Консультирование в кризисной службе

1. **Общая характеристика кризисной службы, ее особенности и задачи.**

*Кризисная служба* – организация мероприятий по оказанию комплексной психологической и медицинской помощи лицам, находящимся в кризисной ситуации.

*Особенностями кризисной службы* являются: безотлагательность, психологическая поддержка, уважение клиента, опора на ресурс, интервенция в поверхностные слои сознания.

*Задачи кризисной службы*:

* обеспечить реадаптацию к обычным условиям жизни
* найти позитивные ресурсы в решении смыслового конфликта и обеспечить позитивную интеграцию личности
* завершить прошлое
* восстановить чувства безопасности и самоконтроля
* восстановить социальные связи и отношения
* определить оптимальную для личности меру ответственности

1. **Правила и принципы работы кризисных служб**

Принципы и задачи кризисной психотерапии имеет принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний, к которым относятся:

1) ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и, во-вторых - с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке и на первых порах в руководстве их поведением;

2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска;

3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности.

По своему характеру кризисной психотерапии приближается к когнитивной психотерапии и включает три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные терапевтические программы кризисной психотерапии применяется дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется кризисное вмешательство; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по тренингу навыков адаптации. Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые этапы кризисной психотерапии могут осуществляться последовательно: кризисная поддержка — кризисное вмешательство — повышение уровня адаптации.

Кризисная психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.

1. **Классификация кризисных служб**
2. помощь пострадавшим от насилия
3. личностный кризис
4. острое горе
5. суициденты

Контактные (амбулаторные, стационарные)

Дистанционные (Интернет, телефон доверия)

1. **Структура деятельности кризисных служб**

Отделение амбулаторной консультативно-диагностической помощи

Кризисная служба «Телефон доверия»

Стационар кратковременного пребывания больных

Лечебно-оздоровительное отделение

Вспомогательные лечебно-диагностические подразделения

Клинико-диагностическая лаборатория

Организационно-методический отдел

Административно-хозяйственная часть

1. **Требования к персоналу кризисных служб**
2. высокая квалификация
3. психологическая проработка собственных проблем
4. оптимизм
5. позитивная картина мира
6. высокая энергетика
7. профессионализм
8. **Общая характеристика кризисного состояния**

Индивид (или семья, группа, сообщество) подвержен периодам усиления внутреннего и внешнего стресса, что нарушает нормальный жизненный цикл и привычное состояние баланса с окружающей средой. Такие ситуации обычно вызываются неким травмирующим событием, которое может быть как внешним ударом, так и внутренним все более усиливающимся напряжением. Событие может быть единичным катастрофическим происшествием или серией небольших неудач, которые обладают кумулятивным эффектом (концентрация действия взрыва в одном направлении). Воздействие травмирующего события нарушает баланс личности и ставит человека в уязвимое положение, что находит проявление в усилении напряжения и беспокойства. Каждое из них вызывает соответствующую эмоциональную реакцию, которая отражает субъективную значимость события для индивида. Угроза влечет за собой усиливающееся состояние беспокойства; "потеря себя" усиливает изначальные ощущения депрессии, депривации и скорби: в то же время постановка задачи выживания вызывает умеренное возрастание беспокойства плюс пробуждение надежды и ожидания, стимулируя таким образом новые усилия для решения проблемы.

1. **Понятие о кризисном событии**

*Кризисное событие* – событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, разрушающее обычные стереотипы поведения и вызывающие перестройку структуры личности

1. **Понятие о кризисном реагировании**

Кризисное реагирование – реакция, которая отражает субъективную значимость события для индивида, в виде тревоги, страха, фрустрации на какое-либо кризисное событие

1. **Характеристика соматических проявлений кризиса**

Человек может испытывать физические проблемы: тошнота и рвота, непроизвольное испражнение и мочеиспускание, сухость во рту, потоотделение, дрожь, сердцебиение, затруднительное дыхание, головокружение, позывы к мочеиспусканию, бессонница и нервная возбудимость.

Эти проблемы могут развиваться довольно стремительно, возможно даже во время происшествия, но, как правило, непосредственно после него. Данные симптомы также могут проявиться через определенный промежуток времени, часто в виде приступов, вызванных определенным напоминанием о катастрофе, которое ведет к повторному переживанию происшествия.

1. **Характеристика психологических реакций при кризисах**

У пострадавшего возникают аффективные реакции: беспокойство, плач, гнев, смех, предчувствия, ощущение хаоса и когнитивные реакции: изменившееся восприятие времени (время останавливается), чувство нереальности («Это происходит не со мной»), «выход из своего тела», «как в кино», «как будто робот», чрезмерное внимание к деталям (суперпамять), суженное сознание и ухудшение памяти.

Человек может переживать эмоциональное замешательство и страх от умственного помешательства и потери контроля. Типичны трудности с концентрацией внимания и потерей памяти. Возникают ночные кошмары.

1. **Характеристика социальных и поведенческих реакций при кризисах**

Поведенческие реакции: суетливость, гиперактивность, раздражительность, нервозность, потеря инициативы, апатия.

Многие становятся беспокойными, гиперактивными, раздражительными и ощущают душевную пустоту и отсутствие энтузиазма. Внутренний хаос часто отражается в физическом беспокойстве. Некоторые впадают в полную апатию. Паника и агрессия могут развиться непосредственно после происшествия и в дальнейшем могут требовать мониторинга. В посттравматический период большинство пострадавших испытывают нервозность и повышенную чувствительность к неожиданным звукам, свету или резким движениям. Они всегда напряжены и чувствуют, что «сейчас это снова случится». Развивается потребность быть рядом с теми, кого они любят или быть в одиночестве.

1. **Виды кризисных состояний**
2. острое горе
3. стресс
4. фрустрация
5. ПТСР
6. кризис
7. **Диагностика кризисных состояний.**

*Критериями диагностики кризиса могут служить следующие показатели*:

• наличие события, вызывающего стресс, или длительный стресс, приводящий к фрустрации (эмоционально тяжелое переживание человеком своей неудачи, сопровождающееся чувством безысходности, крушения и неуспеха в достижении цели);

• переживание горя;

• чувство потери, опасности, унижения;

• чувство собственной неполноценности;

• неожиданность происходящего;

• разрушение привычного хода жизни; D неопределенность будущего;

• отсутствие целостного видения ситуации (она воспринимается фрагментарно, на первом месте — ее эмоциональная окраска);

• страх;

• отчаяние;

• обесценивание имеющегося;

• потеря контакта с другими и собой;

• преобладание чувства одиночества и отверженности;

• чувство уникальности собственных переживаний;

• ощущение отсутствия поддержки со стороны окружающих;

• длительное страдание.

1. **Общие принципы кризисной помощи**
2. безотлагательность
3. психологическая поддержка
4. уважение клиента
5. интервенция в поверхностные слои сознания
6. опора на ресурс
7. **Стадии кризисной работы.**

*Основная задача* работника - это в первую очередь смягчение воздействия стрессового события путем оказания непосредственной эмоциональной помощи и мобилизации усилий клиентов на преодоление кризиса в процессе незамедлительного терапевтического воздействия.

Р. Рапопорт (1970) считает, что при "кризисном вмешательстве" должны быть реализованы, как минимум, следующие цели:  
1) снятие симптомов;  
2) восстановление докризисного уровня функционирования;  
3) осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;  
4) выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса.

Плюс к этому, отмечает Рапопорт, в случае наличия у клиента необходимых индивидуальных качеств и благоприятной социальной ситуации могут быть достигнуты две дополнительные цели: во-первых, осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами, во-вторых, освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств, развитие новых адаптивных реакций и стратегии совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но в будущем.

*Три фазы:*

*Начальная фаза* предполагает определение и оценку ситуации: установление контакта, выяснение, что происходит; определение, имеет ли место действительно острый кризис, и установление рабочего контакта для дальнейшей деятельности. Помня о составных элементах общей кризисной ситуации, социальный работник, ведущий прием, сосредоточивается вначале на факторе. событии или происшествии, которое вынудило клиента обратиться за помощью в данный момент, затем старается выявить первоначальное психотравмирующее событие, положившее начало стрессу и приведшее к состоянию психического дисбаланса, которое может включать в себя как субъективные реакции на событие, так и более ранние попытки справиться с ситуацией. Оценивается также настоящее кризисное состояние клиента и степень его неспособности к привычной жизнедеятельности. Наконец, ставится диагноз текущего состояния и определяется тот аспект, на котором следует сконцентрироваться. Клиенту представляют оценку ситуации и вместе с ним разрабатывают дальнейшие шаги совместной деятельности, включающей основные цели. задачи и график ближайших встреч.   
*Средняя фаза* сосредоточена на решении специфических проблем кризисной ситуации. Клиенту оказывают помощь в осознании нижних неадекватных образцов поведения и предлагают попытаться использовать новые модели. По мере того как клиент становится все более активным в решении поставленных задач (и таким образом постепенно тepяeт ощущение, что находится под контролем), ведущий прием занимает более пассивную позицию, выступая но преимуществу в качестве слушающего и поддерживающего. Особое внимание уделяется построению новых взаимоотношений клиента с окружающими, а также поиску возможностей оказания поддержки со стороны людей со сходными проблемами или находящимися в аналогичных ситуациях.   
*Последняя фаза* это обсуждение прогресса, который достигнут со времени первого посещения, повторение основных задач адаптации и анализ происшедших изменений в поведении. Если проблему можно считать решенной и клиент ощущает надежду и чувствует, что ситуация может быть улучшена им самостоятельно, составляется (при необходимости) план дальнейшей деятельности.

1. **Характеристика психической травмы**

*Психическая травма* – переживание особого рода потрясения, вызванного угрозой жизни, благополучию его или его близких

1) утрата веры в то, что жизнь организована согласно порядку, поддается контролю и безопасна

2) сопровождается нарушением психологической защиты

3) развиваются иллюзии: безопасности, справедливости, ощущение черно-белого мира

1. **Механизмы психической травмы**

\* - самость, myself

1 –психологичекая защита

2 – социальное «Я»

3 – психологическое «Я»

4 – телесное «Я»

1. **Профилактика и сопровождение при психической травме**

Психическая травма — это не внешнее событие, а его психическая репрезентация. Чем тоньше и выше психическая организация индивида, подвергшегося психической травме, тем больше вероятность развития ПТСР. Особую роль играют культура и религиозные представления, доминирующие в социуме.

Дебрифинг является одним из вариантов кризисной интервенции или «неотложной психологической помощи» при острой психической травме. Психопрофилактическая работа в этих случаях должна быть «центрирована» исключительно на проблеме, на актуальной ситуации и актуальных переживаниях, а не на личности, и при полном отсутствии оценочных суждений со стороны терапевта. Дебрифинг не является терапией и не преследует терапевтических задач. Он направлен лишь на минимизацию последствий тяжелой психической травмы.

Методы профилактики: бихевиоральная (поведенческая) терапия, гештальт-терапия, психодинамическая терапия (психоанализ), рациональная (когнитивная) психотерапия, а также терапия внушением (гипноз и его варианты).

Модель выявления травматического опыта: а) установление контакта и раскрытие пациента для обеспечения возможности максимально подробного рассказа о событиях, б) стимуляция воспоминаний, в) противопоставление, а также г) развивающее влияние терапевта и д) проработка горя.

1. **Методы психологической помощи при психической травме**

Кризисная интервенция и дебрифинг

Различия между кризисной интервенцией и дебрифингом весьма несущественны, и фактически дебрифинг является одним из вариантов кризисной интервенции или «неотложной психологической помощи» при острой психической травме. Общепризнано, что вся психопрофилактическая работа в этих случаях должна быть «центрирована» исключительно на проблеме, на актуальной ситуации и актуальных переживаниях, а не па личности, и при полном отсутствии оценочных суждений со стороны терапевта. При массовой психической травме в силу понятных оснований такая работа осуществляется в группе, с соблюдением некоторых общих принципов, заимствованных из групповой психотерапии.

*Дебрифинг* - это обучающий процесс, помогающий участникам размышлять о пережитом  
опыте, обнаруживать новые интересные идеи, делать полезные для себя открытия и  
делиться друг с другом.

1. Фаза проживания опыта (например: “Что происходит?”).
2. Фаза разделения опыта (например: “Какие чувства у вас возникли при этом?”).
3. Фаза интерпретации (например: “Как вы объясняете это?”).
4. Фаза обобщения (например: “Чему вас это научило?”).
5. Фаза приложения (например: “Что бы вы хотели сделать с этим?”).
6. Процессуальная фаза (например: “Что в этом плохого/хорошего?”).

Поэтому во всех случаях целесообразно сочетать групповую работу с индивидуальной и деликатно выводить старые (глубоко индивидуальные) проблемы за пределы группы Кроме того, в процессе дебрифинга нужно стараться методически четко разделять не только актуальные переживания и личностные проблемы («вплетенные» в кризисную ситуацию), но и (организационно) распределить время и место их предъявления, а также — специалистов, с которыми проводится их обсуждение (то есть — специалист в области групповой работы не должен совмещать ее с индивидуальной, чтобы не привносить свои установки из одной ситуации в другую).

1. **Проблема реабилитации при психической травме**

Психотерапия пациентов, перенесших психическую травму, всегда очень трудна: сопротивление, «возводимое системой самосохранения пациентов», велико. Калшед пишет о том, что «травмированная психика продолжает травмировать саму себя», более того - люди постоянно обнаруживают себя в жизненных ситуациях, в которых они подвергаются повторной травматизации.

1. **Характеристика травматического стресса**

*Травматический стресс* - это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Последнее замечание чрезвычайно важно, так как дети, да и взрослые, пережившие травматический стресс, иногда могут казаться ненормальными, или сумасшедшими, хотя на самом деле таковыми не являются.

В Международной классификации психических нарушений, травматический стресс определяется как комплекс реакций, когда:

1. Травматическое событие упорно переживается вновь и вновь. Это может происходить в различных формах:

2. Повторяющаеся кошмарные сны о событии.

3. Действия или чувства, соответствующие переживаемым во время травмы.

4. Интенсивные негативные переживания при столкновении с чем-то, напоминающем (символизирующим) травматическое событие.

5. Физиологическая реактивность, если что-то напоминает или символизирует травматическое событие: спазмы в желудке, головные боли. и др. Так, если девочку изнасиловали в лифте, ее каждый раз бросает в пот, когда она туда входит.

6. Упорно избегается все, что может быть связано с травмой: мысли или разговоры, действия, места или люди, напоминающие о травме (вышеупомянутая девочка стала избегать пользоваться лифтом).

7. Появляется неспособность вспомнить важные эпизоды травмы, т.е. человек не может вспомнить некоторые эпизоды из того, что с ним происходило.

8. Выражено снижение интереса к тому, что раньше занимало, человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает.

9. Появляется чувство отстраненности и отчужденности от других, ощущение одиночества.

10. Притупленность эмоций - неспособность переживать сильные чувства (любовь, ненависть и др.)

11. Появляется чувство укороченного будущего, т.е. короткая жизненная перспектива, когда человек планирует свою жизнь на очень небольшое время.

Появляются упорные симптомы ниже перечисленной группы:

1. Проблемы со сном (бессонница или прерывистый сон).

2. Раздражительность ила вспышка гнева.

3. Нарушение памяти и концентрации внимания.

4. Сверхбдительность.

5. Преувеличенное реагирование.

1. **Методы коррекции травматического стресса**

Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории.

*Образовательная категория*

Пострадавшие могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей, через знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Создание информационного поля позволяет пострадавшим осознать, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность надеяться на то, что при обращении к специалисту их страдания будут поняты, и они получат поддержку и помощь.

*Целостное отношение к здоровью. Принцип холизма.*

Предполагает относиться к человеку как единому целому. Целостность предполагает необходимость и важность задействовать все резервы человеческого организма и личности: физическая активность, правильное питание, духовное развитие, использование чувства юмора. Внимание ко всем сторонам человеческой личности позволяет активизировать такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. Человек заслуживает того, чтобы к нему относились к единому целому.

*Социальная поддержка.*

Для выхода человека из состояния посттравматическое стресса, имеет значение социальное окружение. На кого может человек рассчитывать в ситуации психологического расстройства, какие новые проблемы в отношениях в семье и на работе возникли после травматического события - все это следует учитывать при проведении кризисных мероприятий. Сюда следует отнести наличие сети самопомощи, формирование поддержки со стороны общественных организаций.

*Собственно психологическая помощь.*

Психологическая помощь включает в себя работу с проявлениями горя (группы поддержки взрослым и детям, переживающим горе), снятие фобических реакций посредством работы травматическим образами и многие индивидуальные методы психологической помощи и поддержки. Особое место в системе психологической помощи занимают специально созданные методы. Это, прежде всего Психологический дебрифинг - форма кризисной интервенции, применяемый сразу после кризисного события в групповой форме и психобиографический дебрифинг, который может быть использован при индивидуальной работе с отсроченным сроком травматизации.

1. **Характеристика реакций острого горя. Основные этапы работы с состоянием острого горя.**

*Острое горе* – определенный синдром с психологической и соматической симптоматикой, длящийся несколько месяцев и переходящий затем в нормальные реакции горя. Продолжительность и интенсивность переживаний индивидуальна и зависит от многих внешних и внутренних причин.

*Картина острого г*оря: физическое страдание, поглощенность образом умершего, чувство вины, враждебность, утрата моделей поведения.

*Реакции горя*: отсрочка реакции, застревание на одном из этапов, повышенная активность без чувства утраты, появление симптомов последнего заболевания умершего, психосоматические заболевания, социальная изоляция, яростная враждебность к отдельным лицам, дальнейшая утрата форм социальной активности, вплоть до невозможности выполнять простейшую деятельность самостоятельно, депрессия.

*Основные этапы работы*: *по Джордону*:

1. признание потери
2. проживание чувств (принять и прожить боль)
3. обретение навыков жизни в тех сферах, где умерший был главный
4. создание новых связей
5. **Горе как нормальный и патологический процесс.**

З. Фрейд выделяет, таким образом, ***две возможные реакции на утрату***, из которых одна описывается как ***оправданная и нормальная***, а ***вторая носит характер патологического реагирования***. Нормальным считается переживание печали, а патологический процесс обозначается как меланхолия.   
При ***нормальной реакции горя*** (печали) типичны симптомы глубокой удрученности, потери интереса к окружающему миру, утраты способности любить, подавление любой активности. При этом, эти переживания остаются понятными для большинства людей, со временем они редуцируются, и человек вновь обретает душевное здоровье. Вмешательство врача или психотерапевта может быть даже нецелесообразным.   
Гораздо более тяжелые симптомы отмечаются при ***патологическом го*ре**. Кроме всех симптомов, характеризующих печаль, здесь могут наблюдаться тяжелые самоупреки, самоуничижение, суицидальные мысли и т. д. Отмечается очень сильная идеализация объекта и фиксация на чувстве вины. ***При нормальной реакции горя помощь может заключаться*** в эмоциональной поддержке человека, эмпатическом выслушивании, сопровождении его в «работе, проделываемой печалью», когда реальность выносит приговор, что любимого объекта больше нет, и человек оказывается перед выбором, хочет ли он разделить ту же участь, или же найти новые объекты привязанности, новые смыслы и цели. ***При патологическом же процессе***, осложненном указанными выше предпосылками, ***работа, помимо этого должна заключаться*** в высвобождении аффекта обиды, разочарования и ненависти, проживании, осознании и интеграции этих чувств, а также противодействии попыткам отождествления с объектом и поддержании связи с ним таким патологическим путем. Такое отождествление, в конечном счете, основано на использовании достаточно примитивного защитного механизма отрицания, обеспечивает иллюзорное сохранение объекта, что лишает человека свободы для новых привязанностей и переводит страдание в хроническую форму.

1. **Направления помощи на различных этапах процесса переживания горя.**

**Этапы при оказании психотерапевтической помощи в связи с переживанием утраты.   
*1.* *Установление контакта.***   
На этом этапе важно определить мотивацию клиента, его заинтересованность в результатах терапии, позитивное или негативное отношение к помощи вообще и к терапевту, в частности.   
В этой связи следует отметить, что те пациенты, у которых утрата произошла сравнительно недавно достаточно легко идут на установление контакта, имеют сильную мотивацию на работу, просят выделить им дополнительное время, что по-видимому объясняется тяжестью состояния. Та же группа больных, у кого утрата произошла давно, часто настолько привыкают к своему состоянию, что выраженного запроса на помощь не предъявляют. Некоторые из них идут на контакт достаточно настороженно, демонстрируют выраженное сопротивление, часто обесценивают любые попытки психологической помощи. Этот феномен может быть обусловлен как появлением вторичных выгод от болезни, так и, часто неосознанным, но глубоким ощущением враждебности окружающего мира, чувством безнадежности и уверенностью, что никто им помочь не сможет.   
Поэтому, установление контакта с этой группой больных следует начинать именно с попыток формирования положительной установки на работу с психологом, психотерапевтом, создания мотивации на выздоровление. Эта задача может быть выполнена путем разъяснения, в чем заключается психологическая помощь, разграничения задач медикаментозной коррекции и психотерапии, проговаривании опасений и тревог со стороны пациентов.   
***2. «Работа горя» как жизненный этап.***   
На первых же психокоррекционных сессиях бывает целесообразным разъяснение пациентам сути происходящих с ними процессов, и основных стадий процесса горевания. Необходимость этого, по нашему мнению, обусловлена тем, что пациенты часто испуганы своим состоянием, спрашивают «почему так тяжело» и «закончится ли это когда-нибудь». Как бы отвечая на этот вопрос, они могут говорить, что теперь они никогда не смогут радоваться, возврат к прошлому невозможен и, следовательно, «это никогда не закончится», будущее видится в самом мрачном свете. Поэтому, объяснение им сути происходящего с ними, а также рассказ о психотерапевтической работе с другими клиентами, пережившими сходную ситуацию, позволяет им сориентироваться, увидеть свое состояние как бы в рамках конкретного этапа, с позиций жизненной перспективы, а значит сделать первый шаг на пути построения будущего.   
Необходимость рассмотрения сущности процесса горевания может быть также обусловлена тем, что часто родственники и знакомые пациентов стараются изо всех сил отвлечь человека, говорить с ним на какие угодно темы, кроме темы утраты, сами избегают тяжелых эмоций. Они «из лучших побуждений» веселят горюющих, приглашают их в компании и т.д. Не разрешая таким пациентам проявлять свои чувства, родственники могут сердиться, что человек никак не может забыть о случившемся, дают понять, что поведение человека неадекватно, и, тем самым, только усиливают тяжесть состояния. В такой ситуации человек, переживший утрату, часто оказывается в изоляции, испытывает глубокий стыд и вину, чувствует себя в тягость окружающим.   
Поэтому, задачей психолога является проведение совсем другой тактики беседы, позволение клиенту свободно и полно выражать свои эмоции, противодействие попыткам подавления и отрицания негативных чувств.   
Кроме этого, по нашему мнению, на этом этапе важно быть внимательным к фразам, которые могут означать формирование негативного жизненного сценария, своеобразного программирования себя на страдания («теперь я никогда не выйду замуж», «я никогда не смогу радоваться» и т.п.). Видимо, целесообразно конфронтировать эти высказывания, выражать несогласие, относить их за счет проделываемой работы горя, по окончании которой человек может быть свободен для новых контактов.   
***3. Проработка темы вины и агрессии.***   
Если утрата действительно значима, обычно в первых же сессиях начинает звучать тема виновности перед умершим. Люди вспоминают мелкие ссоры, конфликты, эпизоды невнимания со своей стороны, как бы выражая тем самым потребность исправиться, построить отношения по-другому, как будто это могло предотвратить потерю.   
Как указывалось выше, потребность в выражении чувства вины может иметь разные корни. Самым первым аспектом является то, что человеку в  тяжелой ситуации легче признать виновность, чем беспомощность перед потерей. Проигрывая другие варианты поведения, он как бы справляется со смертью, отрицая ее неизбежность. Ведь, поведи он себя по-другому, смерти могло бы не произойти, значит «что-то можно было сделать».   
Вступать в конфронтацию с этими высказываниями следует, на наш взгляд очень осторожно, имея в виду, что чувство вины может служить защитой от другого, более разрушительного аффекта, связанного с ощущением беспомощности перед случившимся.   
Другим важным аспектом является то, что вина может означать смещение агрессии в адрес умершего на себя, что может быть признаком подавления сильного гнева, обиды, разочарования. Ведь, если человек был значим и, в то же время, не давал достаточно тепла и любви, теперь становится невозможным получить то, чего не хватало. Часто именно неосознанные и невысказанные обиды не позволяют «отпустить», закончить отношения с утраченным объектом.  
Стратегической задачей работы с этими чувствами является преобразование самоагрессии в агрессию. Хотя, следует отметить, что это как правило, сопровождается очень сильным сопротивлением. Пациенты не хотят признавать наличие негативных, социально неприемлемых качеств, протестуют против разрушения идеализации.   
Поэтому в беседе с такими пациентами акцент, по нашему мнению, должен быть сделан не на разрушение идеализации, что так пугает пациентов, а на выявление и проговаривание того, что не устраивало в отношениях с этим человеком, как можно было бы изменить отношения, если бы это было возможно. Так, одна из пациенток, находящаяся в тяжелейшем состоянии после потери матери в ходе терапевтических сессий пришла к осознанию, что мать при всем ее идеальном образе недостаточно уделяла ей внимания, часто отвергала ее, не понимала дочь, не ценила ее попыток позаботиться о родителях. По-видимому, этот недостаток внимания, относящийся скорее всего к далекому детству, и не позволил ей вовремя отделиться от матери, построить нормальную семейную жизнь. Пациентка рассказывала, что отдыху с мужем она всегда предпочитала общение с родителями, что естественно привело к разводу, причем ситуация повторилась не один раз.   
Постепенно она оказалась способной выразить чувства обиды и гнева, которые в неосознанной форме существовали всегда, и были лишь обострены ситуацией потери.   
Так же в терапевтических целях могут быть использованы методики, позволяющие выразить агрессию в косвенной форме, например методика символдрамы «Лев» и др.   
***4. Проработка травматических воспоминаний.***Часто пациенты жалуются, что их буквально преследуют воспоминания, связанные с потерей, которые являются особенно травматичными.   
Практика показывает, что к таким травматическим эпизодам относятся  воспоминания о получении известия, что человек умер, или обнаружение человека мертвым, день похорон и т.д.   
Для облегчения этой симптоматики может быть использована техника быстрых движений глаз (ДПДГ - десенсибилизация и переработка движениями глаз). Автор этой методики - американский психотерапевт Фрэнсин Шапиро.   
Одна из основных предпосылок ДПДГ состоит в том, что большая часть психопатологий основана на предшествующем жизненном опыте, восходящем обычно к раннему детству. Цель психотерапии с помощью ДПДГ состоит в быстрой переработке доставшегося нам от прошлого дисфункционального наследия и преобразовании этого наследия в нечто полезное для нас. С помощью ДПДГ дисфункциональная информация претерпевает спонтанные изменения своей формы и значимости.   
Как правило, при удачном проведении техники глазодвигательной десенсибилизации исчезновение навязчивого характера травматических воспоминаний сопровождается чувством освобождения и притока энергии, так как бесконечная переработка травмы безусловно отнимает много сил, способствует астенизации. Это выражается также и в том, что пациенты в большей степени становятся способными к проявлению агрессии, как это можно проследить в последовательности терапевтических сессий.   
***5. Завершение работы.***Как уже было отмечено, в остром состоянии пациенты не видят будущего, отрицают, что в будущем возможно что-то хорошее.   
Однако, по словам М. Мамардашвили: «Человек начинается с плача по умершему». Он писал: «Нельзя жить, если жизнь не освещена тем особым напряжением, что сопутствует переживанию смерти, которая как таковая не может быть эмпирически переживаемым состоянием человека...» (3,с.209). Смерть может стать событием в жизни, став «обостренным чувством сознания». Поэтому конечной целью работы с собеседником может стать превращение острого горя в это «обостренное чувство сознания».   
Поэтому, несмотря на тяжесть переживания, факт столкновения со смертью может открыть человеку возможность жить по-другому, найти новый смысл и способ взаимодействия с окружающими, при том, что воспоминание о потере, если она значима, конечно будет сохраняться. Часто через страдания человек приобретает уникально новый опыт, лучше узнает себя, а иногда и получает доступ к ресурсам, которые были до этого невостребованы.   
Эти взгляды, если позволяет состояние собеседника, могут быть высказаны ему, однако именно на фазе интеграции, когда чувства гнева, обиды и др. каким-то образом выражены и прожиты, накал эмоций постепенно ослабевает, и происходит принятие потери.   
На этом этапе становится возможен разговор о будущем. Человек ищет для себя новые смыслы и ценности, пересматривает ошибки из прошлого. И, если работа проходит успешно, обретает способность радоваться, и испытывать чувства любви и привязанности.

1. **Факторы суицида у взрослых**
2. *поведенческие признаки*

склонность к опрометчивым, безрассудным поступкам, чрезмерное употребление алкоголя или таблеток, любые внезапные поведенческие или настроенческие признаки, особенно отдаляющих от близких, посещение врача без очевидной необходимости, расставание с дорогими вещами или деньгами, приобретение средств для совершения суицида, приведение дел в порядок, пренебрежение внешним видом, туннельное сознание

1. *вербальные признаки*

уверение в беспомощности и зависимости от других, прощание, разговоры или шутки о желании умереть, сообщение о конкретном плане, медленная и менее выразительная речь, высказывания-самообвинения

1. *эмоциональные признаки*

амбивалентность (двойственность) чувств, беспомощность и безнадежность, переживание горя, нарушение сна, аппетита, головные, сердечные боли, чувство вины, ощущение неудачи, поражения, повышенный уровень тревоги, страха, растерянность и рассеянность.

1. **Специфика детского суицида**
   * граница между истинным и демонстративно-шантажным суицидальным поведением весьма условна;
   * обнаруживается высокая готовность к принятию суицидального решения под воздействием ситуационных факторов различной степени значимости;
   * не оформлено представление о смерти (многие дети, которых удалось спасти, до конца не осознавали последствий своих действий и на самом деле не хотели умирать; более младшие из них думали, что умрут не навсегда, "попугают" маму с папой или того, кому хотели досадить, отомстить и проснуться).
2. **Принципы консультирования при суицидах**

1. Прояснение отношений. Раппорт, связь, принятие, чувства, понимание, информация, поддержка. Консультант должен быть самим собой, без продуманной игры. Будьте спокойны, заинтересованы, уверены в себе, познавайте. Принимайте абонента без вызова и критики и позвольте ему/ей рассказать свою историю по-своему. Ваша основная роль - выслушать и собрать информацию, чтобы помочь оценить ситуацию, а не советовать. Вы адвокат абонента. Ваша работа - поддержка. Вчувствуйтесь: возможно, Вам не удастся отождествиться с ситуацией, но вы можете проникнуться чувствами. Слушайте с откликом, т.е. транслируйте абоненту, что слышите его, на уровне чувств. Дайте знать абоненту, как Вы его слышите, сообщив ему, что голос звучит расстроено, или зло, или депрессивно, или испугано. Сообщите, какие чувства слышны в голосе. Не отождествляйте абонента с чувством. Например, утверждение "В вашем голосе слышна злость" побудит абонента под- твердить это или отрицать вместо прояснения, что же за чувство лежит за этой злостью. С другой стороны, утверждение "Вы злитесь", в основном, приводит к спору, или, по крайней мере, к односложному ответу. Помните, что это его звонок. Постарайтесь прояснить его чувства без осуждения. Спросите абонента, как он чувствует. Возможно, он уже изначально испытывает определенные эмоции. И это пугает само по себе. Фразы абонента, типа "Я никогда не знал, что способен чувствовать такое", "Я боюсь, что сделаю что-либо" или "Я не понимаю, что со мной случилось" ясно показывают, что он испытывает новые для себя эмоция или более сильные, чем когда-либо ранее. Когда такое случается, абоненту говорят, что он расстроен, т. к. его тревожит сила или новизна таких чувств. Собирайте как можно больше информации, не показывая интереса исследователя. Не задавайте вопросов, как будто вы заполняете анкету. Не просите произносить по буквам имена и названия, пока не почувствуете уверенности, что ваши поиски информации не являются неприятными абоненту. У вас есть 3 причины для сбора информации:

1) Установить отношения с абонентом: попросить его описать свои переживания и ситуацию, высказывая интерес и участие.

2) Оценить летальность.

3) Позволить абоненту излить чувства по поводу своего опыта и ситуации.

2. Выяснение проблемы. Часто суицидальным абонентом владеют чувства смущения и дезорганизации. Одна из важнейших обязанностей консультанта - помочь абоненту разделить основную и побочные проблемы. Например, жена рассказывает о клубке ситуаций, демонстрируя чувства отчаяния, потери ценностей, сопровождая свой монолог непрекращающимися всхлипываниями. Расспросы показывают, что ее главная проблема - отношения с мужем.

3. Оценка суицидального потенциала - летальности. Оценка суицидального потенциала должна основываться на основной модели критериев летальности (описаны выше) применительно к индивидуальному случаю. Высокая задействованность двух критериев говорит о высоком суицидальном потенциале. Помните, что небольшой кризис способен задеть, и тогда абонент подвергается уже многочисленным факторам суицидального кризиса. Чем большее количество негативных факторов задействовано в описании стиля жизни, тем выше суицидальный риск. Тон голоса, частота слов, одышка или громкое дыхание могут сказать больше, чем вербальный уровень. Летальность зависит от степени вероятности того, что абонент покончит с собой немедленно или в ближайшем будущем. Число критериев летальности меняется с наблюдениями и опытом. Суицидальный потенциал варьирует в терминах летальности от минимума, где нет опасности потерять жизнь, до максимума, где вероятность смертельного исхода огромна и смерть может наступить в ближайшее время. Как только вы начали разговор с суицидальным абонентом, Вы взяли на себя определенную ответственность за предотвращение самоубийства. Чтобы это сделать, следует произвести точную оценку летального риска суицидального поведения. лан действий, который Вы составите, будет зависеть от оценки проблемы, личности и доступных ресурсов.

4. Оценка ресурсов Это важно как при оценке суицидального потенциала, так и для того, чтобы помочь абоненту составить план действий. У абонента есть как внутренние, так и внешние ресурсы. Что следует сделать абоненту, чтобы обрести силы пережить кризис? Внутренние ресурсы: работнику следует спросить, случалось ли подобное ранее и как абонент справился? Что помогло? Внешние ресурсы: могут ли помочь церковь, семья, друзья, по мнению абонента? Если нет, не считайте их ресурсами. Сделайте акцент на помощь службы как ресурса. Усильте развитие других ресурсов. Если система внешних ресурсов слаба или не существует, подключите дополнительную помощь, устройте групповую телефонную консультацию (если возможно).

5. Мобилизация ресурсов - направлений. Поинтересуйтесь, что собирается абонент сделать в данный момент. Что он готов сделать? В зависимости от природы разговора (высока летальность или нет) Вам следует решить, куда направить Ваши усилия. Если абонент не нуждается в прямом вмешательстве, вы можете помогать абоненту переживать кризис и заботиться о нем. Помните: не давайте советов и не принуждайте абонента принять Вашу помощь. Ваша работа - помочь в выдвижении альтернатив. Обратитесь за помощью, в случае необходимости, и, если абоненту совсем плохо, спросите, что он чувствует. Если абонент согласен, что дополнительная помощь может помочь, созовите телефонную консультацию и действуйте сообща. Напомните абоненту, что вы все переживаете за него и убедите позвонить вам снова. Если вас просят перезвонить, тоже соглашайтесь.

1. **Диагностика суицидального риска**
2. шкала безнадежности (Бэк)
3. шкала депрессии (Бэк)
4. метод-сигнал (Зотов)
5. опросник Айзенка
6. признаки (поведенческие, вербальные, эмоциональные)
7. **Психологическое сопровождение и профилактика суицида**

Первичная профилактика – предотвращение суицидального поведения у человека

Вторичная – помощь человеку после первичного суицида

Основные направления первичной профилактики

1. Информирование населения о существующих методах психолого-медицинской помощи
2. Организация специализированных суицидальных служб
3. Обучение работников с населением, специалистов распознавать суицидальные тенденции
4. Контроль за характером сообщений о суицидах в СМИ
5. Ограничение доступа населения к средствам суицида
6. **Характеристика кризисной ситуации насилия.**

1. Семья подвержена периодам усиления внутреннего и внешнего стресса, что нарушает нормальный жизненный цикл и привычное состояние баланса с окружающей средой. Такие ситуации обычно вызываются неким травмирующим событием, которое может быть как внешним ударом, так и внутренним все более усиливающимся напряжением. Со¬бытие может быть единичным катастрофическим происшествием или серией небольших , которые обладают кумулятивным эффектом.

2. Воздействие травмирующего события нарушает баланс семьи и ставит ее члена в уязвимое положение, что находит проявление в усилении напряжения и беспокойства, им предпринимается попытка использовать собственные привычные методы решения проблем. Если это не помогает и беспокойство усиливается, то мобилизуются ранее не использовавшиеся резервные методы преодоления. Однако, если проблема и после этого сохраняется и ее невозможно решить, уклониться от ее решения или переформулировать, напряжение продолжает возрастать до предела.

3. В этот момент какой-нибудь катализирующий фактор может стать «последней каплей» приводящей индивида в состояние активного кризиса, сопровождающегося дез¬организацией и прекращением сопротивления.

4. Кризисная ситуация вызывает соответствующую эмоциональную реакцию, которая отражает субъективную значимость события для индивида. Угроза влечет за собой усиливающееся состояние беспокойства; «потеря себя» усиливает изначальные ощущения депрессии, депривации и скорби; в то же время постановка задачи выживания вызывает умеренное возрастание беспокойства плюс пробуждение надежды и ожидания, стимулируя таким образом новые усилия для решения проблемы.

5. Хотя кризисная ситуация не является ни болезнью, ни патологией и отражает реальную борьбу индивида с текущей стрессовой ситуацией, она может оказаться связанной с ранее неразрешенными конфликтами между личностью и другим членом семьи, по¬рождая в результате неадекватную реакцию (провоцирование акта насилия по отношению к себе).

6. Каждая специфическая кризисная ситуация (человек стал жертвой домашнего насилия или утратил родного человека) влечет за собой специфическую последовательность состояний, которые можно научно предсказать и контролировать. При шоковом кризисе внезапный катаклизм в социальном окружении — неожиданная смерть супруга или насилие — может выявить сильную эмоциональную реакцию, которая подавляет адаптивные механизмы индивида. Поскольку событие происходит неожиданно и человек обычно не имеет времени подготовиться к страшному удару, он может впасть в эмоциональный шок и «чахнет». При истощающем кризисе человек сначала эффективно справляется с серией отдельных или связанных со стрессом событий, следующих одно за другим. Но в конце концов сопротивление ослабевает, и человек может дойти до точки, когда уже не имеет достаточных сил и ресурсов — внешних и внутренних — для того, чтобы справиться с кумулятивным эффектом после¬дующих ударов. Состояние острого кризиса неизбежно, человек смиряется, объясняя произошедшее с ним судьбою или ищет вину в себе. Данная теория страдает субъективизмом и отсутствием четкого разделения ситуации кризиса для объекта и субъекта насилия.

1. **Виды насилия**
2. физическое
3. психологическое
4. сексуальное
5. недостаточное поведение с ребенком (гипоопека / гиперопека)
6. **Закономерности развития ситуации насилия в семье.**

***Закономерности развития насилия***

Для насилия, как процесса отношений, характерна повторяемость (цикличность).  
  
1. ***Напряжение*** – отдельные вспышки оскорбления. Девушка обычно реагирует спокойно, стараясь разрядить обстановку. Оба партнера могут оправдывать свое поведение. Но с ростом напряжения способность урегулировать отношения становится все слабее.  
  
2. ***Острое насилие*** – выплеск напряжения в самой негативной форме.  
  
3. ***«Медовый месяц»****,* когда агрессор испытывает чувство вины, которое он старается искупить через подарки, цветы и т.д. Жертва чувствует, что она любима, в центре внимания, ее «носят на руках». Ее мысли о насилии – «это случайность, которая не повторится». Но проходит некоторый отрезок жизни, и в отношениях снова нарастает напряженность, которая разрешается новым актом насилия.

1. **Психологическая помощь пострадавшим от физического насилия в семье.**

Последствия физического насилия в семье могут быть самыми разными: от незначительных и практически не оказавших влияние на развитие личности до грубых нарушений, включая психопатологию, саморазрушающее и асоциальное поведение. Это определяется многими факторами, в том числе особенностями ребенка, его возрастом, характером отношений с наказывающим родителем, силой и способом наказаний.

Прямыми психологическими последствиями насилия, с которыми мы сталкивались в своей работе, являлись выраженные негативные эмоции: страх, тревога, растерянность, беспокойство. Пролонгированные последствия жестокого обращения в детстве, в основном, выражаются в задержке психофизического развития, появлении различной неврозоподобной симптоматики: расстройствах сна, аппетита. У многих детей, которых физически наказывали, появлялся энурез, энкопрез, различные тики, ночные страхи и т.п. Подростки склонны давать отчетливые протестные реакции на наказания родителей, типичны также уходы из дома, поиск поддержки в асоциальных компаниях, иногда суицидальное поведение.

Довольно часто девочки, выросшие в семьях, где практиковались физические наказания со стороны отцов, находят себе партнеров, которые склонны решать проблемы с применением физической силы. Насилие имеет тенденцию воспроизводиться в следующих поколениях, нередко принимая более грубые формы.

Для минимизации психологических последствий пережитого насилия недостаточно того, чтобы ребенка только перестали бить, важно оказывать ему психологическую помощь для отработки травматических переживаний.  
   
***Можно выделить несколько существенных составляющих такой работы:***

- Преодоление недоверия: дети часто неохотно вступают в контакт. Ребенок, подвергавшийся или подвергающийся физическому насилию дома, может, как искать помощи у других взрослых, так и избегать взаимодействия с ними, испытывая недоверие к возможностям окружающих защитить его, боясь ухудшить положение других членов семьи, стыдясь происходящего, опасаясь того, что специалист тоже может обвинить его, например, в плохом поведении. Такие переживания могут затруднять формирование психотерапевтических отношений между психологом и ребенком.

- Помощь в отреагировании. Физическое насилие провоцирует большое количество негативных эмоций, в частности, боль, обиду, страх, гнев и вину. Для того чтобы ребенок не остался один на один с этими переживаниями и  мог отреагировать эти чувства, он должен иметь возможность рассказывать о ситуации насилия. При этом многие дети могут испытывать сложности, связанные с амбивалентным отношением к члену семьи, со стороны которого они пережили или переживают насилие (любовь-ненависть); чувство вины за собственные поступки в тех или иных ситуациях и т.п. Эти переживания могут препятствовать спонтанному рассказу, поэтому важно спрашивать о том, что происходило с ребенком, чего часто не делают специалисты, боясь вызвать негативные реакции у ребенка и нанести ему повторную травму. Маленькие дети, не обладающие способностью достаточно вербализовывать переживания, имеют возможность отреагировать отрицательные эмоции в игре, при рисовании, лепке.

- Эмоциональным переживаниям насилия нередко сопутствуют когнитивные искажения, в первую очередь связанные с атрибуцией ответственности за происшедшее. Ребенок может неадекватно обвинять в насилии себя, другого родителя, сиблингов или каких-либо родственников. Поскольку физическое насилие может приводить к нарушениям поведения и школьной неуспеваемости, неправильная атрибуция может получать в глазах ребенка фактическое подтверждение. Только в ходе непосредственного разговора имеется возможность скорректировать подобные искажения.

- Многие дети оценивают физическое насилие с позиции родителей («справедливо/несправедливо», «виноват/не виноват»), поэтому очень важно четко озвучивать позицию специалиста по отношению к актам физического насилия. При этом нужно учитывать то, что дети склонны идентифицировать себя с родителями, и резкая критика поведения последних может привести к нарушению контакта с ребенком. Поэтому однозначное высказывание неприятия физического насилия должно сопровождаться взвешенными оценками самих родителей.

В целом, как и при других видах насилия, физическое насилие, прежде всего, влияет на формирование самооценки ребенка и его отношение к окружающему миру. Именно поэтому последствия насилия выходят за рамки переживания травмы, и затрагивают другие сферы: общения со сверстниками, успешность в школе, формирование будущих близких отношений.

1. **Психологическая помощь пострадавшим от психологического насилия в семье.**

Прямыми психологическими последствиями насилия, с которыми мы сталкивались в своей работе, являлись выраженные негативные эмоции: страх, тревога, растерянность, беспокойство. Пролонгированные последствия жестокого обращения в детстве, в основном, выражаются в задержке психофизического развития, появлении различной неврозоподобной симптоматики: расстройствах сна, аппетита. У многих детей, которых физически наказывали, появлялся энурез, энкопрез, различные тики, ночные страхи и т.п. Подростки склонны давать отчетливые протестные реакции на наказания родителей, типичны также уходы из дома, поиск поддержки в асоциальных компаниях, иногда суицидальное поведение.   
***Можно выделить несколько существенных составляющих такой работы:***

- Преодоление недоверия: дети часто неохотно вступают в контакт. Ребенок, подвергавшийся или подвергающийся насилию дома, может, как искать помощи у других взрослых, так и избегать взаимодействия с ними, испытывая недоверие к возможностям окружающих защитить его, боясь ухудшить положение других членов семьи, стыдясь происходящего, опасаясь того, что специалист тоже может обвинить его, например, в плохом поведении. Такие переживания могут затруднять формирование психотерапевтических отношений между психологом и ребенком.

- Помощь в отреагировании. Насилие провоцирует большое количество негативных эмоций, в частности, боль, обиду, страх, гнев и вину. Для того чтобы ребенок не остался один на один с этими переживаниями и  мог отреагировать эти чувства, он должен иметь возможность рассказывать о ситуации насилия. При этом многие дети могут испытывать сложности, связанные с амбивалентным отношением к члену семьи, со стороны которого они пережили или переживают насилие (любовь-ненависть); чувство вины за собственные поступки в тех или иных ситуациях и т.п. Эти переживания могут препятствовать спонтанному рассказу, поэтому важно спрашивать о том, что происходило с ребенком, чего часто не делают специалисты, боясь вызвать негативные реакции у ребенка и нанести ему повторную травму. Маленькие дети, не обладающие способностью достаточно вербализовывать переживания, имеют возможность отреагировать отрицательные эмоции в игре, при рисовании, лепке.

- Эмоциональным переживаниям насилия нередко сопутствуют когнитивные искажения, в первую очередь связанные с атрибуцией ответственности за происшедшее. Ребенок может неадекватно обвинять в насилии себя, другого родителя, сиблингов или каких-либо родственников. Поскольку насилие может приводить к нарушениям поведения и школьной неуспеваемости, неправильная атрибуция может получать в глазах ребенка фактическое подтверждение. Только в ходе непосредственного разговора имеется возможность скорректировать подобные искажения.

- Многие дети оценивают насилие с позиции родителей («справедливо/несправедливо», «виноват/не виноват»), поэтому очень важно четко озвучивать позицию специалиста по отношению к актам физического насилия. При этом нужно учитывать то, что дети склонны идентифицировать себя с родителями, и резкая критика поведения последних может привести к нарушению контакта с ребенком.

Именно поэтому последствия насилия выходят за рамки переживания травмы, и затрагивают другие сферы: общения со сверстниками, успешность в школе, формирование будущих близких отношений.

1. **Психологические и соматические последствия ситуации сексуального насилия.**

Различные заболевания как следствие жестокого обращения

Заболевания могут носить специфический для отдельного вида насилия характер: например, при физическом насилии имеются повреждения частей тела и внутренних органов различной степени тяжести, переломы костей. При сексуальном насилии могут быть заболевания, передающиеся половым путем: инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, сифилис, гонорея, СПИД, острые и хронические инфекции мочеполовых путей, травмы, кровотечения из половых органов и прямой кишки, разрывы прямой кишки и влагалища, выпадение прямой кишки.

Независимо от вида и характера насилия у детей могут наблю-даться различные заболевания, которые относятся к психосоматическим: ожирение или, наоборот, резкая потеря веса, что обусловлено нарушениями аппетита. При эмоциональном (психическом) насилии нередко бывают кожные сыпи, аллергическая патология,язва желудка, при сексуальном насилии - необъяснимые (если никаких заболеваний органов брюшной полости и малого таза не обнаруживается) боли внизу живота. Часто у детей развиваются такие нервно-психические заболевания, как тики, заикание, энурез (недержание мочи), энкопрез (недержание кала), некоторые дети повторно поступают в отделения неотложной помощи по поводу случайных травм, отравлений.

Психические особенности детей, пострадавших от насилия

Практически все дети, пострадавшие от жестокого обращения и пренебрежительного отношения, пережили психическую травму, в результате чего они развиваются дальше с определенными личностными, эмоциональными и поведенческими особенностями, отрицательно влияющими на их дальнейшую жизнь.

Дети, подвергшиеся различного рода насилию, сами испытывают гнев, который чаще всего изливают на более слабых: младших по возрасту детей, на животных. Часто их агрессивность проявляется в игре, порой вспышки их гнева не имеют видимой причины.

Некоторые из них, напротив, чрезмерно пассивны, не могут себя защитить. И в том, и в другом случае нарушается контакт, общение со сверстниками. У заброшенных, эмоционально депривированных детей стремление любым путём привлечь к себе внимание иногда проявляется в виде вызывающего, эксцентричного поведения.

Дети, пережившие сексуальное насилие, приобретают несвойственные возрасту познания о сексуальных взаимоотношениях, что проявляется в их поведении, в играх с другими детьми или с игрушками. Даже маленькие, не достигшие школьного возраста дети, пострадавшие от сексуального насилия, впоследствии сами могут стать инициаторами развратных действий и втягивать в них большое число участников.

Наиболее универсальной и тяжелой реакцией на любое, а не только сексуальное насилие, является низкая самооценка, которая способствует сохранению и закреплению психологических нарушений, связанных с насилием, Личность с низкой самооценкой переживает чувство вины, стыда, Для нее характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, в том, что "ты хуже всех". Вследствие этого ребенку трудно добиться уважения окружающих, успеха, общение его со сверстниками затруднено.

Среди этих детей, даже во взрослом состоянии, отмечается высокая частота депрессий Это проявляется в приступах беспокойства, безотчетной тоски, чувство одиночества, в нарушениях сна. В старшем возрасте, у подростков, могут наблюдаться попытки покончить с собой или завершенные самоубийства.

Чувствуя себя несчастными, обездоленными, приспосабливаясь к ненормальным условиям существования, пытаясь найти выход из создавшегося положения, они и сами могут стать шантажистами. Это, в частности, относится к сексуальному насилию, когда в обмен на обещание хранить секрет и не ломать привычной семейной жизни, дети вымогают у взрослых насильников деньги, сладости, подарки.

Социальные последствия жестокого обращения с детьми

Можно выделить два проявляющихся одновременно аспекта этих последствий: вред для жертвы и для общества.

Дети, пережившие любой вид насилия, испытывают трудности социализации: у них нарушены связи со взрослыми, нет соответствующих навыков общения со сверстниками, они не обладают достаточным уровнем знаний и эрудицией, чтобы завоевать авторитет в школе и др. Решение своих проблем дети - жертвы насилия - часто находят в криминальной, асоциальной среде, а это часто сопряжено с формированием у них пристрастия к алкоголю, наркотикам, они начинают воровать и совершать другие уголовно наказуемые действия.

Девочки нередко начинают заниматься проституцией, у мальчиков может нарушаться половая ориентация. И те и другие впоследствии испытывают трудности при создании собственной семьи, они не могут дать своим детям достаточно тепла, поскольку не решены их собственные эмоциональные проблемы.

1. **Психологическая помощь пострадавшим от сексуального насилия.**

Виды психологической помощи

 По длительности и задачам психотерапии - кратковременная и долговременная

По форме - групповая и индивидуальная

По концепции - когнитивная, бихевиоральная, системная семейная психотерапия, аналитическая (в том числе, теория объектных отношений), НЛП, психодрама, арттерапия, (игротерапия), специфические методы для уменьшения тревоги (релаксация, глубокое дыхание, имаготерапия (L. Berliner. I. R. Wheeler,), десенсибилизация, неспецифическая терапия (игры с водой и песком).

Индивидуальная психотерапия детей - жертв сексуального насилия

Общие цели психотерапии

Помочь ребенку понять характер травмы и последствия, которые должно иметь для него это переживание.

Повысить способность ребенка говорить и думать о пережитом насилии без смущения и тревоги.

Уменьшить степень выраженности и интенсивность поведенческого и эмоционального дистресса.

Способствовать здоровому выражению чувств в связи с происшедшим насилием и с последствиями его раскрытия.

Исследование и модификация искаженных, недостаточных или нездоровых познавательных способностей ребенка с целью развития более адаптивных способов мышления о насилии, себе и своих взаимоотношениях

Выявление обстоятельств, сопутствующих травме и ослабление их влияния.

Задачи индивидуальной психотерапии

Задачи индивидуальной психотерапии ставятся и осуществляются в рамках конкретных программ помощи детям - жертвам сексуального насилия. Эти программы разрабатываются с учетом всех факторов (модифицированные формы сбора и анализа фактов см. ранее)

В Торонто ведется работа в четырех программах, в зависимости от возраста пострадавших детей, подробно описываются задачи и этапы лечения.

Первая неделя - Определение характера кризиса ребенка и родителей, отреагирование.

Вторая неделя - "Празднование раскрытия"

Третья неделя - Исследование чувств и установление меры ответственности.

Четвертая неделя - Оценка доверия, информация о сексуальных отношениях

Пятая неделя - Проработка когнитивных нарушений

Шестая неделя - Обеспечение навыками, знаниями, умением контролировать свои чувства, справляться с " триггерами".

·Седьмая неделя - Ориентация на будущее, позитивная установка.

После восьми недель краткосрочной терапии ребенок переходит в программы городского района для получения групповой, индивидуальной или семейной терапии.

Стратегия и тактика индивидуальной психотерапии

Когнитивный подход, таким образом, позволяет прояснить и устранить неправильные представления ребенка, но, как было отмечено ранее, следует учитывать возможную недостаточность мышления после предварительной оценки готовности ребенка к описанному выше подходу. Обычно переход к прямому фокусированию осуществляется постепенно.

К когнитивным стратегиям относятся также "опосредованный саморазговор", [E Deblinger, 1990], "остановка мышления" и "скрытая репетиция" [L Berliner, 1991], которые усиливают способность ребенка справляться с неприятными чувствами.

Групповая психотерапия.

При работе со случаями сексуального насилия применяется работа в различных видах психотерапевтических групп при условии предварительно установленного контакта с детьми и подростками. По содержанию это могут быть:

Психодинамическая, психодраматическая группы, группы ролевого тренинга, группы тренинга общения, группы телесно-ориентированной психотерапии, арттерапии, гештальт - группы и другие с различным сочетанием техник.

1. **Особенности оказания психологической помощи детям и подросткам, пострадавшим от насилия.**
2. *подготовка*

подготовка к первичной беседе, учитывать время проведения беседы с ребенком (не больше 30 мин), определить место проведения, учитывать период, во время которого проводится беседа (время суток)

1. *интервью*

установление эмпатического контакта, оценка развития ребенка, получение информации (2-7 лет – игра с куклами; 5 лет – рисование; от 7 лет – незаконченные предложения, сочинение сказки (рисунки - семьи, свободный, на тему); подростки – рассказ истории в свободной форме, рисование на свободную тему, прямые вопросы), завершение беседы, поблагодарить ребенка за его смелость и искренность (обратить внимание на его личностные ресурсы), психологический анализ полученных сведении, после беседы с ребенком – поговорить с родителями.

1. **Разновидности личностного кризиса**

*Личный кризис* – кризис идентичности, т.е. нарушение целостного «Я»

1) безответная любовь

2) измена

3) развод

1. **Предотвращение эмоционального и сексуального использования сотрудника кризисной службы.**

#### *Что же можно считать сексуальным домогательством?*

  С юридической точки зрения можно выделить 6 видов сексуальных домогательств:

обещания (вознаграждения в любой форме, которые могут быть расценены как аванс за возможную близость); приглашения (не только заняться сексом, но и вместе позавтракать, пообедать, поужинать, выпить или заняться делом, к работе отношения не имеющим); принуждение (к сексу, сопряженное с угрозой наказания или порицания); прикосновения (прижимание в лифте, транспорте и т. п., поглаживания различных частей тела, как ваших, так и своих собственных, мимолетные хватания); другие виды сексуальных приставаний: вторжение в личное рабочее пространство (за исключением специально используемых для рабочих контактов мест – гостевой стороны стола, кресла для посетителей и т. д.), длительное пристальное разглядывание “голодными” глазами, комментарии на тему сексуальности одежды, эротические разговоры в вашем присутствии и т. п.; оскорбление (в виде реплик “все бабы одинаковые” или “все они об одном думают”).

*При работе на телефоне:*

В свою очередь, телефонные консультанты не должны предоставлять абоненту информацию, которая поможет найти их вне стен службы. Для облегчения работы сотрудник, как правило, выбирает себе псевдоним. В обоюдных интересах не следует предоставлять данных относительно расположения службы или места своего жительства. Не нужно снабжать их сведениями о времени работы другого сотрудника телефонного консультирования, что может повлечь за собой «зависание» абонента на конкретном консультанте. Принимая во внимание неблагоприятные психологические последствия, эта рекомендация должна быть, отнесена к числу обязательных. Консультантам категорически воспрещается выходить с позвонившими на очный контакт или строить беседу так, чтобы у абонента возникла надежда на вероятность такой встречи.

*При очной консультации*:

  Тактику “несоблазнения” необходимо продемонстрировать с первых минут знакомства. С первых дней выберите правильную манеру общения с клиентом. Обращение на “вы” и по имени-отчеству поможет вам держать дистанцию и в критической ситуации достойно выйти из положения.

Строгий деловой внешний вид: длина юбки – на уровне или чуть выше колен, ничего обтягивающего, каблук – максимум 5 см, волосы убраны или аккуратно уложены, никаких декольте и сарафанов. Ограничьте общение только обсуждением конкретных дел и решением рабочих вопросов. Не позволяйте намеков на личные отношения. Если к вам пристают на работе, нужно перешагнуть через собственную ложную стеснительность. Открыто заявите в лицо клиенту, что конкретно вам не нравится в его поведении (”не говорите при мне пошлости”, “не трогайте меня руками”).

  Тактично, но уверенно с самого начала говорите твердое “нет”. Не бойтесь решительно отказать клиенту, если он позволяет себе вольности в отношениях с вами. Нельзя делать вид, что ничего не происходит. Иначе домогающийся может подумать, что вам это нравится, и будет продолжать в том же духе. Ни в коем случае не переходите на дружеские отношения.

**Прекращайте все разговоры на сексуальные темы**, будь это острота или рассказы вашего клиента о своих похождениях. Не допускайте пошлостей, пресекайте сальные шутки и анекдоты. Если беседа становится двусмысленной, спокойно объясните, что вас это не интересует, в личном плане у вас все в порядке, поблагодарите за внимание.   **Будьте осторожны с подарками**, даже самыми незначительными.   **Спокойно реагируйте на комплименты на работе**. Если вам дарят цветы, лучше всего украсить ими ваш рабочий стол (не создавайте дарителю иллюзию, что он вам дорог больше, чем просто клиент).   **Помните о дистанции**: не подходите близко клиенту – вы на работе, а не на дискотеке, не откровенничайте с ним.   **Следите за глазами**. Томный или застенчивый взгляд, которым женщина одаривает собеседника, может быть истолкован превратно. В случае касания освободите руку. При сокращении дистанции незаметно отодвигайтесь, сохраняя нейтральность.**Очень помогает уверенность в себе**. Дайте совершенно четко понять, что секс несовместим с работой.

*Эмоциональное использование:*

Не допускайте развитие феномена "спасательства", правильно разделяйте ответственность с клиентом, заключайте контракт.

1. **Феномен "спасательства", его последствия и профилактика.**

Спасатель – оказывает помощь тогда, когда его не просят и хочет помочь всем, кроме себя

*Стереотипы спасательства:*

1. ощущение, что консультант должен исправить чувства другого человека и решить его проблемы
2. желание облегчить задачу клиента
3. страх ответной реакции и попытка заставить клиента чувствовать себя лучше
4. мысли, что консультант должен убедить клиента сделать правильный выбор
5. чувство вины за действия клиента
6. желание переключиться на быстрое решение проблемы

*Последствия* *спасательства*:

Профессиональное выгорание, синдром эмоционального выгорания, профессиональная деформация, вторичная травма

*Профилактика спасательства:*

1. стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки (разумное ограничение количества пациентов, особенно с психическими травмами, принимаемых одновременно)
2. понимать, что всех спасти невозможно
3. учиться переключаться с одного вида деятельности на другой
4. постоянная взаимная поддержка в профессиональной среде на уровне обычных человеческих отношений, проще относиться к конфликтам на работе
5. не пытаться быть лучшим всегда и во всем
6. регулярные супервизии и отторжение (таким образом) травматического опыта
7. поддержание границ между профессиональной деятельностью и личной жизнью терапевта
8. **Принципы и технологии разделения ответственности с клиентом в кризисной службе.**

Между психологом и клиентом всегда существует разделение ответственности за достигаемый в процессе взаимодействия результат: 50% на 50%. Психолог может гарантировать своему клиенту, например, конфиденциальность, поддержку, безоценочное отношение, принятие и др., но он не может гарантировать того, что не полностью от него зависит, так же как врач не может гарантировать успешности проведения операции.

Взаимодействие клиента и консультанта на равных. Это — единственно возможная позиция в чистом консультативном пространстве. Она предполагает доверие консультанта к силам и возможностям клиента, ответственность клиента за свою судьбу в целом и, в частности, за разрешение своей проблемы, а также включает в себя ответственность консультанта за свою профессиональную компетентность, за соблюдение условий безопасности клиента и экологической чистоты консультирования.

1. **Феномен профессионального выгорания: симптомы, причины и последствия.**

Одним из первых отечественных исследователей, который вплотную занялся проблемой выгорания, является Бойко В. В. Эмоциональное выгорание В. В. Бойко определяет как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на психотравмирующие воздействия.  
5 ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ:

1. физические симптомы (усталость, физическое утомление, истощение; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; плохое общее состояние здоровья, в т.ч. по ощущениям; затрудненное дыхание, одышка; тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь; повышение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечно-сосудистой системы);
2. эмоциональные симптомы (недостаток эмоций; пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни; безразличие, усталость; ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики, душевные страдания; потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив; увеличение деперсонализации своей или других - люди становятся безликими, как манекены; преобладает чувство одиночества);
3. поведенческие симптомы (рабочее время более 45 часов в неделю; во время работы появляется усталость и желание отдохнуть; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; несчастные случаи - падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение);
4. интеллектуальное состояние (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия, падение вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу; цинизм или безразличие к новшествам; малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах - тренингах, образовании; формальное выполнение работы);
5. социальные симптомы (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег).

Таким образом, СЭВ характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни.

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. Оно определяется как чувство перенапряжения и исчерпания эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. После отдыха эти явления уменьшаются, однако возобновляются по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию.

Вторым признаком СЭВ является личностная отстраненность. Профессионалы при изменении своего сострадания к пациенту (клиенту), расценивают развивающееся эмоциональное отстранение как попытку справиться с эмоциональными стрессорами на работе. В крайних проявлениях человека почти ничто не волнует из профессиональной деятельности, почти ничто не вызывает эмоционального отклика - ни положительные, ни отрицательные обстоятельства. Утрачивается интерес к клиенту (пациенту), который воспринимается на уровне неодушевленного предмета, само присутствие которого порой неприятно.

Третьим признаком является ощущение утраты собственной эффективности, или падение самооценки в рамках выгорания. Человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности.

В результате "сгорания" человек теряет психическую энергию, у него развиваются психосоматическая усталость (изнурение), эмоциональное истощение ("исчерпывание ресурсов"), появляются немотивированное беспокойство, тревога, раздражительность, возникают вегетативные расстройства, снижается самооценка, утрачивается осознание смысла собственной профессиональной деятельности. Выгорание может приводить к снижению профессиональной мотивации: напряженная работа постепенно превращается в бессодержательное занятие, появляется апатия и даже негативизм по отношению к своим обязанностям, которые сводятся к минимуму.

1. **Характеристика вторичной травмы.**

*Вторичная травма* – изменения во внутреннем опыте терапевта, которые возникают в результате его эмпатической вовлеченности в отношения с клиентом, переживающим травматическое состояние.

*Признаки и симптомы вторичной травмы*: нехватка времени и сил для себя, нарушение отношений с близкими, социальная изоляция, повышение чувствительности к жестокости, цинизм, глобальное ощущение отчаяния и безнадежности, ночные кошмары

*Специфические изменения:* изменение мироощущения,изменение чувства идентичности, представлений о мире, духовных потребностей, преуменьшение своих способностей, ослабление ego ресурсов, подавленность психологических потребностей, изменения в сенсорном опыте (навязчивые образы, диссоциации, деперсонализации)

*Факторы, влияющие на вторичную травматизацию*

*Ситуация*

* Условия работы
* Тип клиентов
* Накопление травматического материала
* Организационный контекст
* Социальный и культурный контексты

*Индивидуальные особенности*

* Личная история
* Особенности проявления защитных механизмов
* Стили преодоления жизненных трудностей
* Актуальная жизненная ситуация
* Профессиональная подготовка и профессиональная история
* Возможность получать супервизорскую помощь
* Возможность получать личную терапию

1. **Принципы профилактики профессионального выгорания**

 определение краткосрочных и долгосрочных целей (это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что пациент находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию; достижение краткосрочных целей - успех, который повышает степень самовоспитания);

 использование "тайм-аутов", что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);

 овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь способствуют снижению уровня стресса, ведущего к выгоранию);

 профессиональное развитие и самосовершенствование (одним из способов предохранения от СЭВ является обмен профессиональной информацией с представителями других служб, что дает ощущение более широкого мира, нежели тот, который существует внутри отдельного коллектива, для этого существуют различные способы - курсы повышения квалификации, конференции и пр.);

 уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению СЭВ);

 эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным);

 поддержание хорошей физической формы (не стоит забывать, что между состоянием тела и разумом существует тесная связь: неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение усугубляют проявления СЭВ.

В целях направленной профилактики СЭВ следует:

1. стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки (разумное ограничение количества пациентов, особенно с психическими травмами, принимаемых одновременно)
2. учиться переключаться с одного вида деятельности на другой
3. постоянная взаимная поддержка в профессиональной среде на уровне обычных человеческих отношений , проще относиться к конфликтам на работе
4. не пытаться быть лучшим всегда и во всем
5. регулярные супервизии и отторжение (таким образом) травматического опыта
6. поддержание границ между профессиональной деятельностью и личной жизнью терапевта
7. **Формы и технологии самопомощи сотрудника кризисной службы**

Психологическая самопомощь - это забота человека о самом себе и о своем личностном росте.  Инструментом работы психолога - консультанта является не что иное, как его личность.

 К наиболее известным видам самопомощи относятся:

1. самонаблюдение

2. ведение дневника

3. автобиография

4. релаксация

1. Самонаблюдение

        Цель самонаблюдения - расширить область самоосознания. Можно выделить два вопроса, с помощью которых заниматься самонаблюдением очень просто: что происходит со мной в данный момент? чего бы мне хотелось в следующий момент?

       2. Психологический дневник

Психологический дневник - это "место", в котором человек всегда может проработать имеющуюся проблему, осознать свои чувства или настроения, осмыслить пережитый опыт, прийти к какому-то решению. Очень важно писать дневник для себя. Основанием для обращения к дневнику может послужить любое сильное переживание.

3. Автобиография

Суть этого метода состоит в том, чтобы описать историю своей жизни, вспоминая все главные события и свое отношение к ним. Основная цель автобиографических рассказов - обрести умение обращаться со своим прошлым и способность жить в настоящем. Т.е. отделить настоящее от прошлого, избавиться от его влияния.

4. Релаксация, работа со сновидениями, медитативные техники

1. **Формы и технологии содействия личностному росту сотрудника кризисной службы**

Чтобы повысить значимость труда, используются такие традиционные формы, как постоянно действующие проблемные семинары, система индивидуальных консультаций, поощрений и награждений. Возможности повышения квалификации, участие в тренингах личностного роста, профилактика профессионального выгорания, организация супервизии

1. **Формы и технологии повышения квалификации сотрудника кризисной службы**

Тренинги, семинары (выездные, практические, теоретические), мини-лекции, групповые упражнения, дидактические сеансы психотерапии, супервизии, арт-терапия.

1. **Супервизия в кризисной службе: задачи, формы, технологии.**

«*Супервизия* - это сотрудничество двух профессионалов (более опытного и менее опытного, или равных по опыту), в ходе которого специалист может описать и проанализировать свою работу в условиях конфиденциальности».

*Еще:* «Более опытный человек помогает менее опытному человеку становиться лучше в том, что касается предмета их работы».

*А также:* «Запланированный регулярный период времени, которое работник и супервизор используют для обсуждения проделанной работы, а также для обучения и развития работника».

*Основная цель супервизии* - помочь специалисту наилучшим образом ответить на потребности клиента.

Супервизия позволяет:

1. поделиться своими чувствами;
2. выявить и обозначить затруднения, которые возникли в работе с клиентом;
3. получить обратную связь о проделанной работе;
4. проанализировать причины своих затруднений;
5. расширить свои теоретические и практические представления;
6. наметить пути дальнейшей работы с клиентом.

*Типы супервизии*

*Один на один*

Заранее запланированная встреча с повесткой дня, чтобы обсудить и оценить работу.

*Групповая*

Коллектив сотрудников совместно обсуждают и оценивают работу друг друга. Участники поднимают вопросы для обсуждения, группа обсуждает каждый случай и то, как он решался. Происходит обмен опытом и знаниями.

*Неформальная*

Незапланированная консультация, лицом к лицу или по телефону.

*Кризисная*

Незапланированное обсуждение случая, который, по ощущениям работника, привел к кризису. Происходит сразу после работы с клиентом.

*Функции супервизии*

1. Обучающая функция. Передача профессионально важных знаний, создание условий для их закрепления
2. Терапевтическая функция. Предоставление консультанту возможности осознавать свои профессиональные действия и эмоциональные реакции, помощь в определении оптимальных форм взаимодействия с абонентом и методов воздействия
3. Контролирующая и оценивающая функция. Выявление соответствия знаний и навыков консультанта, оценка используемой стратегии работы
4. Поддерживающая функция. Личное эмоциональное участие супервизора в опыте консультанта

*Формы супервизорской работы:*

1. *Индивидуальная супервизия* – диалог супервизора с одним консультантом по поводу случая из практики.

*Требования к супервизору:*

* 1. целостное восприятие поведения супервизируемого со всеми его вербальными и невербальными проявлениями
  2. соблюдение определенных правил профессиональной этики при обсуждении личных, глубинных проблем супервизируемого

Индивидуальная супервизия направлена на развитие способности консультанта к эмпатии и основных умений (см. ниже в основных умениях консультанта), позволяет понять, что же происходит в самом взаимодействии консультанта и абонента, обнаружить ограничения консультанта и его ресурсные возможности.

1. *Групповая супервизия* предполагает работу супервизора с группой специалистов (4-7 человек).

Групповые супервизорские встречи способствуют сплочению коллектива, созданию благоприятной атмосферы для сотрудничества. Для достижения этого результата в данной супервизорской программе предусмотрено обязательное включение в содержание занятий упражнений на сплочение, а для профилактики синдрома «сгорания» релаксационные упражнения различных направлений.   
*Уровни супервизии:*

* 1. Супервизия, центрированная на абоненте, на предъявляемой проблеме. Задачей супервизора здесь является помочь консультанту разобраться, что происходит с абонентом, определить динамику его переживаний. В данном случае больше происходит дидактическое вмешательство супервизора.  
     *Основные моменты:*
     1. анамнестический материал (история жизни, проблемы абонента, актуальные переживания)
     2. представления консультанта о поведенческих и эмоциональных реакциях абонента, его особенностях взаимодействия с окружающими
     3. способность консультанта взглянуть на предлагаемую абонентом ситуацию с его стороны
     4. гипотезы о способах, с помощью которых абонент создает свои проблемы
     5. особенности работы консультанта с абонентом
  2. Супервизия, центрированная на консультанте, посвящена исследованию того, что консультант сам вносит в двусторонний процесс взаимодействия с абонентом.  
     *Основные моменты:*
     1. побуждение к сознаванию реакций и чувств консультанта, относящихся к работе и абоненту
     2. определение связи чувств консультанта в работе с его собственными проблемами и ограничениями
     3. анализ того, что сам консультант вносит в консультацию, его личные способы прерывания контакта
     4. способность консультанта позаботиться о себе в период консультации, активизировать ресурсы для обеспечения безопасности (при манипуляциях, агрессии абонента) и сохранения интереса к данной работе
  3. Супервизия, центрированная на взаимоотношениях консультанта и абонента как едином пространстве. Основная задача прояснить взаимодействие консультанта и абонента, их взаимное влияние, обнаружить другие типы взаимодействия. Основные моменты включают описание первого и второго пункта.

*Основные профессиональные и личностные качества супервизора:*

* + 1. Гибкость мышления
    2. Высокий самоконтроль
    3. Умение учиться в любой ситуации
    4. Наблюдательность
    5. Терпение
    6. Эмпатия
    7. Искренность
    8. Ответственность
    9. Юмор

1. **Организационный аспект супервизии в кризисной службе.**

Если о супервизии договариваются даже равные по статусу и опыту коллеги (то есть статус супервизора формально не определен), на момент сессии должны быть четко оговорены роли: кто является супервизором на данный момент. Также должны быть определены временные границы.   
При супервизии необходимо соблюдать структуру консультативной сессии (от установления контакта до завершения сессии), использовать навыки консультирования и соблюдать принципы обратной связи.

1. Супервизору необходимо концентрироваться на поведении, а не на личности: что человек делает, а не каким, по нашему мнению, он является. (Необходимо использовать в своей речи глаголы, которые характеризуют действия, а не прилагательные, которые относятся к качествам).
2. Наблюдать, а не интерпретировать: расставлять акценты на том, что сказал или сделал супервизируемый, а не почему (это наши фантазии).
3. Описывать, а не судить и оценивать.
4. Быть конкретным, а не обобщать.
5. Уделять внимание информации, избегая советов.
6. Давать то количество информации, которые коллега способен принять, а не то, которое вам хотелось бы дать.
7. Говорить о поведении, которое возможно изменить.

Работа группы и супервизии один на один должна проводиться в следующем режиме: группа встречается раз в месяц, в промежутках пары встречаются еженедельно и меняются каждый месяц.

Таким образом, супервизия имеет определенный формат, и именно в этом ее специфика, в отличие, например, от дружеской беседы коллег на профессиональные темы.  
Супервизорская группа организуется по тем же принципам, что и любая другая тренинговая группа. Это значит, что группа должна договориться о групповом контракте. Кроме правил: «конфиденциальности», «искренности», «права говорить: «Стоп», «Я-высказываний», «активности» - могут понадобиться дополнительные правила, которые самостоятельно устанавливает каждая группа (например, безопасности).

*СПОСОБЫ РАБОТЫ СУПЕРЗИЗОРСКОЙ ГРУППЫ*

*1. Самый простой и распространенный - это групповое обсуждение:*  
  
     Специалист (супервизируемый) рассказывает о своей проблемной ситуации, о своих затруднениях в этой ситуации и формулирует запрос (например: «Как строить дальнейшую работу с этим клиентом» Или может звучать и так: «Помогите мне сформулировать запрос».)  
     Члены группы конкретизируют запрос, чтобы супервизия была эффективной.   
     На стадии формирования запроса участники и ведущие проясняют чувства супервизируемого, задают вопросы, касающиеся ситуации клиента, а также взаимоотношений клиента и специалиста, обращают внимание на актуальное состояние супервизируемого. (Очень часто на этом этапе супервизируемый начинает видеть ситуацию иначе: высвечиваются новые аспекты ситуации, меняются акценты, проявляются новые гипотезы).  
     Задача ведущего на этом этапе: отслеживать изменение запроса специалиста, периодически задавая ему вопрос о том, как изменилось его видение ситуации и на чем сейчас важно сосредоточить внимание.  
     По окончании этого этапа ведущий подводит итог, формулируя основные вопросы.  
     Супервизируемый выбирает по своему усмотрению один или несколько вопросов.  
     Участники группы делятся своими чувствами, реакциями, идеями, предложениями по поводу запроса супервизируемого.  
     На этом этапе ведущий отслеживает соответствие предложений запросу и супервизорскому контракту и подводит итоги.

*2. Ролевая игра*

Супервизируемый должен принять на себя роль своего клиента, кто-то из членов группы выступает в роли специалиста. (Пребывание в роли клиента дает супервизируемому новое видение ситуации. Работа самого специалиста в ролевой игре и обратная связь от других членов группы дают целый спектр возможных способов работы в трудной ситуации).

После окончания игры и обратной связи проясняется запрос специалиста, и далее следует обсуждение по схеме, описанной выше.

*3. Парная супервизия на группе.*

Консультант и супервизор работают 20 минут в центре большого круга.

Наблюдатели дают супервизору обратную связь по процессу ведения супервизии, происходит обсуждение.

Группа завершает обсуждение случая, представленного на супервизию.

*4. Супервизия по принципу «Миланской школы» семейной психотерапии.*

Консультант и супервизор работают 20 минут в центре большого круга.

15 минут - пауза. В течении этого времени ситуацию разбирают наблюдатели. Если в группе более 10 человек, группа разбивается на 2-3 малые группы. (Группа наблюдателей работает по методу «мозгового штурма», т.е. когда без критики предлагаются любые идеи, ассоциации, образы, метафоры, имеющие отношение к ситуации клиента, взаимодействию клиента и консультанта, консультанта и супервизора).

Консультант и супервизор не участвуют в обсуждении, но могут ходить от группы к группе и слушать рассуждения наблюдателей.Каждая группа фиксирует предложенные идеи и делится ими в большом кругу.

Консультант и супервизор в течение 10 минут завершают ситуацию.

Если времени оказывается недостаточно, выделяется дополнительное время для завершения обсуждения в большом кругу.

*5. Супервизия по принципу «Аквариум».*

1.     Внутри большого круга образуется малый круг из 6-7 участников.

2.     Один участник (по желанию) принимает роль ведущего супервизорской группы, другой - предъявляет ситуацию на супервизию.

3.     Участники (малый круг) разбирают ситуацию.

4.     Наблюдатели (большой круг) отмечают, что показалось им эффективным в поведении ведущего, предлагают свои варианты его работы, делают свои замечания по ситуации супервизируемого.

5.     Ведущий получает обратную связь.

6.     В большом кругу участники обсуждают задачи, проблемы и трудности ведущего супервизорской группы.

7.     Если это необходимо, разбор ситуации, предъявленной на супервизию, завершается в большом кругу.