

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Сибирский федеральный университет

М.А. Мартынова

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Красноярск - Лесосибирск 2021

УДК 159.9.072
ББК 88.9
М 29

Рецензенты: С.А. Богомаз, д-р психол. наук, профессор кафедры организационной психологии Национального исследовательского Томского государственного университета;
С.В. Пазухина, д-р психол. наук, доцент, зав. кафедрой педагогики и психологии ФГБОУ ВО «ТГПУ им. Л.Н. Толстого»

Мартынова М.А.

М 29 Клиническая психология детей и подростков: учебно-методическое пособие / М.А. Мартынова. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2021. – 100 с.

В учебно-методическом пособии систематизирована информация о клинической психологии детей и подростков как разделе психологической науки. Приведена характеристика основных типов дизонтогенеза, выделены причины возникновения нарушений психического развития. Выделена специфика наиболее распространенных в детском и подростковом возрасте нарушений психики. Также особый акцент сделан на рассмотрении содержания психологического сопровождения детей и подростков с клиническими нарушениями психики.

Приведенные материалы способствуют выработке у обучающихся знаний, практических умений и навыков, определяемых ФГОС ВО.

Предназначено для студентов очного и заочного отделений вузов, обучающихся по направлению 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование», магистрантов, специалистов.

УДК 159.9.072
ББК 88.9

© Лесосибирский педагогический институт
– филиал СФУ, 2021
© М.А. Мартынова, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ.....	7
1.1. Клиническая психология как наука. Клиническая психология детей и подростков.....	7
1.2. Структура детской клинической психологии. Место клинической психологии детей и подростков в системе наук.....	11
Глава 2. ТИПЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	13
2.1. Строение головного мозга человека. Основные принципы его работы.....	13
2.2. Теория системной динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурии.....	18
2.3. Уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков. Причины возникновения нарушений психики.....	20
2.4. Типы дизонтогенеза, их характеристика.....	21
Глава 3. ОРГАНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	23
3.1. Органическая патология и причины ее возникновения.....	23
3.2. Органические поражения головного мозга у детей.....	24
3.3. Синдром Дж. Дауна. Фенилпировиноградная олигофрения.....	26
3.4. Задержка психического развития.....	29
Глава 4. НЕВРОЗЫ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ....	34
4.1. Общая характеристика неврозов и причин их возникновения.....	34
4.2. Специфика невротических расстройств в детском и подростковом возрасте.....	36
Глава 5. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	44
5.1. Общая характеристика аффективных расстройств и причин их возникновения.....	44
5.2. Аффективные расстройства в детском возрасте.....	48
5.3. Аффективные расстройства у подростков и юношей.....	52
Глава 6. ЭПИЛЕПСИЯ.....	55
6.1. Эпилепсия. Виды (формы) эпилепсии. Причины ее возникновения.....	55
6.2. Психические нарушения при эпилепсии.....	60
6.3. Основные виды (формы) эпилепсии в детском и юношеском возрасте...	63
Глава 7. ШИЗОФРЕНИЯ. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ.....	66
7.1. Шизофрения. Виды шизофрении. Причины ее возникновения.....	66
7.2. Расстройства основных психических функций при шизофрении.....	68
7.3. Особенности протекания шизофрении в детском и подростковом возрасте.....	73
7.4. Детский аутизм (синдром Каннера, синдром Аспергера).....	80
Глава 8. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И	

ПОДРОСТКОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИКИ.....	86
Итоговый тестовый контроль (примерный вариант тестовых заданий).....	96

ВВЕДЕНИЕ

Целью изучения дисциплины «Клиническая психология детей и подростков» является формирование у студентов компетенций в области клинической психологии детей и подростков, необходимых для осуществления профессиональной деятельности.

В результате освоения данной дисциплины студент должен владеть такими компетенциями, как:

- способность учитывать общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях (ОПК-1);

- способность к выявлению интересов, трудностей, проблем, конфликтных ситуаций и отклонений в поведении обучающихся (ПК-16).

По окончании курса «Клиническая психология детей и подростков» обучающийся должен:

- знать: психологические и возрастные особенности обучающихся, особенности регуляции поведения на различных возрастных этапах; методы выявления интересов, трудностей, проблем, конфликтных ситуаций и отклонений в поведении обучающихся;

- уметь: учитывать общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития обучающихся, особенности регуляции поведения в образовательном процессе; подбирать методы выявления интересов, трудностей, проблем, конфликтных ситуаций и отклонений в поведении обучающихся;

- владеть: навыками использования общих, специфических закономерностей и индивидуальных особенностей психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях при решении

ситуативных задач; навыками использования методов выявления интересов, трудностей, проблем, конфликтных ситуаций и отклонений в поведении обучающихся.

Материалы учебно-методического пособия могут быть использованы при подготовке бакалавров в соответствии с ФГОС ВО по направлению «Психолого-педагогическое образование»; обучающихся по специальности 44.05.01 «Педагогика и психология девиантного поведения».

Глава 1. ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

1.1. Клиническая психология как наука. Клиническая психология детей и подростков

Греческое слово *kline* (нечто, имеющее отношение к постели), от которого происходит прилагательное «клиническая», в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств. Соответственно, клиническая психология - это отрасль психологии, предметом изучения которой являются:

- а) расстройства (нарушения) психики и поведения;
- б) личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
- в) воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;
- г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной среды, в которой они находятся.

В более широком смысле клиническая психология может пониматься как приложение всего объема психологических знаний к решению самых различных вопросов и проблем, возникающих в медицинской практике.

В более узком значении клиническая психология представляет собой особую методологию психологического исследования, которая основана на методе наблюдения относительно небольшого числа пациентов в естественных условиях и последующем субъективном анализе-интерпретации индивидуальных проявлений их психики и личности. В этом смысле клинико-психологическая методология принципиально противостоит естественнонаучному экспериментальному подходу, опирающемуся на

критерии «объективного» (статистически достоверного) психологического знания.

Клиническая психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медиков и психологов.

Сам термин «клиническая психология» появился в 1896 году, когда американский психолог Лайтнер Уитмер, обучавшийся в Институте экспериментальной психологии В. Вундта, по возвращении из Лейпцига основал первую в мире психологическую клинику при университете штата Пенсильвания в США. Фактически эта клиника являлась психолого-педагогическим центром, в котором обследовались и проходили курс коррекции дети с плохой успеваемостью и другими проблемами в обучении. Примечательно то, что термин «клиническая» по отношению к деятельности своего психолого-педагогического центра был использован Л. Уитмером в узком смысле: он подразумевал под ним особый метод индивидуальной работы с проблемными детьми, в котором главенствующую роль играла диагностика их интеллектуальных способностей посредством специальных тестов. Уникальной особенностью клинико-психологического метода Л. Уитмер считал возможность его применения по отношению к любым людям — взрослым или детям, — которые отклоняются в какую-либо сторону от средних показателей психического развития, т. е. не вписываются в стандартные рамки образовательных и воспитательных программ.

«Для методов клинической психологии неизбежно обращение к статусу индивидуального разума, определенного с помощью наблюдений и экспериментов, а педагогическое обращение занимается эффектом изменения, т. е. развитием этого индивидуального разума».

Таким образом, клиническая психология по Л. Уитмеру представляла собой особую форму психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, ориентированную на индивидуальные, нестандартные проявления психики ребенка и связанные с ними отклонения

в поведении. В этом виде она и начала интенсивно развиваться в США, постепенно распространяясь из сферы школьного образования в область правосудия (психологические клиники стали появляться при судах, рассматривавших дела с участием несовершеннолетних) и здравоохранения (работа с умственно отсталыми детьми). С точки зрения Л. Уитмера, коррекция нарушений в поведении детей, имеющих отклонения от среднестатистических показателей психического развития, должна была заключаться в создании для них адекватной социальной среды обитания в школе и дома.

В качестве самостоятельной отрасли психологической науки применительно к педагогической практике современная клиническая психология имеет следующие задачи:

- изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений у ребенка, их профилактику и коррекцию;
- изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребенка;
- изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка;
- изучение характера отношений аномального ребенка с ближайшим окружением;
- разработка принципов и методов клинико-психологического исследования в педагогических целях;
- создание и изучение психологических методов воздействия на психику ребенка в коррекционных и профилактических целях.

Основными разделами клинической психологии являются: патопсихология, нейропсихология и психосоматическая медицина. Помимо этого в нее часто включают такие специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств

(неврология). Количество специальных разделов постоянно множится в зависимости от потребностей общества. И сегодня можно встретить такие частные области клинической психологии, как психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психовенерология, психоонкология, социальная психология здоровья и др.

Клиническая психология детей и подростков является одним из разделов современной клинической психологии. По предмету, содержанию и методам она близка к детской клинической психологии и психологии аномального развития. Термины «клиническая психология детей и подростков» и «детская клиническая психология» Н.В. Зверева и Т.Г. Горячева предлагают использовать как синонимы.

У истоков отечественной клинической психологии детей и подростков стояли такие замечательные ученые-психологи как Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, Д.Б. Эльконин, В.В. Лебединский и др. Перечень родоначальников детской клинической психологии невозможен без обращения к именам выдающихся психиатров: Г.Е. Сухаревой, М.О. Гуревича, А.Е. Личко, М.Ш. Вроно, К.С. Лебединской и др.

Предмет клинической психологии детей и подростков – закономерности нарушенного развития (дизонтогенеза), вызванного органической патологией (центральной нервной системы и соматической), психическими расстройствами, заболеваниями, нарушениями условий созревания и воспитания.

В детской клинической психологии патологическое развитие сопоставляется с нормативным, считается, что основные законы развития в норме и при патологии являются сходными, но имеют своеобразие (Г.Я. Трошин, Л.С. Выготский и др.).

Детская клиническая психология как наука имеет и прикладной аспект. Основное содержание работы специалистов детской клинической психологии связано с диагностикой отклоняющегося развития,

психологической квалификацией, участием в комплексной постановке клинического диагноза, оказанием помощи в лечебных мероприятиях (разработка вариантов психолого-педагогического сопровождения, коррекционных и реабилитационных мероприятий) и в динамической диагностике состояния. Значительный объем работы связан с диагностикой уровня психического развития ребенка и его оценкой в соответствии с нормой развития. Самостоятельная часть работы связана с установлением возможностей обучения ребенка (определение программ, форм и условий обучения). Отдельный пласт деятельности составляет оценка и коррекция детско-родительских и родительско-детских отношений, а также комплексная работа с семьей по преодолению стресса, связанного с болезнью ребенка, с сохранением качества жизни всех членов семьи и т.д.

Получается, что клинические психологи, работающие с детьми и подростками с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и пограничными состояниями, осуществляют следующие виды практической деятельности: диагностическая, коррекционная, экспертная, психотерапевтическая, а также восстановительное обучение.

1.2. Структура детской клинической психологии. Место клинической психологии детей и подростков в системе наук

Как отрасль клинической психологии детская клиническая психология имеет следующую структуру:

- Учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза)
- Детская нейропсихология (изучение органического повреждения мозга в детском возрасте, дифференциальная детская нейропсихология)
- Детская патопсихология (изучение вариантов аномального развития, вызванного психической патологией)

- Психосоматика детей и подростков (изучение психологии детей и подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями, изучение специфики психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте)

- Психотерапия и психологическая коррекция при нарушенном развитии

Теоретическим основанием клинической психологии детей и подростков является учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза).

Патопсихология детского и подросткового возраста представляет собой часть общей патопсихологии, в отечественной психологии ее становлению способствовали Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединский. Предмет детской патопсихологии – закономерности нарушенного развития психики у детей в связи с наличием душевных заболеваний, патологии мозга и особых условий развития.

Детская нейропсихология представляет собой часть нейропсихологии, изучающей мозговые механизмы ВПФ и эмоционально-личностной сферы. Теоретическую основу нейропсихологии составляет представление о том, что все психические процессы имеют сложное многокомпонентное строение и опираются на работу многих мозговых структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в их протекание.

Детская психосоматика возникла как область клинической психологии и общей психосоматики относительно недавно. Она дает представление о работе психолога в соматической клинике. Основные задачи детской психосоматики: диагностика психологических особенностей больного ребенка, влияние болезни на развитие психики ребенка.

Психологическая коррекция и психотерапия в течение многих лет обращена в сторону семьи, в том числе семьи, имеющей ребенка с особыми характеристиками. В рамках детской клинической психологии применяется значительное число современных психокоррекционных технологий и психотерапевтических подходов.

Клиническая психология детей и подростков взаимосвязана как с разными отраслями психологии, так и с другими науками. В частности, наиболее тесно она связана с психологией аномального развития, психологией девиантного поведения детей и подростков, психологией образования, семейной психологией, специальной психологией. Клиническая психология детей и подростков базируется на знаниях из области общей, клинической и детской (возрастной) психологии, психологии образования, дефектологии. Также она тесно взаимодействует с медициной (психиатрией, неврологией), биологией (анатомия, физиология ЦНС, генетика), социологией, юриспруденцией и др.

Глава 2. ТИПЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1. Строение головного мозга человека. Основные принципы его работы

Мозг человека состоит из стволовой части, мозжечка и полушарий большого мозга. Толщина коры головного мозга – 1,3-4,5 мм.

Отделы головного мозга человека: продолговатый мозг, задний мозг (мост и мозжечок), средний мозг, промежуточный мозг, передний мозг (большие полушария головного мозга) (см. рис. 1).

Масса головного мозга – 1020-1970 гр. Мозг мужчин на 100-150 гр. больше, чем мозг женщин. Головной мозг находится в мозговой части черепной коробки, кости которой защищают его. Он принимает форму черепа.

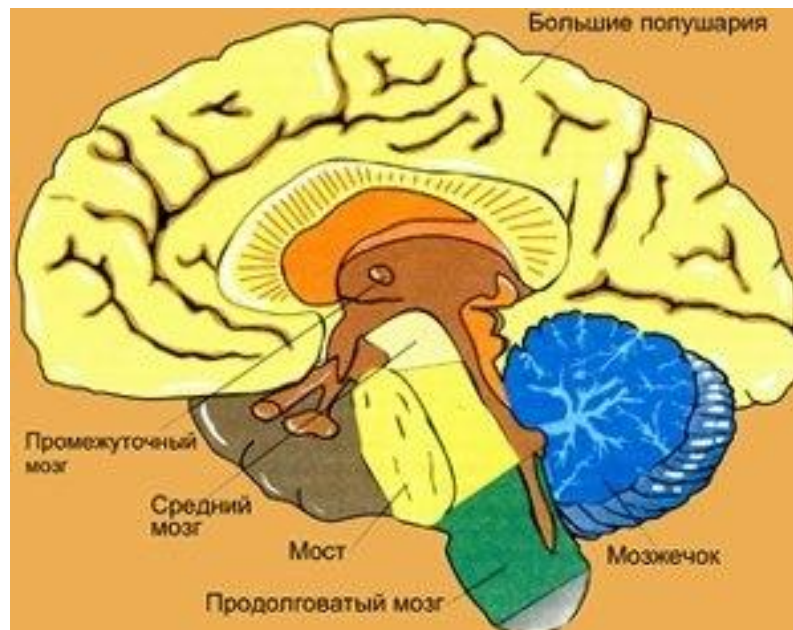


Рисунок 1 – Отделы головного мозга человека

Внешне мозг напоминает студенистую массу желтоватого цвета (см. рис. 2). В нем нет болевых рецепторов. Кора головного мозга покрывает 2 полушария – левое и правое. Они соединены друг с другом мозолистым телом.

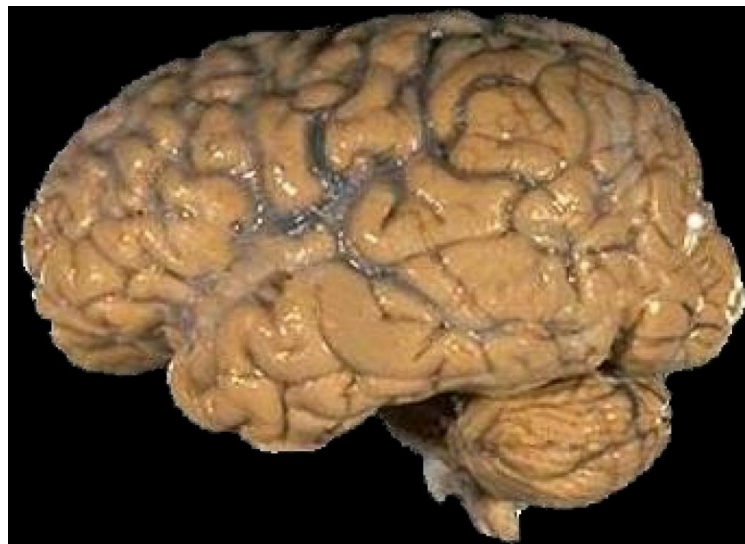


Рисунок 2 – Внешний вид головного мозга

Головной мозг поделен на доли за счет борозд: лобная, теменная, височная, затылочная (см. рис. 3). Каждая из них содержит клетки, которые ответственны за прием информации от определенных органов чувств и отделов. Так, теменная доля (ее еще называют общечувствительной) отвечает

за прием информации от органов осязания; зрительная доля – от органов зрения; височная доля – от органов слуха, обоняния и вкуса. Лобная доля ответственна за синтез сложных движений, действий человека, обеспечивает произвольное поведение.

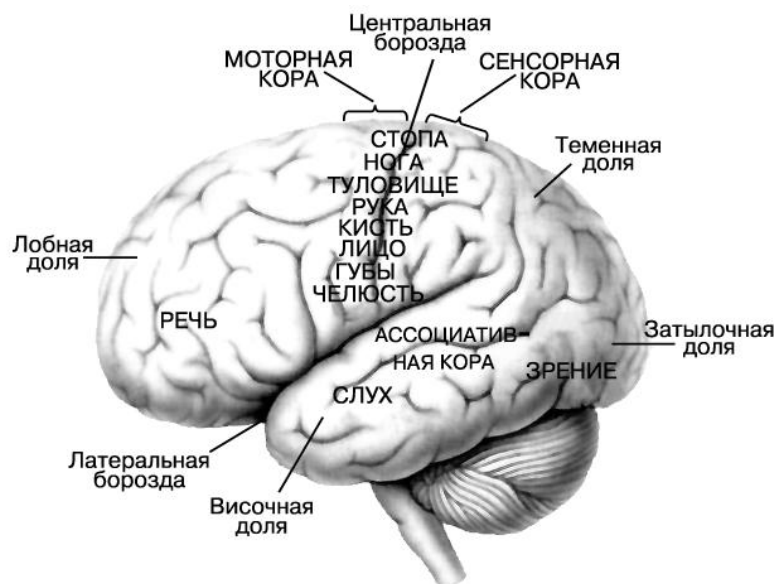


Рисунок 3 – Основные доли головного мозга

В структуре коры больших полушарий головного мозга выделяют 6 слоев.

6 слой (афферентный) включает в себя мелкозернистые клетки, связанные с органами чувств.

5 слой (эфферентный) состоит из гигантских пирамидных клеток, которые взаимодействуют с мышцами

4 слой включает волокна, несущие импульсы, возникающие в периферических рецепторах

6, 5 и 4 слои образуют первичные, или проекционные поля в коре больших полушарий. Они отвечают за прием информации от органов чувств. Первичные поля есть у человека с рождения.

3 слой состоит из мелкозернистых клеток с короткими аксонами.

2 слой включает пирамидные клетки с короткими аксонами.

3 и 2 слои вместе образуют вторичные, или проекционно-ассоциативные поля в коре больших полушарий. Они осуществляют функцию синтеза возбуждения и формируются к 2-3 годам.

1 слой состоит из клеток с короткими аксонами и образует третичные, или ассоциативные поля в коре больших полушарий. Эти поля отвечают за вторичный синтез возбуждения. Они обеспечивают совместную работу корковых звеньев разных анализаторов – наиболее сложные интегративные функции коры головного мозга. К 6-7 годам созревают задние третичные поля, к 14-15 годам – передние третичные.

А.Р. Лурия выделил следующие основные принципы работы головного мозга:

- принцип эволюционного развития, заключающийся в том, что на различных этапах эволюции отношения организма со средой и его поведение регулировались различными аппаратами нервной системы и, следовательно, мозг человека представляет собой продукт длительного эволюционного развития;

- принцип сохранности древних структур, предполагающий, что прежние аппараты мозга сохраняются, уступая ведущее место новым образованиям и приобретая новую роль. Они все больше становятся аппаратами, обеспечивающими фон поведения;

- принцип вертикального строения функциональных систем мозга, означающий, что каждая форма поведения обеспечивается совместной работой разных уровней нервного аппарата, связанных между собой как восходящими, так и нисходящими связями, превращающими мозг в саморегулирующуюся систему;

- принцип иерархического взаимодействия разных систем мозга, согласно которому возбуждение, возникающее в периферических органах чувств, сначала приходит в первичные (проекционные) зоны, затем распространяется на вторичные зоны коры, которые играют интегрирующую роль, объединяя соматотопические проекции возникших на периферии

2.2. Теория системной динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурии

А.Р. Лурия предложил структурно-функциональную модель головного мозга как субстрата психической деятельности. Мозг можно разделить на три блока:

- 1) Энергетический блок
- 2) Блок приема, переработки и хранения информации
- 3) Блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности

При этом любая высшая психическая функция (ВПФ) осуществляется при участии всех блоков.

ВПФ – это сложные психические процессы, прижизненно формирующиеся, социальные по своему происхождению, опосредствованные по психологическому строению и произвольные по способу своего осуществления. К ним относятся логическая память, целенаправленное мышление, творческое воображение, произвольные действия, речь, письмо, счет, перцептивные процессы.

Первый блок – блок регуляции энергетического тонуса и бодрствования – расположен в неспецифических структурах головного мозга – ретикулярная формация, неспецифические структуры среднего мозга, лимбическая система, область гиппокампа. Однако наибольший вклад в работу этого блока вносит ретикулярная формация. Первый блок ответственен за регуляцию процессов активации, поддержание общего тонуса ЦНС, передачу регулирующего влияния мозговой коры на нижележащие стволые образования. При поражении этого блока нарушается активность, сон (прежде всего, непроизвольные внимание и память). В случае массивного поражения стирается грань между сном и бодрствованием, человек находится в полусонном состоянии, у него страдает ориентировка в пространстве и времени.

Второй блок – блок приема, переработки и хранения информации – расположен в наружных отделах новой коры и занимает задние ее отделы – височную, затылочную и теменную доли головного мозга. Для него характерно 6-слойное строение коры головного мозга, поэтому он включает в себя первичные, вторичные и третичные поля. Клетки, которые относятся к этому блоку, отличаются модальной специфичностью.

А.Р. Лурия выделил основные законы построения коры, входящей во второй блок головного мозга:

- Закон иерархического строения корковых зон
- Закон убывающей модальной специфичности
- Закон прогрессивной латерализации функций

При поражении второго блока головного мозга характер нарушения зависит от того, какие поля (первичные, вторичные или третичные) повреждены. При поражении первичной зоны отмечаются такие нарушения как слепое пятно, гемианопсия, нарушения тон-шкалы, анестезия. Поражение вторичных зон приводит к нарушениям синтеза целостного образа (агнозия, афазия). Поражение третичных зон связано с нарушением комплексного синтеза (нарушение ориентировки в пространстве).

Третий блок – блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности – обеспечивает организацию целенаправленной, сознательной психической активности. Он расположен впереди от центральной лобной извилины и включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей головного мозга.

При этом моторная кора ответственна за проведение возбуждения к отдельным мышцам. По своим характеристикам напоминает первичные зоны коры во втором блоке головного мозга. Премоторная кора обеспечивает систему движений, действий и похожа по своим свойствам на вторичные зоны коры во втором функциональном блоке. Префронтальная кора участвует в формировании намерений, программ действий, в регуляции и

контроле наиболее сложного поведения. Ее характеристики подобны свойствам третичных зон коры второго функционального блока.

Лобные доли головного мозга отличаются следующими особенностями функционирования:

- Возбуждение проводится от третичных зон к вторичным, а затем – к первичным (префронтальные – премоторные – моторные).
- Модальная специфичность отсутствует, расположены только аппараты двигательного типа.
- Наличие обширных двусторонних связей со всеми отделами головного мозга.

При повреждении третьего функционального блока характер нарушений зависит от того, какая кора – моторная, премоторная или префронтальная – была поражена. Поражение моторной коры приводит к затруднениям в проведении возбуждения к конкретным мышцам (парезы, параличи). Поражение премоторной коры связано с нарушением синтеза отдельных движений в единое целое (распад двигательных навыков). Поражение префронтальной коры приводит к нарушению сознательной, целенаправленной деятельности (повторяемость и стереотипизация движений).

2.3. Уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков.

Причины возникновения нарушений психики

В.В. Ковалевым выделены следующие уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков, которые отражают общие, типичные способы реагирования на воздействие «вредности»:

- Соматовегетативный уровень (0-3 г.) – различные варианты невропатического синдрома, повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, нарушения питания, расстройства сна, нарушения навыков опрятности.

- Психомоторный уровень (4-7 л.) – гиперактивность, тики, заикание, мутизм.

- Аффективный уровень (5-10 л.) – страхи, повышение аффективной возбудимости, уход из дома, бродяжничество.

- Эмоционально-идеаторный уровень (11-17 л.) – протест, эмансипация, сверхценный ипохондрический синдром, синдром дисморфофобии, дисморфомания, нервная анорексия, синдром сверхценных влечений, интересов, синдром философической интоксикации.

Все обозначенные уровни нервно-психического реагирования являются базовыми для соответствующих возрастов, однако те или иные уровни могут проявляться и в другие возрастные периоды. Все заболевания в детстве имеют свою специфику по сравнению с такими же заболеваниями у взрослых. Это связано с тем, что болезни детей протекают на фоне незавершенного развития.

К причинам возникновения нарушений психики могут быть отнесены следующие:

- Наследственный фактор (врожденные и генетические заболевания; влияние неблагоприятных условий в период беременности).

- Влияние жизненных обстоятельств и собственная активность (приобретенные заболевания, травмы, неблагоприятные условия жизни и воспитания, попадание в стрессовую ситуацию, влияние экологии, перенесение тяжелого соматического заболевания – инфекции и др.).

2.4. Типы дизонтогенеза, их характеристика

В.В. Лебединский выделил *следующие типы дизонтогенеза:*

- *Недоразвитие* является следствием врожденной или рано приобретенной органической патологии головного мозга (например, при олигофрении) и характеризуется сохранением стойкого невысокого уровня развития отдельных психических функций.

- *Задержанное развитие* возникает под влиянием как биологических (например, тяжелое заболевание), так и социальных факторов (например, особенности семейного воспитания, педагогическая запущенность). Наиболее известное нарушение, при котором отмечается этот тип дизонтогенеза, - задержка психического развития (ЗПР). Ему свойственен невысокий уровень развития отдельных психических функций, но эти недостатки могут быть устранены за счет коррекционной работы и соответствующей организации образовательного процесса.

- *Поврежденное развитие* возникает вследствие приобретенной органической патологии головного мозга (например, при деменции). Этот тип дизонтогенеза характеризуется необратимым снижением уровня психического развития после травмы.

- *Дефицитарное развитие* характеризует особенности психического развития при потере органов чувств (зрение, слух). Отличительными чертами выступают недостаточное развитие психических функций, связанных с сохранными органами чувств, и отставание в развитии психических функций, опирающихся на утраченные органы чувств.

- *Искаженное развитие* относится к числу типов дизонтогенеза с не до конца выявленной этиологией, оно отмечается при аутизме и детской шизофрении. Этому типу дизонтогенеза свойственно чрезмерное развитие одной или нескольких из сторон психики при обычном или низком темпе развития других.

- *Дисгармоническое развитие* характеризуется интенсификацией развития какой-то личностной черты, а это, в свою очередь, влияет на уклад жизни человека в целом. Этот тип дизонтогенеза отмечается при психопатиях и личностных аномалиях.

Глава 3. ОРГАНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

3.1. Органическая патология и причины ее возникновения

Все патологические состояния в любой системе человеческого организма подразделяют на органические и функциональные.

Органическая патология – это необратимые изменения органа, которые обычно приводят к функциональным нарушениям, например, вследствие его деформации или недоразвития. Она может быть врожденной и приобретенной. При органической патологии орган изменен безвозвратно, поврежден он может быть по-разному – от слизистых оболочек до изменений в структуре органа.

Функциональные нарушения - это нарушения функций органа без нарушения его структуры. Причина функциональных нарушений связана с нарушением регуляции, нервной или гормональной.

Органическая патология головного мозга – это необратимое повреждение головного мозга вследствие тех или иных причин.

Повреждения мозга в детском возрасте, в период созревания, нарушают динамику развития мозговых структур, формирование психических функций, изменяют потенциальные возможности ребенка. Чем раньше было негативное воздействие на нервную систему, тем более выражены клинические проявления в будущем, при этом к схожим по симптоматике последствиям могут приводить различные виды поражений.

Поражения нервной системы, приводящие к различным отклонениям в психическом развитии ребенка, можно представить следующей классификацией:

1) Перинатальные поражения нервной системы (период с 28-ой недели развития плода по 7-е сутки после рождения ребенка). Причины: заболевания матери (токсикозы, интоксикации, инфекции и др.), повреждения нервной

системы во время родов; средовые воздействия в виде различных экологических факторов.

2) Наследственные заболевания.

3) Инфекционные заболевания нервной системы (энцефалиты, менингиты).

4) Черепно-мозговые травмы.

5) Опухоли головного мозга.

6) Эпилепсия.

3.2. Органические поражения головного мозга у детей

К органическим поражениям головного мозга относятся черепно-мозговые травмы (далее – ЧМТ), опухоли головного мозга и нейроинфекционные заболевания.

Существуют три основные клинические формы ЧМТ: сотрясение головного мозга, ушиб мозга (трех степеней тяжести), сдавливание мозга. Один из главных критериев степени тяжести повреждения головного мозга – это нарушение сознания (его глубина и длительность). Однако у детей потери сознания может и не быть. Очаговая симптоматика наиболее часто наблюдается при сдавливании головного мозга, при других травмах чаще наблюдаются общемозговые симптомы (головная боль, рвота, вялость, сонливость и др.).

В детском возрасте опухоли головного мозга составляют около 5% всех случаев поражения ЦНС. У мальчиков это заболевание встречается несколько чаще, чем у девочек. Опухоли мозга могут быть доброкачественные и злокачественные. При злокачественных новообразованиях наблюдается быстрое прогрессирующее течение заболевания.

Клиническая картина опухолевого процесса у детей – расположение опухоли в замкнутом пространстве черепной коробки, что выражается,

прежде всего, в увеличении внутричерепного давления и развитии синдромов, связанных со смещением мозговых структур. Помимо этого непосредственное влияние опухоль будет оказывать на те области мозга, где она расположена. В связи с этим будут проявляться три группы симптомов: общемозговые (повышение внутричерепного давления), локальные (очаговые), дислокационные (связанные со смещением мозговых структур и сдавливанием стволовых структур). Для опухолевых процессов в детском возрасте характерны непропорционально большие размеры опухолей по отношению к объему и весу мозга ребенка. Опухоль может занимать большое пространство и охватывать смежные структуры.

Нейроинфекционные заболевания головного мозга у детей распространены значительно больше, чем у взрослых. Чаще всего встречаются лишь два подвида заболеваний, поражающих нервную систему: менингит (инфекция, поражающая главным образом оболочку мозга) и энцефалит (затрагивает основные ткани мозга). Нейроинфекции в 60% случаев развиваются у детей раннего возраста. Тяжесть нейроинфекций зависит как от этиологии заболевания, так и от возраста пациента. Это объясняется особенностями реактивности нервной системы у детей, отсутствием у них иммунитета и связанной с этим повышенной чувствительностью к возбудителям. У детей, перенесших энцефалит, менингоэнцефалит, возможны задержка развития, снижение интеллекта, характерологические изменения, нарушения поведения.

Обнаружены следующие закономерности в проявлении органической патологии головного мозга у детей:

- 1) У ребенка раннего возраста даже при довольно обширных повреждениях головного мозга может не наблюдаться выраженных симптомов и значительных нарушений психических процессов.

Э.Г. Симерницкая на основе результатов собственных исследований указывает, что у детей младше 10 лет проявления очаговых повреждений головного мозга выражены слабо и часто вообще могут отсутствовать. У

детей даже обширные повреждения головного мозга не формируют системы взаимосвязанных расстройств, характерных для взрослых. Симптомы проявляются часто грубо выраженными, отдельными нарушениями (избирательные дефекты чтения или письма, только устной или письменной речи, нарушение пространственного фактора только в счете, праксисе или рисунке).

2) Для детей с нейрохирургической патологией не характерна выраженная интеллектуальная недостаточность. У них отмечается только частичная неравномерность в развитии отдельных когнитивных функций (памяти, внимания, речи, гнозиса, праксиса). С возрастом отмечается прогрессивная тенденция динамики в виде увеличения показателей памяти и объема внимания, а также уменьшения выраженности нарушений восприятия, двигательной сферы, речевых функций. Кроме того, чем более интенсивной и распространенной является патология головного мозга, тем меньшее влияние на состояние когнитивной сферы ребенка оказывают его индивидуальные свойства (возраст и пол), и наоборот.

3.3. Синдром Дж. Дауна. Фенилпировиноградная олигофрения

Болезнь Дауна связана с появлением лишней хромосомы, относящейся к 21-й паре (трисомия-21). Частота рождения детей с этим заболеванием возрастает по мере увеличения возраста матери при рождении: у матерей в возрасте 40-44 лет риск появления аномального потомства в 16 раз выше, чем у матерей в возрасте 20-24 лет. За последние годы было также установлено, что в 20 % случаев болезни Дауна трисомия-21 имеет отцовское происхождение и связана со старением мужских половых клеток в результате низкой частоты половых сношений у партнеров, особенно в браках, где женщина старше мужа.

Аномалии развития головного мозга при болезни Дауна напоминают аномалии при его старении у больных с поздней деменцией. Отмечается

общее уменьшение размеров головного мозга с атрофией коры, преимущественно в лобных отделах. При гистологическом исследовании обнаруживают в коре участки нервной ткани, пораженные амилоидозом («старческие бляшки»), дегенерацию нервных клеток и их фибрилл. Преждевременное старение касается и других систем организма, в результате чего вероятная продолжительность жизни больных болезнью Дауна сокращается в среднем до 35 лет, и смертность их в 5 раз превышает смертность в популяции. Наблюдаются также аномалии многих органов: недоразвитие желез внутренней секреции, врожденные пороки сердца, болезни крови и многие другие.

Характерны внешние признаки болезни, которые обнаруживаются сразу же после рождения. Это косой разрез глаз с кожной складкой во внутреннем углу (третье веко), депигментация радужных оболочек. Череп уменьшен в размере, с уплощенным затылком, нос короткий, в виде «пуговицы», с широкой переносицей, ушные раковины маленькие, деформированные. Язык утолщен в связи с гипертрофией сосочков. Половые органы недоразвиты. Типична широкая поперечная кожная складка, идущая через всю ладонь. В дальнейшем четко обнаруживаются и другие признаки: низкий рост с короткими конечностями при относительно длинном туловище, короткие пальцы с искривленной конечной фалангой мизинца, недоразвитие верхней челюсти, неправильное строение зубов, высокое твердое небо, кожа шероховатая, сухая, волосы на голове редкие. Все это создает внешний вид, по которому с первого взгляда ставится диагноз болезни Дауна.

Не менее чем в половине случаев заболевания умственная отсталость достигает глубокой или умеренной степени. Но существуют и стертые формы заболеваний, которые принято связывать с мозаицизмом; при них выраженность умственной отсталости зависит от соотношения патологически измененных и нормальных клеток в организме: чем меньше число нормальных клеток с 46 хромосомами, тем более выражена

клиническая картина. При высоком проценте нормальных клеток клинические проявления умственной отсталости бывают стертыми или отсутствуют, но часто обнаруживаются черты патологического формирования личности.

Фенилпировиноградная олигофрения (фенилкетонурия) встречается примерно в одном случае на 10 тысяч рождений. Обусловлена наследственным дефектом в обмене фенилаланина и передается по наследству по аутосомно-рецессивному типу. Риск повторного рождения больного ребенка у матери составляет 25%. В основе патогенеза болезни лежит дефицит фермента фенилаланин-гидроксилазы, обеспечивающего переход незаменимой аминокислоты фенилаланина в тирозин. Недостаток последнего приводит к снижению содержания катехоламинов и серотонина - медиаторов центральной нервной системы. Избыток фенилаланина, трансформирующегося в фенилпировиноградную кислоту, выводится с мочой. Нарушение обмена фенилаланина ведет к умственной отсталости, судорожным явлениям, патологии пигментного обмена и кожным заболеваниям.

Важность раннего выявления фенилкетонурии заключается в возможности предотвращения развития слабоумия, если лечение начато в первые недели жизни ребенка. Поэтому необходимо массовое обследование всех новорожденных на фенилкетонурию. Она диагностируется уже на 5-6-й день жизни ребенка с помощью пробы Феллинга: при повышенном содержании фенилпировиноградной кислоты раствор хлорида железа при добавлении в мочу ребенка окрашивается в оливково-зеленый цвет. Но эта проба неспецифична и не во всех случаях заболевания дает удовлетворительный результат. Более точные данные получают при использовании полуколичественного микробиологического теста Гатри. Каплей взятой у ребенка крови пропитывается специальная фильтровальная бумага, которая направляется затем в лабораторию, имеющуюся обычно при республиканских и межобластных медико-генетических консультациях. Тест

считается положительным, если содержание фенилаланина в крови превышает 4 мг %.

Дети с выявленной фенилкетонурией немедленно начинают подвергаться лечению, которое состоит в резком ограничении продуктов питания, содержащих фенилаланин. Вскармливание ребенка производится с помощью специальных смесей. Диетотерапия проводится до 6-8 лет, а при необходимости и более, под контролем содержания в крови фенилаланина. Лечение, начатое в возрасте более 2-3 мес., неэффективно.

3.4. Задержка психического развития

Задержка психического развития (далее - ЗПР) – это отклонение психического развития детей, не имеющих умственной отсталости, грубых нарушений сенсорных систем и поражений нервной системы, но при этом отстающих в психическом развитии.

Дети, страдающие ЗПР, имеют сниженную способность к развитию и в силу определенных причин (психолого-педагогическая запущенность; эмоциональная и социальная депривация, нарушение детско-родительских и внутрисемейных отношений) у них сформировалась функциональная недостаточность определенных мозговых структур. В качестве причин ЗПР рассматривается нарушение перинатального периода развития нервной системы: внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, кислородная недостаточность (асфиксия) при рождении.

Типы ЗПР:

1) Конституциональная ЗПР

Задержка развития имеет форму, которую определяет наследственность. Для детей с этим видом ЗПР характерна гармоничная незрелость телосложения и одновременно психики, что свидетельствует о наличии гармонического психофизического инфантилизма. Настроение такого ребенка преимущественно положительное, он быстро забывает обиды.

Вместе с тем из-за незрелой эмоционально-волевой сферы не получается формирования учебной мотивации. Дети быстро осваиваются в школе, но не принимают новых правил поведения: опаздывают на уроки, на уроках играют и вовлекают в игры соседей по парте, превращают буквы в тетради в цветы. Такой ребёнок не разделяет оценки на «хорошие» и «плохие», он радуется наличию их в тетради.

С самого начала учебы ребёнок превращается в стойко неуспевающего ученика, на что есть причины. В силу незрелой эмоционально-волевой сферы он выполняет лишь то, что связано с его интересами. А из-за незрелости интеллектуального развития у детей такого возраста недостаточно сформированы мыслительные операции, память, речь, они обладают малым запасом представлений о мире и знаний.

Для конституциональной ЗПР прогноз будет благоприятным при целенаправленном педагогическом воздействии в доступной игровой форме. Работа по коррекции развития и индивидуальный подход снимут вышеописанные проблемы. Если нужно оставлять детей на второй год учебы, это их не травмирует, они легко примут новый коллектив и безболезненно привыкнут к новому учителю.

2) Соматогенная ЗПР

Детей этого вида заболевания рожают здоровые родители. Задержка развития случается вследствие перенесённых заболеваний, которые влияют на мозговые функции: хронические инфекции, аллергия, дистрофия, стойкая астения, дизентерия. Первично интеллект ребенка не был нарушен, но из-за своей рассеянности он становится непродуктивным в процессе учебы.

В школе дети данного вида ЗПР испытывают серьезные трудности в адаптации, долго не могут освоиться в новом коллективе, скучают и часто плачут. Они пассивны, бездеятельны и безынициативны. Всегда вежливы с взрослыми, адекватно воспринимают ситуации, но если на них не оказывать руководящего воздействия, они будут неорганизованны и беспомощны. У таких детей в школе большие трудности с обучением, возникающие из-за

пониженной мотивации достижения, отсутствует интерес к предлагаемым заданиям, есть неумение и нежелание преодолевать трудности при их выполнении. В состоянии утомления ответы ребёнка необдуманные и нелепы, часто возникает аффективное торможение: дети боятся ответить неверно и предпочитают молчать. Также при сильном утомлении нарастает головная боль, понижается аппетит, возникают боли возле сердца, что дети используют как повод для отказа от работы при возникновении трудностей.

Детям с соматогенной ЗПР нужна систематическая лечебно-педагогическая помощь. Лучше всего их помещать в школы санаторного типа или в обыкновенных классах создать медикаментозно-педагогический режим.

3) Психогенная ЗПР

Дети этого вида ЗПР отличаются нормальным физическим развитием, они соматически здоровы. Как стало ясно из исследований, многие дети имеют мозговую дисфункцию. Причина их психического инфантилизма — социально-психологический фактор – неблагоприятные условия воспитания: однообразные контакты и среда обитания, эмоциональная депривация (недостаток материнского тепла, эмоциональных отношений), обделённость, плохая индивидуальная мотивация. В результате у ребенка снижается интеллектуальная мотивация, наблюдается поверхностность эмоций, несамостоятельность в поведении, инфантильность в отношениях.

Данная детская аномалия часто формируется в неблагополучных семьях. В асоциально-попустительской семье за ребёнком нет должного надзора, здесь присутствует эмоциональное отторжение наряду с вседозволенностью. Из-за образа жизни родителей у малыша возникают импульсивные реакции, произвольность в поведении, его интеллектуальная активность гасится. Это состояние часто становится благоприятной почвой для появления устойчивых асоциальных установок, ребенок педагогически запущен. В авторитарно-конфликтной семье атмосфера ребёнка пропитана конфликтами между взрослыми. Родители

воздействуют на малыша посредством подавления и наказания, систематически травмируя психику ребёнка. Он становится пассивным, несамостоятельным, забитым, чувствует повышенную тревожность.

Не интересуются продуктивной деятельностью, имеют неустойчивое внимание. В их поведении проявляется необъективность, индивидуализм, агрессия или же чрезмерная покорность и приспособленность.

Учитель должен проявлять заинтересованность в таком ребенке, кроме того, необходимо наличие индивидуального подхода и интенсивного обучения. Тогда дети легко заполняют пробелы в познаниях в обычной школе-интернате

4) ЗПР церебрально-органического генеза

В данном случае нарушение развития личности обусловлено локальным нарушением мозговых функций. Причины отклонений в развитии мозга: патология беременности, включая тяжёлый токсикоз, вирусный грипп, перенесённый матерью, алкоголизм и наркомания родителей, родовые патологии и травмы, асфиксия, тяжёлые заболевания на 1-м году жизни, инфекционные заболевания.

У всех детей этого вида ЗПР отмечается церебральная астения, что проявляется в чрезмерной утомляемости, пониженной работоспособности, плохой концентрации внимания и памяти. Мыслительные процессы несовершенны, а показатели продуктивности таких детей приближены к показателям детей-олигофренов. Они усваивают знания фрагментарно, и те быстро забывают, поэтому в конце учебного года учащиеся превращаются в стойко неуспевающих ребят.

Отставание в развитии интеллекта сочетается у этих детей с незрелой эмоционально-волевой сферой, проявления которой глубокие и грубые. Дети долго учат правила взаимоотношений, не соотносят свои эмоциональные реакции с определенной ситуацией, нечувствительны к промахам. Их ведет игра, поэтому постоянно возникает конфликт между «хочу» и «надо».

Обучение детей этого вида ЗПР по обычной программе бесперспективно. Они нуждаются в систематической компетентной коррекционно-педагогической поддержке.

Классификация нарушений при ЗПР вызывает трудности в связи с мозаичностью симптоматики. Для объяснения причин таких отклонений при отсутствии фиксированных органических причин используется термин «минимальные мозговые дисфункции» (ММД). При наличии ММД происходит задержка в темпах развития различных функциональных систем мозга. Клиническая картина проявляется в отставании развития отдельных ВПФ. При этом интеллект в целом сохранен. Могут отмечаться различные поведенческие нарушения, колебания внимания, отставания развития когнитивных функций, запаздывание в развитии крупной и мелкой моторики, трудности обучения (нарушение письма, чтения, счета), а также эмоциональная лабильность. Нарушения познавательной деятельности обусловлены недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, трудностями переключения с одного вида деятельности на другой.

К основным нарушениям психической деятельности ребенка с ЗПР относится астения, т.е. повышенная утомляемость и истощаемость. При этом особенно сильно страдает функция переключения внимания, отмечаются ослабление высших форм памяти, снижение способности к волевому и психическому напряжению. У большинства детей повышенная утомляемость и истощаемость проявляются не в простом выключении, а в двигательном беспокойстве, суетливости, трудности усидеть на занятиях в школе или в детском саду. Дисциплинарные меры по отношению к таким детям могут быть неэффективны. При повышенном эйфорическом настроении преобладает импульсивность и психомоторная расторможенность, неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. При преобладании пониженного настроения характерна склонность к страхам, робости, боязливости; не формируются активность, инициатива,

самостоятельность, характерно переживание своей школьной несостоятельности.

В большинстве случаев мозаичные нарушения функционирования головного мозга и нервной системы восстанавливаются или компенсируются при участии родителей и специалистов. В противном случае происходит закрепление дефекта, которое затрудняет дальнейшее психическое развитие ребенка.

Глава 4. НЕВРОЗЫ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

4.1. Общая характеристика неврозов и причин их возникновения

Неврозы – это заболевания, вызванные патологией ВНД функционального характера, появившейся вследствие личностного конфликта и проявляющейся в виде пограничных психических и соматовегетативных расстройств.

Неврозы являются основным источником психосоматических заболеваний, приводящих к развитию органических изменений во внутренней среде организма.

Основная причина неврозов – психогения, т.е. травмирующее событие, которое вызывает сильное эмоциональное напряжение или приводит к травме. Однако травмирующее событие само по себе не вызывает невроз, в его основе лежит более или менее длительная переработка личностью сложившейся ситуации и неспособность адаптироваться к новым условиям. Также может оказывать влияние наследственность, наличие отдельных личностных особенностей (например, тревожность). Следует отметить, что чем больше личностная предрасположенность, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза.

Неврозы представляют собой очень широкую группу заболеваний, их проявление может быть разнообразным и в зависимости от особенностей

личности больного, и от характера психической травмы. Но в последнее время при всех видах неврозов стали преобладать астенические, соматовегетативные, ипохондрические проявления.

Виды неврозов:

1) Неврастения (астенический невроз) проявляется в виде астении, наличии некоторых соматических симптомов, раздражительности, гневливости. Возникает у детей со слабым типом нервной системы, соматически ослабленных. Уже в преневротической стадии, которая часто проявляется соматическим заболеванием, заложена готовность к болезни. Основу невротического конфликта составляют противоречия «надо» и «не могу», «хочу» и «не могу». Отмечаются также нарушения сна, трудности засыпания, сонливость днем, чувство вялости, разбитости.

2) Истерический невроз характеризуется завышенными претензиями личности в сочетании с недооценкой или игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Требовательность к окружающим превышает требования к себе, отсутствует критичность по отношению к своему поведению. Основу такого конфликта личности составляют эгоцентризм и аффективность, вторичными личностными образованиями будут претенциозность, с одной стороны, и неуверенность в себе – с другой. Потворствующая гиперпротекция, воспитание по типу «кумира семьи» усиливают эти черты у ребенка, что приводит к демонстративности, лживости, симуляции, повышенной внушаемости, стремлению обратить на себя внимание, жажде признания, психосоматическим проявлениям (невротическая рвота, гиперкинезы, истерические аффективные припадки и др.).

3) Обсессивно-фобический невроз иногда делят на обсессивный и фобический неврозы. Отмечаются фобии, навязчивые идеи, компульсивные действия. Содержание фобий при фобическом неврозе зависит от возраста. При неврозе навязчивых действий могут наблюдаться навязчивые движения

(тики, гиперкинезы), патологические навязчивые действия (кусание ногтей, выдергивание ресниц, волос, бровей), неприличные мысли.

Неврозы чаще всего отмечаются у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста (5-7 лет), что соответствует возрастному кризису. Следующий всплеск психогенных расстройств встречается в пубертатный период (12-18 лет). У мальчиков тяжелые неврозы встречаются чаще, чем у девочек.

4.2. Специфика невротических расстройств в детском и подростковом возрасте

Невротические расстройства разной степени выраженности встречаются примерно у трети детей, посещающих детский сад, и в еще большем проценте случаев - у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. У мальчиков тяжелые неврозы наблюдаются чаще, чем у девочек.

Хотя у детей, так же как у взрослых, причиной неврозов является психогения, сравнительно большую роль в качестве дополнительного фактора у них играет врожденная функциональная и органическая недостаточность центральной нервной системы, клинически проявляющаяся в виде синдрома невропатии или конституциональной детской нервности.

Невропатия у детей младшего возраста проявляется выраженными вегетативными симптомами, такими как повышенная потливость, бледность кожных покровов с цианозом носогубного треугольника, тахикардией, дыхательной аритмией, ознобом. Характерны повышенная чувствительность к колебаниям внешней температуры, к холоду при смене пеленок, к шуму, яркому свету, духоте. Соматовегетативная возбудимость усиливается при нарушениях режима дня или при помещении ребенка в детское учреждение. К вегетативным расстройствам при невропатии относятся также нарушения аппетита, частые срыгивания, рвота, неустойчивый стул, реже - пилороспазм.

В некоторых случаях возникает преходящий субфебрилитет, не связанный с заболеваниями внутренних органов или инфекциями. Дети бывают соматически ослабленными, часто болеют простудными, аллергическими заболеваниями, у них бывают опрелости, кожный зуд. Повышенная нервность проявляется и в поведении: такие дети капризны, раздражительны, пугливы, не идут на руки к незнакомым людям. При испуге или во время плача у них могут возникать аффект-респираторные судороги: дыхание внезапно останавливается, дети «синеют», выгибаются дугой. Приступ длится несколько минут и заканчивается плачем, общей вялостью.

При неврологическом обследовании детей с невропатией часто выявляются косоглазие, нистагм, тремор подбородка и рук, клонус стоп и другие симптомы. Не всегда их можно с уверенностью связать с каким-либо поражением во время родов или в перинатальном периоде. С возрастом неврологические изменения сглаживаются или остаются лишь единичные симптомы, образующие синдром конституциональной аномалии центральной нервной системы.

Роль невропатии в развитии неврозов тем больше, чем меньше возраст начала заболевания. По мере взросления ребенка на первый план среди причин заболевания выступает психическая травма, вызывающая фрустрационное напряжение. Но обстоятельства психического травмирования у детей обычно иные, чем у взрослых. Чаще всего это неблагополучная семья, алкоголизм в ближайшем семейном окружении, распад семьи, жестокое и бездушное отношение к ребенку, игнорирование его законных интересов, преследование со стороны асоциальной группы сверстников, бестактное поведение в школе учителя по отношению к ученикам. В случае, если в результате воздействия на ребенка с момента рождения неблагоприятных биологических и социально-психологических факторов у него складывается готовность к развитию невроза, любая, в том числе, казалось бы, незначительная, психогения способна повести к манифестации болезни. К числу наиболее распространенных факторов,

приводящих к неврозу у предрасположенной личности в детском возрасте относятся следующие: один или оба родителя отвергают ребенка, отказывают ему в любви; ребенок в семье служит средством разрешения супружеских конфликтов; угрозы разлюбить ребенка или покинуть его как средство воспитательного воздействия; внушение ребенку, что он повинен в разводе или смерти одного из родителей или близких родственников; отсутствие в непосредственном окружении человека, способного понять переживания ребенка (Е.Т. Соколова).

По своим клиническим характеристикам картина детских неврозов довольно бедна и отличается малым количеством симптомов. Характер их определяется возрастом ребенка; нарушаются те нервно-психические функции, которые наиболее интенсивно формируются на данном этапе (В.В. Ковалев): от 0 до 3 лет - это функции соматовегетативные, от 4 до 10 лет - психомоторные, от 7 до 12 лет – аффективные, от 12 до 16 лет - эмоционально-идеаторные.

Самым частым симптомом детских неврозов является страх. У детей младшего возраста чаще всего встречается страх одиночества (изоляция). Возникает беспочвенное тревожное опасение быть брошенным, потерять родителей. Страх ощущается сильнее, когда дети остаются дома в одиночестве или в темноте. Их охватывает чувство беспомощности, ужаса и незащитности перед возможным появлением воображаемых сказочных чудовищ, что отражает отсутствие уверенности в поддержке со стороны взрослых. Иногда ночной страх бывает связан с происшедшим ранее пугающим событием или пережитым сновидением. Ребенок в испуге просыпается, кричит и не успокаивается до тех пор, пока родители не возьмут его на руки, не положат с собой в постель. В младшем детском возрасте страхи обычно бывают кратковременными и проходят спустя несколько недель.

В дошкольном и младшем школьном возрасте преобладает страх смерти - своей или родителей. Он может принимать форму опасений

нападения бандитов, «мертвецов», страха огня и пожара. Нередко в нем находят отражение ранее просмотренные телепередачи и кинофильмы, прочитанные книги с устрашающими сюжетами. Наряду со страхами в этом возрасте наблюдаются и другие симптомы: дети часто бывают тревожны, обидчивы, пугливы, плаксивы, настроение у них бывает неустойчивым, в своих рисунках они изображают символы смерти - могилки с крестами. Они боятся спать, просят, чтобы кто-нибудь посидел с ними, во сне вздрагивают, испытывают пугающие сновидения.

Невроз страха может затягиваться до 2-3 лет. Элементарные и недифференцированные страхи принимают характер фобий - типа агорафобии или социальных фобий. Однако в связи с недостаточно развитыми у детей абстрактным мышлением и способности к самонаблюдению в самоотчете навязчивые состояния не бывают представлены в развернутом и завершенном виде. О них можно судить не столько по словесному отчету ребенка, сколько по его поведению. Так, ребенок, испытывающий навязчивый страх заражения, подолгу моет руки. Делая уроки, он многократно обводит каждую букву - «чтобы не получить плохую отметку». Идя по улице, он старается не наступать на трещины в асфальте - «чтобы не умерла мама». Таким образом, навязчивые состояния ребенка принимают форму определенных ритуальных действий, которые как бы служат для него защитой от тревоги и страха, хотя понимание защитного их характера у ребенка отсутствует.

Ближе к навязчивым состояниям, наблюдающимся у взрослых, стоят фобии и obsessions у подростков. Больные в этом возрасте уже в состоянии бывают проанализировать и выразить в словесном отчете свое отношение к ним как к тягостным, болезненным переживаниям. Особенно часто у подростков встречаются социальные фобии: навязчивые опасения покраснеть, показаться в обществе смешным. Такие подростки с тревожно-мнительным характером, болезненно ранимые и чувствительные ощущают себя скованными и неловкими в кругу других людей, особенно незнакомых.

Волнение и опасение показаться «не таким, как все» действительно вызывает у них гиперемия лица, что в свою очередь еще более усиливает их чувство неловкости и недовольства собой.

Более частыми и типичными для детей являются компульсивные влечения, заключающиеся в том, что у больных независимо от их разума и воли возникает непреодолимое стремление совершать действия бессмысленные и часто ведущие к нежелательным последствиям. В момент совершения они бывают недоступны сознательному контролю. К компульсивным действиям и влечениям относят, например, сосание пальца, кусание ногтей, выдавливание угрей, выдергивание волос и заглатывание их. Совершение этих действий доставляет своеобразное наслаждение или позволяет избавиться от тягостного эмоционального напряжения.

К невротическим компульсивным действиям относят также усиленную и неоднократно повторяемую в течение дня мастурбацию (онанизм) - искусственное вызывание полового наслаждения путем раздражения руками половых органов и воображения эротических сцен. Ее нужно отличать от «физиологической» мастурбации, которая имеет место более чем у 95 % мальчиков и 40-50 % девочек. Она является выражением пробуждающегося естественного полового влечения при минимальных возможностях его удовлетворения путем контактов с лицами противоположного пола.

Все компульсивные влечения отличаются большой стойкостью и склонностью к рецидивам, несмотря на активные попытки взрослых и самих детей преодолеть их.

С невротическим страхом и тревогой у детей непосредственно связаны тики. К ним относятся разнообразные автоматизированные, постоянно повторяющиеся и однотипные движения: мигание, наморщивание лба, подергивания головой, плечами и др. Они возникают в возрасте после 4 лет и часто бывают связаны с невротической фиксацией ранее целесообразного движения, например подергивания головой в связи с раздражением кожи шеи тугим воротничком, мигательными движениями при конъюнктивите. Тики у

невротичных детей могут возникать и по механизму подражания, когда ребенок наблюдает их у кого-либо из членов семьи или у товарища. У мальчиков невротические тики встречаются чаще, чем у девочек.

Особое место занимают генерализованные тики - синдром Туретта, при котором наблюдаются размахистые тикообразные движения рук, импульсивные подергивания, подпрыгивания, гримасничание иногда с одновременным выкрикиванием бранных слов, обычно измененных в своем звучании так, что их трудно бывает узнать. Происхождение их до настоящего времени остается недостаточно изученным. Придается значение повышению активности стриарных дофаминэргических систем мозга, связанных, возможно, с наследственной отягощенностью. Отношение данного синдрома к неврозам является спорным, хотя наличие невротической тревоги, провоцирующей генерализованные тики, в большинстве случаев удается отметить. Течение болезни бывает длительным, волнообразным; с возрастом генерализованные тики ослабевают или исчезают, но на смену им часто приходят расстройства личности и нарушения поведения с расторможением влечений.

К невротическим двигательным расстройствам у детей и подростков относится заикание, проявляющееся нарушением темпа и плавности речи с судорогами речевой мускулатуры функционального характера. Кратковременное невротическое заикание встречается у 4 %, а относительно стойкое - у 1% всех детей. Начало его обычно бывает приурочено к возрасту 4-5 лет, когда происходит усложнение фразовой речи. В 20 % случаев заиканию предшествует невропатия. Непосредственной причиной, приводящей к возникновению заикания, обычно служит «шоковая» психическая травма, испуг. Среди факторов, способствующих заиканию, существенное место занимает подражание, когда в ближайшем окружении ребенка имеются другие заикающиеся дети и подростки.

Заикание усиливается при волнении и тревоге. С 10-11 лет дети начинают стесняться своего дефекта, замолкают в присутствии посторонних,

в классе у доски. В то же время в привычной домашней обстановке, во время игры заикание может становиться почти незаметным. Но проявляются другие невротические симптомы: страхи, нарушения настроения, функциональные соматовегетативные расстройства.

Заикание может быть временным, и оно постепенно исчезает самопроизвольно или под влиянием лечения. Но возможна его фиксация в связи с закреплением патологического моторного речевого стереотипа. К 25 годам оно сохраняется у 10 % всех заикавшихся в детском и подростковом возрасте. Неблагоприятное течение болезни обычно наблюдается при развитии невроза на фоне резидуально-органического поражения центральной нервной системы вследствие патологии беременности и родов у матери или иных причин.

Частым проявлением детских неврозов является невротический энурез. О нем принято говорить как о патологическом явлении при недержании мочи у ребенка с 4-летнего возраста. Распространенность его достигает у мальчиков 12 %, у девочек - 7 %. К началу школьного возраста частота энуреза снижается до 4,5 %. При обострении психотравмирующей ситуации энурез резко усиливается, тогда как в благоприятных условиях он возникает редко - 2-3 раза в месяц и спустя несколько месяцев спонтанно прекращается. После 18 лет невротический энурез наблюдается крайне редко.

Невротический энурез нужно отличать от недержания мочи при урологических (аномалии уrogenитальной системы), эндокринных (сахарный и несахарный диабет), неврологических заболеваниях. При них энурез наблюдается как в ночное, так и в дневное время; присутствуют и другие симптомы невроза. Уже в дошкольном возрасте дети начинают стесняться своего недостатка, болезненно на него реагируют, если они подвергаются наказаниям со стороны взрослых и насмешкам со стороны сверстников, особенно в детских учреждениях. В подростковом возрасте в связи с этим возникают снижение настроения, чувство неуверенности в себе, собственной

неполноценности, что отрицательно сказывается на формировании характера ребенка.

Реже в детской практике приходится встречаться с невротическим энкопрезом. Речь идет о непроизвольном упускании кала. У ребенка, уже приобретшего навыки опрятности, периодически на белье обнаруживается небольшое количество экскрементов. Позыва к дефекации ребенок, как правило, не испытывает даже в дневное время, но он стыдится своего недостатка и прячет от родителей испачканное белье. Своеобразной компенсаторной реакцией личности может быть чрезмерное пристрастие ребенка к чистоплотности и аккуратности.

В МКБ-10 невроты у детей в качестве самостоятельной нозологической формы не выделяются, но описываются лишь отдельные встречающиеся при них синдромы, в том числе указанные выше.

Недостатком такого синдромологического подхода к диагностике является то, что целостная картина заболевания при этом утрачивается. В клинической практике невротические расстройства у детей редко встречаются изолированно. Как правило, наблюдается их сочетание (коморбидность). Например, навязчивые действия сочетаются с заиканием, при невротическом энурезе имеются ночные страхи, явления вегетососудистой дистонии; и т.д. Все же один из симптомов выступает на первый план, что позволяет определить общую картину невроза. Кроме того, у невротичных детей встречаются аномалии характера, такие как чрезмерная застенчивость и робость, чувствительность, болезненно развитое самолюбие, стремление привлекать к себе внимание своими «несчастьями», болезнью. Наблюдаются и симптомы гиперкомпенсации чувства своей неполноценности в виде патологического фантазирования, демонстративного поведения с неожиданными отчаянными или дерзкими поступками.

Глава 1. ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

1.1. Понятие «психологическое консультирование». Специфика психологического консультирования как отдельного направления в работе психолога

Слово «консультирование» происходит от лат. *consultare* – совещаться, заботиться, советоваться. Под этим словом в русском языке понимается совет, разъяснение специалиста по какому-либо вопросу, беседа с целью расширения и углубления знаний. Буквально «консультировать» означает давать совет по интересующей проблеме.

Психологическое консультирование – 1) прикладная отрасль современной психологии, основной задачей которой является разработка теоретических основ и прикладных программ оказания психологической помощи психически и соматически здоровым людям в ситуациях, когда они сталкиваются с проблемами;

2) прикладная отрасль современной психологии, суть которой заключается в оказании психологом-консультантом психологической помощи клиенту в ходе специально организованной беседы, направленной на осознание клиентом сущности проблемы и способов ее решения;

3) психологическая помощь психологически здоровым людям в совладании с различного рода внутри- и межличностными затруднениями в процессе специально организованного взаимодействия;

4) процесс взаимодействия между помогающей стороной и стороной, обращающейся за помощью, который включает применение специалистом психологических теорий и коммуникативных навыков для решения личных проблем, трудностей и стремлений клиента.

Главная идея психологического консультирования – практически любой психически здоровый человек в состоянии справиться с

большинством возникающих в его жизни проблем. Клиент в силу различных причин может не всегда осознавать истинную причину проблемы, наилучшие способы ее разрешения, и именно здесь нужна помощь психолога.

Психологическое консультирование не является простым набором техник, которые использует в своей работе специалист, оно предполагает установление специальных, особых отношений между консультантом и клиентом. Консультирование имеет место только тогда, когда между обеими сторонами (клиентом и консультантом) существует договоренность о проведении сессии и когда консультант не выполняет по отношению к клиенту никакой другой роли, кроме роли консультанта. Клиент, в свою очередь, ощущая дискомфорт, осознает, что он нуждается в помощи или поддержке, хотя не всегда отдает себе отчет в том, что именно он хотел бы изменить.

Психологическая консультация включает три важнейших аспекта:

- Деятельность консультируемого по выявлению и оказанию помощи в разрешении собственных затруднений путем внутреннего психологического изменения (роста).
- Деятельность консультанта по выявлению и оказанию помощи в разрешении значимых для консультируемого жизненных задач (затруднений).
- Психологические новообразования в душевной жизни, изменения отношений, способов, самооценки, самоощущений, появление новых переживаний, планов, открытие новых возможностей.

Рассматривая историю возникновения консультирования, специалисты связывают его появление с промышленной революцией XIX в. и интенсивным развитием профориентации и профконсультации. Там консультант выступал как специалист, который помогал клиенту развить необходимые навыки решения проблем и правильно понять себя, используя для этого психологические методы (психологическое тестирование и обоснованная научная информация). Фактически консультирование

представляло собой «директивную ориентацию», снабжение клиента необходимыми знаниями и умениями. К середине XX в. консультирование уже чаще воспринималось в контексте психотерапевтической практики.

То, что является основой современного психологического консультирования, зародилось и сформировалось, прежде всего, в русле психотерапии, основных психотерапевтических направлений Запада. В.Ю. Меновщиков склонен к тому, чтобы указать конкретную дату возникновения психологического консультирования – 1951 г., время, когда на одной из конференций в США был введен термин «консультативная психология», чтобы отделить консультирование от клинической психологии. Естественно, что это отделение подготавливалось всем ходом развития психотерапии до этого, да и впоследствии психотерапия вносила и вносит свой существенный вклад в развитие психологического консультирования.

Именно с тяжелых расстройств, с последствий долговременных психологических травм началось в психологии реальное изучение параметров оптимального общения и рациональной организации учебной и трудовой деятельности, что позволило впоследствии, на основе приобретенного знания, перейти к оказанию помощи психически и соматически здоровым людям. Задачей психологического консультирования стало, таким образом, не лечение расстройств, а их профилактика, работа с деструктивными формами общения, нерациональными способами организации деятельности – тем, что приводит к травмам, а впоследствии и к болезням.

1.2. Отличие психологического консультирования от психотерапии и психологической коррекции

В психологическом консультировании клиенту отводится более активная роль, чем в психокоррекции. При психокоррекции ответственность за результат несет психолог, сама психокоррекция проводится психологом.

Психологическое воздействие и психокоррекция в психологическом консультировании осуществляются самим клиентом, следовательно, он ответствен за результат. Психолог в данном случае отвечает за правильность своих выводов о сути проблемы, профессиональную обоснованность рекомендаций по ее разрешению.

Психологическое консультирование охватывает более широкий круг проблем, чем психотерапия. Оно работает вширь, а психотерапия – вглубь. Психологическое консультирование и психотерапия направлены на разные этапы взаимодействия психолога и клиента. Психотерапия – долговременный процесс реконструкции личности, который характеризуется глубинными изменениями в ее структуре. Психологическое консультирование – превентивная помощь, предотвращающая развитие нежелательных осложнений, в которых особое значение имеет диагностика. Психологическое консультирование отказывается от концепции болезни, то есть признает право человека на большую вариативность психических реакций и психических состояний как здоровых, а не болезненных проявлений.

Подготовка консультанта не предполагает глубинного изучения методов психотерапии. Ряд авторов отмечают, что психологическое консультирование – это «первичная психотерапия» (П.П. Горностай, С.В. Васьковская), а В.Ю. Меновщиков утверждает, что психологическое консультирование – начальный этап психотерапии, и отмечается роль психолога-консультанта как посредника между клиентом и психотерапевтом.

В 1992 г. на ежегодной конференции по консультированию и психотерапии в Англии обсуждался вопрос о различиях между двумя помогающими профессиями. Специалисты пришли к выводу, что четкую границу между консультированием и психотерапией провести невозможно. Выступая на этой конференции, Б. Торне отметил следующие незначительные в масштабах наук различия:

- По типу проблем: психотерапия решает более глубинные проблемы.

- По типу взаимоотношений между специалистом и клиентом: в психотерапии отношения претерпевают изменения в большей степени.
- По продолжительности: психотерапия занимает больше времени.
- По месту проведения: психотерапия проходит в медицинских учреждениях, а консультирование – в педагогических, психологических и т.д.

1.3. Цели и задачи психологического консультирования

Цели и задачи психологического консультирования специалисты определяют по-разному, в зависимости от того подхода к психологическому консультированию, в рамках которого предпочитает работать практический психолог.

Ю.Е. Алешина полагает, что цель психологического консультирования - оказание психологической помощи, то есть разговор с психологом должен помочь человеку в решении его проблем и налаживании взаимоотношений с окружающими. Применительно к этой цели выдвигаются следующие задачи:

1. Выслушивание клиента, в результате чего должно расшириться его представление о себе и собственной ситуации, возникнуть пища для размышлений.

2. Облегчение эмоционального состояния клиента, то есть благодаря работе психолога-консультанта клиенту должно стать легче.

3. Принятие клиентом ответственности за происходящее с ним. Имеется в виду, что в ходе консультации локус жалобы клиента должен быть переведен на него самого, человек должен ощутить свою ответственность и вину за происходящее, только в этом случае он будет действительно стараться измениться и изменить ситуацию; в противном случае он будет лишь ожидать помощи и изменений со стороны окружающих. Программ-минимум здесь - показать клиенту, что он сам отчасти способствует тому, что его проблемы и отношения с людьми носят такой сложный и негативный характер.

4. Помощь психолога в определении того, как и что именно можно изменить в ситуации.

Взглянув на приведенный выше список задач, нетрудно заметить, что вторая и третья задачи противоположны друг другу. Если мы захотим облегчить эмоциональное состояние клиента, то невольно начнем говорить о том, что он не виноват в том, что так случилось, что нельзя приписывать себе так много ответственности за происходящее; не все от нас зависит, всем людям свойственно ошибаться. И наоборот, если мы захотим побуждать клиента к принятию ответственности за все, что с ним происходит, то заметим, что это неминуемо приводит одновременно и к ухудшению его эмоционального состояния. Психолог-консультант вынужден балансировать между двумя полюсами этих задач. В каждом конкретном случае он должен самостоятельно решать, какая из этих задач более актуальна. Бывают ситуации, когда тему ответственности и вины с клиентом обсуждать вообще не следует, например, если клиент перенес серьезную утрату. Здесь необходимо скорректировать неадекватные представления, снять груз вины, ответственности.

Г.С. Абрамова считает целью психологического консультирования культурно-продуктивную личность клиента, чтобы человек обладал чувством перспективы, действовал осознанно, был способным разрабатывать различные стратегии поведения и анализировать ситуацию с различных точек зрения. В связи с этим главную задачу психолога-консультанта Г.С. Абрамова видит в том, чтобы создать для нормального, психически здорового клиента условия, в которых он начал бы использовать осознанные нешаблонные способы действия, которые позволили бы ему действовать в соответствии с возможностями культуры.

Р. Кочюнас придерживается мысли о том, что цель психологического консультирования - появление у клиента черт зрелой личности. Первоочередная задача здесь - становление черт зрелой личности у самого психолога-консультанта. Во многом формирование этих черт у консультанта

Р. Кочюнас связывает с разнообразием стиля личной и профессиональной жизни у психолога-консультанта.

По мнению Н.Н. Обозова, цель психолога в консультировании - прояснение клиенту причины и следствия жизненных ситуаций. Задачей здесь будет доведение до клиента имеющей отношение к его проблемам психологической информации. Эта задача порождает еще одну: изучение индивидуально-психологических особенностей клиента, чтобы, исходя из них, правильно доводить эту информацию, учитывать, что и в какой форме человек готов принять. В связи с этим Н.Н. Обозов заложил основы типологии клиентов, наметил адекватные способы поведения по отношению к разным типам клиентов психологов-консультантов.

С.А. Капустин считает целью психологического консультирования разрушение полярности оценочной позиции. Оценочная позиция - пристрастное отношение человека к своей жизни, задающее ее целевую направленность, субъективную значимость реализации для самого человека тех или иных жизненных целей. Полярность оценочной позиции означает, что человек признает для себя реализацию только каких-то одних жизненных требований и обесценивает реализацию противоположных. Полярность оценочной позиции чаще всего бывает навязана человеку его социальным окружением, она не является результатом его свободного самоопределения. При этом человек отказывается от свободного самоопределения в жизни, сознательно отвергает оппозиционные по отношению к оценочной позиции требования жизни.

П.П. Горностай и С.В. Васьковская определяют свой подход к психологическому консультированию как проблемный. Цель работы психолога-консультанта они видят в решении клиентом своих психологических проблем. Акцент здесь делается на слове «проблемы». Проблемы ставятся в центр работы и рассматриваются не как помеха, а как движущие силы развития личности клиента. Человек, имеющий психологические трудности, преимущественно концентрирует свои усилия в

плоскости эмоционально насыщенных образов и переживаний. Он ощущает дискомфорт и стремится от него избавиться. Он зачастую далек от мыслей о том, что появление проблемы в его жизни имеет положительный для него смысл. Задача психолога - помочь клиенту найти этот смысл. Обращается внимание на то, что в результате преодоления проблем человек обогащает свой опыт, гармонизирует свою жизнь.

Б.М. Мастеров свой подход к психологическому консультированию называет реконструктивным. Первоочередной задачей психолога-консультанта в рамках этого подхода является реконструкция в ситуации «здесь и теперь» фрагмента субъективной картины мира клиента, имеющей отношение к его проблеме. Следующей задачей психолога-консультанта выступает обращение внимания клиента на какие-либо аспекты его субъективной картины мира и опыта, которые он ранее не замечал, не анализировал, не рассматривал. Это помогает клиенту получить новый опыт в реконструированной реальности, что можно определить в рамках данного подхода как цель консультирования.

Б.М. Мастеровым выделены и описаны базовые элементы субъективной картины мира, позволяющие облегчить и систематизировать процесс вычленения в рассказе клиента глубинных категорий. Это, прежде всего, пространство, время и оценка. Выделены миры чувств и эмоциональных состояний, телесных ощущений, правил, норм и долженствований, отношений, образов; физический, эстетический, психологический, символический и другие миры.

А.В. Юпитов полагает, что цель психологического консультирования - воздействие на сферу ценностно-смысловых ориентации личности, опосредование текущих инструментальных действий в разных ситуациях в опоре на ведущие ценности личности и коррекция текущего поведения в соответствии с этими ценностями. Например, стоит ли тебе ссориться с пусть даже некомпетентным преподавателем, если это закроет дорогу к диплому и к последующей деятельности, которая имеет для тебя большой смысл?

Продвижение по направлению к этой цели выдвигает задачу изучения ценностно-смысловых ориентации личности на диагностическом этапе консультирования.

В.Ю. Меновщиков пишет, что цель психологического консультирования - адаптация к жизни за счет активации жизненных ресурсов. Психологическое консультирование - это решение задачи, ориентированной на мышление. Люди редко воспринимают свои затруднения как задачу, ориентированную на мышление. В этом, возможно, их ошибка. Такой подход к психологическому консультированию выдвигает задачу овладения специальными знаниями по психологии мышления, навыками активизации мышления. Этапы психологического консультирования в рамках этого подхода совпадают с этапами мыслительного процесса.

1.4. Принципы психологического консультирования

По мнению Ю.Е. Алешиной, психолог-консультант должен опираться на следующие принципы при организации собственной работы:

1. Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту.

За этой формулировкой скрывается целый комплекс профессионального поведения, направленного на то, чтобы клиент чувствовал себя спокойно и комфортно во время приема. Доброжелательное отношение подразумевает не просто следование общепринятым нормам поведения, но и умение внимательно слушать, оказывать необходимую психологическую поддержку, не осуждать, а стараться понять и помочь каждому, кто обращается за помощью.

2. Ориентация на нормы и ценности клиента.

Этот принцип подразумевает, что психолог во время своей работы должен ориентироваться не на социально принятые нормы и правила, а на те жизненные принципы и идеалы, носителем которых является клиент.

Эффективное воздействие возможно лишь при опоре на систему ценностей самого клиента, критическое же отношение консультанта может привести к тому, что пришедший на прием человек замкнется, не сможет быть искренним и открытым, следовательно, возможности консультативного воздействия окажутся практически нереализуемыми. Принимая же ценности клиента, уважая их и отдавая им должное, консультант сможет воздействовать на них в том случае, если они являются препятствием на пути нормального функционирования человека.

3. Запрет давать советы.

Клиентам нельзя давать советы. Основания для этого достаточно широки и многообразны. Прежде всего, каков бы ни был жизненный и профессиональный опыт психолога, дать гарантированный совет другому невозможно: жизнь каждого уникальна и непредсказуема. К тому же, советуя, консультант полностью берет на себя ответственность за происходящее, что не способствует развитию личности консультируемого и его адекватного отношения к действительности. В такой ситуации психолог ставит себя в позицию «гуру», что реально вредит консультированию, приводит к тому, что у клиента вместо активного стремления разобраться в своей жизни и изменить ее формируется пассивное и поверхностное отношение к происходящему. При этом любые неудачи в реализации совета обычно приписываются консультанту как давшему совет авторитету, что, естественно, мешает пониманию клиентом своей роли в происходящих с ним событиях.

4. Анонимность (конфиденциальность).

Предполагает, что любая информация, сообщенная клиентом психологу, не может быть передана без его согласия ни в какие общественные или государственные организации, частным лицам, в том числе родственникам или друзьям. Из этого правила существуют исключения (о которых клиент всегда предупреждается заранее), специально оговоренные законом во многих странах. В России таким исключением,

пожалуй, можно считать ситуацию, когда психолог узнает во время приема о чем-либо, что является серьезной угрозой для чьей-либо жизни. Но, конечно же, даже в этой ситуации его действия должны быть максимально осторожными и соотноситься с интересами клиента.

5. Разграничение личных и профессиональных отношений.

Реализация этого принципа проявляется в следующем:

- Не рекомендуется консультировать друзей и ближайших родственников, поскольку любые рекомендации и откровения с близкими легко обесцениваются.

- В рамках процесса консультирования действуют механизмы переноса и контрпереноса. Перенос - это склонность клиента переносить и проецировать на психолога и отношения с ним свои отношения со значимыми людьми, основные проблемы и конфликты. Контрперенос - это склонность психолога проецировать свои отношения со значимыми людьми и основные внутренние проблемы и конфликты на отношения с клиентом. Эти понятия означают, что любые человеческие отношения, и даже такие «специальные» отношения, складывающиеся в рамках психотерапии, находятся под влиянием внутренних личных потребностей и желаний человека, которые он чаще всего не осознает.

- Недопустимо установление любовных или сексуальных отношений между психологом и клиентом. Если подобные отношения возникают, то следует быть максимально осторожным, стараться действовать, прежде всего, в интересах клиента и как можно скорее прервать процесс консультирования или психотерапии.

6. Включенность клиента в процесс консультирования.

Для того чтобы процесс консультирования был эффективным, клиент во время беседы должен чувствовать себя максимально включенным в работу, ярко и эмоционально переживать все, что обсуждается с консультантом. Для того чтобы обеспечить такую включенность, психолог должен следить за тем, чтобы развитие разговора выглядело для клиента

логичным и понятным, а также чтобы человек не просто «внимал» специалисту, а ему было бы действительно интересно. Ведь только в том случае, если понятно и интересно все, что обсуждается, можно активно искать пути разрешения своей ситуации, переживать и анализировать ее.

Вопросы для самопроверки

1. Что понимают под психологическим консультированием? В чем заключается сущность данного вида деятельности практического психолога?

2. По каким критериям можно выделить различия между психологическим консультированием, психологической коррекцией и психотерапией?

3. Что понимают под чертами зрелой личности? Почему, по мнению Р. Кочюнаса, психолог-консультант обязательно должен обладать подобными чертами?

4. С чем связан тот факт, что психолог-консультант должен избегать подачи советов в процессе работы с клиентом?

5. В каких случаях психолог-консультант в ходе работы с клиентом может нарушить принцип анонимности (конфиденциальности)?

Глава 2. ВВЕДЕНИЕ В ПРОЦЕСС КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

2.1. Требования к личности психолога-консультанта. Специальные требования к психологу в разных видах психологического консультирования

Психолог-консультант должен иметь высшее образование и дополнительную специализацию по психологическому консультированию. В ходе обучения он должен пройти следующие ступени подготовки:

- Изучение теоретического материала.
- Самостоятельное ведение консультаций под наблюдением супервизора (старшего наставника).

- Прохождение серии личных встреч с консультантом для проработки собственных проблем.

Р. Кочюнас пишет о следующих важных чертах личности психолога-консультанта:

1. Аутентичность – это способность человека быть самим собой в противовес расходованию энергии на проигрывание ролей. Дж. Бьюдженталь отождествляет слово «аутентичность» с близким ему «присутствие». В этом качестве он выделяет две стороны:

- доступность - степень того, насколько человек допускает, чтобы происходящее в данной ситуации имело для него значение, воздействовало на него;

- экспрессивность - степень, в которой человек склонен позволять другому (другим) действительно узнать себя в данной ситуации. Это включает самораскрытие без маскировки каких-то субъективных переживаний.

2. Открытость собственному опыту - это искренность в восприятии собственных чувств. Консультант должен знать, замечать свои чувства, в том числе и отрицательные, не вытеснять их. Только в таком случае он будет успешно контролировать свое поведение. Вытесненные же чувства становятся иррациональными, источником неконтролируемого поведения. Консультант способен содействовать позитивным изменениям клиента только тогда, когда проявляет терпимость ко всему разнообразию чужих и своих эмоциональных реакций.

3. Развитое самопознание. Чем больше консультант знает о самом себе, тем больше он поймет своих клиентов. Этому способствует умение слышать то, что творится у него внутри.

4. Сильная идентичность. Сильная личностная идентичность нужна психологу-консультанту для того, чтобы в консультировании иметь свою внутреннюю позицию, не быть простым отражением надежд других людей.

5. Толерантность к неопределенности. Ситуации неопределенности составляют ткань консультирования, поэтому психолог-консультант должен уметь без значительного дискомфорта переносить их. Достигается это через:

- уверенность в своей интуиции и адекватности чувств;
- убежденность в правильности принимаемых решений;
- способность рисковать.

Все эти качества приобретаются по мере личного и профессионального опыта.

6. Принятие личной ответственности. Имеется в виду то, что критика не вызывает у такого человека механизмов психологической защиты, а служит полезной обратной связью, улучшающей эффективность деятельности и даже организацию жизни.

7. Стремление к глубине межличностных отношений.

8. Постановка реалистичных целей. Имеется в виду, что человек вследствие неудач или удач не торопится слишком повышать или понижать планку притязаний, ни один консультант не всемогущ. Порой необходимо отказаться от нереального стремления стать чересчур совершенным, что ведет к чувству вины. Следует не винить себя за ошибки, а делать полезные выводы. Правильная оценка собственных возможностей позволяет ставить перед собой лишь достижимые цели.

Р. Кочюнас пишет о том, что: «Эффективный консультант - это, прежде всего, зрелый человек. Чем разнообразнее будет у него стиль личной и профессиональной жизни, тем эффективнее будет его деятельность. В консультировании, как и в жизни, следует руководствоваться не формулами, а своей интуицией и потребностями ситуации». Он полагает, что появление у клиента указанных выше черт зрелой личности, характерных для психолога-консультанта, может рассматриваться как критерий эффективности консультирования.

Также Р. Кочюнас описывает особо вредные для консультанта черты: авторитарность, пассивность и зависимость, замкнутость, склонность

использовать клиентов для удовлетворения своих потребностей, неумение быть терпимым к различным побуждениям клиентов, невротические установки в отношении денег.

Психологическое консультирование можно разделить на виды в зависимости от индивидуальных особенностей клиентов и тех проблем, по поводу которых они обращаются в психологическую консультацию:

1) интимно-личностное психологическое консультирование (проблемы - психологические или поведенческие недостатки, от которых человек хотел бы избавиться, проблемы, связанные с его личными взаимоотношениями со значимыми людьми, различные страхи, неудачи, психогенные заболевания, не требующие вмешательства врача, проблемы интимных, например половых, отношений);

2) семейное консультирование (вопросы относительно собственной семьи или других семей, выбор будущего супруга (супруги), оптимальное построение и регулирование взаимоотношений в семье, предупреждение и разрешение конфликтов во внутрисемейных взаимоотношениях, отношения мужа или жены с родственниками, поведение супругов в момент развода и после него, решение текущих внутрисемейных проблем);

3) психолого-педагогическое консультирование (вопросы обучения и воспитания детей, научения чему-либо и повышения педагогической квалификации взрослых людей, педагогического руководства, управления детскими и взрослыми группами и коллективами, вопросы совершенствования программ, методов и средств обучения, психологическое обоснование педагогических инноваций);

4) деловое консультирование (вопросы выбора профессии, совершенствования и развития у человека способностей, организации его труда, повышения работоспособности, ведения деловых переговоров).

Интимно-личностное консультирование обычно требует закрытых от посторонних лиц и одновременно открытых для общения консультанта и клиента, доверительных отношений между ними. Такое психологическое

консультирование требует создания особой обстановки, так как напоминает исповедь. Этот вид консультирования по самой природе тех проблем, которых он непосредственно касается, не может быть эпизодическим или кратковременным. Он предполагает, во-первых, большую психологическую преднастройку на него как психолога-консультанта, так и самого клиента; во-вторых, длительный и, как правило, нелегкий разговор психолога-консультанта с клиентом; в-третьих, обычно достаточно длительный период решения возникшей у клиента проблемы. Последнее связано с тем, что большинство проблем интимно-личностного характера сразу не решается.

Семейное консультирование требует знания психологом-консультантом сути семейных проблем, способов их разрешения, желательно на собственном опыте семейной жизни. Вряд ли семейным консультированием могут успешно заниматься люди, которые не имеют или не имели семьи. Как вполне вероятное можно допустить и обратное: хорошим психологом-консультантом по семейным вопросам вряд ли сможет стать человек, который сам неоднократно пытался создать или сохранить семью, но ему это сделать не удалось. Его личный опыт если и может оказаться в чем-то полезным другим людям, то, скорее всего, в отрицательном плане. Вместе с тем надо отметить, что в этом и в других подобных случаях собственный опыт необходим для того, чтобы стать хорошим психологом-консультантом. Человек, имеющий отрицательный жизненный опыт семейных взаимоотношений, хорошо мог бы рассказать другим о том, чего следует избегать в семейной жизни, но не о том, что нужно делать для того, чтобы сохранить семью и наладить внутрисемейные взаимоотношения. Однако из этого правила могут быть и исключения. В психологической практике известны случаи, когда успешными психологами-консультантами по семейным вопросам становились люди, сами неоднократно потерпевшие неудачи в семейной жизни.

Психолого-педагогическое консультирование предполагает наличие у консультанта педагогического образования и опыта обучения и воспитания

людей. Неплохими психологами-консультантами по психолого-педагогическим вопросам обычно становятся, например, бывшие учителя и воспитатели, имеющие опыт педагогической работы и соответствующее образование.

То же самое, что только что было указано относительно психолого-педагогического консультирования, касается и делового консультирования. Наиболее успешно им могут заниматься люди, хорошо знающие на собственном опыте ту сферу деятельности, в которой они собираются вести психологическое консультирование.

2.2. Организация кабинета психологической консультации.

Пространственные и временные аспекты консультативной беседы

При организации кабинета психологической консультации рекомендуют опираться на два основных ориентира: месторасположение и интерьер. Выбирая месторасположение консультации, необходимо руководствоваться следующими тремя «НЕЛЬЗЯ»:

- 1) нельзя размещать консультацию рядом или внутри торговых организаций;
- 2) нельзя, чтобы рядом находилась проезжая часть или какие-либо шумопроизводящие объекты;
- 3) нельзя, чтобы рядом находились организации, которые могут вызвать у клиентов неприятные ассоциации (например, милиция, медвытрезвитель, морг).

Другими словами, психологическая консультация должна располагаться:

- 1) в тихом месте
- 2) в месте с удобной транспортной схемой;
- 3) ее расположение и внешний вид должны вызывать приятные ассоциации у клиентов.

Идеал - собственное, отдельно стоящее здание, окруженное садом.

Интерьер кабинета психологической консультации. Классическим вариантом считается тот, при котором в распоряжении консультанта находится две смежные комнаты - одна для консультативной беседы, вторая - для психодиагностики, ведения документации, подготовки к проведению сессий. В комнате, предназначенной для консультаций, должны находиться кресла, журнальный стол, шкаф с популяризированной психологической литературой, которую в случае необходимости можно предложить клиенту для домашнего чтения. Обе комнаты должны быть в светлых тонах. Их могут украшать картины, темы которых должны внушать оптимистический настрой и веру в светлое будущее. Например, уместны сюжеты о соблазнении земных девушек Зевсом, тринадцатый подвиг Геракла, пейзажи и натюрморты в пастельных тонах. Неуместны: убийство Иваном Грозным сына, покинутая Ариадна и прочие земные и внеземные трагикомедии. Во второй комнате, комнате-кабинете консультанта, должны находиться: письменный стол, шкаф со специальной психологической литературой, компьютер с психодиагностической программой и подборкой релаксационных мелодий, сейф для хранения документации.

Ю.Е. Алешина следующим образом описала пространство консультативной беседы. Необходим уютный кабинет или специально отгороженная часть пространства внутри большого помещения в одном из углов. Клиента желательно посадить спиной к двери, ограничив его поле зрения, максимально сосредоточив на консультанте. Идеальный вариант взаимного расположения психолога и клиента - напротив друг друга и чуть наискосок, чтобы каждый из них мог с легкостью видеть лицо собеседника, но при желании мог бы отвести глаза в сторону без особого труда. Лучше всего, если они сидят не слишком близко друг к другу и у них есть пространство для ног, чтобы свободно встать или сесть на свое место. Желателен стол, на котором можно было бы при необходимости вести запись. Но большой стол может стать помехой, воспринимаясь как барьер.

Часы на столе или на стене - важный атрибут, напоминающий, что необходимо работать активно.

Приведем нормативы по оборудованию кабинета психолога школьной психологической службы, разработанные департаментом образования Администрации Кемеровской области и Кемеровским областным институтом усовершенствования учителей. Предполагается, что именно этот кабинет должен использоваться школьным психологом для психологического консультирования. Итак, такой кабинет должен быть обеспечен следующим оборудованием: рабочий стол, два кресла и журнальный столик, стулья, напольное ковровое покрытие, светильники, шкаф для документации, сейф для документации с грифом «Для служебного пользования», компьютер с принтером, вспомогательные материалы (краски, кисти, фломастеры, цветные карандаши, бумага, игрушки и т.д.), телефон. В сейфе должны храниться следующие документы с грифом «Для служебного пользования»:

1. Индивидуальные карты психолого-педагогического обследования (паспорта).
2. Журнал регистрации индивидуальных консультаций (при наличии индивидуальных карт на детей в журнале регистрируются консультации педагогов и родителей).
3. Тексты тестов, ключи, материалы тестовых обследований.
4. Входная и выходная документация.
5. Материалы психолого-педагогических консилиумов и медико-психолого-педагогических комиссий.

Свою консультативную работу школьный психолог отображает в «Журнале регистрации выполненных видов работ». Кроме этого, у него должен быть письменно зафиксированный режим работы, утвержденный педагогическим советом образовательного заведения и заверенный его руководителем, журнал предварительной записи на индивидуальные и групповые консультации, журнал или картотека имеющихся методических материалов и литературы. Дополнительно рекомендуется иметь: а) список

домашних телефонов всех членов педагогического коллектива; б) список специализированных центров и консультаций медико-психологического профиля, в том числе «Телефонов доверия».

Согласно Н.В. Самоукиной, продолжительность одной консультативной беседы может колебаться от 30 мин. до 3-3,5 час. Ю.Е. Алешина указывает время для каждого из этапов консультативной беседы в расчете, что стандартное среднее время для одной консультативной беседы - 1 час 10 мин. Приведем здесь ориентировочные нормы затрат времени на психологическое консультирование из документа «Ориентировочные нормы. Продолжительность различных видов работ педагога-психолога образования. Решение коллегии Министерства образования Российской Федерации «Об организации и перспективах развития практической психологии образования в Российской Федерации» от 26 марта 1995 г. № 7/1»:

1. Индивидуальная и групповая консультативная работа с учащимися, оформление результатов - 1,5-3 часа на одну беседу.

2. Индивидуальное и групповое консультирование родителей, оформление результатов - 1,5-2,5 часа на одну беседу.

3. Индивидуальное и групповое консультирование педагогов, оформление результатов - 1-2,5 часа на одну беседу.

Ю.Е. Алешина указывает, что время для консультации следует выбирать такое, чтобы консультант и клиент могли поговорить спокойно, не спеша, чтобы их самочувствие в этот момент было хорошим.

2.3. Консультативный контакт и навыки его поддержания

Консультативный контакт - 1) это уникальный динамичный процесс, во время которого один человек помогает другому использовать свои внутренние ресурсы для развития в позитивном направлении и актуализировать потенциал осмысленной жизни;

2) это чувства и установки, которые участники консультирования (консультант и клиент) испытывают один по отношению к другому, и способ их выражения.

Практически все определения указывают на несколько уникальных черт консультативного контакта:

- эмоциональность (консультативный контакт скорее эмоционален, чем когнитивен, он подразумевает исследование переживаний клиентов);
- интенсивность (поскольку контакт представляет искреннее отношение и взаимный обмен переживаниями, он не может не быть интенсивным);
- динамичность (при смене клиента меняется и специфика контакта);
- конфиденциальность (обязательство консультанта не распространять сведения о клиенте способствует доверительности);
- оказание поддержки (постоянная поддержка консультанта обеспечивает стабильность контакта, позволяющую клиенту рисковать и пытаться вести себя по-новому);
- добросовестность.

Выделяют следующие навыки поддержания консультативного контакта:

1. Невербальное общение. Невербальное поведение человека передает до 80 % информации, которой в итоге располагает человек. Важно наблюдать за тем, каким образом соотносятся вербальное и невербальное поведение консультанта и клиента. Для консультанта очень важно, какое невербальное поведение он будет демонстрировать в процессе разговора с клиентом (как он поприветствует, как проведет его на место и т.д.).

Консультанту следует стремиться соблюдать пять подлинных условий физического пребывания вместе:

- Быть с клиентом с глазу на глаз.
- Быть в открытой позе.
- Время от времени наклоняться к клиенту.
- Поддерживать с клиентом контакт глазами.

- Быть расслабленным.

Необходимо наблюдать за изменением невербального поведения клиента в ходе беседы, поскольку именно оно отображает изменение эмоционального состояния человека, который обратился к вам за помощью. Важно обращать внимание на несоответствие вербального и невербального поведения, так как оно предоставляет дополнительный материал для анализа.

2. Вербальное общение. В ходе консультации важным является не постоянный обмен репликами, а умение консультанта выслушать клиента. При этом он должен использовать технику активного слушания. Ее суть заключается в том, что консультант без осуждения выслушивает все, что говорит ему клиент, а в процессе разговора старается показать ему, что он его слышит и понимает. Для этого он может использовать невербальное поведение (кивки головой, жесты руками, использование междометий «Ага», «Угу», «Да»), а также повторение отдельных слов и фраз из речи клиента («Продолжайте!», переформулирование фразы в вопрос).

Вопросы для самопроверки

1. Почему в качестве одной из важных черт психолога-консультанта выделена сильная идентичность?

2. Чем может помочь в рамках практики психологу-консультанту, специализирующемуся на работе с проблемами семьи, наличие собственного опыта семейной жизни?

3. Представьте, что вы работаете в школе педагогом-психологом, и у вас появилась возможность выбрать в школе любой кабинет для проведения консультаций по психологическим проблемам. В каком месте должен находиться кабинет в школе, чтобы его расположение соответствовало основным требованиям? Как вы оборудуете кабинет внутри?

4. Что понимают под консультативным контактом? Оказывает ли влияние на установление консультативного контакта с клиентом невербальное поведение психолога-консультанта?

Глава 3. ВИДЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

3.1. Основные подходы к выделению видов психологического консультирования

В зависимости от подхода выделяют следующие виды психологического консультирования:

1. Проблемно-ориентированное консультирование (проблемно-ориентированный подход). Акцент здесь делается на модификации поведения, анализе внешних причин проблемы. Цель работы с клиентом: формирование и укрепление способности клиента к адекватным ситуации действиям, овладение техниками, позволяющими улучшить самоконтроль. Много приемов, используемых в рамках этого направления, взято из поведенческой терапии.

2. Личностно-ориентированное консультирование (личностно-ориентированный подход). Основано на анализе индивидуальных, личностных причин проблемы, процессе складывания деструктивных личностных стереотипов, предотвращении подобных проблем в будущем. Консультант здесь принципиально воздерживается от советов и организационной помощи, так как это уводит в сторону от внутренних, глубинных причин проблемы. Много приемов, используемых в рамках этого направления, взято из многочисленных психоаналитических и постпсихоаналитических течений западной психотерапии (техники гештальттерапии, гуманистической психотерапии).

3. Решение-ориентированное консультирование (решение-ориентированный подход). Упор здесь делается на активацию собственных ресурсов клиента для решения проблемы. Представители этого подхода обращают внимание на тот факт, что анализ причин проблемы неминуемо приводит к усилению чувства вины у клиента, что является препятствием к сотрудничеству психолога-консультанта и клиента. Много приемов,

используемых в рамках этого подхода, взято из краткосрочной позитивной терапии.

Р.В. Овчарова выделила следующие основания для определения видов консультирования:

- Индивидуальное и групповое консультирование. Групповое психологическое консультирование чаще всего организуется после предварительных индивидуальных консультаций для клиентов со сходными психологическими проблемами или если все они являются членами одной системы межличностных отношений (например, семьи).

- Однократные и многократные консультации.

- Консультации по личному обращению и консультации в результате вызова, направления.

- Без дополнительного тестирования и с дополнительным тестированием.

- Без привлечения методов психологической коррекции (доведение до клиента имеющей отношение к его проблемам психологической информации) и с привлечением этих методов.

- Консультации изолированные и комбинированные с другими методами психологической помощи (например, социально-психологический тренинг между консультациями).

- По характеру решаемых задач: возрастное-психологическое, профессиональное, психолого-педагогическое, семейное и др.

- По характеру теоретического подхода, в котором работает психолог-консультант: когнитивная психология, бихевиоризм, гуманистическая психология, психоанализ.

- По степени непосредственности или опосредованности контакта между психологом-консультантом и клиентом: очное и дистантное консультирование (консультирование на телефоне доверия, консультирование посредством дистантного письма, консультирование

посредством написания популярных книг по психологии или открытые ответы психологов на письма читателей в популярных изданиях).

3.2. Индивидуальное консультирование и его отличительные особенности

Индивидуальное консультирование – это наиболее традиционная и распространенная форма психологической помощи, осуществляемая психологом с глазу на глаз в виде индивидуально-ориентированной беседы, консультации, психотерапевтической сессии. Его преимущества состоят в том, что клиенту полностью принадлежит все внимание консультанта, а конфиденциальностью встреч более полно обеспечивается и гарантируется его психологическая безопасность.

Содержание индивидуального консультирования определяется заказом (запросом) клиента, причем заказ (запрос) может исходить как непосредственно от самого клиента, так и от третьих лиц (например, родителей, супругов и т.д.).

Анализ работы практического психолога в ситуации индивидуального консультирования показывает, что этот вид профессиональной работы требует направленной рефлексии психолога на два важнейших научных понятия - на понятие нормы психического развития и на понятие позиции во взаимодействии.

Понятие нормы психического развития требует использования в индивидуальном консультировании теоретического представления о периодизации психического развития. Схема индивидуального консультирования, с этой точки зрения, выглядит следующим образом:

с точки зрения клиента	текст заказа (запроса)	психологическая задача	возможность изменения	выбор направления изменения
------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------------

с точки зрения психолога	содержание задачи взаимодействия	механизмы психического развития	период психического развития	содержание нормы психического развития
--------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	--

Для того чтобы определить, в каком направлении желательно развиваться клиенту, психолог-консультант должен обратить внимание на наличие у него акцентуаций характера, соматических заболеваний, а также учитывать, какой возрастной период проживает клиент в настоящее время.

Представление психолога о задачах и резервах развития личности основывается на выбранной им научной теории, оно же будет определять и конкретное содержание показателей развития, на которые будет ориентироваться психолог.

Для понимания возможностей клиента психолог использует конкретизированные данные о механизмах психического развития. При этом данная конкретизация может быть связана с анализом позиции клиента во взаимодействии.

Позиция клиента во взаимодействии характеризует его обобщенное эмоциональное отношение к другим людям и к себе как к человеку. Позиция включает в себя переживание динамики взаимодействия с другим человеком как проявление равенства или неравенства, как проявление уважения к себе или пренебрежения.

В ситуации индивидуального консультирования предметом взаимодействия является психологическая информация, а позиции взаимодействующих могут быть описаны в виде следующих схем.

1. Взаимодействие на равных - это оптимальный вариант в индивидуальном консультировании, когда проблема ответственности за личностные изменения решается в соответствии с ролями, обозначенными профессией психолога-консультанта, который помогает личности расширить ее альтернативы, создает на материале предмета взаимодействия условия для принятия человеком ответственного, осмысленного решения об изменении.

Осознание психологом этого момента в интервью с клиентом возможно с помощью микротехник, обеспечивающих получение обратной связи. Главный момент в установлении такой позиции - это достижение конгруэнтности, соответствия с клиентом.

2. Взаимодействие с позиций «сверху» - это одна из наиболее распространенных ошибок у практических психологов, которые подвержены житейской психологии устроительства (определение Л.Н. Толстого). Суть этой философии в том, что психолог, считая себя знатоком «правильной, хорошей» жизни, начинает воздействовать на клиента так, чтобы тот принял его критерии «хорошей» жизни. Часто это приводит к тому, что психолог начинает оценивать действия клиента как хорошие или плохие, как правильные или неправильные, то есть решает психологическую задачу клиента неадекватными ей этическими или социальными средствами. Это приводит к тому, что у клиента формируется зависимость от психолога, а сам психолог теряет основу профессиональной рефлексии.

Зачастую директивность и неадекватность психолога в такой позиции приводит к потере предмета взаимодействия. Вместо содержания психологической информации обсуждаются социальные, этические или нравственные нормы.

3. Взаимодействие с позиции «снизу» создает для клиента возможности открыто манипулировать психологом. Как писал Э. Шостром, «манипуляция - это псевдофилософия жизни, направленная на то, чтобы эксплуатировать и контролировать как себя, так и других». Кроме того, под манипуляцией (от лат. *manipulus* - горсть, *manus* - рука) понимают коммуникативное воздействие, которое ведет к актуализации у объекта воздействия определенных мотивационных состояний (а вместе с тем и чувств, аттитюдов, стереотипов), побуждающих его к поведению, желательному (выгодному) для субъекта воздействия; при этом не предполагается, что оно обязательно должно быть невыгодным для объекта воздействия.

Увидеть в клиенте манипулятора - профессиональный долг психолога,

иначе из этой ситуации взаимодействия он выйдет победителем с укоренившимся сознанием превосходства в своих манипулятивных способностях.

Психолог, занимающий позицию снизу, по существу, отказывается от своей профессии, от обобщенной научной теории и попадает под власть житейского манипулятора. Напомним, что Э. Шостром выделил восемь манипулятивных типов, знание о которых позволяет сделать направленной профессиональную рефлексию во взаимодействии с клиентом. Итак, основные манипулятивные типы.

1. Диктатор. Он преувеличивает свою силу, он доминирует, приказывает, цитирует авторитеты – в общем, делает все, чтобы управлять своими жертвами. Разновидности Диктатора: Настоятельница, Начальник, Босс.

2. Тряпка. Обычно жертва Диктатора и его прямая противоположность. Тряпка развивает большое мастерство во взаимодействии с Диктатором. Он преувеличивает свою чувствительность. При этом характерные приемы: забывать, не слушать, пассивно молчать. Разновидности Тряпки: Мнительный, Глупый, Хамелеон, Конформист, Смущающийся, Отступающий.

3. Калькулятор. Преувеличивает необходимость всех и вся контролировать. Он обманывает, увиливает, лжет, старается, с одной стороны, перехитрить, с другой - перепроверять других. Разновидности: Делец, Аферист, Игрок в покер, Делатель рекламы, Шантажист.

4. Прилипала. Полярная противоположность Калькулятору. Из всех сил преувеличивает свою зависимость. Это личность, которая жаждет быть предметом забот. Позволяет и исподволь заставляет других делать за него всю работу. Разновидности: Паразит, Нытик, Вечный ребенок, Ипохондрик, Иждивенец, Беспомощный, Человек с девизом: «Жизнь не удалась, и поэтому...».

5. Хулиган преувеличивает свою агрессивность, жестокость,

недоброжелательность. Управляет с помощью угроз разного рода. Разновидности: Оскорбитель, Ненавистник, Гангстер, Угрожающий, женская вариация Хулигана - Сварливая баба («Пила»).

6. Славный парень преувеличивает свою заботливость, любовь, внимательность. Он убивает добротой. В некотором смысле столкновение с ним труднее, чем с Хулиганом. Вы не сможете бороться со Славным парнем. Удивительно, но в любом конфликте Хулигана со Славным парнем Хулиган проигрывает. Разновидности: Угодливый, Добродетельный, Моралист, Человек организации.

7. Судья преувеличивает свою критичность. Он никому не верит, полон обвинений, негодования, с трудом прощает. Разновидности: Собиратель улик, Позорящий, Оценщик, Мститель, Заставляющий признать вину.

8. Защитник. Противоположность Судье. Он чрезмерно подчеркивает свою поддержку и снисходительность к ошибке, он портит других, сочувствуя сверх всякой меры и отказываясь позволить тем, кого защищает, встать на собственные ноги и вырасти самостоятельными. Вместо того, чтобы заняться собственными делами, он заботится о нуждах других. Разновидности: Наседка с цыплятами, Утешитель, Покровитель, Мученик, Помощник, Самоотверженный.

Психолог для демонстрации того, что он видит позицию манипулятора и тем не менее готов взаимодействовать с ним, то есть готов изменить и его, и свою позицию, чтобы был предмет взаимодействия, может и должен использовать основные эмоциональные контакты, которые, казалось бы, не свойственны его профессии, но демонстрируют его открытость и доверие клиенту. Это эмоции гнева, страха, обиды, доверия, любви. Психологу надо уметь их выразить клиенту для установления контакта, для изменения позиции манипулятора. Это достаточно сложно, так как психологу приходится рефлексировать на содержание своей «Я»-концепции и на отношение к профессии, которое может здесь быть противоречивым. Если в этой ситуации взаимодействия психолог не изменит свою позицию, он

действует непрофессионально.

Осознание психологом своей позиции во взаимодействии с клиентом важно как показатель возможных изменений во внутреннем мире клиента. Умение психолога рефлексировать над содержанием позиции во взаимодействии дает ему материал для фиксации содержательной динамики процесса взаимодействия. Ориентируясь на текст клиента, на подтекст и контекст взаимодействия, психолог получает доступ и к этому компоненту взаимодействия.

3.3. Специфика группового консультирования

Групповое консультирование – это консультативная работа психолога с супружескими парами, семьями, группами, сообществами и т.д.

Наиболее частым вариантом работы в ситуации группового консультирования является анализ психологом детско-родительских отношений или отношений между взрослыми людьми в условиях производственного конфликта. Как показывает практика работы, значительно реже бывают заказы на исследование психологической совместимости двух людей (чаще всего это новобрачные). В современной практической психологии существует узкая специализация психологов-консультантов, и очень редко бывает так, чтобы специалист по индивидуальному консультированию был специалистом и по групповому консультированию. Это связано со сложностью предмета взаимодействия психолога и клиента, который требует его всестороннего освоения в свете избранной автором научной теории.

При групповом консультировании независимо от исходных теоретических позиций психолога ему приходится иметь дело со сложной системой, какой является любая группа.

Итак, первое, с чем начинает работать психолог в групповом консультировании, - это система реально существующих отношений между

людьми (которые реально в ситуации консультирования могут и не присутствовать) .

Описание всего многообразия отношений, которые могут быть между членами группы, сложно и часто практически нецелесообразно, так как не все виды отношений входят в содержание психологической задачи, которую решает психолог: выделить наиболее значимые отношения, представить их для группы как предмет взаимодействия, объединяющий группу.

Содержание этих отношений может быть самым различным, но для психолога важно перевести его на язык описания субъективной модальности каждого члена группы, чтобы в процессе интервью со всеми членами группы каждый смог выработать свои альтернативы в исследуемой ситуации. Выработка альтернатив связана с потребностью и возможностью каждого члена группы выразить свои актуальные возможности («я могу»), свои чувства («я чувствую»), свои мысли («я думаю»), свои желания («я хочу»), а также свои представления об их изменении.

Задача психолога состоит в том, чтобы найти предмет взаимодействия членов группы, в котором были бы представлены взаимосвязанные модальности внутреннего мира каждого члена группы. Для решения этой задачи психолог должен располагать психологическим материалом о типе отношений между членами группы.

Диагностика типа отношений строится на теоретической модели семьи, которой пользуется психолог. Так как общепринятой классификации типов семьи нет, каждый психолог может использовать свою классификацию. В большинстве случаев в основе типологии лежит представление о родительских установках и стилях воспитания. Влияние этих факторов на характеристики личности описано многими авторами: Э. Берн, З. Фрейд, А.И. Захаров, В. Сатир, Э.Г. Эйдемиллер, А.Е. Личко и др.

Существенно важными для практической работы представляются факты, говорящие об устойчивости отношений. Выявление этого содержания - относительно постоянного для данной группы - позволяет сделать его

предметом взаимодействия и на его основе исследовать динамические особенности отношений. Примером этого могут быть отношения в семьях людей с психосоматическими заболеваниями, где неблагоприятные устойчивые отношения создают фон для таких болезней. В литературе описаны три типа родительских семей у таких больных. Первый тип - отношения «связывания», когда в отношениях преобладают жесткие стереотипы коммуникации, это приводит к отставанию детей в эмоциональном развитии и их инфантильности. Второй тип семей - это семьи, где ребенку отказывается в его индивидуальности, где он постоянно подвергается разным формам отвержения, развивается аутизм и тенденция к автономности. Третий тип семей - это семьи, которые делегируют свои жизненные ожидания детям, при этом истинные достижения детей родители игнорируют и перемещают на них свои несбывшиеся надежды, то есть манипулируют ими как своеобразным продолжением «Я».

Выявление этих устойчивых отношений в психодиагностической процедуре возможно, например, с помощью графических методов или через изучение состояния человека. Показателями наличия постоянных травмирующих факторов могут быть состояние глобальной семейной неудовлетворенности, состояние семейной тревоги, состояние вины, связанное с семьей, состояние невыносимого, непосильного нервно-психического и физического напряжения. Во всех этих случаях семья выступает как группа, определяющая устойчивое состояние индивида. Работа психолога с этим состоянием возможна только тогда, когда он заостряет внимание на содержании семейных отношений.

Другими показателями наличия устойчивых отношений, в данном случае конфликтных отношений, могут быть соматические заболевания человека: наличие у одного из членов группы соматических заболеваний может создавать условия для воспроизведения в группе одного и того же типа отношений. В этом случае работа психолога с конфликтной личностью может стать основанием для изменения групповых отношений. Описаны

типы устойчивых личностных конфликтов у лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями: например, при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у человека существует постоянный конфликт - зависимость от окружающих с интенсивным страхом перед этой зависимостью. В поведении это может проявляться как тирания окружающих, постоянное недовольство ими, что создает устойчивое содержание отношений с этим человеком и определяет содержание взаимодействия всех членов группы.

У людей с гипертонией существует внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами и потребностью в зависимости от значимых лиц или другой тип внутриличностного конфликта - стремление к достижению высоких социальных целей и высоких стандартов социальной жизни, что рождает ситуацию хронического стресса.

При ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда внутриличностные конфликты обусловлены торопливостью, нетерпением, нехваткой времени, чувством высокой ответственности.

Устойчивые внутриличностные конфликты одного из членов группы создают условия для стабилизации группы, они могут лишить ее необходимой для развития отношений психологической информации, которая, как мы уже отмечали, характеризуется относительностью и динамичностью.

Устойчивые личностные качества членов группы, если они противоположны по содержанию, создают основу для стабильных, устойчивых конфликтов, которые, не развиваясь, становятся источником, дезорганизирующим группу. К числу таких качеств относятся, например:

- экстравертированность - интравертированность;
- рационализм - романтизм;
- доминантность - подчиненность;
- враждебность - дружелюбие;
- ригидность - гибкость;

- вспыльчивость - спокойствие;
- стабильность - лабильность;
- оптимизм - пессимизм;
- активность - пассивность;
- ответственность - беспечность и т.п.

Наличие конфликтных внутриличностных и межличностных качеств у членов группы осложняет для психолога работу по созданию общего для всех членов группы предмета взаимодействия.

Одним из способов создания предмета взаимодействия может стать графическое изображение отношений между членами группы и описание ими на основе этого содержания основных модальностей как своего внутреннего мира, так и модальностей внутреннего мира других членов группы.

Исследование структуры группы позволяет психологу не только выделить иерархические отношения - кто лидер, а кто ведомые, но и проанализировать содержание воздействия одного члена группы на другого. Воздействие, мера воздействия, на которую способен каждый член группы, - важный показатель содержания психологической информации, который доступен каждому члену группы. С этой точки зрения можно выделить следующие типы воздействия членов группы:

<i>тип</i>	<i>содержание воздействия</i>	<i>использование психологической информации</i>
<i>действие по образцу</i>	делай как я, желай как я, думай как я, чувствуй как я	информация только о модальностях своего внутреннего мира
<i>действие на равных условиях</i>	давайте делать вместе, т.е. ты делаешь, ты думаешь, чувствуешь, желаешь, как я	предполагается, что все модальности другого человека равны собственным
<i>рефлексивное действие</i>	давай подумаем вместе, как нам делать; ты делаешь иначе	модальности внутреннего мира другого человека так же индивидуальны, как и мои

Анализ психологом типов воздействия членов группы позволяет

отследить динамику возможностей каждого члена группы в использовании ими психологической информации друг о друге и о себе.

Таким образом, предмет взаимодействия группы - психологическая информация о ее членах - будет дополнена анализом возможностей использования каждым членом группы этой информации.

Группа в ситуации консультирования может выступать как коллективный клиент, а может быть так, что в ней один или несколько человек - клиенты, а остальные выступают в роли заказчика или пользователей психологической информации. Психолог обозначает эти роли членов группы, дозируя таким образом свое действие в группе.

Обсуждение процесса воздействия членов группы друг на друга приводит к анализу динамики психологической информации, моментов ее стабильности и изменчивости. Для исследования меры воздействия психолог может использовать психологическое содержание нравственной категории меры, которое предполагает как выраженное отношение человека к психологической информации, так и действие этой информации. Среди действий, которые существенным образом связаны с использованием психологической информации, влияющей на отношение членов группы, - действия прощения, наказания, поощрения, одобрения.

Содержание этих действий - психологическая информация, используемая для воздействия на другого человека или на самого себя.

Так, действие прощения не только констатирует психологическую информацию различной модальности, но и через отношение к ней открывает для прощаемого человека перспективу личностного развития. Прощаемый человек, таким образом, через содержание воздействия создает условия для рефлексивного действия другого человека и сам осуществляет такое действие. Таким образом, действие прощения способствует появлению новых альтернатив в поведении всех членов группы, что важно для становления предмета взаимодействия.

Действие наказания с точки зрения использования в нем

психологической информации о человеке создает условия для более осознанного выбора. Таким образом, наказание в известном смысле ограничивает альтернативы действия, уточняет предмет взаимодействия между членами группы.

Действие поощрения, одобрения с точки зрения использования в нем психологической информации - это действие по репрезентации для участников взаимодействия содержания психологической информации. Можно сказать, что с его помощью создается предмет взаимодействия, в котором основное содержание - психологическая информация разной модальности.

Таким образом, исследуя содержание этих действий - прощения, наказания, поощрения - как воздействия участников группы друг на друга, психолог получает материал для анализа устойчивых элементов во взаимодействии исследуемой группы.

Схему исследования группы в психологическом консультировании можно представить следующим образом: предмет взаимодействия группы → психологическая информация и ее модальности → типы взаимодействия → устойчивые элементы в предмете взаимодействия → динамические элементы в предмете взаимодействия → индивидуальное состояние участников взаимодействия → содержание воздействия → мера воздействия участников группы друг на друга → выработка альтернатив в действиях группы → задачи и резервы развития всех членов группы.

Последовательность этапов работы психолога, изложенная в этой схеме, позволит принять обоснованное решение о содержании профессионального воздействия на группу.

Таким содержанием может быть как информационно-просветительская работа психолога, так и совместная работа с другими специалистами над проблемами данной группы.

Проводя групповое консультирование, психолог особенно внимательно должен контролировать содержание своей позиции, чтобы не организовать

коалицию с одним членом группы против других. Такие тенденции особенно сильны в конфликтных группах.

Специфика консультирования каждой группы (семьи, производственной группы, детской группы и т.п.) определяется содержанием предмета взаимодействия в этой группе, выделение специфики этого предмета - важная профессиональная психодиагностическая задача.

Например, работа с семьей требует от психолога уточнения для членов группы содержания их социальных ролей, так как это важнейшее содержание предмета взаимодействия членов семейной группы. Поэтому можно попробовать сформулировать содержание родительских ролей (роли отца и роли матери) с точки зрения родителей и с точки зрения ребенка.

Представление психологом содержания социальной роли каждому участнику группы - это момент осознания предмета взаимодействия с членами группы, момент, необходимый для проведения интервью - основного метода воздействия психолога в ситуации консультирования.

Накапливающийся опыт группового консультирования привел психологов к выводу, что его эффективность нарастает, если внимание акцентируется не столько на личности конкретного члена группы, сколько на природе и характере отношений между личностями (зависимых или независимых, близких или отчужденных, кооперативных или соревновательных, поддерживающих или разобщающих).

Преимущества группового консультирования, по мнению М.А. Гулиной, обеспечиваются: 1) возможностью для клиента «здесь-и-теперь» вырабатывать необходимые навыки социального (коммуникативного) поведения, расширять возможности собственного экспрессивного поведения; 2) получением информации для анализа восприятия себя другими членами группы; 3) возможностью наблюдать и исследовать собственное поведение и поведение других; 4) проработкой собственных психологических защит, трансферов, сопротивлений непосредственно в групповых ситуациях вместе с психологом и другими членами группы; 5) возможностью получить

помощь от непрофессионалов и оказать ее самому другим членам группы; б) возможностями укреплять свое «Я» на основе идентификации и деидентификации с членами группы и др. В этом контексте стоит также упомянуть подход Х. Дженкинса, связанный с построением таких групповых отношений между клиентами, когда они поочередно становятся друг для друга консультантами: такое соконсультирование способствует формированию эффективных межличностных отношений и, соответственно, способствует обретению психологического благополучия каждой личностью.

3.4. Семейное консультирование и его отличительные особенности

Семейное консультирование – это вид психологического консультирования, предполагающий работу консультанта с семьей как с целостной системой для оказания психологической помощи всем ее членам. Обычно охватывает консультирование по проблемам, возникшим до заключения брака, супружеским и собственно семейным проблемам, консультирование разводящихся пар и постсупружеское консультирование. Опирается на убеждение, что человека нужно рассматривать в целостной системе его связей с супругом, детьми и собственными родителями.

Обращений к консультанту по поводу взаимоотношений с супругами, детьми, прародительской семьей и т.д. бывает очень много. Поскольку текущее благополучие клиента часто связано как с его семейной ситуацией, так и с особенностями прародительской семьи, в которой он воспитывался и получил базовые навыки совместной жизни с другими людьми, большинство консультантов считают правильным работать с семьей целиком как с системой, а не просто с отдельным неблагополучием ее членов. Стадии образования и функционирования семьи формируют отдельные сферы консультирования брачной пары и семьи – добрачное (досупружеское) консультирование, супружеское, семейное. Особой сферой можно считать консультирование по поводу развода (в ситуации распадающихся

супружеских и семейных отношений) и постсупружеское консультирование разведенных.

Добрачное консультирование чаще всего связано с вопросами о том, в какой мере клиенты «подходят» друг другу с их имеющимися психологическими характеристиками (их просят диагностировать и сравнить), как, в принципе, выбрать «подходящего» для брака человека и т.п. Обращение к консультанту иногда бывает связано с несогласием прародительских семей с решением молодых людей вступить в брак. Частью добрачного консультирования можно считать индивидуальное и групповое консультирование лиц, имеющих трудности в общении с противоположным полом, а также участие психологов в брачном посредничестве, если они работают в службах знакомств. В этих случаях проблемы, в решении которых может помочь консультант, в основном следующие: 1) помощь в осознании личностных мотивов и семейных экспектаций; 2) обучение умениям положительно представлять себя другим, завязывать и поддерживать знакомство; 3) повышение способности реалистично и адекватно воспринимать мотивы и поведение людей другого пола.

Основные типы супружеских проблем – это личностные особенности супругов, проблемы супружеского союза (не оправдавшиеся в браке ожидания, несрабатывание моделей отношений, заимствованных из родительской семьи, несовпадающие типы супругов, несовладание с изменениями в стадиях существования семьи), внутренние проблемы супружеской пары (совместное ведение домашнего хозяйства, распределение и проведение свободного времени, установки в отношении воспитания детей, сексуальные отношения), влияние внешних факторов (вмешательство родителей и других родственников, влияние друзей, наличие внебрачных отношений, работа, учеба и др.). Консультируя брачную пару, вне зависимости от того, кто именно обратился за помощью, желательно встретиться с обоими супругами (последовательно, параллельно или на совместной консультации).

В случаях обращения в консультацию разводящихся супругов возможны два варианта: 1) один из супругов добивается развода, второй старается его удержать, отговорить – консультант здесь может лишь помочь обратившемуся за помощью клиенту смириться с фактом распада брака, совладать с формирующейся для него новой микросоциальной ситуацией; 2) оба супруга, чувствуя, что их отношения начинают изживать себя, все же сомневаются в необходимости развода; в этих случаях консультант может помочь каждому из них в осознании их индивидуальных и совместных целей и намерений, в насыщении новым ценностным содержанием жизни вдвоем, в переструктурировании привычных семейных паттернов поведения, в оживлении эмоциональной связи между ними. Если клиент тяжело переживает уже состоявшийся развод, то консультант помогает ему перестраивать привычную жизнь таким образом, чтобы в максимальной степени отвлечься от становящихся неконструктивными размышлений в отношении жизни до развода и осознать позитивные моменты нынешнего состояния. Во всех случаях обычно приходится работать с чувствами потери, горя, брошенности, собственного обесценивания, обиды, дисфории.

Семейное консультирование опирается на убеждение, что человека нужно рассматривать в целостной системе его семейных связей с супругами, детьми и собственными родителями. Предметом анализа в рамках семейного консультирования могут быть как установки членов семьи, вынесенные из процессов ранней семейной социализации, воспитания и обучения, так и сама структура семьи и распределение ролей внутри нее, характер взаимосвязей между ее членами, процессы лидерства и распределения власти, семейные конфликты, создание внутрисемейных коалиций и т.д.

В различных психологических подходах выработаны разные модели описания внутрисемейных связей и терапевтические стратегии восстановления супружеского и семейного благополучия. Так, в психоанализе консультирование в большей степени ориентировано на индивида, чем на собственно семью. Работа психолога по коррекции

сложившегося опыта отношений с собственными родителями помогает клиенту стать более зрелым и тем самым строить конструктивные отношения в собственной семье, преодолевать возникающие трудности в отношениях с детьми, супругами.

В теории семейных систем М. Боуэна семья понимается как эмоциональная система – трансгенерационный феномен, включающий всех представителей семьи всех ее поколений и влияющий на каждого. Исследуя генограмму, консультант стремится к дифференциации мыслей человека от его же эмоций и его самого от других (матери, собственных детей, супруга), рассматривает вопросы эмоционального слияния человека с семьей, трудности в отделении себя от прародительских семей.

Работа с семьей в бихевиористки ориентированном консультировании требует идентификации позитивных и негативных подкреплений, заключения между клиентами и выполнения контрактов о подкреплении и наказании за то или иное оговоренное на консультации поведение.

В теории социального научения во главу угла ставится моделирование, имитация наблюдаемых членами консультируемой супружеской пары отношений между собственными родителями и недостаток (избыток) накопленных стереотипов поведения, используемых в собственных семейных отношениях. Основной терапевтический эффект связывается с выработкой навыков и умений жить в настоящей семейной ситуации, с использованием методов самоотчета, наблюдения, упражнений и тренингов обучения новым коммуникативным навыкам и т.д.

В структурном подходе акцент делается на анализе структуры семьи, которую образует сеть требований и функций, осознанных и неосознанных правил, определяющих взаимодействие между ее членами.

На протяжении многих лет в семейном консультировании используется транзакционная модель Э. Берна, в рамках которой анализируются семейные транзакции и жизненные сценарии клиента.

В стратегическом подходе изучается конкретная ситуация или конкретный симптом, которым члены семьи придали определенное значение при наличии альтернатив. Предметом коррекции становятся способы взаимодействия между членами семьи путем их освобождения из «лингвистического плена», за счет переформулирования привычной проблемы.

В работе с семьей используется и рационально-эмоциональная поведенческая терапия А. Эллиса – активно-директивная терапия, в которой психолог направляет клиентов к определению конкретного когнитивного, философского источника их психологических проблем и указывает на способы изменения своих рациональных «долженствований», избавления от своих заблуждений. Основным ее тезисом является следующий: поведение и проблемы клиентов обусловлены в большей степени тем, что они думают, нежели тем, какие реальные действия совершают они и окружающие их люди.

Вопросы для самопроверки

1. Выделите достоинства и недостатки индивидуального психологического консультирования.
2. Поясните, в чем заключается отличие группового психологического консультирования от тренинговой формы работы?
3. При работе с какими психологическими проблемами сначала желательно проведение индивидуальных консультаций с клиентом, а затем – групповых?
4. Почему в рамках семейного консультирования психолог должен сохранять нейтральную позицию, избегать того, чтобы склониться к точке зрения кого-либо из членов семьи?

Глава 4. СТРУКТУРА И ЭТАПЫ ПРОЦЕССА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

4.1. Технология ведения консультативной беседы

Ю.Е. Алешиной были предложены следующие рекомендации по технологии ведения консультативной беседы:

1. Ограничение речи консультанта в диалоге. Присутствие консультанта должно углублять понимание клиентом собственных проблем, способствовать принятию необходимых решений. Для этого клиенту необходимо позволять меньше внимания обращать на то, что рядом находится собеседник, меньше заботиться о том, как именно собеседник относится к рассказу и насколько сам рассказ социально желателен. Отсюда необходимо, чтобы речь психолога-консультанта была краткой, немногословной и точной. Если клиент сам говорит по делу, нужно стараться по возможности ничем его не перебивать. Паузы, не превышающие 1-2 мин, вполне естественны и означают, что человек работает, активно осмысливает свою жизнь.

2. Приближение разговорной речи консультанта к языку клиента. Для этого рекомендуется: а) освобождать речь от слов и выражений, которые могут быть неправильно поняты и истолкованы клиентом; б) максимально использовать те слова и обороты, к которым обращается клиент в своей речи; в) следить за тем, какая репрезентативная система является ведущей у клиента для организации перцептивного опыта (аудиальная, визуальная или кинестетическая), использовать слова и выражения, соответствующие его репрезентативной системе.

3. Анализ эмоциональных переживаний клиента в связи с излагаемыми им событиями и поступками. Это необходимо, чтобы клиент лучше понял, что действительно с ним происходит. Для этого применяются техники работы на уровне чувств:

- Предложение клиенту нескольких возможных альтернатив ответа

относительно вариантов чувств, которые он испытывает. Обычно предлагаются 2-3 альтернативы. Цель формулирования альтернатив связана не с поиском правильного ответа, а со стимулированием клиента, демонстрацией образцов, отталкиваясь от которых легче описать свои чувства.

- Акцентирование эмоциональных переживаний клиента через проявление пристального внимания к эмоционально окрашенным словам и выражениям. Знаками эмоций в речи являются наречия, прилагательные, глаголы, обозначающие отношение к чему-либо, а также качество действия. Консультант вычленяет в речи клиента эмоционально значимые слова и выражения и смотрит, что стоит за ними. Например, если клиент говорит, что обычно молчит и ничего не отвечает, когда супруга кричит на него, консультант может спросить его, отчего он молчит. Далее в речи клиента опять вычленяются эмоционально значимые слова, и психолог вместе с клиентом пытаются сделать явным то, что стоит за ними. Это помогает опуститься на уровень глубинных, личностно значимых переживаний.

- Использование парадоксальных вопросов. Цель парадоксальных вопросов - поставить под сомнение то, что клиент считает абсолютно очевидным или само собой разумеющимся. Общеизвестные истины типа «Грубить нехорошо», «Родители всегда знают лучше, что нужно ребенку» обычно служат надежным прикрытием для истинных чувств и переживаний клиента. Когда мы ставим их под сомнение, то заставляем клиента задуматься о том, что скрывается для него лично за подобного рода выражениями. Типичная формулировка парадоксального вопроса начинается словами «А почему бы не...?». Например, «А почему бы вам действительно не сказать, раз вы так думаете?».

- Уточняющие и углубляющие формулировки. Цель уточняющих и углубляющих формулировок - постепенно переводить рассказ клиента с поверхностного на более глубокие уровни переживаний. Пример такой формулировки: «То есть вы хотели бы, чтобы ваша свекровь поняла, какая

вы хорошая, чтобы она оценила вас, наконец, по достоинству». При работе с уточняющими и углубляющими формулировками главное - не выходить за пределы очевидного. Каждый шаг должен логично следовать из предыдущего.

- Использование интерпретаций. Речь идет о том, чтобы проинтерпретировать поведение клиента в связи с теми или иными базовыми человеческой природе эмоциями. Например, психолог спрашивает клиентку, почему она молчит, когда свекровь кричит на нее. Клиентка отвечает: «Не могу же я унижаться!» Интерпретация психолога: «То есть ваше молчание в отношениях со свекровью - попытка не унижаться, а так или иначе возвыситься над ней».

- Перефразирование. То, что было негативным, основанием для беспокойства и переживаний, должно стать причиной положительных эмоций, способных если не полностью снять негативные переживания, то, по крайней мере, существенно уменьшить их значимость и интенсивность.

4. Обеспечение контакта с клиентом во время беседы осуществляется через:

- Вербальный (словесный) контакт - через подбадривание, похвалу, выражение поддержки, частое упоминание имени клиента, выражение словами согласия и одобрения, ага-реакцию.

- Невербальный (несловесный) контакт - через контакт глаз, выражение лица, позу тела, тон и громкость голоса, использование паузы. Относительно контакта глаз нужно сказать, что не следует навязывать взгляд в глаза клиенту, но тем не менее необходимо смотреть на клиента, а не в сторону. Выражение лица должно являть собой доброжелательное внимание. Надо стараться не выдавать растерянности и смятения. Выражение спокойствия и уверенности на лице профессионала, оказывающего психологическое воздействие, уже само по себе приносит терапевтический эффект. Поза тела не должна быть напряженной (сидит на краешке стула, руки с напряжением сжимают ручки кресла, непривычность и

неестественность позы) или закрытой (традиционно закрытость позы связывают со скрещенными руками или ногами). Поза консультанта влияет на позу клиента. Если клиент слишком закрыт или напряжен, консультант может попробовать косвенно повлиять на него, расслабившись и заняв подчеркнуто более удобную позу. После соответствующей смены позы у клиента изменится и его эмоциональное состояние. Тон голоса должен быть доброжелательным, соответствовать тому, что говорится. Громкость голоса можно регулировать в зависимости от стоящих перед консультантом задач. Приглушенный голос в большей мере способствует возникновению у собеседника ощущения доверительности, интимности. Консультант может несколько охладить возбужденного клиента, начав говорить медленнее и тише. Клиент постарается автоматически подладиться, нормализовав таким образом свое состояние. Наличие пауз в беседе создает ощущение неторопливости, продуманности происходящего. Пауза подчеркивает значительность сказанного, необходимость осмыслить и понять. С точки зрения Ю.Е. Алешиной, консультанту следует выдерживать паузу практически после любого высказывания клиента, кроме тех, которые непосредственно содержат вопрос. Пауза дает возможность что-то добавить к тому, что сказано, поправить, уточнить. С помощью паузы можно избежать ситуации, когда клиент и консультант начинают бороться друг с другом за право вставить слово, что-то сказать. Начинающим психологам-консультантам рекомендуется поэкспериментировать с тем, что значит пауза для них, наблюдая за секундной стрелкой часов, состоянием своим и клиента во время пауз.

4.2. Структура процесса консультирования

Ни одна из теоретических ориентаций или школ психологического консультирования не отражает все возможные ситуации взаимодействия консультанта и клиента. Учеными была предложена самая общая модель

структуры консультативного процесса (эклектическая). Эта системная модель, охватывающая шесть тесно связанных между собой стадий, отражает универсальные черты психологического консультирования (рис. 1).

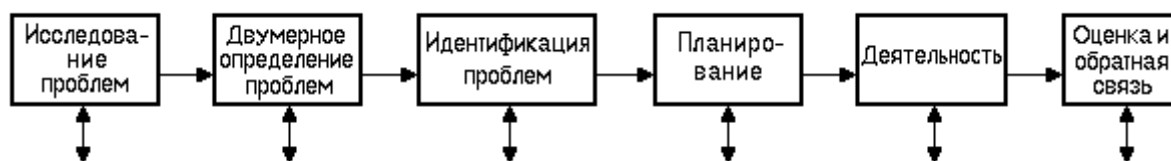


Рис. 1. Общая модель структуры консультативного процесса

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

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

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

альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно.

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

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

6. Оценка и обратная связь. На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

Эта модель, отражающая консультативный процесс, помогает лишь лучше понять, как происходит конкретное консультирование. Реальный процесс консультирования значительно обширнее и нередко не подчиняется данному алгоритму. Выделение стадий условно, поскольку в практической

работе одни стадии смыкаются с другими и их взаимозависимость сложнее, чем в представленной схеме.

4.3. Подходы к выделению этапов консультирования

Многие исследователи в области психологического консультирования стремились представить консультативный процесс в виде упорядоченно сменяющихся друг друга этапов.

Р.С. Немов в рамках предложенного им подхода к выделению этапов консультирования делает акцент на этапе подготовки к проведению консультации. В общем, он выделяет следующие этапы в рамках психологического консультирования:

1. Подготовительный этап - 20-30 мин. На этом этапе консультант изучает документацию клиента, подбор литературы по проблеме, вырабатывает план проведения консультации.

2. Настроечный этап - 5-7 мин. Встреча клиента, установление контакта.

3. Диагностический этап - 60 мин. (иногда 4-6-8 часов). Проводится диагностика личности клиента, наличия у него ресурсов для решения проблемы, а также недостающих ресурсов. Данный этап включает в себя также исповедь клиента.

4. Рекомендательный этап. На нем происходит, на основе полученной информации, выработка алгоритма разрешения проблемы. Поиск алгоритма осуществляется психологом-консультантом совместно с клиентом и занимает по продолжительности 40-60 мин.

5. Контрольный этап - 20-30 мин. Психолог-консультант и клиент договариваются о способах контроля за реализацией найденного алгоритма. В случае необходимости может быть назначена дополнительная встреча.

Таким образом, общий временной отрезок встречи займет от двух-трех до десяти-двенадцати часов.

Согласно подходу Ф. Бурнарда, процесс психологического консультирования состоит из следующих этапов:

1. Начало работы. Встреча консультанта с клиентом. Знакомство. Также на этом этапе они должны обсудить такие вопросы, как: частота встреч; время, в которое будут проходить встречи; время завершения отношений; вопрос конфиденциальности.

2. Вводная беседа. Оказание специалистом психологической поддержки клиенту, снятие психологических барьеров» получение личных сведений о клиенте.

3. Определение имеющихся проблем. Более подробное получение информации о сути проблемы клиента, фокусировка внимания на реальных проблемах.

4. Принятие эмоций. Когда клиент в процессе консультирования начинает осознавать свои реальные проблемы, он, как правило, оказывается во власти сильных эмоциональных переживаний. В частности, многочисленные межкультуральные эксперименты доказали существование семи универсальных эмоциональных проявлений на лице: гнев, отвращение, страх, радость, грусть, удивление, презрение. К основным видам негативных эмоций, которые обычно подавляются или скрываются, можно отнести гнев, страх, печаль, смущение, агрессию. Задача консультанта на данном этапе - дать клиенту возможность отреагировать данные эмоции. Это произойдет, если консультант продемонстрирует клиенту безоценочное принятие его переживаний. Подобные переживания, освобождая подавляемые эмоции, являются важным психотерапевтическим фактором. Чтобы убить дракона, надо посмотреть ему в глаза.

5. Определение возможных решений. Консультант оказывает помощь клиенту в определении стратегии решения проблемы. Большинство исследователей в области консультирования отводят активную роль на данном этапе именно клиенту, предполагая, что именно клиент должен заниматься определением возможных решений своей проблемы.

6. **Согласование плана действий.** На данном этапе происходит кристаллизация плана достижения цели. Полезным будет приём записи полученного плана в двух экземплярах, один из которых остается у консультанта, другой передается клиенту. Главное, чтобы план был реально осуществимым и вписывался в контекст жизни клиента.

7. **Реализация плана.** Данный этап процесса консультирования выполняется клиентом самостоятельно. В отдельных случаях, если того требует специфика личности клиента, с ним может быть достигнута договоренность о дополнительной встрече с целью предоставления клиентом отчета о полученных результатах.

Ю.Е. Алешина, отталкиваясь от модели консультативного процесса, которая реализуется в государственных учреждениях, описывает следующие этапы психологического консультирования:

1. **Начало беседы** (знакомство, установление контакта, структурирование работы, определение частоты встреч, времени встреч и т.д.) - 5-10 мин.;

2. **Расспрос клиента** (сбор информации по проблеме клиента, диагностика, выдвижение и проверка консультативных гипотез, прояснение проблемы и ее причины) - 25-35 мин.;

3. **Коррекционное воздействие** (выработка плана решения проблемы, формулировка рекомендаций для клиента) - 10-15 мин.;

4. **Завершение беседы** (подведение итогов работы, договоренность о последующих встречах, прощание) - 5-10 мин.

Г.И. Колесникова в рамках процесса психологического консультирования выделяет следующие этапы:

1. **Начало работы.** Включает в себя такие компоненты, как встреча клиента, знакомство, установление контакта.

2. **Сбор информации.** Цель данного этапа будет заключаться в диагностике личности клиента (беседа, наблюдение, тесты), в определении ресурсов клиента, прояснении сути проблемы.

3. Стратегический этап. Определение возможных решений проблемы, согласование плана действий, определение способов контроля за реализацией намеченного плана.

4. Реализация плана клиентом. Выполняется клиентом самостоятельно, без участия специалиста.

Вопросы для самопроверки

1. С чем связано то, что в ходе работы с клиентом психолог-консультант сначала задает вопросы, касающиеся переживаний клиента, и только после того, как он выразил свои эмоции, переходит к изучению его убеждений и мыслей?

2. Почему психолог-консультант не должен стремиться заполнять все паузы, которые возникают в ходе разговора с клиентом?

3. Для чего была предложена общая модель структуры консультативного процесса?

4. Что понимают под консультативными гипотезами? Какая информация необходима психологу-консультанту для того, чтобы их сформулировать?

ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ (ПРИМЕРНЫЙ ВАРИАНТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ)

1. А.Р. Лурия является автором следующей теории:

- А) эклектическая концепция
- Б) теория системной динамической локализации высших психических функций
- В) френология
- Г) концепция эквипотенциальности

2. Согласно теории системной динамической локализации ВПФ, в головном мозге человека можно выделить несколько блоков, каждый из которых выполняет свою функцию:

- А) 5 блоков
- Б) 4 блока
- В) 3 блока
- Г) 2 блока

3. Метод синдромного анализа был предложен следующим ученым:

- А) А.Р. Лурия
- Б) Б.В. Зейгарник
- В) Л.С. Выготский
- Г) А. Бине

4. Первый блок головного мозга человека ответственен за выполнение следующих функций:

- А) прием информации, поступающей в головной мозг от органов чувств
- Б) поддержание режима сна и бодрствования, обеспечение оптимальной работоспособности

В) планирование и осуществление целенаправленной деятельности
Г) построение целостных образов на основе информации, поступающей в головной мозг от органов чувств

5. Структура, соединяющая правое и левое полушарие головного мозга, - это:

- А) продолговатый мозг
- Б) ретикулярная формация
- В) мозолистое тело
- Г) средний мозг

6. При шизофрении у больных отмечаются следующие изменения мотивационного плана:

- А) резонерство
- Б) безволие, парадоксальность мотивации
- В) бред, бредовые идеи
- Г) фобии, навязчивые действия

7. Совокупность признаков, которая проявляется при повреждении того или иного отдела головного мозга, - это:

- А) система
- Б) фактор
- В) синдром
- Г) симптом

8. При эпилепсии отмечаются следующие особенности в функционировании памяти:

- А) увеличивается объем памяти
- Б) возрастает продуктивность зрительной памяти
- В) повышается скорость запоминания слов

Г) улучшается память на прошлые события

9. При повреждении второго блока головного мозга отмечается следующее нарушение:

- А) стирание границ между сном и бодрствованием
- Б) нарушение произвольной памяти
- В) нарушение произвольного внимания
- Г) агнозия

10. Психическое развитие при потере зрения, слуха соответствует следующему типу дизонтогенеза:

- А) недоразвитие
- Б) дефицитарное развитие
- В) искаженное развитие
- Г) задержанное развитие

11. Затылочная доля головного мозга человека ответственна за прием и обработку следующей информации:

- А) зрительной информации
- Б) слуховой информации
- В) вкусовой информации
- Г) кинестетической информации

12. Кора головного мозга человека поделена на следующие доли:

- А) главная, затылочная, теменная, височная
- Б) затылочная, теменная, височная
- В) лобная, затылочная, теменная, височная
- Г) главная, затылочная, теменная, боковая

13. Что понимают под навязчивыми (обсессивными) действиями?
Приведите примеры навязчивых действий.

14. Такие особенности речи как растягивание слов, наличие слов-паразитов, частое использование уменьшительных слов отмечаются у людей, которые страдают:

- А) астеническим неврозом
- Б) истерическим неврозом
- В) шизофренией
- Г) эпилепсией

15. Перегрузки на работе, значительные физические нагрузки, стрессовые ситуации, эмоциональные потрясения часто приводят к возникновению:

- А) обсессивно-фобического невроза
- Б) неврастении
- В) истерического невроза
- Г) невротического энуреза

16. Основателем нейропсихологии в России является:

- А) Н.К. Крупская
- Б) А.Р. Лурия
- В) А.С. Макаренко
- Г) А.Н. Леонтьев

17. Наиболее распространенной причиной возникновения невротического заикания является:

- А) испуг
- Б) особенности семейного воспитания
- В) влияние наследственного фактора

Г) информационные перегрузки

18. Степень проявления психических нарушений наиболее высока в первые часы развития патологии с последующим снижением в дальнейшем – данная особенность отмечается при:

- А) истерическом неврозе
- Б) черепно-мозговой травме
- В) шизофрении
- Г) эпилепсии

19. Дайте определение понятию «психогения». Объясните, какова ее роль в возникновении неврозов?

20. Объединение в одну группу предметов только желтого цвета, предметов, в названии которых есть буква «А», удлинённых предметов – такая особенность в классификации предметов отмечается при:

- А) опухолях головного мозга
- Б) эпилепсии
- В) шизофрении
- Г) черепно-мозговых травмах