоанализа в США, получив название третьей силы. К данному направлению могут быть отнесены А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, Ш. Бюлер, Ролло Мэй, С. Джурард и др. Гуманистическая психология в качестве своей философской базы опирается на экзистенциализм.  
Лечебными факторами в работе гуманистического психолога и психотерапевта являются, прежде всего, безусловное принятие клиента, поддержка, эмпатия, внимание к внутренним переживаниям, стимулирование осуществления выбора и принятия решений, подлинность. Однако, при кажущейся простоте, гуманистическая психотерапия основана на серьезной феноменологической философской базе и использует чрезвычайно широкий набор терапевтических технологий и методов. Гуманистическая терапия помогает: - найти себя; - разрешить внутренние и внешние конфликты; - принять трудные решения; - справиться с зависимостями; - выйти из депрессии; - преодолеть одиночество и наладить отношения с окружающими; - научиться получать удовольствие от жизни; - вернуть интуицию и спонтанность; - избавиться от психосоматических нарушений; - преодолеть непонимание в отношениях с близкими; - восстановиться после психологических травм и насилия; - повысить качество жизни.  
Одно из базовых убеждений гуманистически-ориентированных специалистов заключается в том, что каждый человек содержит в себе потенциал выздоровления. При наличии определенных условий, человек может самостоятельно и в полной мере реализовать этот свой потенциал. Поэтому работа гуманистического психолога направлена, прежде всего, на создание благоприятных условий для реинтеграции личности в процессе терапевтических встреч.

**Вопрос№15**  
Экзистенциальная терапия помогает справиться со многими, казалось бы, тупиковыми жизненными ситуациями:  
• депрессиями;  
• страхами;  
• одиночеством;  
• зависимостями, трудоголизмом;  
• навязчивыми мыслями и действиями;  
• опустошенностью и суицидальным поведением;  
• горем, переживанием утрат и конечности существования;  
• кризисами и неудачами;  
• нерешительностью и потерей жизненных ориентиров;  
• потерей ощущения полноты жизни и др…  
Терапевтическими факторами в экзистенциальных подходах являются: понимание клиентом уникальной сути своей жизненной ситуации, выбор отношения к своему настоящему, прошлому и будущему, развитие способности действовать, принимая ответственность за последствия своих действий. Экзистенциальный терапевт заботится о том, чтобы его пациент был максимально открыт навстречу возникающим в течение его жизни возможностям, был способен осуществить выбор и актуализировать их. Цель терапии — максимально полноценное, насыщенное, осмысленное существование.  
Человек может быть тем, кем он решил быть. Его существование всегда дано как возможность выхода за пределы самого себя в виде решительного броска вперед, через свои мечты, через свои стремления, через свои желания и цели, через свои решения и действия. Броска, всегда сопряженного с риском и неопределенностью. Экзистенция всегда непосредственна и уникальна, в противоположность универсальному миру пустых, застывших абстракций.

**Вопрос 16.**

Гуманистическая психология в качестве самостоятельного течения выделилась в начале 60-х годов XX века, как протест против доминирования бихевиоризма и психоанализа в США, получив название третьей силы. К данному направлению могут быть отнесены: А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, И.Ялом, Ш. Бюлер, Р. Мэй, М.Босс, И.Ялом, Д.Бьюдженаль. К гуманистическому направлению могут быть отнесены гештальт-терапия (Перлз) и трансперсональная психология (Лири)

В гуманистической психологии в качестве основных предметов анализа выступают: высшие ценности, самоактуализация личности, творчество, любовь, свобода, ответственность, автономия, психическое здоровье, межличностное общение.

Основные позиции гуманистической психологии, общие для большинства ее школ:

Человек целостен, человеческая жизнь это единый процесс;

Человек по определению стремится к самореализации;

Человек имеет свободу выбора

Гуманистическое и экзистенциальное направление включает в себя много разных школ, методик и теорий. Разные авторы выделяют разные «главные» ветви. В гуманистическое направление включают: клиент-центрированный подход (Роджерс), гештальт (Перлз), экзистенциальную психотерапию (Европейская и американская ветви) – и это далеко не все.

Экзистенциальный конфликт происходит из конфронтации человека с данностями существования. Эти данности явно открываются человеку при условии глубокой личной рефлексии. К ней могут приводить как и процесс психотерапии и самоисследование, так и различные экстремальные ситуации (угроза жизни, болезни, смерть близких и проч. критические обстоятельства). К этим данностям относят: смерть, свободу, изоляцию, бессмысленность и др. Цель терапии - подвести пациента к той точке, где он может сделать свободный выбор. Конфронатация с данностями болезненна, но она целительна. Конфликты, происходящие из конфронтации человека с данностями существования, преодолеть нельзя. Однако, исследовав их значение, влияние и субъективное их переживание можно сделать жизнь более полной и осмысленной.

В гуманистических школах терапевт эмпатичен, может говорить о своих реакциях клиенту. Иногда допускается самораскрытие терапевта – если это необходимо. «...откровенность только увеличивает веру пациента в вас и в сам процесс терапии» И.Ялом (Дар психотерапии)

Лечебными факторами в работе гуманистического психолога и психотерапевта являются, прежде всего, безусловное принятие клиента, поддержка, эмпатия, внимание к внутренним переживаниям, стимулирование осуществления выбора и принятия решений, подлинность. Карл Роджерс охарактеризовал «осторожную эмпатию» как одну из трех наиболее значимых черт профессионального терапевта (вместе с «безоговорочным позитивным расположением» и «искренностью»)

**Вопрос№17,18,19,25**  
Первая стадия - установление контакта с клиентом. Она начинается с первых секунд встречи. Контакт является фундаментом отношений психолога и клиента, без которого не состоится эффективная работа.  
Установить контакт - это, значит, создать доброжелательную, доверительную и безопасную атмосферу, которая позволила бы клиенту чувствовать себя комфортно и достаточно свободно в присутствии консультанта. Такая атмосфера поможет клиенту наиболее полно ощутить свои чувства и переживания, обратиться к своему опыту и различным ситуациям (иногда очень болезненным и травматичным) без страха быть непонятым или услышать в свой адрес осуждение.  
Стадия установления контакта может занять время от нескольких минут до нескольких встреч (К. Роджерс отмечал, что у него настрой на контакт с клиентом занимает 15 минут, но по энергозатратам эти минуты равны часу тяжелой физической работы), поэтому она идет параллельно со следующими этапами.  
Второй этап консультирования - выяснение первичного запроса клиента, когда он излагает причину прихода в том виде, который себе представляет. Как правило, в процессе пересказывания ситуации клиент что-то уточняет для себя и возникает необходимость в следующем этапе.  
Следующий этап - ориентация в проблеме клиента. Здесь роль психолога заключается в том, чтобы внимательно слушать, применяя навыки консультирования. От качества слушания во многом будет зависеть глубина контакта, который формируется между клиентом и консультантом. Профессиональное умение психолога состоит в том, чтобы клиент ощутил, что его понимают, тонко чувствуют его переживания и поддерживают во всех его проявлениях. На этом этапе может произойти удовлетворение запроса, если он состоял в том, чтобы просто высказаться и быть услышанным, но чаще возникает потребность в следующей стадии.  
Четвертый этап - определение истинного запроса и роли клиента в ситуации, его чувств по отношению к ней и ответственности за ее возникновение, которую он берет на себя. Например, если человек склонен обвинять окружающих его людей в своих проблемах, и не видит значения собственных действий в проблемной ситуации, он и изменений будет ожидать только со стороны окружающих.   
Важнейший этап - заключение психологического контракта, который означает совместную постановку задач консультирования. Собственно психологическое консультирование начинается только после заключения контракта. Это своего рода договоренность между клиентом и консультантом о том, чем они будут заниматься, это разрешение, которое клиент дает консультанту на обсуждение определенных тем из его жизни, обозначение внутренней сферы, куда он "впускает" консультанта, а также границ этой сферы. Не получив согласия клиента на обсуждение определенных тем, не убедившись в его желании обращаться к некоторым аспектам его опыта, мы не имеем права касаться этих сторон его жизни, то есть на этой стадии, с одной стороны, мы выясняем желания и ожидания клиента, а с другой стороны, проясняем свои возможности и ограничения. Например, в некоторых случаях приходится объяснять, что психолог не использует гипноз, медикаменты, а также не предлагает готовых рецептов решения проблем в виде советов.  
Центральным моментом этой стадии является принятие клиентом ответственности за решение своей проблемы на себя. Это нелегкий процесс для большинства людей. Иногда он сопровождается разочарованием. Процесс распределения ответственности порой приобретает форму конфронтации, и здесь очень важную роль играет уровень контакта, который сложился к этому моменту, потому что если контакт недостаточно глубок и клиент не чувствует необходимой ему поддержки, он может просто уйти. Это его право, однако вы должны быть уверены, что сделали все от вас зависящее для установления доверительных отношений.  
Шестая стадия - этап исследования проблемы, возможных путей выхода из нее, принятие клиентом решений и ответственности за их выполнение. Это самая продолжительная фаза, невозможно предсказать, как она будет развиваться. Одно можно сказать с уверенностью - основную роль здесь будут играть отношения психолога и клиента во всем их многообразии. Эти отношения, если они достаточно глубоки, сами по себе станут исцеляющими для клиента.  
На этой стадии возможно применение различных технических приемов консультирования, однако важно понимать, что техники - лишь средство, а не цель осознавания и будут действительно эффективно выполняться клиентом только в условиях безопасности, которая обеспечивается глубиной контакта с психологом, В идеале эта стадия заканчивается достижением поставленных задач, когда клиент приходит к ощущению внутренней силы и способности к дальнейшему самостоятельному развитию.  
Завершающая стадия - выход из контакта. Она также может занимать от нескольких минут (когда клиент сообщает консультанту о том, что решил прекратить встречи) до целой консультативной сессии, которая посвящается подведению итогов, проговариванию достижений клиента, тех изменений, которые произошли с ним в результате совместной работы, а также целей, которые клиент ставит перед собой в своем дальнейшем развитии.

**Вопрос№20**  
Данные элементы представляют собой то минимальное количество информации, которое необходимо собрать для эффективной работы с проблемным пространством.  
1. Симптомы (symptoms), как правило, являются наиболее заметными и, осознанными сторонами представляемой проблемы или текущего состояния. Всестороннее исследование предъявляемой проблемы, стремление увидеть различные точки зрения на проблему позволяет расширить взгляд на проблему и уйти от «хождения по кругу».  
Как Вы видите эту проблему? Как видят ее окружающие? Есть ли различие в точках зрения? Какие чувства в Вас вызывает эта проблема? Всегда ли она вызывала именно эти чувства? Как давно вы считаете это своей трудностью, проблемой? Когда Вы впервые поняли, что проблема существует? Каковы были ваши чувства, когда Вы впервые столкнулись с ней? Изменялось ли как-то Ваше восприятие этой трудности с течением времени?  
2- Причины (onuses) - это основные элементы, отвечающие за создание и поддержание проблемы. Определение причин влечет за собой выяснение прошлых событий, действий или решении, влияющих на нынешнее или «симптоматическое» состояние. В чем Вы видите причины этой проблемы? Кто или что способствовало возникновению проблемы? Всегда ли Вам казалось, что причины Вашей проблемы такие же, как Вы думаете о них сейчас? Какие Ваши действия, решения или события из прошлого вызвали ее появление?  
3. Результаты (outcomes) - это конкретные цели или желаемые состояния, которые должны придти на смену симптомам. Определение результатов влечет за совой  
выяснение, в каком именно виде будет получен результат, и как именно можно узнать о том, что он достигнут. Выяснение результатов является важной составной частью исследования проблемного пространства, поскольку именно разрыв между нынешним и желаемым состоянием определяет границы проблемы.  
Определите, пожалуйста, достаточно ясно и четко, то, его Вы хотите достичь. Каков желаемый результат, который должен придти на смену проблеме? Какую реакцию Вы предпочли бы вместо той, которая есть сейчас? Что для этого Вам следует изменить в самом себе? В своем окружении? Как Вы будете знать, что двигаетесь к намеченному результату?  
4. Ресурсы (resources) - это основные элементы, ответственные за устранение причин симптомов и выражение и поддержание желаемых результатов.  
Что может Вам помочь в достижении того, что вы хотите достичь( что может вам помешать?) В каких других ситуациях или контекстах можно достичь желаемого результата и/или эффекта? Что общего в этих ситуациях?  
5. Эффекты (effects) - это более долговременные следствия достижения конкретного результата. Определение эффектов включает в себя выявление будущих целей, задач или намерений, которые дают направление или оказывают влияние на систему, определяя, таким образом, смысл целенаправленность или уместность текущих действий.  
Что конкретно Вам даст достижение результата? В чем заключаются положительные эффекты, преимущества, связанные с решением Вашей проблемы? Какие еще перспективы, возможности и виды деятельности открываются перед вами? Кто из близких людей может испытать положительное влияние Вашего изменения?

**23. псих. Контракт.**

Взаимные ожидания и взаимные обязательства сторон по поводу осуществляющихся отношений.

**Вопрос№24**  
Психологический контракт.  
Заключение контракта-один из этапов в психологической помощи,своего рода отправная точка консультирования. С момента заключения психологического контракта начинается собственно психологическая помощь.  
Психологический контракт- это соглашение между клиентом и консультантом,единое понимание того, что будет происходить в процессе их взаимодействия.  
4 требования к контракту:  
-взаимное согласие-клиент формулирует,что он хочет изменить,улучшить или развить, консультант соглашается помочь ему продвинуться к достижению этой цели.  
- компетентность-клиент способен достичь своей цели, консультант способен оказать ему квалифицированную помощь.  
- легальность – не должно быть не каких нарушений законов.  
-предметом контракта могут быть изменения, лежащие в сфере психологической реальности.  
Контракт динамичен по своей сути.Так достигнув поставленных целей,клиент может пожелать перезаключить контракт изменив задачи. Также в процессе продолжительной работы над основной проблемой нередко возникает необходимость в заключении промежуточных контрактов.  
Контракт может быть заключен на развитии ощущения уверенности в себе, на осознании внутренней силы , на изменении отношения к определенной ситуации или к человеку, на избавление от определенного страха, на осознании своих желаний, на осуществление жизненного выбора, на избавление от внутренней боли, на поиск и определение смысла своей жизни и т.п.  
Существуют вопросы,помогающие при заключении контракта: 1.что бы вы хотели изменить в этой ситуации?  
2.что нужно для того чтобы достичь этой цели?  
3.какую роль вы отводите мне как консультанту?  
4. как вы узнаете, что вы достигли цели?уточнить.  
5. как окружающие узнают, что вы достигли своей цели?  
6. как вы сами себе мешаете в достижении этой цели?  
7.что явилось целью вашего прихода?  
  
Центральным вопросом психологического контракта является распределение ответственности.

**Вопрос№26**  
Старайтесь не давать советы и избегайте поспешных решений. Раздача советов имеет социальные корни - большинство людей любят, когда к ним обращаются за советами и охотно дают их. Это щекочет самолюбие советчика. Психологическое консультирование не представляет исключения. Консультанту очень легко попасть в западню раздачи советов, потому что чаще всего страдающий клиент обращается к нему, буквально требуя совета в. Клиента не удовлетворяет обсуждение возможных альтернатив решения проблем - он хочет, чтобы мудрый консультант сам разрешил его проблемы. Не следует забывать слова С Jung: "Хороший совет - это сомнительное лекарство, но не особенно опасное из - за малой эффективности". Личность нельзя изменить советами. Дать хороший совет - одна из самых трудных задач. Еще труднее получившему совет человеку реализовать его, поскольку жизненный опыт советующего довольно сильно отличается. Выдающийся психотерапевт М Balint указывает "Никогда не давайте советы пациенту, пока не поймете, в чем заключается решаемая проблема". Часто при выяснении подлинной проблемы клиент способен самостоятельно раз решить ее. Совет всегда бывает поверхностным, похожим на одностороннее движение, в то время как консультирование - обоюдное дело равноправных личностей. Наконец, иногда обращение за советом представляет собой известную мани - пулятивную игру "да, но ", и если консультант зависает на этом крючке, клиент его просто эксплуатирует, найдя удобную мишень.  
Советы бывают не только неэффективными, но и вредными. Поэтому важно знать основные причины, по которым консультант должен воздерживаться от прямых советов клиентам.  
Раздача советов нарушает автономию личности - даже из этических соображений мы не вправе решать за других. Подобная тактика ставит консультанта в положение человека, который берет на себя ответственность за выбор вариантов жизни другого человека. Например, клиент спрашивает консультанта: "Разводиться ли мне с женой?" Если консультант посоветует развестись и клиент послушает его совета, а впоследствии сочтет развод ошибкой, то может обвинить консультанта во вмешательстве в чужую жизнь. Если клиент последует совету не разводиться, опять же вся вина за несложившуюся жизнь ляжет на консультанта. Стало быть, советчик в любом случае становится ответственным. Но задача консультанта - помочь клиенту найти собственные решения и осознать свободу действий. Раздача советов также увеличивает зависимость клиента от консультанта и тем самым отдаляет от окончательных целей консультирования. С проблемами, которые поднимают клиенты в консультировании, сталкиваемся мы все, и консультант не может быть единственным экспертом. Наконец, большинство этих проблем не имеет определенных ответов. Идет ли речь о женитьбе, выборе работы или отношении к престарелым родителям - на такие вопросы не существует однозначных ответов. Некоторые из решений связаны с нравственностью. В подобной ситуации консультант может только помочь клиенту принять самостоятельное решение, опираясь на действительные намерения и подлинные чувства. Давая советы в консультировании, не следует забывать и то обстоятельство, что клиент прежде мог получить много противоречивых советов, и еще один совет лишь увеличит неразбериху в его голове. Кроме того, люди часто просят совета, уже приняв решение. В этом случае любой противоречащий совет воспринимается как неправильный и вызывает сомнения в компетентности консультанта. Когда клиент настойчиво спрашивает, как ему вести себя, правомерны встречные вопросы: "Что Вы сами об этом думаете?", "Какие видите возможности для разрешения проблемы?", "Если я сейчас предложу ответ, что Вы будете делать со своими проблемами в будущем?", "Вы хотите, чтобы я принял на себя ответственность за Вас?". Когда консультант поощряет ответственное поведение клиента и помогает ему, клиент склонен самостоятельно решать свои проблемы. Собственные решения значительно проще реализовать на практике.  
Известно, что не бывает правил без исключений. Консультант обязан давать п

**Вопрос№27**  
Развивая идеи Эрика Берна, Стефан Карпман показал, что всё многообразие ролей, лежащее в основе «игр, в которые играют люди», может быть сведено к трем основным - Спасателя, Преследователя и Жертвы. Треугольник, в который объединяются эти роли, символизирует их связь, постоянную смену.  
«Три драматические роли этой игры - Спасатель, Преследователь и Жертва - являются на самом деле мелодраматическим упрощением реальной жизни. Мы видим себя щедрыми Спасателями благодарной или неблагодарной Жертвы, праведными Преследователями нечестивых и Жертвами жестоких Преследователей. Погружаясь в любую из этих ролей, мы начинаем игнорировать реальность, как актеры на сцене, которые знают, что живут вымышленной жизнью, но должны делать вид, что верят в её подлинность, чтобы создать хороший спектакль. При этом мы никогда надолго не задерживаемся в одной роли».  
Общение в пределах этого треугольника – это весьма эффективный способ не брать ответственность за свои поступки и решения, а так же в награду за это получать сильные эмоции и право не решать свои проблемы (так как в этом всем виноваты другие).  
• Преследователь считает, что во всем виновата Жертва, о чем он и сообщает, либо ей самой, либо Спасителю.  
• Жертва считает, что виноват Преследователь, и это ей позволяет горевать о собственной судьбе, и искать того, кто бы ее спас, чтобы на время превратиться в Преследователя.  
• Спаситель же ищет, кого бы спасти, переведя из состояния Жертвы в состояние Преследователя.  
Жертва получает свой доход в виде самоунижения и самобичевания, и в виде права не брать на себя ответственности за собственные поступки. Кроме того, наличие Спасателя подтверждает ее особую человеческую ценность и правоту устремлений.  
Преследователь получает свое с того, что он чувствует свою важность, доказав, что во всем виноваты все остальные, а он такой хороший. А так же от осознания собственного могущества и превосходства.  
Спасатель, наверное, получает самое тонкое и извращенное удовольствие – он возвышается над Жертвой, помогая ей (чего он, в полном смысле этого слова, сделать не в состоянии). Решить проблему можно только выйдя за пределы треугольника, а Спасителю это совершенно не выгодно. Он нужен для того, чтобы Жертва могла на время стать Преследователем. Спасатели – это типичные психологи, гуру и лучшие друзья и подруги. Кроме того, Спасатель вполне удачно разряжает свою накопленную в иных треугольниках агрессивность на Преследователя: и мораль это не осудит, и самому легче становится.  
Кстати, Спасатель является наиболее значимой фигурой в треугольнике – без него он давно бы распался. Ни одна Жертва не согласилась бы на эту роль без бонуса хоть изредка побыть Преследователем – это та морковка, которая заставляет все вращаться. Но стать из Жертвы Преследователем обычно невозможно без Спасителя. Без него все как бы теряет смысл.  
Сценарий «Треугольника Карпмана».  
В главных ролях: «Жертва», «Преследователь» и «Спаситель».  
Акт 1: «Жертва» ищет «Спасителя», на которого пытается скинуть ответственность за решение своих проблем. Если «Жертве» это удается, то ловушка захлопнулась – треугольник образовался.  
Акт 2: «Жертва», проблемы которой не решаются, превращается в «Преследователя», и начинает искать виновных в том, что жизнь не удалась. Виновным, конечно же, оказывается бывший «Спаситель», на которого и обрушивается гнев и нападки бывшей «Жертвы».  
Акт 3: Бывший «Спаситель», ставший «Жертвой», недоумевает, как же так он оказался козлом отпущения в этой ситуации.  
Мораль: Если вам предлагают стать спасителем, то, скорее всего для того, чтобы было кого потом обвинить в случае неудачи. Поэтому трижды подумайте, прежде чем брать на себя ответственность за чужие проблемы.  
Несколько типичных треугольников….  
• Старый Психолог – Клиент – Новый Психолог  
• Старый Врач – Больной – Новый Врач  
• Жена – Муж – Любовница  
• Муж – Жена – Подруга Жены  
• Мама - Ребенок – Бабушка

**Вопрос№28**стереотипы спасательства.  
- Чувство, что Вы должны исправить чувства другого человека или решить его проблему.  
- Желание облегчить его задачу.  
- Страх ответной реакции и попытка заставить другого человека чувствовать себя лучше (т.е. избегание интенсивности переживаний или конфликта).  
- Вы думаете, что должны убедить другого человека сделать правильный выбор.  
- Чувство вины за действия другого человека.  
- Быстро переключаетесь на решение проблемы, чтобы обуздать неприемлемую для Вас интенсивность.

**Вопрос№29**  
1. Выразительное молчание.  
2. «Зеркализация» – прием заключается в незаметном для клиента повторении его высказываний и движений; «зеркализировать», в частности, можно жесты, мимику, пантомимику, интонацию, ударение, паузы в речи клиента и т.п.  
Зеркализация особенно важна в те моменты проведения исповеди, когда клиент бросает мимолетные взгляды на консультанта, рассказывая о себе и о своей проблеме.  
3. «Перифраза» – краткая, текущая реплика психолога-консультанта, произносимая им во время исповеди клиента и предназначенная для прояснения, уточнения смысла того, что говорит клиент.  
В случае применения перифразы психолог-консультант, слушая клиента, во время естественных пауз, возникающих в речи клиента, кратко, своими словами, в виде утверждений или вопросов повторяет то, что сказал клиент, и, в свою очередь, ждет от клиента подтверждения или опровержения правильности его понимания.  
Перифразу можно начинать, например, словами: «Итак,...», «Вы сказали...», «Правильно ли я вас понял, вы сказали...».  
Можно просто повторить последние слова, произнесенные клиентом, но в вопросительной форме, ожидая, соответственно, от него подтверждения или опровержения правильности сказанных слов.  
4. «Обобщение» – прием, который внешне чем-то напоминает перифразу, но относится не к тому последнему, что сказал клиент, а к целому высказыванию, состоящему из нескольких суждений или предложений. В отличие от перифразы, которая буквально повторяет последнюю мысль клиента, обобщение представляет собой вольную, но достаточно точную передачу его мысли в обобщенной форме.  
Обобщение можно начинать, например, со следующих слов: «Итак, если обобщить и в краткой форме выразить то, что вы сказали, то можно ли это сделать так...?» «Если подвести краткий итог сказанному, то можно ли это передать так...?» «Если я вас правильно понял, то смысл сказанного вами сводится к следующему... Так ли это?»  
5. Прием эмоциональной поддержки клиента, когда психолог-консультант внимательно выслушивает клиента, следует за его мыслью, стараясь в нужные моменты исповеди, в то время, когда клиент обращает на него внимание, внешне выражать поддержку того, что говорит клиент, в том числе демонстрировать положительные эмоции, подкрепляющие слова и действия клиента. Это может быть, например, выражение клиенту сочувствия, сопереживания, удовлетворения тем, что он говорит.  
6. Прием постановки перед клиентом стимулирующих его мышление вопросов типа «Что?» «Как?» «Каким образом?» «Зачем?» «Почему?». Он обычно используется тогда, когда психологу-консультанту необходимо что-либо прояснить для себя в мыслях клиента, а также тогда, когда сам клиент испытывает определенные затруднения в том, что и как говорить дальше.  
7. Овладение и использование в разговоре с клиентом особенностей его языка – прием психологического консультирования, который заключается в следующем. Консультант, внимательно слушая клиента, старается уловить особенности стиля его речи, обращая внимание на слова, фразы, выражения и обороты, часто используемые клиентом. Определив и усвоив это, психолог-консультант через некоторое время сам начинает сознательно пользоваться теми же речевыми приемами в общении с клиентом, то есть незаметно для клиента начинает воспроизводить особенности его речи.  
В результате между клиентом и психологом-консультантом возникает психологическая общность и большее взаимопонимание, чем было вначале. Клиент, в свою очередь, бессознательно начинает воспринимать психолога-консультанта как психологически близкого к нему человека и оказывается более расположенным к нему.  
Важно, однако, не переборщить в использовании этого приема, чтобы у клиента не возникло впечатление, что психолог-консультант передразнивает его.

**Вопрос№30**  
Негативные приемы, мешающие процессу консультирования.  
ЗАСЫПАНИЕ ВОПРОСАМИ. Консультант предлагает клиенту ответить или поразмыслить сразу над несколькими вопросами. Или перескакивает от одного вопроса к другому, имея в виду какую-то собственную логику работы над проблемой, неясную и непонятную клиенту.  
НЕГАТИВНАЯ ОЦЕНКА. Высказывания, принижающие личность клиента (например: "Глупости Вы говорите...", "Да Вы в этом вопросе, я вижу, ничего не понимаете...")  
ИГНОРИРОВАНИЕ. Консультант не принимает во внимание того, что говорит клиент, пренебрегает его высказываниями.  
ЭГОЦЕНТРИЗМ. Консультант пытается понять только те проблемы клиента, которые волнуют его самого. Считает себя более компетентным в том, что важно для клиента, а что не важно.  
Промежуточные техники  
Выспрашивание  
Мы задаем партнеру вопрос за вопросом, явно стараясь разузнать что-то, но не объясняем ему своих целей.  
Замечания о ходе беседы  
В ходе беседы мы вставляем высказывания типа:  
"Пора приступить к предмету разговора…"  
"Мы несколько отвлеклись от темы…"  
"Давайте вернемся к цели нашего разговора…"  
Поддакивание  
Мы сопровождаем высказывания партнера реакциями типа:  
"Да-да…", "Угу…", "Так- так- так…"

**Вопрос№31**  
1) засыпание вопросами – консультант предлагает клиенту ответить или поразмыслить сразу над несколькими вопросами или перескакивает от одного вопроса к другому, имея в ввиду какую-то собственную логику работы над проблемой, неясную и непонятную клиенту  
2) негативная оценка – высказывания, принижающие личность клиента  
3) игнорирование – консультант не принимает во внимание того, что говлорит клиент, пренебрегает его высказываниями  
4) эгоцентризм – консультант пытается понять только те проблемы клиента, которые волнуют его самого

**Вопрос№32**  
"Кризис (от греч. сrisis – решение, поворотный пункт) характеризует состояние, порожденное проблемой, которая встала перед индивидом, которой он не может избежать и которую он не может решить за короткое время и привычным способом" "Жизненная кризис - это поворотный пункт жизненного пути, который возникает в ситуации невозможности реализации намеченного жизненного замысла"  
Понимая критические ситуации как ситуации обострения противоречий развития в жизни человека, исследователи подчеркивают, что те пути, которые использует субъект для преодоления кризиса, в дальнейшем определяют его судьбу.  
По мнению В.В. Нуркова и К.Н. Василевской они становятся кризисными потому, что представлены в жизни индивида на основе пяти факторов: 1) фактор вероятного прогнозирования – исходя из анализа своего прошлого опыта, человек оценивает вероятность наступления этого события как нулевую или минимальную; 2) витальный фактор, который выражается в субъективном ощущении невозможности жить, существовать в навязанной ситуации; человеку кажется, что он не перенесет этих условиях, не сможет с ними смириться; 3) когнитивный фактор, то есть отсутствие необходимых знаний, умений и навыков для жизни в данной ситуации, невозможность применять существующие когнитивные схемы; 4) поведенческий фактор, то есть отсутствие сформированных моделей поведения; 5) экзистенциональный фактор или ощущение смыслопотери, "экзистенционального вакуума. классификации жизненных кризисов можно объединить в такую более-менее полную форму:  
1. по критерию личностного развития: нормативные (возрастные) и ненормативные кризисы;  
2. по критерию продолжительности: микрокризисы - несколько минут, кратковременные - до 4-6 недель, долгосрочные;  
3) по критерию результативности: конструктивные и деструктивные;  
4) по деятельностному критерию:  
а) кризис операционального аспекта жизнедеятельности: "не знаю, как жить дальше";  
б) кризис мотивационно-целевого аспекта: "не знаю, для чего жить дальше";  
в) кризис смыслового аспекта: "не знаю, зачем вообще жить дальше";  
5) по критерию глубины переживаний: поверхностные, средние и глубокие;  
6) по критерию детерминированности: кризисы, вызванные одним событием, многомерные кризисы, которые затрагивают почти все аспекты индивидуальной жизни.  
С точки зрения содержания и характера психологических проблем или жизненных обстоятельств, которые привели к кризисной ситуации, а также личностных ролей, которые возникают, развиваются и исчезают, П.П. Горностай выделяет несколько типов жизненных кризисов  
1. Кризисы становления личности. 2. Кризисы здоровья. 3. Терминальные кризисы.  
4. Кризисы значимых отношений. 5. Кризисы личностной автономии. 6. Кризисы самореализации. 7. Кризисы жизненных ошибок.

**Вопрос№33**  
Кризисные состояния - это особые выходящие за рамки повседневной жизни состояния, бывающие в жизни каждого человека, возникающие как реакция на какие-либо внешние или внутренние причины и обстоятельства, психические травмы. Среди внешних причин можно назвать ситуации утраты (или угрозы утраты) близких людей родственников, работы и т.д.; ситуации невозможности достижения, обретения чего-либо; ситуации насилия и др. К внутренним причинам можно отнести возрастные и физиологические факторы, болезни, травмы. Кризисное состояние насыщенно самыми разнообразными эмоциями и переживаниями: подавленность, страх, чувство вины, обида, злоба, беспомощность, безнадежность, одиночество и т.д. Человек находящийся в кризисе часто испытывает желание уйти из жизни, которое в свою очередь нередко сосуществует с не менее сильным желанием жить. Многие чувства, которые испытывает человек необычны для него и в обществе считаются неприемлемыми. В результате человек чувствует себя "ненормальным" и изолированным от общества. Негативный подход подразумевает кризисное состояние как психическое заболевание. Воспринимая кризис как нечто болезненное, человек "бежит" от своих переживаний, отвлекается, уходит в работу, принимает соответствующие лекарственные препараты. Иногда это помогает. Однако в случае сильных психических травм развиваются так называемые посттравматические стрессовые расстройства, проявляющиеся через 0,5-1 и более лет. Позитивное определение кризиса подразумевает, что кризис - это не болезнь, а "временный период психологического разнообразия, которое низвергается внезапно и значительно изменяет жизнь человека". Естественное, что при этом меняются внутренние и внешние ориентиры человека, его эмоциональное состояние, а также то, что в период этой дезориентации человек очень часто не может дать отчет о своих действиях (Дж. Каплан). Позитивный подход способствует продуктивному преодолению кризисного состояния; он заключается в переживании человеком своего состояния (Ф.Е.Василюк), в осознании, принятии и дальнейшей интеграции опыта, полученного в кризисной ситуации. В рамках позитивной модели главная задача психотерапевта, педагога-психолога или другого специалиста, оказывающего психологическую помощь, состоит в том, чтобы помочь человеку, оказавшемуся в кризисной ситуации, осознать свои болезненные переживания. Находясь рядом с этим человеком, буквально "проживая" вместе с ним его ситуацию (А.Г.Лидерс), говоря о его чувствах как естественных в этой ситуации, психолог избавляет своего собеседника от чувства изолированности, помогает принять свой кризисный опыт и включить его в общий жизненный контекст. Возможность осуществления этих задач имеет два основных аспекта. Первый аспект - это наличие у специалиста соответствующих профессиональных навыков ("техник"), которые позволят ему выполнить свою задачу. Второй аспект - вероятно, самый важный - внутренняя готовность специалиста обсуждать отвергаемые обществом темы смерти, самоубийства, убийства, сексуального насилия и т.д. Если первый аспект в основном зависит от профессионального обучения, прохождения семинаров, курсов и т.д., то второй аспект не может быть реализован без внутренней работы специалиста как личности — осознания и принятия своих собственных чувств и переживаний, связанных с "маргинальными" проблемами существования человека. Это достигается прохождением тренингов личностного роста или каких-либо других экзистенциально ориентированных тренинговых групп, а также работой с супервизором. В целом соединение этих двух аспектов делает специалиста способным понять и принять значимость переживаний обратившегося к нему человека, что в свою очередь помогает человеку, находящемуся в кризисном состоянии, встретиться с самим собой, с травмирующими обстоятельствами или воспоминаниями и превратить их в источник новых ресурсов и жизненных ценностей.

**Вопрос№34**  
Кризисная интервенция — это профессиональная психосоциальная помощь, предоставляемая лицам, которые испытали продолжительное нарушение психического и социального равновесия по вине какого-то критического жизненного события, не приобретя, однако, в результате никакого психического расстройства. Критическое изменяющее жизнь событие приводит к нарушению соответствия между имеющимися психическими и естественными социальными ресурсами и требуемым психическим напряжением. Потребность в интервенции зависит, таким образом, от внешних и внутренних условий. Некоторые события можно предвидеть — например, выход на пенсию или начавшийся климакс представляют собой культурно или биологически нормированные пусковые факторы; другие предвидеть нельзя — скажем, скоропостижную смерть партнера или тяжелый супружеский кризис. Отмечают, что во многих случаях критическое жизненное событие является «концентрацией какого-то ранее начавшегося происшествия», дошедшего до своей кульминации в конкретном критическом событии и ставшего благодаря этому очевидной психической реальностью. Кризисная интервенция призвана помочь таким людям восстановить душевное и социальное равновесие, до того как данная проблема «затвердела» и превратилась в расстройство. В этом отношении функцию кризисной интервенции можно назвать профилактической, а часто она способствует и дальнейшему развитию, если человек способен интерпретировать кризис как задачу или шанс для развития, дающие стимул для новой самоорганизации в личной и социальной жизни. Если критические жизненные события предсказуемы, то с помощью целенаправленных мер можно подготовить соответствующий круг людей (например, находящихся в преддверии ухода на пенсию) еще до наступления перегрузки, чтобы реакция на предстоящее событие была более компетентной. При кризисной интервенции с помощью различных средств и методов стремятся достичь главным образом следующих целей:психически стабилизировать индивида,содействовать специфическим навыкам и умениям и мобилизовать имеющиеся в распоряжении социальные ресурсы или закрепить социальную интеграцию.1) Стабилизация личности. У людей, переживших критические жизненные события, на какое-то время сильно нарушается психическое равновесие. Эмоциональные проблемы не дают (временно) ответить на требования жизненной ситуации сообразно реальности. Для того чтобы создать предпосылки для преодоления дестабилизирующего события и интерпретировать его, может быть, как задачу развития, мы имеем в распоряжении существенные элементы кризисной интервенции, а именно: выражение эмпатии, паллиативные и вселяющие уверенность мероприятия, а также формирование новых взглядов. Это не означает, что если, например, кто-то потерял любимого человека, то надо подавить горечь утраты; но мы можем, вчувствовавшись в клиента, воодушевить его к тому, чтобы он принял скорбь как необходимый ответ на случившееся. 2) Содействие развитию компетентности. Содействие развитию компетентности в зависимости от особенностей пациента и типа события имеет конкретные цели научения. В случае утраты это может быть способность скорбеть; в случае развода — способность поставить себя на место другого, а после выхода на пенсию — способность формировать новые удовлетворительные социальные отношения и найти новые занятия, — все эти способности можно развивать и совершенствовать. Эти цели ориентированы на индивида и заключаются в улучшении внутренних ресурсов. В качестве средств используются ролевая игра, целенаправленные тренировки, разговорная психотерапия и т. д. 3) Раскрытие социальных ресурсов и социальная интеграция (если необходимо — в новое окружение). При кризисной интервенции часто на помощь пациенту призывается социальное окружение. В рамках медиаторного подхода адресатами интервенции могут быть близкие доверенные люди, коллеги по работе или соседи; они вносят свой потенциальный вклад в оказание помощи пациенту. Это имеет смысл в том случае, когда социальная интеграция индивида, обратившегося за помощью, слишком ненадежна (например, у людей, склонных к суициду), а в распоряжении имеются неиспользованные социальные ресурсы.Иногда помощь заключается в том,чтобы ликвидировать вредное окружение.

**Вопрос№35**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 недолжен 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. 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 страдалицы 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.Человек, переживший утрату, хочет вернуть утерянное. Обычно это иррациональное желание недостаточно осознается, что делает его еще глубже. Навязчивые мысли и фантазии об умершем постоянно лезут в голову. Его лицо видится в толпе; пропадает интерес к событиям, которые прежде казались важными, к своей внешности. Места и ситуации, связанные с умершим, приобретают особую значимость. 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 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

**Вопрос№36**  
СУИЦИД  
ним по¬нимают акт лишения себя жизни, при котором человек действует преднамеренно, целенаправленно и осознанно.  
В последние годы в литературе получил распространение термин парасуицид, обозначающий преднамеренное самоповреждающее поведение, которое повышает риск смерти. При парасуицидальном поведении осознанное намерение умереть может отсутство¬вать или являться противоречивым  
Теперь следует выделить формы суцидального поведения: суицидальные мысли (тенденции), суицидальные попытки и завершенные суициды. Под суицидальными мыслями понимают мысли о смерти, суициде или серьезном са¬моповреждении.  
Термин суици¬дальная попытка обозначает попытку нанести повреждение самому себе или совершить самоубийство, не закончившую¬ся летальным исходом. Под завершенным суицидом понимают смерть от нанесенных самому себе повреждений.  
Существуют разные формы суицидальных мыслей и пере¬живаний. Согласно известному американскому исследовате¬лю А. Беку, необходимо различать пассивные и активные суицидальные мысли. Пассивные суицидальные мысли носят недифференцирован¬ный характер и не связаны с формированием суицидального плана («Иногда у меня мелькают мысли о том, что не стоит жить, но я никогда не сделаю этого»). Сюда также можно отнести случаи когда человек фантазирует о своей смерти, но пока еще не допускает возможность самоубийства («Хоро¬шо бы заснуть и не проснуться»).  
Также есть Активные суицидальные мысли связаны с активным наме-рением убить себя («Я покончу с собой, когда представится удобный случай», «Всем будет лучше, если я умру»).  
К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наи-более подходящего способа самоубийства, места и времени суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида. Установлено, что когда присутствует некий разработанный план самоубийства и реальных возможностей его осуществления это говорит о повышенной вероятности совершения суицида и тут необходима специализированная помощь.  
Следует здесь сказать о репетиции суицида, когда человек у себя в голове прокручивает возможное самоубийство. Это индивид делает как правило для того чтобы погасить негативные эмоции. «Начинаю воображать, что убью себя, и сразу на душе становится легче, как будто все проблемы решены. Ус¬покаиваю себя мыслями о самоубийстве». В то же время мысленная «репетиция» самоубийства значительно повыша¬ет вероятность совершения суицидального акта.  
Следует отметить что суицидальные мысли различаются по длительности и частоте.  
Если суицидальные переживания отмечаются у индиви¬да более 12 месяцев, принято говорить о хронических суици¬дальных тенденциях  
Суицидальные мысли постоянно, возникают эпизодически, под влиянием провоцирующих стимулов и ситуаций. Возникновению суицидальных мыслей обычно предшествуют негативные эмоциональные переживания, такие как чувства безнадежно¬сти и тоски. В качестве примера можно привести случай по¬жилого мужчины, у которого после смерти жены развилось выраженное депрессивное состояние, сопровождающееся чувствами утраты («Как будто что-то умерло внутри меня»), безнадежности. Любые напоминания о произошедшем (фо¬тографии, вещи жены, некоторые даты, например 8 марта) приводят к усугублению депрессивного состояния, усилива¬ют чувство одиночества, вызывают наплывы трудно контро¬лируемых мыслей суицидального содержания.

Интересно то, что исследования показывают, что лица с суицидальными тен¬денциями значительно различаются по уровню своей способ¬ности к произвольному контролю суицидальных побуждений. Лица с высокими регуляторными возможностями способны достаточно длительное время подавлять суицидальные побуж¬дения за счет отвлечения либо за счет сознательного обраще¬ния к так называемым антисуицидальным мыслям под которыми понимают мысли об ответственности перед семьей, детьми, мысли о не¬гативных последствиях их поступка для окружающих. Лица с низкими регуляторными возможностями, напротив, часто оказываются не в состоянии затормозить возникающие само¬деструктивные побуждения и импульсивно реализуют их в своем поведении.  
Таким образом получается то,что чем лучше у человека развит произвольный контроль и регуляция своего поведения тем меньше риск совершения суицида.  
ЭТАПЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
В суицидальном поведении принято выделять следующие этапы:  
1)предсуицидальный этап,   
2)этап реализации суицидаль¬ных намерений  
3)постсуицидальный этап — в случае, если предпринятые суицидальные действия не закончились леталь¬ным исходом .  
1)Предсуицидальный этап охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде.  
Предсуицидальный период, когда человек вынашивает идеи о самоубийстве, может иметь различную длительность, что определяется как динамикой самой психотравмирующей ситуации, так и личностными особенностями суицидента. Вместе с тем, конкретное время совершения суицида опреде¬ляется поводом — событием, действующим в качестве «послед¬ней капли», под влиянием которого пациент принимает ре¬шение покончить с собой:) С принятием решения о самоубийстве заканчивается пред-суицидальный этап и начинается этап реализации суицидаль¬ных намерений.  
2)Этап реализации суицидальных намерений .На этом этапе суицидент осуществляет пла¬нирование предстоящих действий, выбирает подходящий способ самоубийства, обдумывает наилучшее место и время для самоубийства. В предвосхищении суицида он совершает необходимые действия, например, прощается с близкими (которые обычно не догадываются о его намерениях), отдает дол¬ги, пишет предсмертную записку и после этого реализует суицид. Здесь стоит сказать о суицидальных действиях.  
Е. Шир выделяет следующие типы суицидальных действий: - неодолимое — характеризуется преобладанием выражен¬ного аутоагрессивного компонента.  
- преднамеренное — такого рода суицид тщательно и расчет¬ливо планируется во времени, месту и способу совершения, и этот план с упорной последовательностью выполняется;  
- импульсивное — характеризуется внезапностью;  
- амбивалентное — в этом случае сосуществуют аутоагрессивный компонент и поведение, ориентированное на окружаю¬щих, а также амбивалентность в отношении способа самоубиства. Именно для этого типа суицидальных действий характерны суицидальные попытки с последующим криком «Помогите!»;  
• демонстративное - это, как правило, реакция на психотрав-мирующую ситуацию. Поэтому суицид нередко совершается в при-сутствии конфликтогенного лица.  
3) постсуицидальный период охватывает промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной по¬пытки.  
Необходимо отметить, что приведенное описание этапов суицидального поведения в известной степени носит услов¬ный характер, поскольку длительность каждого из этапов и их клинико-психологические характеристики существенно различаются у разных лиц. У одних суицидентов предсуици¬дальный этап и этап реализации суицида носят достаточно длительный, развернутый характер, в то время как у других они протекают в свернутой, редуцированной форме.

**Вопрос№37**  
говорит наука, в происхождении суицидного поведения важную роль играют факторы трех типов: индивидуальные, клинические и социальные (или средовые). Суицидное поведение включает в себя как намерение, так и попытку совершить самоубийство (парасуицид), причем попытки могут быть истинными и демонстрационно-шантажными. Немалую роль здесь играет и различие между полами: отмечается, что женщины в четыре раза чаще, чем мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством, а мужчины в четыре раза чаще реализуют это намерение.  
На первом месте среди факторов суицидного поведения стоят личностные свойства индивидуума: то, как он ценит жизнь, его прошлое и акцентуация его личности. Гораздо больше рискуют в этом отношении люди эмоционально неустойчивые, легко ранимые, очень обидчивые, легко впадающие в депрессию из-за слабости защитных механизмов имитации. Людей с такой психикой легче вывести из себя, Они более чувствительны и к жизненным невзгодам.  
Существуют специальные прогностические таблицы риска совершения суицида,  
насчитывающие до двадцати критериев риска. Если составить портрет возможного суицидента, то факторами, сильно повышающими риск при предрасположенности к самоубийству, являются следующие:  
• межличностные кризисы (в том числе реакция короткого замыкания);  
• тяжелая утрата (состояние психалгии);  
• падение уровня самооценки;  
• утрата смысла жизни и перспективы;  
• стремление вернуть себе контроль за окружением;  
• зависимость от других и неудовлетворенность таким положением;  
• примитивность мышления (человек не знает, как отреагировать на сложную  
ситуацию);  
• употребление алкоголя и наркотиков, которые снимают барьеры здравого смысла;  
• акцентуированность личности (несбалансированная психика);  
• нарушенная самокритичность;  
• тяжелая наследственность;  
• социальные условия;  
• наличие прежних попыток суицида;  
• тяжелые соматические заболевания.  
Особо опасным для индивидуума является случай, когда для него совпадают сразу несколько из перечисленных факторов.

**Вопрос№38**  
Войны, катастрофы, бедствия приводят к тому, что людей, приводят к тому, что людей страдающих посттравматическим расстройством становится всё больше и больше.  
Травма подразумевает внезапную и непреодолимую угрозу безопасности человека. Характерной чертой травматического события является его внезапность и быстрота. Травматическое расстройство нарушает обычный образ жизни человека. Он может быть результатом различных угрожающих жизни событий, включая природные бедствия (наводнения, ураганы, землетрясения), сексуальное насилие, нахождение в зоне военных д-ий, катастрофы. Характерным для птср является переживание человеком чувства беспомощности, ужаса, бессилия, страха, ощущения невозможности что-либо сделать. ПТСР-это комплекс реакций (физических, эмоциональных, поведенческих, психологических, когнитивных) на травму. Это нормальная р-я на ненормальные обстоятельства.  
Течение ПТСР проявляется повторяющимся и навязчивым воспроизведением в сознании психотравмирующего события. При этом испытываемый пациентом стресс превышает тот, который он ощущал в момент собственно травмирующего события, и часто является чрезвычайно интенсивным переживанием, вызывающим мысли о суициде с целью прекратить приступ. Также характерны повторяющиеся кошмарные сны и флешбеки. При этом пациент усиленно избегает мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой, а также действий, мест или людей, которые инициируют эти воспоминания. Характерна психогенная амнезия, пациент не способен воспроизвести в памяти психотравмирующее событие в подробностях. Имеет место также постоянная бдительность и состояние постоянного ожидания угрозы. Состояние часто осложняется соматическими расстройствами и заболеваниями — в основном со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем.

**Вопрос№39**  
Консультирование людей, перенесших утрату, — это нелегкое испытание духовных сил и профессиональной компетенции.  
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.  
Этапы горя:  
1. Шок и оцепенение. Первая стадия – отрицание, связанное с растерянностью. Механизм психологической защиты активно не приемлет того, что произошло. На первом тапе эмоциональному шоку сопутствует попытка отрицать реальность ситуации.  
Шоковая реакция иногда проявляется в неожиданном исчезновении чувств, «охлаждении», словно чувства проваливаются куда-то вглубь. Продолжительность - от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем к 7-9-му дню сменяясь постепенно другой картиной. Характеризуется утратой аппетита и сексуального влечения, мышечной слабостью, малой или полной неподвижностью, которые иногда сменяются минутами суетливой активности, амимичностью, явлениями деперсонализации («Этого не может быть!», «Это случилось не со мной!»), ощущением нереальности происходящего.  
Оцепенение - наиболее заметная особенность этого состояния. Скорбящий  
скован, напряжён. Его дыхание затруднено, неритмично, частое желание  
глубоко вдохнуть приводит к прерывистому, судорожному (как по ступенькам)  
неполному вдоху.  
Оказание помощи на этом этапе заключается в молчаливом сопровождении  
человека, установлении тактильного контакта, помогающего человеку  
заплакать, т.е. «перейти» на следующий этап проживания процесса горевания и  
потери, вербализации его внутренних переживаний.

Чем дольше длится этот период, тем тяжелее последствия  
2. Фаза острого горя.  
После первой реакции на смерть близкого человека – шока, отрицания,  
злобы происходит осознание утраты и смирение с ней. Это фаза поиска или  
отчаяния, которая длится от трёх дней до 6-7 недель ( те самые 40 дней  
траура). Считается самой болезненной фазой, так как необходимо принять  
утрату как реальность, сказать жизни «да» в уже изменившейся жизни.  
Общим для всех является нереалистическое стремление вернуть утраченное и отрицание не столько факта смерти, сколько постоянства утраты. Возникают периодические приступы физического страдания, длящиеся от двадцати минут до одного часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащённым дыханием, постоянная  
потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и  
интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная  
боль. Состояние острой тревоги, бессонница, амнезия, реакция ухода,  
оцепенение; проявляется соматическая симптоматика. Общим для всех  
являются жалобы на потерю силы и истощение: «почти невозможно подняться по  
лестнице», «всё, что я поднимаю, кажется таким тяжёлым», «от малейших  
усилий я чувствую полное изнеможение». Могут наблюдаться некоторые изменения сознания. Общим для всех является лёгкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей горюющего от других людей (иногда они выглядят призрачно или кажутся маленькими). Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он не сделал для умершего того, что мог, он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей, по этой причине многих охватывает чувство вины. Кроме того, у человека, потерявшего близкого, часто наблюдается утрата  
теплоты в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с  
раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, причём всё  
это сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать  
с ним дружеские отношения.

Эти чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самих людей,  
очень беспокоят их и принимаются за признаки наступающего сумашествия.  
Пациенты пытаются сдержать свою враждебность, и в результате у них часто  
вырабатывается искусственная, натянутая манера общения.  
Консультант способен доставить облегчение,  
однако его вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать,  
она должна продолжаться столько, сколько необходимо.  
3. Стадия навязчивости.  
Третья фаза острого горя – «остаточные толчки», длящаяся до 6-7 недель  
с момента трагического события. По другим данным, этот период может длится  
год. Иначе эту фазу именуют периодом отчаяния, страдания и дезорганизации и – не очень точно – периодом реактивной депрессии.  
Сохраняются, и первое время могут даже усиливаться, различные телесные  
реакции – затруднённое укороченное дыхание, астения, мышечная слабость,  
утрата энергии, ощущение тяжести любого действия; чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле; повышенная чувствительность к запахам; снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции. Присутствуют взрывные реакции, эмоциональная лабильность, постоянное возбуждение, нарушение сна.  
Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется  
множество тяжёлых, иногда странных и пугающих чувств и мыслей. Это ощущения  
пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества,  
злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная  
поглощённость образом умершего и его идеализация – подчёркивание  
необычайных достоинств, избегание воспоминаний о плохих чертах и поступках.  
Впервые Новый Год встречают «без него»; отпуск без него… Впервые привычный  
цикл жизни нарушается. Это кратковременные, но очень болезненные ситуации.

4. Стадия прорабатывания проблемы.  
В этот период происходят самые важные и трудные для человека  
эмоциональные события: понимание, осознание причин травмы и горя,  
оплакивание потери. Своеобразный девиз этого этапа – «простить и  
проститься», говорится последнее «прощай».  
На этой фазе жизнь входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит,  
профессиональная деятельность, объект утраты перестаёт быть главным  
средоточением жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, оно  
протекает в виде сначала частых, а потом более редких отдельных толчков,  
какие бывают после основного землетрясения. Такие остаточные приступы горя  
могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, а на фоне нормального  
существования субъективно восприниматься как ещё более острые. Поводом для  
них чаще всего служат какие-то даты, традиционные события («весна впервые  
без него») или события повседневной жизни («обидели, некому пожаловаться»,  
«на его имя пришло письмо»).  
Четвёртая фаза, как правило, длится в течение года: за это время  
происходят практически все обычные жизненные события и в дальнейшем  
начинают повторяться. Годовщина смерти является последней датой в этом  
ряду. Может быть, не случайно поэтому большинство культур и религий отводят  
на траур один год.  
На этой стадии довольно хорошо себя зарекомендовала техника «горячий  
стул», наиболее известный инструмент гештальттерапевтов. Эксперимент  
представляет собой встречу «лицом к лицу» на подушках или стульях двух  
конфликтующих частей себя (полярностей) или клиента или другого человека.

Задача терапевта – поддержание аутентичного столкновения частей «Я» или  
«Я» и других, препятствовать преждевременному согласию или соглашательству.  
После того, как борьба между двумя частями личности будет обострена до  
подходящего уровня, а чувства вербально и невербально выражены, энергия  
начнёт рассеиваться, и наступит истинная интеграция или истинное  
разрешение. Терапевт либо усиливает этот процесс, либо конструирует наличие  
тупика и необходимость дальнейшей работы для его преодоления.  
Если эта фаза успешно не проходит, то горе переходит в хроническое.  
Иногда это невротическое переживание, иногда – посвящение своей жизни  
бескорыстному служению, благотворительности.  
5. Завершение эмоциональной работы горя.  
Работа считается подходящей к концу, когда пациент обретает надежду и  
способность строить планы на будущее.  
Описываемое нами нормальное переживание горя приблизительно через год  
вступает в свою последнюю фазу – «завершения». Здесь горюющему приходится  
порой преодолевать некоторые культурные барьеры, затрудняющие акт  
завершения (например, представление о том, что длительность скорби является  
мерой нашей любви к умершему).  
Смысл и задача работы горя в этой фазе состоит в том, чтобы образ  
умершего занял своё постоянное место в продолжающемся смысловом целом моей  
жизни (он может, например, стать символом доброты) и был закреплён во  
вневременном, ценностном измерении бытия.  
С окончанием «работы скорби» происходит адаптация к реальности  
произошедшего, и душевная боль уменьшается. Во время последней стадии  
переживания утраты человека всё больше и больше начинают занимать  
окружающие его люди и новые события. Уменьшается зависимость от утраты,  
однако это не означает забвения.

**Вопрос№40**  
Первая стадия проживания горя наступает сразу после того, как человек узнал о горе. Это «Отрицание». Оно может выразиться и в простом - переспрашивании. Человек может снова и снова, словно не расслышал, или не понял уточнять слова и формулировки, в которых он получил известие. На самом деле в данный момент он "не хочет верить", что что-то уже произошло. А иногда, переживание потенциально настолько сильно, что человек его физически не может "подпустить" и может просто забыть о горе до тех пор, пока не будет готов его пережить. Решения, принятые на данном этапе будут неверны, так как у человека нет точного понимания ситуации. Как бы подробно ему не объясняли её - он искажает своё восприятие отрицанием.  
Второй этап проживания горя - «Агрессия». Человек не просто не верит - он активно сомневается в том, что ему сообщили, направляет агрессию на источник информации. В конструктивном ключе агрессия может быть направлена на причину, вызвавшую горе, но часто в жизненной ситуации не оказывается место подвигу - ничего изменить не удаётся. Это может привести к направлению агрессии на себя или на близких людей. Решения, принятые на этой стадии могут привести к негативным последствиям для отношений, принести урон имуществу и состоянию человека. В любом случае они будут приниматься с позиции силы.  
Третий этап проживания горя - «Торги». Человек направляет энергию второго этапа на то, чтобы "откупиться от горя". В этот момент он может обращаться к Богу, к любым высшим силам, с целью заключить сделку - я буду/не буду делать то-то и пусть всё вернётся к прежнему состоянию. Решения принятые в этот момент, это разные виды платы. Человек может платить изменением своего поведения, делать пожертвования, может решить посвятить время и силы чему-то связанному с причиной горя.  
Четвёртый этап проживания горя - «Депрессия». Эмоциональные реакции обедняются, нарушается сон и аппетит, появляется раздражение, слёзы не приносят облегчения. Решения принятые на данном этапе могут причинять вред себе и другим. Чаще всего они имеют характер ухода, снижения любой активности - у человека опускаются руки. Решения принимаются с позиции отсутствия сил.  
И наконец, пятый этап проживания горя - это «Принятие». Именно в этот момент человек может впервые разрыдаться, но эти слёзы принесут облегчение. Человек мыслями возвращается ко всему хорошему, что связано с тем, что принесло ему горе. Ситуация, вызвавшая горе теперь воспринимается, как часть жизни - она имеет своё начало и развитие. Возвращается ощущение внутренней опоры, возвращаются силы и эмоции всего спектра, человек начинает задумываться о будущем. Только на пятом этапе человек может принимать решения о том, какие выводы сделать, изменять ли что-то и если да, то как. В этот момент он мудрее.

**Вопрос№41**  
С переживанием горя мы сталкиваемся довольно часто. Это состояние может быть связано с различными ситуациями в жизни:  
Смертью близкого человека.  
Утратой кого-либо или чего-либо, что имело для человека значительный смысл.  
Длительной разлукой или прекращением отношений со значимыми людьми.  
Во времени горе проходит несколько этапов. Цель "нормальной работы горя" состоит в том, чтобы пережить его, стать свободным от утраты, приспособиться к изменившейся жизни и построить новые отношения с людьми.  
Осложненное горе возникает, если переживание замедляется, приостанавливается или появляются сложности с интеграцией утраты или приобретением нового опыта. Среди всех горюющих оно составляет не более 10-15 %. При осложненном горе могут появляться галлюцинации, депрессия, а естественные проявления горя достигают необычной интенсивности и "застывают" во времени. К этому также приводят:  
Внезапная или неожиданная утрата.  
Утрата, вызвавшая двойные чувства, прежде всего гнев и самообвинение.  
Утрата, с которой были связаны отношения чрезмерной зависимости, породившие отчаянную тоску.  
Множественные утраты на протяжении незначительного времени.  
Отсутствие систем поддержки личности или жизнеобеспечения.  
Если миновало несколько лет или признаки горя существенно мешают в жизни, тогда следует говорить об осложненном горе.   
  
Признаки осложненного горя:   
После утраты полностью меняется стиль жизни или привычки, возникает желание избегать людей и виды активности, которые связаны с умершим. Иногда горюющий принимает те черты и формы поведения умершего, к которым ранее относился отрицательно. Появляется страх умереть от той же самой болезни. Человек не может заставить себя посетить кладбище и принять участие в ритуалах или, наоборот, полностью поглощен этой деятельностью. Алкоголь и успокоительные средства употребляются в большом количестве. Появляются навязчивые мысли об утрате и ее деталях, или ушедший превращается в святого или наоборот, в исчадие ада. Разговоры ведутся так, как будто человек жив. Постоянно ощущается безнадежность, бессмысленность существования, горюющий утрачивает способность радоваться, выполнять ежедневную работу или устанавливать отношения с людьми.  
Существует несколько форм осложненного горя:  
Хроническое горе   
При этой, наиболее частой форме, переживании горя носит постоянный характер и принятие утраты не наступает..   
Конфликтное (преувеличенное) горе   
Один или несколько признаков горя искажаются или чрезмерно усиливаются. Прежде всего это касается чувства вины и гнева. Горе затягивается, поскольку возникают двойственные чувства. Сразу после утраты появляется облегчение, эйфория, переходящие в длительную депрессию.   
Подавленное горе   
Проявления горя незначительны или полностью отсутствуют. Вместо них появляются соматические жалобы, признаки болезни, отмечавшиеся у умершего. В дальнейшем развивается ипохондрия. Связь вышеперечисленных признаков с утратой не осознается.   
Неожиданное горе   
Внезапность делает почти невозможным принятие утраты. Преобладают интенсивные чувства тревоги, самообвинения и депрессия. Характерно возникновение мыслей о самоубийстве или его планов.   
Отставленное горе   
Переживание этой формы горя откладывается на длительное время. Сразу после утраты возникают эмоциональные проявления, но затем "работы горя" прекращается. В дальнейшем новая потеря или напоминание о прежней запускают механизм переживания. Дома такой человек не желает что-либо менять после смерти близкого, не расстается с дорогими вещами, либо действует прямо противоположным образом.   
Отсутствующее горе   
При этой форме отсутствуют какие-либо внешние проявления, как если бы утраты не было вообще. Человек полностью отрицает ее или остается в состоянии шока.

Симптомы осложненного горя:  
Существенные, наблюдаемые изменения стиля жизни. Появляется тенденция избегать тех людей и те виды деятельности, которые были связаны с утратой.  
Чрезмерное отождествление себя с умершим, принятие от него даже тех черт, которые раньше воспринимались как негативные, иногда появляется страх умереть той же смертью.  
Начинают приниматься успокоительные препараты, без рекомендации врача увеличиваются их дозы или наблюдается увеличение частоты случаев употребления алкоголя.  
Часты навязчивые мысли об утрате, ее обстоятельствах, об ушедшем, который постепенно превращается либо в «святого» либо в «исчадие ада». Речь может вестись так, будто человек жив или умер совсем недавно.  
Иногда возможна фиксация на чувстве мести  
Нарушена способность радоваться, эффективно выполнять ежедневную работу или устанавливать отношения с людьми.

**Вопрос№43**   
Войны, катастрофы, бедствия приводят к тому, что людей, приводят к тому, что людей страдающих посттравматическим расстройством становится всё больше и больше.  
Травма подразумевает внезапную и непреодолимую угрозу безопасности человека. Характерной чертой травматического события является его внезапность и быстрота. Травматическое расстройство нарушает обычный образ жизни человека. Он может быть результатом различных угрожающих жизни событий, включая природные бедствия (наводнения, ураганы, землетрясения), сексуальное насилие, нахождение в зоне военных д-ий, катастрофы. Характерным для птср является переживание человеком чувства беспомощности, ужаса, бессилия, страха, ощущения невозможности что-либо сделать. ПТСР-это комплекс реакций (физических, эмоциональных, поведенческих, психологических, когнитивных) на травму. Это нормальная р-я на ненормальные обстоятельства.  
Течение ПТСР проявляется повторяющимся и навязчивым воспроизведением в сознании психотравмирующего события. При этом испытываемый пациентом стресс превышает тот, который он ощущал в момент собственно травмирующего события, и часто является чрезвычайно интенсивным переживанием, вызывающим мысли о суициде с целью прекратить приступ. Также характерны повторяющиеся кошмарные сны и флешбеки. При этом пациент усиленно избегает мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой, а также действий, мест или людей, которые инициируют эти воспоминания. Характерна психогенная амнезия, пациент не способен воспроизвести в памяти психотравмирующее событие в подробностях. Имеет место также постоянная бдительность и состояние постоянного ожидания угрозы. Состояние часто осложняется соматическими расстройствами и заболеваниями — в основном со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем.

**Вопрос 45.**

В заключение перечислим несколько важных принципов, которые следует учитывать в работе с умирающим человеком:

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.

Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

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.

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.

Последовательность реакций неизлечимо больных людей на приближающуюся смерть описывает модель Kubler-Ross:

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.

Злоба. Она чаще всего выражается вопросами: «Почему я?», «Почему это случилось со мной?», «Почему меня не услышал Бог?» и т.п.

Компромисс. На этой стадии стремятся как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, отказываясь от разных удовольствий, и т.п.

Депрессия. Поняв неизбежность своего положения, постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают грусть, горечь.

Адаптация. Смирение понимается как готовность спокойно встретить смерть.

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.

**Вопрос№46**  
Категории насилия.  
физическое насилие — преднамеренное манипулирование, приводящее к нанесению физических повреждений различной степени тяжести; относятся не только побои, увечья, убийства, но и ограничения в еде и сне, вовлечение в употребление алкоголя и наркотиков и т.п.;  
-сексуальное насилие — преднамеренное манипулирование, приводящее к вовлечению в сексуальные действия с целью получения одной стороной сексуального удовлетворения или какой-либо иной выгоды; относится не только сексуальное совращение изнасилование, инцест, но и вовлечение в проституцию, порнобизнес и т.п.;  
-психологическое (поведенческое, интеллектуальное, эмоциональное) насилие — преднамеренное манипулирование объектом, игнорирование его субъектных характеристик (свободы, достоинства, прав), приводящее к различным деформациям и нарушениям психического (поведенческого, интеллектуального, эмоционального, волевого, коммуникативного, личностного) развития, относятся угрозы, запугивание, оскорбление, унижение, ругань, вмешательство в личную жизнь;  
-экономическое — запрещение работать/подрабатывать, лишение средств на повседневные нужды.  
Закономерности и последствия насилия.  
Считают, что человек после перенесенной психологической травмы проходит 3 стадии:  
На первой стадии у человека происходит первая реакция – реакция отрицания. Он не может поверить, что это произошло с ним.  
Вторая стадия обычно начинается в пределах 6 недель после события и длится до 6 месяцев: тревога нарастает, появляется жажда отмщения. Человек избегает ситуаций или мест, запускающих воспоминания о травме. Возможны «флешбеки» - вспышки пережитого в сознании. Появляются симптомы депрессии, потеря интереса к окружающему миру, слабость и постоянное чувство усталости, нарушение концентрации и рассеянность. Преследуют постоянные мысли о случившемся и о смерти.  
Третья стадия возникает в пределах 6 месяцев и длится около полугода. Симптомы усугубляющейся депрессии, поглощенность чувством бессилия и боли, низкая самооценка и ощущение собственной никчемности, поглощающее чувство вины, потребность снять внутреннее напряжение с помощью алкоголя или психотропных средств.  
Обида и злость быстро проходят. И на определенном этапе жертва насилия начинает анализировать происшедшее. Возникают мысли: «Почему именно со мной? Я не смог справиться. Я бы все отдал, чтобы этого не было». И на вопрос «почему» приходит ответ «я виноват в том, что произошло». Либо я слабак, либо я позволил это сделать, либо я себя неправильно вел. Он начинает анализировать, но у подростка например еще маленький жизненный опыт и он не может понять, что он просто попал не в то время, не в то место, так сложились обстоятельства, что он никому ничего плохого не сделал.  
По сути, то, что произошло, это проблема того, кто совершил насилие. Это очень сложно осознать. И поэтому жертва винит себя, ей стыдно. Жертва приписывает свои мысли о себе другим. Раз я так думаю, и другие будут думать так.

**Вопрос№47**  
Цикл насилия имеет три фазы:  
Первая фаза: Возрастание  
Обидчик все чаще готов негативно реагировать на напряжение. В быту появляются эпизоды грубого и эгоистичного отношения мужчины к женщине. Оба партнера пытаются уменьшить значение разногласий, женщина может стать более любящей, покорной, или же старается не попадаться обидчику на дороге, в зависимости оттого, в чем она видит возможность предотвращения столкновения. Нередко женщина приходит к выводу, что она не должна проявлять гнев. Обидчика воодушевляет эта пассивная покорность, и он не пытается себя контролировать. Женщины, которых на протяжении некоторого времени избивали, знают, что эти первоначальные мелкие инциденты насилия приведут к более тяжелым случаям. Тем не менее они зачастую приходят к выводу, что, возможно, заслужили подобное отношение и решают «больше постараться», в надежде своим поведением повлиять на поведение обидчика. Когда обидчик «взрывается», потерпевшая часто берет вину на себя, упрекая себя в том, что потеряла контроль над ситуацией.  
Свой стремительно растущий гнев она может и не узнать или же будет не в состоянии его проявить. На этой фазе обидчик может испугаться того, что жертва бросит его. Этот страх усиливают попытки женщины избежать своего обидчика.  
Мужчина-насильник становится все более эгоистичным, ревнивым и старается запугать женщину. Поскольку и обидчик и потерпевшая во время первой фазы ощущают возрастающее напряжение, обоим становится все труднее справиться с ним. Обе стороны начинают проявлять нервозность.  
Утомленная непрерывным стрессом, она старается еще больше уйти в себя. Обидчик ищет в ней признаки гнева, ощущая их даже в том случае, если она пытается их отрицать. Каждый ее шаг истолковывается неправильно. Напряжение между ними становится невыносимым. Когда наступает момент неизбежности насилия, пара быстро вступает во вторую фазу совершения самого акта насилия.  
  
Вторая фаза: Акт насилия  
Вторая фаза представляет собой разрядку накопившегося напряжения. Отсутствие контроля и разрушительный эффект насилия отличают ее от имевших место в первой фазе физических обид меньшего масштаба. Вторая фаза самая короткая, она обычно длится от нескольких минут до нескольких часов. Во время этой фазы и обидчик и жертва приходят к выводу, что гнев обидчика не контролируем. Хотя обидчик все начинает с мыслью «нужно ее немного проучить» и прекращает, когда ему кажется, что она достаточно «укрощена», он нередко выясняет, что причинил жертве серьезные повреждения. В конце концов он и сам не понимает, как такое могло произойти. Совершенный во второй фазе акт насилия крайне редко бывает вызван поведением жертвы, поводом для насилия обычно служит какой-то внешний фактор или внутреннее состояние обидчика.  
После завершения акта насилия обычно следует первоначальный шок, неверие и отрицание происшедшего. И обидчик и жертва ищут оправдание подобному акту насилия. Зачастую жертва насилия переживает 24 — 28-часовое эмоциональное расстройство, признаками которого является депрессия, чувство беспомощности и апатия. Избитые женщины часто обращаются за помощью лишь через 24 — 28 часов после совершенного акта насилия.  
Третья фаза: медовый месяц, покой и «ухаживание»  
Второй фазе характерна грубость, зато в третьей фазе происходит противоположное: обидчик чрезвычайно мил, добр, и его поведение свидетельствует об «осознании вины». Он понимает, что зашел слишком далеко, и пытается задобрить жертву. Эту фазу принимают обе стороны, однако именно этой фазой завершается виктимизация женщины, онa полностью становится жертвой.  
Нa этой фазе обидчик старается непрерывно проявлять свою любовь. Он извиняется, обещает, что ничего подобного никогда больше не повторится, и просит у нее прощения. Обидчик искренне верит, что никогда больше не поднимет руку на женщину, которую он любит, и что с этого момента он сможет себя контролировать. В то же время он верит, что немного «проучил» свою вторую половину и что она впредь своим поведением не посмеет спровоцировать его на применение физической силы. Он оставляет впечатление действите

Он оставляет впечатление действительно раскаявшегося и способен убедить всех имеющих отношение к происшедшему, что его поведение изменится.  
В третьей фазе обидчик обычно «осыпает» жертву подарками, цветами, сладостями, украшениями, хозяйственными товарами. В эту кампанию вовлекаются и другие близкие люди — члены семьи, друзья, только бы убедить женщину, что прекращение отношений не является правильным выходом. Вовлеченные в происшествие часто верят, что мужчина сожалеет о случившемся и готов измениться, что всему виной огромная нагрузка на работе или пьянство, что детям нужен отец, что обидчику нужна помощь жертвы, и жертва начинает брать на себя ответственность за любое наказание, которое может получить обидчик.  
Во время этой фазы жертва видит часть своей мечты о чудесной, истинной любви. Женщина предпочитает верить тому, что партнеру больше свойственно любящее, нежели насильственное поведение.  
В это время она может увидеть незащищенность и слабость мужчины. Женщина видит себя мостом к эмоциальной стабильности мужчины.  
В подобной ситуации практически нереально надеяться на то, что обидчик станет обращаться за профессиональной помощью для изменения своего насильственного поведения. В большинстве случаев обидчик станет искать помощь только тогда, когда жертва бросит его и когда он сам придет к выводу, что обращение за психологической помощью убедит жертву вернуться.  
Поскольку в третьей фазе встречаются все прекрасные или желательные стороны супружества или семейной жизни, в этой фазе жертве трудно решиться на поиски юридической защиты или прекращение отношений. Если женщина сомневается, уходить или нет от мужчины, ее обычно удерживает пережитое в третьей фазе любящее отношение, но не обиды первой или второй фазы.  
Если женщина уже не раз пережила такие циклы насилия, она нередко в подсознании уверена, что жертвует собственным эмоциональным и физическим благополучием ради короткого мгновения наплыва любви во время третьей фазы. Понимание этого снижает ее самосознание, заставляет стыдиться и даже возненавидеть себя.  
Трудно предвидеть продолжительность третьей фазы. Многие женщины признают, чтo характерные для первой фазы инциденты проявляются еще до того, как они начинают догадываться о завершении третьей фазы. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что в отдельных партнерских отношениях, основанных на длительном насилии, третья фаза полностью исчезает.

**Вопрос№48**  
По результатам проведенной психологической диагностики жертв изнасиловании можно сделать следующие выводы. Сексуальное насилие является экстремальным жизненным событием, вызывающим у подавляющего большинства пострадавших посттравматическую стрессовую реакцию. У жертв "жестокого", внезапного насилия незнакомцем превалирует скорее обвинение собственного поведения и понижение ситуативных аспектов самооценки, чем обвинение своего характера и себя вообще. Жертва "узаконенного", например, супружеского, насилия часто продолжает оставаться в неблагоприятной ситуации и после травмы, что изменяет стрессовую реакцию, делает ее менее острой, но более продолжительной. У таких пострадавших сильнее выражено самообвинение, и поиск причин происшедшего ведется не во внешнем мире, а внутри себя.  
Людям, перенесшим травматическое событие, требуется подтверждение своей значимости извне. Однако потребность в посторонней помощи немного по-разному ориентирована у жертв жестокого насилия и пострадавших от насилия знакомым. Первым требуется скорее конкретная, ситуативная помощь, связанная с научением справляться с травмирующим воспоминанием. Вторые ищут возможности более общих, диспозиционных личностных изменений.  
Сексуальное насилие является комплексной проблемой, поэтому для психологов в этой области необходимо сотрудничество с различными социальными, медицинскими, правовыми структурами.  
Женщины, подвергающиеся насилию, могут иметь следующие общие характеристики:  
• Низкая самооценка  
• Они верят во все мифы о насильственных отношениях  
• Имеют очень традиционные представления о семье, роли женщины в семье и обществе, верят в «женское предназначение»  
• Берут на себя ответственность за действия обидчика  
• Страдают от чувства вины и отрицают свое чувство гнева к обидчику  
• Имеют серьезные реакции на стресс и психосоматику  
• Верят в то, что сексуальные отношения могут стабилизировать отношения в целом  
• Уверены в том, что никто не может им помочь в разрешении проблемы насилия в семье.  
Люди, подвергающие насилию своих близких, имеют так же сходные характеристики:  
• Низкая самооценка  
• Они верят во все мифы о насильственных отношениях  
• Традиционны во всех взглядах на ведущую роль мужчины (взрослого по отношению к детям) в семье и обществе  
• Обвиняют других в действиях, которые совершают сами  
• Патологически ревнивы  
• Представляют собой двойственную личность  
• Часто используют агрессию в сексуальных отношениях с целью повышения самооценки  
• Не осознают, что их агрессивное поведение может иметь серьезные последствия  
-рекуррентное, постоянное и беспокоящее переживание травмы через неприятные воспоминания, сны, навязчивые действия и чувства как будто бы событие повторялось (перепроживание травмы, иллюзии, галлюцинации, flashbacks - внезапные, яркие и реалистичные, вспышкообразные возвращения травмирующих переживаний);  
-постоянное избегание стимулов, которые напоминают о травме, например, пациент избегает мысли и чувства, ассоциирующиеся с травмой, избегает ситуации и сферы деятельности, которые пробуждают травматические воспоминания;  
-психогенная амнезия  
-снижение интереса к значимым видам деятельности (который присутствовал до того как травма произошла), например пациент проявляют заметно уменьшенный интерес в значимых сферах жизнедеятельности; они могут чувствовать отчужденность (отстраненность) от других людей; набор их реакций может быть ограничен ли они могут чувствовать отсутствие будущего; сужение спектра эмоций

-постоянные симптомы повышенного возбуждения, которое включает в себя раздражительность и вспышки гнева, проблемы с концентрацией внимания, гиперактивность, неадекватное реагирование, они проявляют физиологическую реакцию на события или ситуации, которые отображают в символической форме или походят на травму  
-расстройство вызывает значительный дистресс или дезадаптацию в социальной, профессиональной, и других важных областях жизнедеятельности

**Вопрос№49**  
Когда консультант говорит с клиентом о его проблеме, он намеренно выводит его в позицию наблюдателя. Мы подразумеваем, что говорим о чем-то вне него, на что он и сам может посмотреть со стороны. Да и не только посмотреть, но и свою оставить ношу. Мы обращаемся к Наблюдателю в нем, мы находим источники проблемы в его детстве, когда он еще не был способен психологически защищать себя. Таким образом, мы максимально экстернализуем проблему, размещая ее и во времени его прошлого опыта и в пространстве ситуаций и действующих лиц. Мы это делаем для того, чтобы ему легче было осознать свое прошлое и, в конечном счете, освободиться от него.  
Конечно, человек может и не принять предлагаемого решения его  
проблемы. И у этой ситуации может быть двойственное значение: либо он  
выбирает дальше жить с проблемой, которая, как он считает, отнимет у него  
меньше сил, чем ее решение, либо он найдет другое решение. Но в любом  
случае психолог уважает его выбор, понимая границы своей ответственности.  
Психолог не может быть более ответственен за решение проблемы человека, чем  
он сам ответственен за это.  
Таким образом, цель психолога — снова и снова толковать проблему  
человека и выводить из этих толкований все новые и новые действенные  
следствия. Личность может измениться и сама по себе, но только после  
решения проблемы. Мы не ставим задачу глубинного изменения личности, мы  
претендуем только на осознание и выявление достаточно типичных препятствий,  
нагроможденных вокруг и внутри человека, которые он считает частью себя. А  
изменится ли он и куда он двинется дальше — это дело его выбора.  
Такая установка избавляет психолога от фантазма всемогущества,  
ограничивая зону его ответственности — с одной стороны, но повышая уровень  
его ответственности в границах этой зоны — с другой.  
Психолог также должен сообщить о полной конфиденциальности  
всего происходящего на сеансе, и что он не будет разглашать третьим лицам  
полученные от клиента сведения. Предполагается, что клиент будет выполнять  
данные ему рекомендации, в противном случае психолог не несет  
ответственности за результат взаимодействия.  
Если какие-либо данные психологом рекомендации оказались  
трудновыполнимыми для клиента или возникли какие-либо обстоятельства,  
мешающие их выполнению, то на следующем сеансе это является предметом  
отдельной беседы.

**Вопрос№50**  
Эффективность консультанта определяется свойствами личности, профессиональными знаниями и специальными навыками.  
Будем откровенны — мы никогда не обладаем и не способны обладать полнотой знаний. Притворяться, что мы знаем нужды клиента и можем подсказать ему правильный выбор, — значит предать клиента.  
Основная задача консультанта состоит в том, чтобы помочь клиенту в выявлении своих внутренних резервов и в устранении факторов, мешающих их использованию. Консультант также должен помочь клиенту понять, каким он хочет стать. Клиентам во время консультирования следует искренне оценивать свое поведение, стиль жизни и решить, каким образом и в каком направлении они хотели бы изменить качество своей жизни.  
Никакой консультант не может указывать другому человеку, как ему жить.  
По моему мнению в консультировании необходимо стремиться к максимальной свободе клиента, а также к развитию способности клиента контролировать свое окружение и собственные реакции, провоцируемые окружением.  
Я считаю, что консультанту присущи несколько следующих качеств: проницательность, сознавание профессионального долга, доверие к людям, уважение ценностей другой личности..консультантом в состоянии быть симпатичный человек, откровенный и открытый чувствам других; способный отождествляться с самыми разными людьми; теплый, но не сентиментальный, не стремящийся к самоутверждению, однако имеющий свое мнение и способный его защитить; умеющий служить на благо своим клиентам..