

Главный редактор
МАКАРОВ Виктор Викторович
Президент Профессиональной
психотерапевтической лиги, д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора
ЧЕГЛОВА Ирина Алексеевна
к.м.н., доцент

Выпускающий редактор
ИРИШКИН Дмитрий Андреевич

Редакционная коллегия
АЛЕКСАНДРОВ А.А.
БЕЗНОСЮК Е.В.
БОЕВ И.В.
БУРНО М.Е.
ЗАВЬЯЛОВ В.Ю.
КАТКОВ А.Л.
КОРНЕТОВ Н.А.
КОЧЮНАС Р.Б.
СЕМКЕ В.Я.
РЕШЕТНИКОВ М.М.
ТУКАЕВ Р.Д.
ТХОСТОВ А.Ш.
УЛЬЯНОВ И.Г.
ШЕВЧЕНКО Ю.С.

Председатель редакционного совета
КАРВАСАРСКИЙ Б.Д. (Россия)

Редакционный совет
АЛЕКСАНДРОВИЧ Е. (Польша)
АТАНАСОВ Н. (Болгария)
БОЙСЕН П. (Испания)
БОУДЕН Р. (Новая Зеландия)
БОХАН Н.А. (Россия)
ВИБИРАЛ З.В. (Чехия)
ГИНГЕР С. (Франция)
ГОРДОН Р.М. (США)
ГУДАРЗИ А.М. (Иран)
ДЕМИ Н. (Албания)
ДЖЕНСЕН С. (США)
ЗЕРБЕТТО Р. (Италия)
КАШКАРОВА О.Е. (Россия)
КРАУЗЕ-ГИРТ К. (Германия)
КРЕНС Х. (Нидерланды)
МАДУ С. (ЮАР)
МАК-ХЭЛ Э. (Ирландия)
МАУДЕР ХАНС (Австрия)
МИ АРЛИНГ (Швеция)
МИНГИ К. (Китай)
ПЕЗЕШКИАН Х. (Германия)
ПЕРЕС А. (Аргентина)
ПРИТЦ А. (Австрия)
САСАКИ Ю. (Япония)
СИДОРОВ П.И. (Россия)
СТАЙН М. (Швейцария)
ФИЛЬЦ А. (Украина)
ХАРМАТА Я. (Венгрия)
ШАНКАР Г. (Индия)
ШАФРАН В. (Бельгия)
ЭЛЬКАИМ М. (Бельгия)

Издатель: ООО «Гениус Медиа»

Адреса редакций:

1. 109280, Москва, 2-й Автозаводский пр., 4.
Кафедра психотерапии. Тел./факс: (495) 675-45-67.
E-mail: center@oppl.ru.

2. 125315, Москва, ул. Балтийская, д. 8, офис 344,
Издательство «Гениус Медиа»
Тел.: (495) 518-14-51; факс: (495) 601-23-74
E-mail: genius-media@mail.ru.

Вниманию авторов и издателей!

Рукописи и иллюстрации не возвращаются.
При перепечатке материалов согласование с
редакцией журнала «Психотерапия» обязательно.
За содержание рекламных публикаций
ответственность несет рекламодатель.

© ООО «Гениус Медиа», 2012.

Тираж 500 экз.

Ежемесячный
научно-практический журнал
Общероссийской Профессиональной
Психотерапевтической Лиги



Психотерапия

2012 г. №12 (120)

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА:

Материалы Международного конгресса «Психотерапия, практическая и консультативная психология — сплетение судеб»

Голубев В.Г., Семов И.В. Культура самоменеджмента и компетентностный подход как ключевые ресурсы для подготовки кадрового резерва современной организации	2
Игнатюк Л.В., Драгунов Ю.В. Клиника и некоторые психотерапевтические аспекты острых стрессовых расстройств и расстройств адаптации	10
Игумнов С.А., Жебентьев В.А. Дифференцированная краткосрочная психотерапия в комплексном лечении расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня	14
Каминская А.Н. Использование художественного произведения в познании глубинно-психологических ценностей субъекта	20
Карикаш В.И., Москаленко Л.С. Сравнительный анализ позитивной психотерапии Н. Пезешкиана и позитивной психологии М. Селигмана	22
Климова Е.А. Применение метода интегративно-метафорической терапии в групповой работе	26
Коновалова М.А. Программа «Толерантность» как опыт социальной терапии	28
Кравченко Ю.Е., Сакало Е.А. Коучинг здоровья в русле позитивной психотерапии Н. Пезешкиана	32
Красноштейн Е.А. Интегративный подход в решении проблемы психологического контакта и присутствия при удалённой психологической работе	35
Макарова Е.В. Основные направления развития психотерапии в России сегодня	42
Олифира С.А. Адаптационный кризис как элемент развития личности студента. Экофасилитативный подход	45
Полищук Ю.Б. Психологические особенности гиперактивных детей:профицитарный подход	
Полотнянко А.Н. Из опыта применения полимодальной психотерапии	50
Сапрыкина К.В. Особенности взаимоотношений девиантных подростков с родителями	51
Ховрин А.Н., Ховрина Г.Б. Психолого-педагогические основы экологии родительско-детских отношений	53
Чугунов Д.Н. Психодиагностический подход к изучению уровня социальной фрустрации у больных алиментарным ожирением	60
Шишмарёва Т.П. Специфика и основные принципы психоорганического анализа	61
Тезисы докладов	64

Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ. Научное обоснование и основные структурные характеристики метода*

КАТКОВ А.Л.

д.м.н., профессор, Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании,
г.Павлодар, Казахстан

ТИТОВА В.В.

к.м.н., доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургской государственной
педиатрической медицинской академии; e-mail: vivlan2001@mail.ru

В статье «Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ. Научное обоснование и основные структурные характеристики метода» авторов А.Л. Каткова и В.В. Титовой приводятся данные о топографии рассматриваемого метода. Аргументируется его специфика в отношении клинических и психологических особенностей основной клиентской группы зависимых от ПАВ. Подробно рассматриваются основные системообразующие компоненты СПП, обоснованные результатами соответствующих научных исследований. Описываются оригинальные макротехнологические, метатехнологические и структурно-технологические подходы. Приводятся сведения о сравнительной эффективности использования СПП и стандартных психотерапевтических подходах в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

Ключевые слова: полимодальная психотерапия, стратегии, химическая зависимость

6. Методика стратегической полимодальной психотерапии на этапах наркологической (аддиктологической) помощи

В настоящем разделе рассматриваются особенности и правила использования структурированных психотерапевтических техник — практического инструментария рассматриваемого метода — применительно к типичным проблемам, предъявляемым зависимыми лицами и лицами, входящими в группу повышенного риска, на определенных этапах наркологической и аддиктологической помощи.

Как уже было сказано, основными модальностями, из которых складывается технический репертуар стратегической полимодальной психотерапии, являются следующие: мотивационная, когнитивная, поведенческая, проблемно-ориентированная, групповая психотерапия. Модальности, которые представлены в меньшей степени (используются лишь отдельные компоненты и техники соответствующих методов), это: ресурсно-ориентированная, эмоционально-образная, эмотивно-рациональная, телесно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, арт-терапия, мифодизайн, психодрама, психосинтез, транзактный анализ.

Основной способ технологического оформления полимодального подхода, как нами отмечалось в предыдущем разделе, состоит в техническом «обогащении» альтернативных (адаптивных) копиров взаимодополнения с проблемной ситуацией, сконструированных участниками терапевтического процесса в условиях непрерывной, пошаговой стимуляции креативно-пластических ресурсов. Таким образом, при соответствующем макротехнологическом и метатехнологическом оформлении терапевтического процесса, решение актуальной проблемы, заявленной инициативным пациентом, каждый раз будет проводиться за счёт уникального терапевтического проекта, соответствующего ресурсным возможностям пациента.

Менее экологичные способы технологического оформления «встроенных» терапевтических сессий заключаются в том, что такого рода проект формируется ведущим группой, исходя из особенностей актуального запроса. Однако и в этом случае следует обсудить приемлемость данного терапевтического решения с инициативным пациентом и группой. А также — в использовании стандартных технологий стратегической полимодальной психотерапии, примеры которых описываются в следующих разделах:

1) пример технологического оформления психотерапевтической работы с неосознаваемым ресурсным запросом на этапе первично-профилактической помощи;

* Окончание. Начало см. Психотерапия. — 2012. — №№ 10—11.

2) пример использования структурированных техник стратегической полимодальной психотерапии в работе с мотивационной сферой зависимых на этапе первичной наркологической помощи;

3) пример оформления технологических подходов стратегической полимодальной психотерапии при работе с типичными осознаваемыми проблемами и запросами зависимых от ПАВ на этапе медико-социальной реабилитации.

6.1. На этапе первично-профилактической аддиктологической помощи основными психотерапевтическими мишенями являются дефицитарный личностный статус и мотивационная сфера лиц, находящихся в зоне повышенного риска по аддиктологическому профилю. Основной проблемной сферой здесь чаще всего является неосознаваемый ресурсный запрос и поисковое поведение субъекта, направленное в сторону добывания и употребления патологических адаптогенов сверхбыстрого действия, к которым относятся психоактивные вещества и деструктивные психотехнологии. Таким образом, на фасаде зримых проявлений у данной группы лиц могут быть: употребление ПАВ без признаков зависимости; чрезмерное увлечение компьютерными и другими азартными играми (также без признаков тяжелой зависимости); сверхнормативное — по несколько часов в день — увеличение компьютерного времени; первые контакты с сектантами и экстремистами. При обследовании данной группы с помощью компьютерной программы по определению уровня психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ и другие социальные эпидемии, выявляется средний или выраженный дефицит по параметрам основных психологических свойств, представляющих данный феномен. Что, собственно, и является показанием к проведению стратегической полимодальной психотерапии (СПП), для чего при работе с подростками младше 14 лет и детьми следует получить письменное согласие родителей, оформленное в соответствии с действующим законодательством.

Главной задачей стратегической полимодальной психотерапии на данном этапе является снижение рисков и редукция первых признаков поискового поведения в сторону патологических адаптогенов быстрого действия.

Методика проведения СПП с клиентами, у которых имеются высокие риски вовлечения в зависимость, имеет свои особенности, связанные, в основном, с тем, что существенная часть охватываемого контингента представлена детьми стар-

шего школьного возраста и подростками, то есть лицами с незрелой психикой. Отсюда — необходимость интенсивной терапевтической работы по двум направлениям: универсальному (актуализация потенциала и свойств психологического здоровья-устойчивости) и актуальному (формирование устойчивой мотивации на отказ от зависимого поведения; проработка и закрепление альтернативных жизненных сценариев; решение актуальных проблем, связанных с реализацией последних). Имеет значение и то, что у таких клиентов, как правило, отсутствуют очевидно вредные последствия зависимости (например, в виде признаков психического, соматического неблагополучия, тяжёлых проблем в школе, семье, социального аута и др.). Данное обстоятельство, с одной стороны, существенно осложняет процесс психотерапии в силу неосознанности, «непережитости» контраргументов того, почему всё же не стоит употреблять психоактивные вещества или продолжать сверхинтенсивную работу с компьютером, которая оборачивается существенными потерями здоровья и социальными потерями. В то же время можно отметить и позитивный момент — неформированность или неполная сформированность биологического механизма патологического влечения — основного рычага, возвращающего клиента к привычному способу патологической адаптации. В связи со всем сказанным, основная идея стратегической полимодальной психотерапии, проводимой с данным контингентом, заключается в «достраивании» и актуализации тех личностных свойств, которые способствуют осознанному выбору в критической ситуации; разворачивают панораму и «проживание» неизбежных вредных последствий в случае продолжения практики зависимого поведения; драматическом проживании конфликта, терапевтической конфронтации между позитивным сценарием и его ценностями — с одной стороны, и сценарием развития компьютерной зависимости — с другой стороны, с последующей дезактуализацией и удалением деструктивного сценария из осознаваемых и неосознаваемых горизонтов психики клиента. Попутно, как уже говорилось, должны быть решены проблемы формирования конструктивных копингов и ресурсной метапозиции в сфере взаимодействия с основными агентами со-бытия.

Основные этапы и технологические блоки СПП, проводимой с профильными клиентами, следующие.

На *первом этапе* устанавливается доверительный контакт, формируются терапевтические отношения. За счёт использования метатехнологий стратегической полимодальной психотерапии актуализируется глубинный уровень терапевтической коммуникации, формируется «пространство психотерапии» с полным набором гиперпластических характеристик клиента.

На *втором этапе* проводится диссоциация личностных статусов клиента, актуализируется и подкрепляется «сильное «Я» клиента, ориентированное на достижение долгосрочных результатов и на сущностное решение проблем. С этой целью используют такие структурированные техники полимодальной психотерапии, как «матрёшка» — ролевое разыгрывание сценария видеоклипа с последовательно меняющимися образами клиента:

- 1) родители хотят видеть меня...;
- 2) учителя хотят видеть меня...;
- 3) друзья хотят видеть меня...;
- 4) компьютер хочет видеть меня... (здесь возможна эксплутация образа клиента в виде приставки к компьютеру, т.е. зависимого, управляемого человека);
- 5) а на самом деле я... (здесь важно сформировать образ самодостаточного устремлённого в будущее человека, знающего, чего он хочет в жизни, и умеющего достигать своих целей; образ должен быть достаточно ярким, рельефным, запоминающимся).

В ходе реализации данной техники клиент последовательно выступает в роли режиссёра, суфлёра, дублёра, основного актёра. Таким образом, с разных позиций формируется образ себя — ресурсного, который существенно отличается от навязанных сценарных ролей и может противостоять формированию зависимости. Продолжением данной техники может быть

разыгрывание диалога между сильным ресурсным «Я» клиента и его слабым зависимым «Я» с моментами терапевтической конфронтации, с выяснением сфер компетенции, ответственности и подчинения. Однако такого рода конфронтация полезна только при готовности клиента к развороту события в этом направлении. При отсутствии признаков заинтересованности лучше переходить к следующему этапу.

На *третьем этапе* формируется (актуализируется) конструктивный жизненный сценарий. С этой целью клиенту предлагается выстроить линию собственной жизни от прошлого (здесь клиенту предлагается вспомнить свои детские мечты и представления о будущем) к будущему, выстроить картину этого будущего — кто он, чего достиг, кто рядом с ним, в каких он отношениях с этим окружением, что чувствует, кого хочет поблагодарить за достигнутый результат. При выстраивании этой композиции важно не торопить клиента, дать ему возможность прочувствовать свою будущую роль, оценить её преимущества, сформировать внутреннюю мотивацию к достижению планируемого статуса. Далее рекомендуется несколько раз пропутешествовать вдоль линии жизни и неспешно, в темпе, который удобен клиенту, рассказать о тех событиях, которые, по его мнению, будут продвигать его к желаемому результату. Терапевт должен ненавязчиво сопровождать клиента в этом «путешествии», помогать преодолевать возможные замкнутки, вроде «я же не знаю, что со мной может случиться...» и т.д., фразами: «сейчас это неважно, ты только попробуй и посмотри что получится...», «давай пофантазируем, хуже от этого не будет, это так замечательно — фантазировать о своём будущем, когда у тебя много времени впереди...». При этом у клиента снижается стартовый порог нерешительности, ответственности, с одновременным повышением мотивации к достижению результата. Таким образом, в ходе прохождения линии жизни формируется позитивный сценарий с выстраиванием реальных событий и повышением мотивации к реализации данного сценария. Упражнение заканчивается тем, что клиенту предлагается подумать о препятствиях, которые могут помешать реализации этого сценария. Например, употребление ПАВ, чрезмерное увлечение компьютерными играми и др., всё более увлечивающий отрыв от реальной жизни, трудности общения со сверстниками, неверие в себя, низкая самооценка и пр. Клиент должен сам сформулировать эти препятствия, а терапевт — подчеркнуть важность решений, которые могут быть приняты клиентом здесь и сейчас в отношении этих возможных препятствий, и конкретно — в отношении рискованного поведения. Как правило, при обсуждении данной темы у клиента появляются дополнительные вопросы о возможных последствиях химической или психологической зависимости. Или же терапевт может ненавязчиво предложить обсудить эти вопросы в игровой интересной форме. В этом случае с клиентом разыгрываются две вспомогательные техники: «Лестница потерь» с демонстрацией всех возможных последствий вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, а также «Два магазина» с иллюстрацией того очевидного факта, что на самом деле за рискованное поведение чем дальше, тем больше приходится платить и не только деньгами. В то же время — в «другом магазине», где можно приобрести реальные жизненные ценности, стоимость таких приобретений, особенно вначале, может показаться высокой (в смысле времени, необходимым для реального общения, учёбы, взаимодействия со сверстниками, спорта и др.).

Но в последующем это затраченное время вернёт клиенту много больше — успех, реализацию значимых жизненных планов, достижение того места в жизни, о котором мечтал. То есть в первом «магазине» ведётся нечестная «торговля» во вред клиенту, а во втором — честная, на пользу клиенту.

На *четвёртом этапе* клиенту предлагается прорепетировать, прочувствовать те последствия, к которым могут приводить его решения в отношении отказа от зависимого поведения или, наоборот, потворствования формирующейся зависимости. С этой целью проводится техника «Витязь на распутье». Клиенту предлагается обозначить два возможных маршрута —

сценария отказа от зависимого поведения, а также — сценария потворствования формирующемуся влечению. Желательно (в случае, если клиент праворукий — правша), чтобы линия первого сценария была направлена вправо, в светлую часть комнаты, а вторая линия — влево — в тёмную часть комнаты. Терапевт стимулирует данное построение невербальными подсказками. Далее с помощью стульев размечаются временные вехи соответствующих сценариев — 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. Клиенту объясняют сюжет сказочной картины «Витязь на распутье», обозначают камень (стул), где имеется надпись «Пойдѣшь налево — найдѣшь..., пойдѣшь направо — найдѣшь...». При этом скрыто эксплуатируется сценарий того, что поход налево (так часто бывает и в сказках, и в жизни) оборачивается серьёзными неприятностями, и чаще всего древние витязи погибали именно на этом направлении. Но в данном случае клиенту ничего не угрожает, — в этом путешествии он может хорошо и отчётливо прочувствовать разницу своего собственного физического, эмоционального состояния при прохождении этих временных сценариев. Далее клиенту, в той очередности и в том темпе, которые представляются ему приемлемыми, предлагают двигаться в избранном направлении, оставаясь в тех временных вехах, которые были обозначены ранее — 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. При этом клиенту предлагают усаживаться на стул, если он хочет — закрыть глаза и проанализировать свои ощущения, проговорив это вслух. После каждой такой остановки путешествие возобновляется, пока клиент не достигнет конечной точки — 5 лет. После чего необходимо вернуться в исходную точку и продолжить путешествие в другом направлении. Обычно разница в фиксируемом по обозначенным временным вехам состоянии нарастает по мере продвижения к конечной точке, в которой она достигает максимума. В случае, если все предыдущие этапы технологии стратегической полимодальной психотерапии были реализованы правильно, то существенно более комфортное состояние фиксируется клиентом в конечной точке сценария отказа от зависимого поведения. Этот момент используется для укрепления последнего сценария и повышения мотивации на принятие решения в его пользу, что и предлагается сделать клиенту в завершение данного технического блока.

На *пятом этапе* клиенту предлагается вернуться на «линию жизни», сконструированную на третьем этапе, — в пиковую точку, когда исполнились все его планы в отношении профессиональной карьеры, личной жизни и другого. Нелишним здесь будет ещё одно прохождение вдоль линии жизни и проговаривании основных событий, планируемых в будущем. В то же время здесь обозначаются и те препятствия, которые необходимо преодолеть (эти участки можно обозначить стульями). При выстраивании этих «пунктов» терапевт спрашивает клиента о том, как можно было бы решить эти проблемы наилучшим образом, отсылая, тем самым, решение проблемы в будущее (при этом снимается груз ответственности и пороговое напряжение). Попутно выясняется стойкость решения в отношении зависимого поведения, принятого на предыдущем этапе. При достижении пиковой точки и актуализации ресурсных ощущений, свойственных человеку, достигнувшему серьёзных успехов, клиенту предлагается посмотреть на пройденный путь и вспомнить, как он решил все те проблемы, которые были обозначены соответствующими вехами (тем самым отсылая решение обозначенных проблем в прошлое). Находясь в ресурсном состоянии, клиент обычно с лёгкостью проговаривает варианты решения всего того, что ранее представлялось как проблемы и сложности, «а сейчас ничего этого будто и нет». Такие формулировки указывают на то, что сценарий преодоления имеющихся сложностей уже полностью усвоен, и последние из разряда «проблем» перешли в разряд «обычных жизненных обстоятельств», которые можно решать, не откладывая на потом.

На *шестом этапе* клиенту предлагают в этом обновлённом поле настоящей и будущей жизни (при этом может эксплуатироваться вся площадь кабинета или тренингового зала, где проходит сеанс психотерапии) выстроить всех значимых агентов, с которыми ему приходится общаться в настоящем и

придётся устанавливать отношения в будущем, — я сам, родные, друзья, соученики, сослуживцы, другие, весь мир вообще. Далее реализуется техника «Ресурсные поля». Её суть сводится к тому, что клиенту наглядно демонстрируют, а потом он и сам проигрывает варианты коммуникации и установления отношений с каждым из поименованных агентов. При этом основной урок заключается в том, что человек, как и весь мир, не плох или хорош, — он поворачивается к тебе той стороной, которую ты сам актуализируешь своими действиями и сигналами — агрессивными, конфронтационными или, наоборот, доброжелательными, направленными на установление сотрудничества и ровных, спокойных отношений. В ходе кругового общения со всеми основными персонажами клиент учится новым способам коммуникации и тут же получает обратную связь — позитивное подкрепление от задействованных участников. В завершение данного технического блока терапевт обращает внимание клиента на то, что всё поле настоящей и будущей жизни клиента может выглядеть как одно большое ресурсное поле, где можно чувствовать себя как в большом доме — хорошо и спокойно. При этом важно помнить о главном секрете — как сделать так, чтобы развернуть мир и его обитателей своей светлой стороной.

На *седьмом этапе* клиенту предлагается вернуться в точку настоящего, чтобы ещё раз оценить произошедшие с ним изменения и пережить конфронтацию между прежним способом движения по жизни и теми знаниями и умениями, которые он приобрёл в ходе терапевтической сессии (или 2—3 сессий). С этой целью используется техника «Ресурсный разворот». В её первой части клиенту предлагается не «пятиться» по линии жизни, глядя всё время в то место, где раньше его привлекал эффект алкоголя или наркотиков, или светил компьютерный экран и его тянуло в ту сторону. При этом за спиной клиента выстраивают препятствия из стульев, на которые он постоянно натывается (психотерапевт следит за тем, чтобы клиент не получил травму). Постоянно усиливается чувство дискомфорта и даже агрессии клиента, не желающего рисковать и получать ушибы. На пике неприятных переживаний клиента драматическим образом разворачивают лицом в будущее (желательно, чтобы в перспективе было светлое окно), и при позитивном подкреплении терапевта и других участников процесса клиент теперь уже с лёгкостью и комфортом движется по линии жизни, недоумевая, почему же этого не случилось раньше. При этом терапевт усиливает конфронтацию и отрицание прошлого, опасного способа передвижения, постоянно сопоставляя его с зависимым поведением. Формулы подкрепления следующие: «Но теперь это в прошлом... всё что мешало, уже ушло и растворилось без следа... теперь ясно и понятно, как двигаться дальше». В завершение данной техники клиенту предлагают в спокойном режиме расписать все необходимые мероприятия, способствующие его успеху на этом пути, на ближайшие месяцы. А также определить время, которое он в течение каждого дня будет затрачивать на важные дела, которые двигают его по жизни в нужном направлении.

Удовлетворительным результатом стратегической полимодальной психотерапии на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи будет стойкий отказ клиента от рискованных форм поведения, сопровождающийся объективно фиксируемым развитием свойств психологической устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Следует отметить, что наиболее выигрышным в смысле общего результата вариантом является сочетание стратегической полимодальной психотерапии с тренингом родительско-детских отношений (если речь идёт о ребёнке или подростке) или семейной психотерапии.

6.2. Основными задачами этапа первичной наркологической помощи является уменьшение вреда, связанного с употреблением ПАВ, а также мотивация зависимых лиц на прохождение полноценного амбулаторного или стационарного лечения.

В качестве основной психотерапевтической мишени, таким образом, выступает мотивационная сфера злоупотребляющих или зависимых лиц. В качестве вспомогательных мишеней — дефицитарная или деформированная социализация, деформированный социальный статус. Соответственно, основными проблемными сферами здесь являются отсутствие осознания факта вовлечения в патологическую зависимость, отсутствие или неустойчивая мотивация на получение профессиональной помощи, дефицит реальных сценариев освобождения от зависимости, поиск вариантов «чудесного» исцеления. Кроме того, обычно отмечаются конфликты в семье и ближайшем социальном окружении.

Основные сложности психотерапевтической работы на данном этапе связаны с тем контингентом лиц, которые находятся на стадии «плато» (т.е. без признаков каких-либо ощутимых потерь в социальном статусе, физическом здоровье), уверены в том, что могут контролировать приём алкоголя либо наркотика, и что привычное психоактивное вещество только лишь помогает справиться с разного рода сложностями обыденной жизни. Такие лица обращаются к специалисту лишь под давлением родных и близких, в основном для того, чтобы избавиться от тягостного дискомфорта, связанного с постоянным «прессингом». То есть из двух зол выбирается меньшее — формальная беседа со специалистом.

В связи со всем сказанным психотерапевтическая работа с этими и другими, менее сложными и оппозиционно настроенными клиентами, в технологиях СПП строится в несколько этапов, каждый из которых является шагом по формированию устойчивой мотивации к получению профессиональной помощи. Попутно выстраиваются и адекватные сценарии построения такого рода помощи.

На первом этапе главной задачей является переформирование изначальной акцентированно-конфронтационной метапозиции клиента в сотрудничающую (связанную с актуализацией синергетической адаптационной стратегией внесознательных инстанций). С этой целью используется технология разрыва шаблона, основанная, в первую очередь, на том ключевом обстоятельстве, что клиент, перегруженный конфронтационными шаблонами — стереотипными ожиданиями «прокурорской» позиции специалиста в отношении фактов чрезмерного употребления ПАВ; неконструктивными защитами — собственной агрессивной («адвокатской») позицией, занимаемой в этом вопросе; явной или скрытой стигматизацией проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, которая, чаще неосознанно, делегируется специалисту наркологического профиля — при первом контакте с психотерапевтом видит, слышит и чувствует нечто совершенно противоположное. Наиболее существенными факторами, разворачивающими клиента в нужную, конструктивную сторону, являются невербальные сигналы, демонстрирующие уважение к позиции и высказываниям клиента; спокойный, деликатный интерес к его личности; акцентированный интерес к некоторым тезисам его речи при полном отсутствии каких-либо оценочных суждений или невербальных сигналов того же плана; постоянное подкрепление безопасности и полной конфиденциальности того, что происходит. Допустимы короткие нейтральные реплики в отношении того, что чрезмерное употребление ПАВ можно воспринимать, например, как переадресацию или увлечение компьютерными играми (т.е. как существенно менее стигматизированные формы поведения).

Позитивными сигналами, свидетельствующими об успешности такого первого контакта, будут видимый сброс напряжения, изменение эмоционального фона — от скрытой или явной агрессии к относительному спокойствию и интересу к происходящему, а также неявно демонстрируемое желание к продолжению контакта.

Гораздо более существенным признаком изменения конфронтационной метапозиции на сотрудничающую и установления отношений доверия с психотерапевтом может служить спонтанное признание клиентом того факта, что и он сам «в глубине души» обеспокоен тем обстоятельством, что отнюдь не всегда, как это утверждалось в на-

чале беседы, ему удаётся контролировать приём алкоголя или наркотиков, и «первые звонки», свидетельствующие о тревожной ситуации, «уже прозвучали». Такого рода признание можно расценивать как призыв о помощи.

После появления соответствующих сигналов (но не ранее) можно переходить к следующему этапу терапии.

На втором этапе главной задачей является переформирование реальной (!) проблемной ситуации, с которой со всей очевидностью сталкивается клиент — непрекращающегося давления со стороны родных и близких — в гораздо более комфортную для него ситуацию, когда и внешнее, и внутреннее давление (этот момент нужно проговаривать лишь при наличии соответствующего доверительного признания клиента на предыдущей стадии контакта) существенно уменьшается, и вместо этого появляются реальные обнадёживающие перспективы. То есть основной тезис, с которым клиент обращается на приём: «Из двух зол — меньшее» должен быть трансформирован в другой тезис: «Из двух благ — большее». При этом в качестве основных негативных и позитивных стимулов продвижения клиента в данном направлении следует использовать абсолютно реальные факты «прессинга» со стороны значимых лиц и только что возникшие отношения доверия между клиентом и терапевтом.

Пользуясь тем, что клиент к этому моменту должен находиться в пластическом состоянии, проводится ресурсная техника диссоциации и выведения клиента за рамки проблемы: терапевт, который до этого проявлял акцентированный интерес к взаимоотношениям клиента с его близкими, предлагает вернуться к этому вопросу, помещая лист бумаги (на котором далее вычерчивается проблемная схема отношений) в левом нижнем от клиента поле прошлого опыта. При расчерчивании схемы и соответствующих комментариях все глагольные формы употребляются в прошедшем времени. Внимание клиента акцентируется на позиции родных и близких, т.е. проблема злоупотребления или зависимости комментируется терапевтом от их лица, но не от своего собственного.

В ходе обсуждения терапевт вследствие использования невербальных сигналов, с одной стороны, всё более углубляет диссоциацию клиента с проблемной ситуацией, отправляя её в поле прошлого. А с другой — присоединяет клиента к себе-ресурсному, пребывающему в настоящем и разворачивающемуся в будущее. Таким образом достигается актуализация креативно-пластических ресурсов клиента.

Далее последовательно реализуются три технических блока СПП: «Лестница потерь», «лестница приобретений», проводимые с актуализацией активного воображения по Дж. Каутелу, «Витязь на распутье», в тех вариантах, которые наиболее уместны в конкретной ситуации. При этом желательно, чтобы «Лестницу потерь», неизбежных при продолжении употребления ПАВ, от лица своих родных и близких воспроизвел сам клиент — это будут его ответы на вопросы психотерапевта: «Как Вы думаете, почему родные и близкие продолжают беспокоиться за Вас?», «Чему именно они являлись свидетелями, наблюдая за теми, кто продолжал бесконтрольно употреблять алкоголь или наркотики?» и другие вопросы. При этом клиенту, находящемуся в диссоциированном полюсе безопасности, достаточно легко воспроизвести и систематизировать все ступени неизбежных моральных, социальных, физиологических, материальных потерь, включая и потерю жизни. Существенная разница здесь будет заключаться в том, что ранее все эти аргументы клиент воспринимал (правильнее сказать — не воспринимал), пребывая в конфронтационной, защитной метапозиции, т.е. в таком состоянии, когда информация в лучшем случае игнорируется, а в худшем — вызывает раздражение, агрессию и обратную импульсивную реакцию. В терапевтической ситуации клиент, обычно без какого-либо сопротивления, вычерчивает лестницу потерь и путешествует по ней в технике активного воображения по Дж. Каутелу. Таким образом формируется одно из направлений движения клиента в следующем техническом блоке — «Витязь на распутье» — неявно отправляемое в прошлое.

После необходимой паузы психотерапевт акцентированным жестом переворачивает расчерченную схему на чистую сторону (символ предложения начать всё с чистого листа), перемещается в левый от клиента угол, закрывая поле прошлого. Разворачивая (с использованием приёмов направленного жеста, взгляда и др.) клиента в поле будущего, терапевт предлагает воспроизвести ситуацию, когда «овцы» (т.е. озабоченные за его здоровье и жизнь близкие и значимые для него люди) — сыты, а «волк» (т.е. он сам, агрессивно отбивающийся от их опеки) остаётся, как минимум, целым и как максимум — с большой пользой для себя приобретает новые навыки совладания с кризисными ситуациями. При соответствующем позитивном подкреплении (работа жестами, голосом, определёнными эмоциональными реакциями) нужные альтернативы обычно находятся. А «лестница приобретений», проживаемая в технике активного воображения, формируется достаточно быстро.

После следующей паузы (в ходе чего психотерапевт может перевоплотиться в «живые весы», как бы взвешивая на ладонях один и другой сценарии: позитивным сигналом здесь будет присоединение клиента к этому действию) клиенту предлагается ещё раз, теперь уже с позиции человека, стоящего на распутье, оценить преимущества и издержки каждого направления. При этом, как и на предыдущих этапах, никакого давления или попыток ускорить процесс принятия решения со стороны психотерапевта быть не должно. Напротив, в случае возникновения какой-либо заминки со стороны клиента терапевт должен подтвердить лишь то, что это, во-первых, ещё только оценка возможных альтернатив. Решение может быть принято в то время, когда клиент к этому готов. Перспективы — и одна, и другая — прояснились, и этого достаточно. Когда у него возникнет потребность — можно будет вернуться к этому вопросу (таким образом ещё раз подтверждается безопасность клиента и закладывается сценарий актуализации потребности к продолжению терапевтической работы). Часто это единственное, чего можно добиться на первой встрече.

Если сессия завершается вторым этапом полимодальной мотивационной психотерапии, то вероятность следующей встречи будет колебаться в пределах 60%. Что, в целом, можно оценить как положительный результат. В случае же, если клиент высказывает твердое или осторожное намерение следовать теперь новым путём, можно переходить на следующий этап терапевтической сессии.

На *третьем этапе* основной используемой технологией СПП является мотивационное информирование с одновременным выстраиванием адекватного сценария освобождения от зависимости. Стержневая линия данной технологии — обнадёживающая правда, которую следует донести до клиента таким образом, чтобы усилить, а не расшатать имеющуюся у него к этому моменту конструктивную мотивацию. Правда состоит в том, что дистанция между решением и реальным освобождением от зависимости может быть достаточно длинной и потребует от клиента немалых усилий. В то же время эта дистанция состоит из конкретных шагов, с ясными и понятными целями каждого шага. И силы клиента с каждым преодоленным участком будут только увеличиваться. Но, кроме того, следует иметь в виду, что основные препятствия на этом пути — это, в первую очередь: страх общественного ostracизма («знают, что я — алкоголик или наркоман, и мне уже не податься»), страх постановки на учёт в наркологическое учреждение («от этого уже не отмыться»), страх поражения в правах («не примут или выгонят с работы, лишат водительских или родительских прав» и т.д.); неприемлемость условий оказания профильной помощи, узкий ассортимент и низкое качество услуг. Ещё одним препятствием у лиц с большим стажем употребления ПАВ и безуспешными попытками лечения в прошлом является перегруженность «пораженческими» сценариями («всё бесполезно — я пробовал, я знаю»).

С учётом всего сказанного клиенту предлагают, во-первых, мысленно (с использованием уже апробированной технологии активного воображения) перенестись на тот рубеж, где он чу-

вствует себя полностью здоровым и освобождённым от зависимости. На этом рубеже, с ненавязчивыми подсказками-вопросами психотерапевта, выстраиваются точные характеристики состояния, когда действительно можно будет иметь возможность контролировать своё поведение и без помех добиваться самых главных жизненных целей. Далее клиента просят мысленно измерить расстояние от точки настоящего до этого намеченного рубежа, и условно обозначить его в пространстве помещения, где провидится терапевтическая сессия. Продвижение по выстроенной таким образом дистанции будет осуществляться за счёт совместного обсуждения конкретных шагов, которые клиенту представляются важными. Терапевт при этом обращает внимание клиента на то, что с начала движения в соответствии с намеченными этапами ситуация меняется — вместо общего фронта проблем, выстроенных перед клиентом в поперечную линию или нагромождённых одна на другую, теперь в каждый момент времени он решает только лишь конкретную и вполне «подъемную» для него задачу, постоянно прибавляя уверенности в собственных силах.

Специально следует обсудить вопросы обеспечения безопасности, доступности и высокого качества профессиональной помощи, предоставляемой клиенту на разных этапах данного пути. В числе прочего желательно обсудить возможности улучшения семейной ситуации, например, за счёт проведения квалифицированной семейной психотерапии, а также поэтапного решения социальных проблем. В завершение данного обсуждения клиенту предлагается вновь мысленно измерить дистанцию до искомого конечного результата и сопоставить её с первоначальным вариантом. Обычно эта новая дистанция оказывается существенно короче. Психотерапевт обращает внимание клиента на данный примечательный факт и предлагает интерпретировать его. Итоговый вариант такой интерпретации часто заключается в том, что с прояснением всего того, что в реальности происходит с клиентом, появлении продуманных, понятно распланированных шагов по решению проблем в сфере потребления алкоголя, наркотиков и других значимых проблем, и особенно с началом движения по этой дистанции — время уже работает на клиента, а не против него, искомый результат приближается, а не отдаляется.

Позитивным сигналом по закреплению третьего этапа и терапевтической сессии в целом является просьба клиента о следующей встрече по обсуждению конкретных вариантов участия в терапевтических программах.

Хорошим результатом считается достижение 70% показателя вероятности следующей встречи.

Следует иметь в виду, что для прохождения всех трёх этапов СПП может понадобиться не одна, а несколько терапевтических сессий.

Другим способом измерения промежуточных индикаторов эффективности СПП, проводимой на этапе первичной наркологической помощи, является определение динамики стадий изменения поведения по модели Д. Прохазки и К. ДиКлементе с помощью специального опросника URICA.

6.3. На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации в работе с таким наиболее часто встречающимся запросом, как постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ используются:

1) техники с акцентом на поведенческий компонент, предусматривающие: идентификацию триггеров, запускающих или актуализирующих патологическое влечение (центральных, периферических, специальных, ассоциативных и др.); поиск и нахождение — в режиме креативного штурма и деятельной поддержки всех участников терапевтического процесса, действующих в модели группового терапевта — так называемой копинговой пары, эффективно блокирующей идентифицированный механизм запуска патологического влечения. Это могут быть копинговые мысли, действия, эмоции, способы отвлечения и другие формы активности, однозначно помогающие в заявленной кризисной ситуации. Най-

денные формы блокирующей активности проходят проверку в технологиях активного воображения, затем в репетициях действием. Последнее может носить характер фрагмента психодрамы или ролевой игры, когда между участниками распределяются символические функции-роли: триггера, активных копиров, командира. Важно, чтобы инициативный пациент побывал во всех функциональных ролях, но главное — в роли командира, который является, безусловно, главной фигурой и умеет нейтрализовать любую опасность. В этом статусе инициативный пациент и завершает встроенную сессию. Главная терапевтическая идея здесь понятна — актуализирующееся патологическое влечение не может быть оставлено без блокирующей пары — этот жесткий копинг инициируется, подкрепляется и укореняется всеми возможными средствами;

2) техники с акцентом на нейрофизиологический компонент — это способы «скорой помощи», когда необходимо очень быстро и эффективно подавить поднявшуюся волну актуализированного влечения за счёт реализации следующего чёткого алгоритма — самомассаж биологически активной точки Хэ-гу (4—5 мин, с двух сторон); одновременное глубокое диафрагмальное — так называемое «брюшное» — дыхание (15—20 глубоких вдохов и выдохов); глубокий массаж лица — 3—4 мин горячим влажным полотенцем. Инициативному пациенту и всей группе объясняют нейрофизиологические механизмы ультрабыстрого подавления патологического влечения (которые в действительности имеют место), притом что одновременно действуют и момент отвлечения, и собственно нейрофизиологический механизм, обеспечивающий экстренный выброс эндогенных нейгормонов, эффективно «снимающих» кризисное состояние и продолжающих своё действие несколько часов. Этого времени обычно хватает, чтобы пережить волну кризиса в относительно комфортном состоянии. Техника демонстрируется на том из участников группы, который отмечает у себя признаки влечения или испытывает какое-либо недомогание — например, головные боли и др. При правильно проводимом техническом действии, подготовленном и встроенном стыковочном сценарии, признаки актуализированного влечения, болевые или любые другие неприятные ощущения будут редуцированы, а пациент будет находиться в акцентированно спокойном и слегка сонливом состоянии. Завершается техническое действие формированием сценария будущего, выстраиваемого в том духе, что освоенное средство «скорой помощи» действует таким образом, что и без активного применения будет блокировать импульсы патологического влечения. Что, собственно, является клиническим фактом — патологические импульсы после проведения такой техники отмечаются существенно реже;

3) техники с акцентом на эффект «наводнения» — используются с целью актуализации и позитивного подкрепления активной личностной позиции пациента в отношении имеющихся признаков патологического влечения и их эффективной редукации в режиме «наводнения» — т.е. предельно возможного обострения конфликта. В этом случае вокруг инициативного пациента формируются две группы, одна из которых символизирует влечение к ПАВ, а другая — стремление пациента к освобождению от зависимости. Группы получают инструкции в отношении того, что нужно говорить или даже кричать пациенту, «растаскиваемому» в противоположные стороны достаточно энергичными усилиями противодействующих сторон (это важный момент идентификации борющихся мотивов). Пациент таких инструкций не получает, в связи с чем уровень его фрустрации нарастает. Реализация техники начинается в акцентированно напряжённой обстановке, с нарастающим ажиотажем и шумовыми эффектами. Инициативный пациент при этом испытывает серьёзный телесный и психологический дискомфорт. Наконец на пике напряжения он получает жёсткую инструкцию включиться самому, «если он не хочет, чтобы его разорвали». В конечном итоге именно активные усилия пациента и обеспечивает «победу» сопротивляющейся влечению стороны, перетягивающей и распеивающей участников другой группы, символизирующей патологическое влечение. При этом пациент, испытывая интенсивные чувства физического и психологического

облегчения, получает важный урок того, что именно его активная позиция и усилия по «перетаскиванию» себя на «светлую» сторону, способны подавить и рассеять поднимающуюся волну патологического влечения. Однако при этом важно иметь «сторонников» в виде актуальных и сильных мотивов по сохранению трезвости, освобождению от зависимости;

4) техника с опорой на диссоциацию и конфронтацию — в данном случае акцент делается на: формирование навыка диссоциации патологического влечения от нормативного стержня личности, т.е. самого пациента; презентации образа патологического влечения во внешнем пространстве (эту роль может исполнять кто-либо из участников группы); обострение конфликта в режиме диалога, в ходе чего у пациента формируется выигрышная стратегия преодоления. Однако основной терапевтический фактор в данном случае связан с тем, что конфликт из внутреннего переходит в статус внешнего — т.е. между пациентом и патологическим влечением выстраивается некая дистанция, охраняющая и помогающая ему реализовать эффективные защитные действия;

5) техники с опорой на когнитивный компонент и перестроение деструктивной интерпретации синдрома патологического влечения к ПАВ на конструктивную — в данном случае имеет значение полноценная проработка с пациентами истиной картины того, что происходит в организме человека при обострении патологического влечения. При этом в максимально наглядной форме излагаются основные тезисы нейрофизиологического механизма актуализации синдрома влечения в том контексте, что сам по себе синдром патологического влечения — это дефицит определённых нейгормонов, которые долгое время замещались психоактивным веществом и перестали вырабатываться в нормальном режиме. Восстановление этого нормального режима происходит волнообразно. В период максимального спада уровня естественных нейгормонов мозг посылает усиленный сигнал для стимуляции его «производства» и активизации соответствующих структур нейроэндокринной системы организма. Этот сигнал и воспринимается как обострение влечения, хотя на самом деле — это мощный стимул к восстановлению нормативной функции центральной нервной системы. Все, что нужно делать в этом случае — правильно понимать, что происходит, и «переправлять» этот сигнал по прямому адресу — глубинным структурам нейроморальной системы. Лучше это делать с использованием активного воображения (здесь должна быть проработана определённая последовательность визуального ряда, которая может быть подкреплена соответствующим ролевым действием). Результатом будет значительно более быстрое восстановление нормативного уровня нейгормонов, необходимого для комфортного состояния пациента.

Таким образом, деструктивная и опасная для пациента интерпретация имеющихся у него признаков патологического влечения, трансформируется в конструктивную, существенно более безопасную и направленную на восстановление самоорганизующих функций;

6) техники с опорой на арт-терапевтический катарсис — в данном случае основной терапевтический фактор связан с возможностью полноценного воспроизведения и отреагирования всего комплекса препятствий, связанных с «тягой» к алкоголю или наркотику в арт-терапевтическом контексте. Обычно это рисунок, но могут использоваться и другие формы — скульптура, живая скульптура, рассказ и др. Важным здесь представляется то обстоятельство, что пациенты, при правильной организации арт-терапевтической сессии, находясь в состоянии креативного транса, т.е. в режиме максимальной гиперпластики. И то, что творчество — это есть диссоциация творца с предметом творения и возможность какой угодно трансформации этого предмета (в данном случае — фантома патологического влечения). Таким образом, пациенты, во-первых, эффективно освобождаются от травмирующих переживаний, связанных с комплексом патологического влечения, а во-вторых — трансформируют этот комплекс в нужном для себя направлении;

7) техники с опорой на активное воображение и ресурсно-ориентированную психотерапию — в данном случае внимание пациента обращается на то обстоятельство, что если феномен влечения есть то, что он ощущает в каком-то сегменте внутреннего пространства (при этом устанавливаются характеристики и координаты этого сегмента), то от этого тягостного чувства можно освободиться, путешествуя в другой, отдалённый от этого первого места, сегмент внутреннего пространства. Далее, с использованием технологии активного воображения и ресурсных воспоминаний, выстраивают «безопасное место», где пациент чувствует себя абсолютно комфортно. Формируется маршрут — алгоритм актуализации ресурсного статуса пациента — путешествия к «безопасному месту». Обсуждаются возможности использования этих новых навыков для профилактики стрессовых ситуаций, которые, в свою очередь, могут являться механизмами запуска патологического влечения;

8) техники с акцентом на телесно-ориентированную терапию — в данном случае основной механизм терапевтического воздействия заключается в «привязывании» признаков патологического влечения к определённому телесному сегменту (в данном сегменте обычно концентрируются болевые или иные неприятные ощущения, признаки мышечного напряжения). И далее, за счёт интенсивной работы с этим телесным сегментом, редуцируются признаки патологического влечения. Важным здесь представляется возможность формирования кинестетического транса, и далее, в условиях терапевтической гиперпластики — формирования программы редукции синдрома патологического влечения за счёт интенсивного воздействия на идентифицированный телесный сегмент. При необходимости такой алгоритм может воспроизводиться самостоятельно;

9) техники с акцентом на диссоциацию нормативного и патологического личностных статусов — основной терапевтический смысл данного подхода заключается в том, что патологическое влечение в данном случае используется как стимул для конструктивного личностного развития пациента, актуализации общего терапевтического алгоритма программы МСР.

Начальный акцент данной технологии делается на выяснении главного вопроса — кто на самом деле испытывает влечение к алкоголю или наркотику — тот внутренний «сожитель» пациента, который привел его к наркотику и не хочет отпускать, или же та набирающая силу личность, которая хочет научиться управлять своим поведением и вернуть свободу. Полярные характеристики этих личностных статусов идентифицируются с наиболее возможной точностью и с помощью креативной групповой поддержки. Далее, определяются стратегии, с помощью которых каждый из поименованных личностных статусов стремится достигнуть своих целей. В частности, устанавливается, что базисная стратегия патологического личностного статуса как раз и заключается в актуализации синдрома патологического влечения и формировании протестных реакций в отношении терапевтического режима и др. В то же время базисной стратегией растущего нормативного личностного статуса является скорость терапевтических изменений в избранном направлении. При достижении определённой скорости «посылаемые» волны тяги к алкоголю или наркотику просто не догоняют и не находят пациента, стремительнодвигающегося к своей цели. Причём на этом пути он и приобретает своё основное качество — устойчивость к любым атакам и повторному вовлечению в химическую и любую другую зависимость. Все вышеприведённые тезисы могут быть проиллюстрированы ролевой игрой или соответствующим психодраматическим фрагментом.

Основным результатом данного технического действия является актуализация и усиление нормативного личностного статуса, стратегии по адекватному достижению главной цели; редукция синдрома патологического влечения;

10) техники, основанные на прямом контакте с внесознательными инстанциями — реализация данного технического блока требует специального навыка и большого опыта работы у специалиста-психотерапевта; в групповых форматах использование данной технологии в контексте СПП не рекомендуется; в индивидуальном формате техника прямого кон-

такта с внесознательными инстанциями используется лишь в критических ситуациях, когда предшествующие технологические попытки были неуспешны, и пациент в силу этого обстоятельства готов прервать терапевтический контракт. Имеет значение и определённая готовность пациента к тому, например, что «Сила более могущественная, чем мы, поможет вернуть контроль над своим состоянием и поведением» (далеко не все зависимые лица привержены к такого рода тезисам).

Терапевтическая процедура в случае наличия всех вышеобозначенных условий проводится в 4 этапа:

- идентификация и диссоциация суперресурсных инстанций и установление контакта с ними;
- подтверждение намерений об освобождении клиента от тягостного для него влечения к употреблению алкоголя или наркотика;
- реализация специальной процедуры освобождения с достижением критической редукции синдрома патологического влечения к ПАВ;
- выстраивание адекватного сценария со-участия суперресурсных инстанций в формировании удовлетворительного физического и психического состояния пациента в ближайшем будущем.

Сама по себе техническая процедура оформляется в соответствии с личным мифом пациента и разработанным смысловым сценарием.

Формируемый сценарий будущего должен включать тезис того, что суперресурсные инстанции оказывают помощь и поддержку тому, кто сам разворачивается навстречу своей новой судьбе.

Все вышеприведённые в настоящем разделе технические подходы, реализуемые в работе с осознаваемыми и неосознаваемыми проблемами, иллюстрируют возможность эффективного использования гиперпластического потенциала универсального (глубинного) уровня развивающей коммуникации, а также возможность адекватной диссоциации, презентации и трансформации актуального содержания терапевтических миссий, последующей ассоциации полученных ресурсных конструкций в обновлённый статус клиента. То есть подтверждается тот факт, что макротехнологическое и метатехнологическое содержание стратегической полимодальной психотерапии отнюдь не являются какими-то отвлечёнными абстракциями. Напротив, эти «большие» технологии всегда присутствуют в конкретной терапевтической сессии, обеспечивая гиперпротекцию структурированных технических действий.

7. Данные об эффективности

В специальном фрагменте комплексного исследовательского проекта было проведено изучение сравнительной эффективности традиционных психотерапевтических подходов и разработанной инновационной (с использованием модели двухуровневой развивающей коммуникации) технологии стратегической полимодальной групповой психотерапии, встроенной в стандартную программу медико-социальной реабилитации наиболее тяжёлого контингента зависимых от ПАВ — больных героиновой наркоманией. В частности, было установлено, что показатели динамики полноценного формирования свойств психологического здоровья-устойчивости к повторному вовлечению в наркотическую зависимость, существенно более высокие в экспериментальной группе (в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе), обнаруживали отчётливую и устойчивую положительную корреляцию с длительностью и качеством ремиссии. Так, отсутствие ремиссии в экспериментальной группе наблюдалось в 1,7 раза реже, чем в контрольной. А частота выхода в устойчивую ремиссию (более 12 мес.) отмечалась в 4,1 раза чаще (30,12% выхода в устойчивую ремиссию против 7,32%). Также для экспериментальной группы были характерны существенно более высокие показатели положительной социальной динамики и качества жизни (А.Л. Катков, Т.В. Пак, Ю.А. Россинский, В.В. Титова, 2003; В.В. Титова, 2004; Ю.А. Россинский, 2005).

Заключение

Приведённые в настоящей статье данные раскрывают наиболее существенные характеристики метода стратегической полимодальной психотерапии.

Более высокая эффективность настоящего метода в сравнении с традиционными подходами, доказанная в корректных экспериментах и в работе с наиболее проблемными (с точки зрения тяжести клинических признаков зависимости) группами, не вызывает сомнений.

Однако ещё более важной нам представляется оценка метода профессиональными терапевтами, использующими технологии СПП в своей практике. Согласно такой оценке, наиболее сложным и в то же время привлекательным аспектом СПП представляется возможность сочетания продуманных и очевидно эффективных универсалий метода, а также множественного арсенала структурированных техник (которые необходимо знать и владеть ими в совершенстве). В этом случае происходит качественный сдвиг, связанный с возможностью формирования уникальных терапевтических проектов, отвечающих сущностным потребностям и особенностям каждого пациента.

С нашей точки зрения, именно по этому пути и будет развиваться современная профессиональная психотерапия.

Что касается сферы химической и деструктивной психологической зависимости, то это — более чем строгая «лаборатория», необходимая для доказательства эффективности и жизнеспособности подобного подхода.

Список литературы

1. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. — Павлодар, 2005. — 287 с.
2. Выготский Л.С. Соч.: В 6 т. — М.: Педагогика, 1982—1983.
3. Катков А.Л. Интегративная психотерапия — новые подходы // Психотерапия. — 2004. — №8. — С. 23—30.
4. Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. — 2011. — №3. — С. 28—35.
5. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар, 2010. — Т. X, №1. — С. 34—76.
6. Катков А.Л. Полюс психического здоровья — проблемы идентификации (продолжение) // Психическое здоровье. — 2006. — №11 (11). — С. 44—55.
7. Катков А.Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии: Методическое письмо. — Павлодар, 2003. — 26 с.
8. Катков А.Л., Макаров В.В. Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии // Психотерапия. — 2010. — №7 (103). — С. 30—48.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. — Павлодар, 2004. — 267 с.
10. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия. — 2003. — №12. — С. 15—24.
11. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. — 2002. — №9. — С. 27—35.
12. Макаров В.В., Катков А.Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва — Павлодар, 2009. — Т. XV, №1. — С. 20—25.
13. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Павлодар, 2004. — 28 с.
14. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2005. — 37 с.
15. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — СПб., 2004. — 31 с.
16. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables / A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) // Handbook of psychotherapy and behavior change. — New York: Wiley, 1994. — P. 229—269.
17. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) // Handbook of psychotherapy and behavior change. — New York: Wiley, 1994. — P. 190—228.
18. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy / A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) // Handbook of psychotherapy and behavior change. — New York: Wiley, 1994. — P. 143—189.
19. Margraf J., Bauman V., Bedentung W. Schreiben Psychotherapeuten der Erfahrung zu? // Zeitschrift für Klinische Psychologie. — 1986. — Vol. 15. — P. 248—253.
20. Nietzel M.T., Fisher S.G. Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak // Psychological Bulletin. — 1981. — Vol. 89. — P. 555—565.
21. Stein D.H., Lambert M.J. On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome // Clinical Psychology Review, 1984. — Vol. 4. — P. 127—142.

Strategic polymodal psychotherapy hung from psychoactive material. The scientific motivation and main structured features of the method

KATKOV A.L.

MD, Dr Sci, Professor, Republican scientifically practical center of medical-social problems of narcomany, Pavlodar, Kazakhstan

TITOVA V.V.

Ph.d., associate professor of the department of psychosomatics and psychotherapy, St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy

In article «Strategic polymodal psychotherapy hung from psychoactive material. The Scientific motivation and main structured features of the method» authors A.L. Katkov and V.V. Titova happens to given about topographies of the considered method. Its specifics is Argued in respect of clinical and psychological particularities main clients groups hung from SUNG. Are they in detail considered main system forming components SPP, motivated result corresponding to scientific studies. They Are Described original macrotechnological, metatechnological and structured-technological approach. Happen to the information about comparative efficiency of the use SPP and standard psychotherapeutic approach in program physician-social rehabilitation hung from SUNG.

Key words: polymodal psychotherapy, strategies, chemical dependency

Клиника и некоторые психотерапевтические аспекты острых стрессовых расстройств и расстройств адаптации

ИГНАТЮК Л.В.
ДРАГУНОВ Ю.В.

врач-психиатр, психотерапевт, психиатрическая больница, г.Бельцы, Молдова
главный врач Медицинского центра «Incredere DNM», г.Кишинев, Молдова, действительный член ОППЛ

Актуальность темы

Изучение расстройств адаптации и острых стрессовых расстройств достигло значительной актуальности, так как отражает дезадаптивный ответ личности на чрезмерное и отрицательное влияние микро- и макросоциальной среды. Одновременно в последнее время по причине социально-экономических изменений обнаруживается значительный рост данных расстройств, которые привлекают внимание множеством психопатологических симптомов, отрицательным динамическим развитием, социальной дезадаптацией и терапевтическим сопротивлением. На данный момент имеются комплексные исследования реактивных и ситуационно определённых депрессий, посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации, но большинство рассматривается только с точки зрения психиатрии. Только в незначительном количестве исследований психиатрия включена в лечение данных расстройств, несмотря на то, что это является исключительной нозо-терапевтической компетентностью данной области. Постоянное развитие психотерапии, возникновение новых течений, психотерапия «new wave», возникшая на основе классических методов привносит новое дыхание в изучение клинической картины, эволюции и лечения острых стрессовых расстройств и дезадаптаций.

К сожалению, в последнее время в нашей стране отмечается значительный рост данных нозологий, что происходит по разным причинам: неблагоприятное социально-экономическое положение, прохождение через затяжной переходный период, миграционные феномены, а дезадаптивные расстройства достаточно опасны, так как чаще всего выражаются клинически через депрессивные и тревожные реакции разной степени, с нарушением поведения, через дезадаптацию к социальной среде или даже через дезинтегративно-аутолитические наклонности.

Совмещение фармакотерапии с психотерапией может быть эффективнее, чем любые способы в рамках монотерапии, а руководства из психиатрической литературы, основанные на клинический опыт, рекомендуют одновременное применение психотерапии и лекарств (Keller, 2000; Evans, 1992; Fava, 1998; Reynolds, 1999). Для пациентов с продолжительными симптомами, сохраняющимися через 6—8 недель приёма лекарственных препаратов, одновременная психотерапия улучшает гибкость, удовлетворение и результаты по сравнению с обычным уходом [12] и, кроме того, доказано, что психотерапия приводит к снижению риска повторного обострения после ремиссии симптомов [8].

Так как психиатрия и психотерапия со временем начинают играть приоритетную роль в современной медицине, направление исследования данной работы может быть по-настоящему полезно для адекватного психотерапевтического лечения данных расстройств как единственный метод или в дополнение к традиционным методам.

Цель исследования — изучение клинко-эволютивных расстройств адаптации и острых стрессовых расстройств, и разработка принципов психотерапевтического лечения.

Задачи работы:

1) определить структуру клинических проявлений расстройств адаптации и острых стрессовых расстройств, и общие манеры поведения (астено-дефензивная, латентно-дефензивная, дезинтегративно-аутолитическая);

2) разработать принципы психотерапевтического лечения в зависимости от психопатологической структуры и эволюции в динамике.

Материалы и методы

Для исследования было отобрано 16 пациентов, которые были разделены на 2 группы: 14 пациентов с расстройствами адаптации и 2 пациента с острым стрессовым расстройством. Большинство пациентов были женщинами — 14, и двое мужчин, возраст от 18 до 48 лет. К сожалению, женщины находятся в группе, чаще всего страдающей расстройствами адаптации и острыми стрессовыми расстройствами; эти данные соответствуют также разным библиографическим источникам, в которых установлено, что каждая 12-я женщина в определённом периоде жизни перенесла острое стрессовое расстройство, а у 25% женщин, перенесших острый стресс, развивается клиническая картина данного комплексного синдрома. Процедура клинического исследования основывалась на стандартных процедурах: анализ психического состояния, сбор субъективных и объективных данных анамнеза, параклинические исследования, применение психометрических приборов. Клинический диагноз был установлен согласно DSM-IV и ICD-10, и соответствовал шифрам F43.0—F43.2. Также были применены шкалы оценки тяжести депрессивных симптомов, их изменения в результате разных психотерапевтических вмешательств, и оценки динамики лечения: анкета Спилберга, адаптированная Ю.Л. Ханиным — для оценки уровня тревожности, анкета Гамльтона «Депрессия» — для количественной оценки депрессии, шкала депрессия Монтгомери—Азберг (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale — MADRS), а также анкета MMPI для оценки типа личности.

Обсуждение и результаты

Острая стрессовая реакция является транзиторной реакцией, любой тяжести и природы, возникающей у психически здоровых людей в ответ на стрессовые факторы, такие, как природные катастрофы, исключительные интрапсихические конфликты или внешние кризисы в межличностных отношениях. Данный термин используется для реакций, исчезающих через несколько часов или дней, а в случае более продолжительного течения ставится диагноз посттравматического стрессового расстройства (транзиторная реакция значительной сложности и обычной реверсивности). Общие симптомы, возникающие после воздействия травматических событий, включают: чувство, которое не может

быть легко спровоцировано; диссомнии с трудным засыпанием и сохранением сна, а также не восстанавливающий сон; кошмары с или без ретроспективных эпизодов; трудности концентрации и рассеивание внимания; вспышки раздражения или ярости, часто без видимых причин; семейные или профессиональные конфликты; физическая и умственная усталость; эмоциональная холодность; повторяющаяся тревога связанная с личной безопасностью или безопасностью дорогих человеку лиц; уединение; чувства тоски и эмоционального упадка; чувство беспомощности и потери контроля; чувства вины и самообвинения, чрезмерная критика в связи с действиями, выполненными во время травмирующего события; избегание напоминания определённых аспектов события; гетеро- или аутоагрессивное поведение.

Клиническая картина острого стрессового расстройства различна и включает: вегетативные признаки тревожности, ограниченный ответ на стимулы, присутствующие в окружающей среде, видимая дезориентация, деперсонализация, дереализация, неспособность справиться с ситуацией, страх, отчаяние, депрессия, ярость. Если травма включает интенсивное, а также длительное переживание, и если симптомы кажутся терпимыми для пациента, он применяет маладаптивные копинг-стратегии (прогрессивное потребление алкоголя, кофе, лекарств, игр, табака, желание работать больше, чем обычно, искушение принятия важных в жизни решений, таких, как смена места работы, развод; искушение полностью избежать любое чувство или мысль, связанную с событием), тогда может быть поставлен диагноз *расстройство адаптации*. Данные копинг-стратегии неэффективны, так как они служат снятию с поля сознания любого воспоминания о травмирующем событии или предоставляют фальшивое чувство полноценности, но, к сожалению, целью данных стратегий не является облегчение травмы на уровне «Я». Доминирующими симптомами, характеризующими расстройство адаптации, являются депрессивное состояние, тревожность, нарушения поведения или другие дезадаптивные и даже дезинтегративные реакции (физические проблемы, академическая или профессиональная заторможенность, социальная изоляция). Расстройство адаптации может быть рассмотрено как иволютивный вариант острой стрессовой реакции, проходящей без терапевтического вмешательства. В последнее время встречается множество острых стрессовых реакций, постоянно развивающаяся стрессогенная микро- и макросоциальная ситуация приводит к видимому росту данных расстройств. Несовершенство психотерапевтической помощи, к сожалению, «теряет из виду» острое начало острых стрессовых и посттравматических расстройств и, приходя к специалисту, пациенты уже страдают расстройством адаптации различной степени. Обычно расстройства адаптации являются реверсивными и длятся от нескольких месяцев до нескольких лет. Особым индикатором дезадаптации является поведенческая стратегия пациента, выраженная посредством чёткой реакции, пропорциональной стрессового переживания и понимаемой пациентом как специальная форма жизни, как специальный тип поведения. Среди множества данных форм или типов поведения, необходимо отметить 3 общих типа, которые соответствуют последним библиографическим данным [2].

- 1) астено-дефензивное (частично адаптированное);
- 2) латентно-дефензивное (внутрипсихически ориентированная дезадаптация);
- 3) дезинтегративно-аутолитическое (внешнепсихически ориентированная дезадаптация).

Первый тип проявляется адекватной самооценкой своего состояния, иногда даже со склонностью к его игнорированию. В различных «компрометирующих» областях и ситуациях, данные пациенты проявляют различные формы защиты и «самоконтроля», такие как профессиональная гиперактивность, «убегание от болезни на работу», сохранение спокойствия при неудачах, анозолия болезни. У этих па-

циентов, уровень самооценки которых очень высок, которые идеализируют семью и работу, которые упорно отрицают существование интрапсихических конфликтов, возникают такие *соматизированные* расстройства, как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, повышенное артериальное давление, фибромиалгия и т.д. Пациенты не признают дезадаптационные расстройства, часто полностью уверены в том, что страдают соматическим заболеванием, и, следовательно, начинают обращаться к врачам непсихиатрического профиля. Такие пациенты редко доходят до консультации у психотерапевта, они составляют часть пациентов, консультируемых терапевтами. Существует ряд причин, мешающих пациентам признавать психическое недомогание, например соглашение по умолчанию между врачом и пациентом, которые не желают касаться «неудобных» социальных и психологических проблем, когда проще иметь дело с соматическими проблемами. Защитные механизмы данных пациентов более ориентированы не к расслаблению, что было бы нормальным, а к замещению одних стрессовых моделей другими.

Второй, латентно-дефензивный тип отличается тревожным, депрессивным и ипохондрическим преобразованием личности, на основе которой находится смирение и капитуляция перед болью. У пациентов множество страхов относительно своего состояния здоровья, они находятся в постоянном ожидании ухудшения болезни, ориентированы и сфокусированы только на собственные болезненные переживания и не верят в лечение. В структуре внутренней клинической картины болезни доминирует ориентация «выгода в болезни». Здесь можно определить два варианта данного типа: ипохондрический и диссоциативный. Ипохондрический вариант стремится сохранить позицию неизлечимого и тяжёлого больного. С данной целью применяются разные формы *само-недооценивания*, самобичевания, драматизируется значение каждого симптома, результаты лечения оцениваются с пессимистической точки зрения. У таких больных доминируют ригидные формы пассивной защиты: «сублимация», «рационализация», «уход в болезнь», «регрессия». Возникают стабильные идентификации лица «Я — инвалид» и имеет место фиксирование идеи ограничения работоспособности на долго время. Для таких пациентов социальная дезадаптация не является источником психического недомогания, она принимается как что-то само собой разумеющееся, созданная ситуация рассматривается как безвыходная и не прилагается никакого усилия для изменения данных «жизненных концептов», теряется внутреннее желание бороться с болезнью. У пациентов с такой стратегией часто отмечается феномен алекситимии, т.е. «кажется, что нет слов для выражения чувств» (Nemiah и Sifenos, 1977) или они выражают психологическое недомогание «через психические каналы» [8].

В диссоциативном варианте доминируют механизмы соматизации клинической картины посредством конверсии, которая превращает интрапсихические конфликты в функциональные соматоневрологические проявления. Пациенты данной группы характеризовались стремлением к преувеличению жалоб, демонстративности и фокусирование на «синдром-мишень», терапевтический негативизм, поиск выгоды в болезни, эмоциональная неуравновешенность, элементарные психосенсорные расстройства (гиперестезии, гипо- и анестезия, «псевдопарализи»), не исключая также спутанные пароксизмы (эпилептиформные припадки). Проектируя на самых близких людях свои болезненные переживания, пациенты постоянно «ожидают» поддержку, максимально удобные условия жизни, работы и отдыха. Присутствует видимое стремление к манипуляционному поведению, нередко приводящему к нарушению семейного климата, так называемое аномальное болезненное поведение. Подавляющим качеством данных пациентов является, определённым образом, их жёсткий образ жизни и продвигаемые высокие стандарты. Их личности

стремятся к самосдерживанию и к совершенству во всём. Они блокируют здоровые агрессивные импульсы и пытаются компенсировать чувства разочарования и тоски, принимая сильную позицию по отношению к самим себе. Их поведение характеризуется самопожертвованием, чрезмерным стремлением к помощи, которое не кажется натуральным, а является результатом внутренней формы обязанности. Данная позиция была очень хорошо описана посредством терминов «недоброжелательное унижение» или «доброжелательная тирания».

Третий, дезинтегративно-аутолитический тип, проявляется посредством неправильного социального функционирования индивида. Постоянное внутреннее напряжение, дисфорическая нота эмоциональных переживаний являются потенциально конфликтной почвой, которая может стать причиной антисоциального и делинквентного поведения. Чрезмерно карательные реакции и преувеличенные требования к окружающим поддерживаются также идеями о том, что общество определённым образом виновато перед ним. Пациент принимает роль настойчивого, подозрительного человека, который постоянно обвиняет окружающих в своих страданиях. Данные пациенты часто приводят к «аффективной разгрузке» отрицательных эмоций через механизмы внешнего выражения подсознательных психических процессов (алкоголизация, аутолитические попытки, потребление наркотиков, битье, вандализм, неразумное вождение автомобиля). Пациенты воспринимают потребление наркотиков и алкоголизацию как ответ на жизненную угрозу (стрессовую ситуацию) и не понимают, что данное дезинтегративное поведение может нанести ущерб их здоровью. Они используются как методы «самолечения», такие люди «топят душевную боль» в алкоголь, наркотики, которые часто приводят к заметной психосоциальной дезинтеграции с печальными последствиями. Данные стратегии не являются эффективными, так как так как служат снятию с поля сознания любого воспоминания о травмирующем событии или предоставляют фальшивое чувство полноценности. К несчастью, целью данных стратегий не является облегчение травмы на уровне «Я». Чаше всего такой тип поведения формируется на психопатологическом преморбиде или на фоне органического нарушения центральной нервной системы.

Терапия острых стрессовых расстройств и расстройств адаптации обычно начинается с детальной оценки и развитием пата лечения, которое может удовлетворить индивидуальные нужды пациентов. В общем, конкретное лечение начинается только тогда, когда пациент отделяется от кризисной ситуации, или когда уже развилась стабильная дезадаптация, проявляющаяся тяжёлой депрессией с или без тревожности, когда пациенты переживают чрезмерную панику перед лицом неорганизованного мышления или даже когда они нуждаются в алкогольной или наркотической детоксикации.

Директивой лечения было применение комплексных терапевтических стратегий включающих классические фармакотерапевтические методы, и психотерапии. На психофармакологические методы остановимся немного, так как не они являются целью нашей работы, но не забываем упомянуть, что их роль не менее важна, чем роль психотерапевтических методов. Всё же лучшие результаты можно получить при помощи комплексной терапии, что может быть обосновано тем, что пациенты ожидают немедленной помощи, «чудо» приходящее извне (таблетки, перфузионные растворы). Многие них считают, что для каждого из них существует «волшебная пилюля», которая заставит их забыть о своём горе. Большинство пациентов располагает сниженным потенциалом в борьбе с болезнью, их мотивационные силы истощены и они ожидают только «кого-то», кто их спасёт.

Применённые психотерапевтические методы были различными, так как на сегодняшний день разрабатываются

очень активно интегративно-эkleктические подходы, которые включают продуктивные методы, принадлежащие разным психотерапевтическим школам. Только 2 пациента (женщины), у которых диагностировали острое стрессовое расстройство, обратились к психотерапевту сразу после психической травмы. Для данных пациентов были применены методы, совмещаемые в термине *психотерапия кризисных состояний*. Один их самых эффективных методов как при остром стрессовом расстройстве, так и при расстройствах адаптации был метод десенсибилизации и нейтрализации травмирующего события через подвижность глаз (Francine Shapiro). Десенсибилизация травмирующего момента и его переработка привела к полной потере эмоциональной остроты в отношении события, и осталась только объективная память, «что-то, что произошло со мной, но что я уже пережила». Исчезли такие кардинальные симптомы, как: навязчивое переживание момента травмы, избегание воспоминания определённых аспектов события, кошмары с или без ретроспективных эпизодов, вегетативные признаки тревожности, неспособности справиться с ситуацией, страх, отчаяние, ярость. Для данных пациентов также применялись методы эриксоновской гипнотерапии. Целью эриксоновского гипноза была реконтекстуализация травматической памяти, чувства страха, физической гиперстимуляции, спровоцированной травматическими воспоминаниями в трансе, где присутствуют более широкие рамки веры в себе, самоконтроля, мужества, и в рамках контекста других воспоминаний и эмоций, которые являются позитивными для пациента. Терапевтические метафоры являются инструментами, предоставляющими изменчивые относительные рамки, позволяя пациенту справиться с необычными переживаниями без физиологической гиперстимуляции и без присутствия негативных эмоций.

Для пациентов с расстройствами адаптации были также применены методы эриксоновской психотерапии, так как она включает в себе различные виды терапевтического подхода. Часто лечение длится дольше, прогрессирует медленнее по сравнению с лечением острых и посттравматических стрессовых расстройств, и необходима адекватная типам поведения терапевтическая программа. В случае лечения депрессивных пациентов, гипнотерапевтическое вмешательство, предусматривающее усиления внутреннего «Я», является «жизненно» необходимой, так как нарушение настроения ассоциируется почти органически с заниженным самоуважением и, соответственно, с чувствами беззащитности и безнадёжности. Таким образом, считаем полностью оправданными усилия психотерапевта, участвующего в лечении депрессивного лица, который может создавать, в зависимости от нужд своего пациента, вмешательства, целью которых является укрепление самоуважения пациента.

Отношения *врач — пациент* часто заходят в тупик по причине противоречивых желаний пациентов: с одной стороны, они хотят быть независимыми от врача, с другой стороны, несмотря на их кажущееся достойным доверия поведение, они обманчивы и недоброжелательны. Врач берёт на себя трудную задачу предоставить им чувство защищённости и, одновременно, противостоять болезненным стремлениям, которые значительно влияют на лечение.

Таким образом, мы пришли к заключению, которое налагает на врача обязанность предпринимать прямые терапевтические действия в отношении самого важного звена патологического процесса — психотравмирующего события. Терапия острых стрессовых расстройств и расстройств адаптации требует комплексного, психофармакологического и психотерапевтического подхода, и сильно зависит от стадии эволюции, в которой пациент обратился за медицинской помощью, а также зависит от типа личности, от последствий ранней психоорганической слабости, и, возможно, от отягчающих наследственно-коллатеральных предшествующих событий, но на них мы остановимся в следующих работах.

Список литературы

1. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных анти-депрессантов. — СПб., 1995.
2. Михайлов Б.В. Харитонова Н.К., Русакова Э.С., Александровский Ю.А., Аведисова А.С., Чугунов В.В. Психотерапия посттравматических расстройств и расстройств адаптации. — Харьков, 2000.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. — М., 2001.
4. Andreoli A., Burnand Y., Kolatte E., Venturini A. Combined treatment for major depression: does it save hospital days? // Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting, May 13—18, 2000; Chicago, Illinois.
5. Dafinoiu I. Elemente de psihoterapie integrativa / Ed. Polirom. — Iasi, 2000.
6. Dafinoiu I. Hipnoza clinica / Ed. Erola, Proiectul «Dezvoltarea Laboratorului de psihoterapie si interventie psihosociala». — Iasi, 2002.
7. Drancinschi M. Hipnoterapia in tulburarea de stress post-traumatic. — Iasi, 2004.
8. Fava G.A., Rafanelli C., Grandi S., Conti S., Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings // Arch. Gen. Psychiatry. — 1998.
9. Holdevici I. Hipnoza clinica / Ed. Ceres. — Bucuresti, 2001.
10. Holdevici I. Sugestiologie si psihoterapie sugestiva / Ed. Victor. — Bucuresti, 1995.
11. Holdevici I. Noua hipnoza ericksoniana / Ed. I.N.I. — Bucuresti, 1997.
12. Katon W., Von Korff M., Lin E. et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial // Arch. Gen. Psychiatry. — 1999.
13. Reynolds III C.F., Frank E., Perel J.M. et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression // JAMA. — 1999.

Дифференцированная краткосрочная психотерапия в комплексном лечении расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня

ИГУМНОВ С.А., ЖЕБЕНТЯЕВ В.А.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск
Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Обследованы 119 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня. Выявлено, что особенности клинических проявлений депрессии и сопутствующих психологических особенностей различаются в зависимости от выраженности и длительности расстройства. При кратковременных депрессивных реакциях тревожно-депрессивной симптоматике сопутствует умеренно выраженная социально-психологическая дезадаптация личности, активизация психологического механизма «отрицания»; при пролонгированных депрессивных реакциях отмечается выраженная и стойкая акцентуация тревожно-уклоняющихся черт личности с выраженной социально-психологической дезадаптацией личности; при депрессивных эпизодах выявлена существенная социально-психологическая дезадаптация личности и депрессивные типологические черты личностной дезадаптации. Доказана эффективность дифференцированной краткосрочной психотерапии в комплексном лечении в краткосрочном и долгосрочном аспектах. Разработаны три программы психотерапии, направленные на: переработку реактивных переживаний, коррекцию когнитивных искажений при краткосрочных депрессивных реакциях; мультимодальная коррекция тревожно-уклоняющихся черт личности и ценностно-смысловой сферы при пролонгированных депрессивных реакциях; коррекция ценностно-смысловой сферы при депрессивных эпизодах.

Ключевые слова: расстройства депрессивного спектра, психологические особенности личности, психотерапия

Концепция расстройств депрессивного спектра используется для придания акцента родству аффективной патологии, как её типичных и подпороговых вариантов, так и отдельных симптомов, синдромов, поведенческих признаков и личностных особенностей [1]. В настоящее время общепризнанна высокая актуальность изучения данных расстройств, особенно непсихотического уровня, с целью разработки эффективных подходов к лечению. Это обусловлено их неуклонным ростом, нередко возникающей резистентностью к проводимой терапии или её недостаточным эффектом, а также такими последствиями как суициды, зависимости от психоактивных веществ, психосоматические расстройства и др. [2, 3]. Наибольшее количество исследований, посвящённых лечению депрессии, направлены на изучение эффективности медикаментозного лечения, однако всё большее количество исследований доказывают высокую эффективность психотерапии (в наибольшей степени когнитивной и интерперсональной), а также её комбинации с фармакотерапией антидепрессантами [4, 5]. Ещё Р. Kiehlholz писал о том, что «антидепрессивная терапия без комбинации с психотерапией не имеет смысла», указывая на то, что ряд психотерапевтических вмешательств, по своей сути психообразовательных и когнитивных, могут способствовать улучшению состояния пациента [6]. В случае эффективной психотерапии депрессии пациент вырабатывает конструктивные способы преодоления депрессии, научается распознавать её приближение и принимать необходимые меры, а возможно, даже предотвращать депрессию [7]. Психотерапия при лечении депрессий может иметь различные цели, способствуя улучшению эффекта медикаментозной терапии, редукции симптомов или неспособности к какому-либо действию (например, улучшение брачного/профессионального функционирования), предотвращению рецидивов или прогрессии депрессивных состояний [8].

В психотерапии депрессий используются долгосрочные и краткосрочные подходы, причём долгосрочные в большей степени направлены на уменьшение или устранение личностной уязвимости к возникновению депрессии [8], а краткосрочные на скорейшее прерывание психологических механизмов, поддерживающих депрессию и восстановление непатологической адаптации личности путём поддержки здоровых частей индивидуальности [9]. Для выполнения крат-

косрочной психотерапией своей функции в условиях ограниченного времени она должна быть максимально индивидуализирована под конкретного пациента и воздействовать на наибольшее возможное число механизмов, поддерживающих депрессию, восстанавливая способности пациента заботиться о себе, своих нуждах. Учитывая тот факт, что депрессия затрагивает различные модальности личностного опыта (не только аффективную), то и выбор методик для целей лечения должен быть также широким. Например, когнитивно-поведенческая психотерапия затрагивает поведенческую, аффективную и когнитивную модальность [10–12], интерперсональная психотерапия — в наибольшей степени фокусируется на интерперсональной модальности [13, 14]. Мультимодальный подход к психотерапии непсихотических депрессий предоставляет врачам комплексный набор, суть которого состоит в индивидуальном подборе психотерапевтических вмешательств, направленных на различные измерения (модальности) депрессии: behavior — поведение, affect — эмоции, sensation — ощущения, imagery — представления, cognition — установки, ценности, убеждения, interpersonal — межличностные отношения, drugs — лекарства/биология [15, 16]. Отделяя ощущения от эмоций, различая представления и когниции, исследуя и индивидуальное, и межличностное поведение и отмечая биологический субстрат, мультимодальная ориентация является наиболее перспективной. Как утверждает А. Лазарус [15], мультимодальная психотерапия может использоваться психотерапевтом любой теоретической ориентации, позволяя расширить диапазон психотерапевтических вмешательств согласно нуждам пациента. Мы предполагаем, что пациентам с различной клинической симптоматикой для более эффективного краткосрочного вмешательства необходим не только выбор психотерапевтических методик из широкого спектра, но и дифференцированное их назначение в зависимости от клинической картины и закономерностей психического функционирования на момент депрессии.

Таким образом, целью данного исследования была оценка эффективности дифференцированной краткосрочной психотерапии, разработанной на основе мультимодального подхода А. Лазаруса для пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня на основании многоуровневого изучения клинических и психологических показателей.

Материал и методы

Цель исследования реализовывалась в процессе клинического рандомизированного клинического испытания. Схематично ход исследования представлен на рис. 1.

В исследование были включены 119 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня, проходивших лечение в отделениях ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Минск), Витебской областной клинической психиатрической больницы, а также на дневном стационаре Витебского областного психоневрологического диспансера. Состояние пациентов соответствовало критериям включения в исследование, и исключались пациенты при наличии критериев исключения (таблица). 40 пациентов прошли клиническое и психологическое обследование, результаты которого использовались для разработки дифференцированной краткосрочной психотерапии. Пациенты, которые в дальнейшем включались в исследование, случайным образом разделялись на две группы, которые оказались сопоставимыми по всем социально-демографическим и клиническим признакам.

Опытную группу составили 44 пациента, лечение которых включало разработанную в ходе исследования дифференцированную краткосрочную психотерапию в сочетании со стандартной психофармакотерапией.

Группу сравнения составили 35 пациентов, лечение которых включало когнитивную психотерапию в сочетании со стандартной психофармакотерапией. Затем проводилось клиническое и психологическое обследование пациентов и в последующем оценивались различия в исходах между группами.

Для сравнения результатов клинических и психологических методов исследования в процессе разработки психотерапии, была сформирована *контрольная группа*, в которую вошли 42 здоровых лица, сопоставимые по полу, возрасту и социальному положению, не имеющие симптомов психических расстройств.

В контрольную группу включались испытуемые, не имеющие симптомов психического расстройства, согласно критериям МКБ-10, а также имеющий суммарный балл по шкале Гамильтона для оценки депрессии ниже 7.

Для изучения значимости разработанного метода психотерапии и сохранения достоверности, в опытной группе и группе сравнения максимально одинаково воспроизводились все неспецифические и специфические эффекты врачебного вмешательства [16], такие, как естественное течение заболевания (что подтверждалось однородностью больных обеих групп), эффект Хауторна (изменение поведения пациентов вследствие нахождения их в исследовании и связанного с этим проявления к ним интереса), плацебо-эффект (применялся «простой слепой метод», т.е. пациенты не знали, к какой они группе относятся) и эффект лечения. Мы оценивали роль различия, которое заключалось в том, что пациенты опытной группы получали дифференцированную психотерапию, разработанную с помощью полученных нами данных клинических и психологических методов исследования на основе широкого мультимодального спектра психотерапевтических методик. На рис. 2 показан вклад различных факторов в суммарный лечебный эффект в опытной группе и группе сравнения.

Для исключения влияния различий в фармакотерапии на улучшение состояния, пациенты опытной группы и группы сравнения получали однородное медикаментозное лечение. Назначение антидепрессантов и анксиолитиков по своему дизайну проводилось в соответствии с исследованием типа «случай—контроль».

В ходе исследования, для разработки дифференцированной психотерапии, а также оценки её эффективности, использовались следующие *методы*:

1. Клинический с использованием критериев МКБ-10, шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21), опросника выраженности психопатологической симптома-

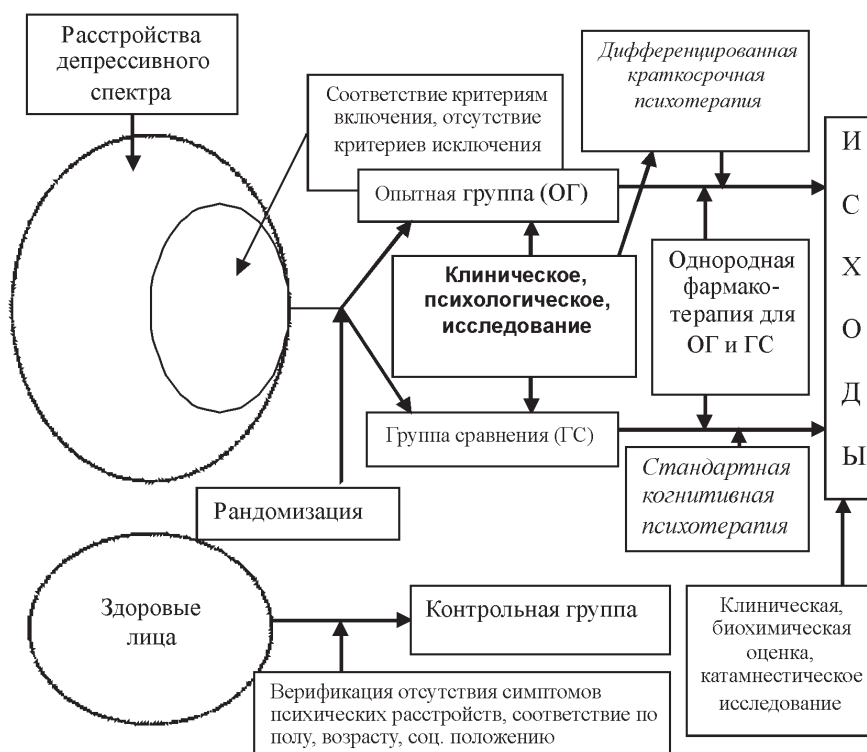


Рис. 1. Схема дизайна исследования

Критерии включения/исключения пациентов в исследование

Критерии включения	Критерии исключения
1. Депрессивная симптоматика, классифицируемая в разделах МКБ-10: 1.1. Первичный лёгкий депрессивный эпизод (F32.0) и первичный умеренный депрессивный эпизод (F32.1); 1.2. Расстройство адаптации с кратковременной (F43.20), пролонгированной депрессивной (F43.21) или смешанной тревожно-депрессивной (F43.22) реакцией; 1.3. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2).	1. Коморбидные психические расстройства: — органические поражения ЦНС; — зависимость от психоактивных веществ; — шизофрения и бредовые психозы; — биполярное аффективное расстройство; — рекуррентное депрессивное расстройство; — умственная отсталость; — расстройства зрелой личности.
2. Информированное согласие пациента на участие в работе	2. Соматические и неврологические расстройства, которые могли быть причиной депрессии, либо создавать неблагоприятную почву для её развития.
3. Первичность обращения за психиатрической или психотерапевтической помощью	3. Нормальная (неосложнённая) реакция горя
4. Возраст: — мужчины от 20 до 60 лет; — женщины от 20 до 55 лет	4. Беременность, 1-й год после родов
5. Стационарное лечение (отделения больницы, дневной стационар диспансера)	5. Отказ пациента участвовать в исследовании или несоблюдение условий его проведения

тики SCL-90, клинической шкалы, разработанной в научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева;

2. Психологический с использованием теста СМИЛ; опросника «Тип личности» Олдхэма—Морриса, опросника «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index); теста смысловых жизненных ориентаций (СЖО);

Для разработки дифференцированной психотерапии отобраны следующие методы: мультимодальная, когнитивная, поведенческая, нейролингвистическая, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, психодинамическая психотерапия.

Статистический анализ полученных данных был проведён при помощи стандартного пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования

В ходе проведения исследования для разработки дифференцированной краткосрочной психотерапии пациенты, в зависимости выраженности и длительности симптомати-

ки, были распределены в три подгруппы: кратковременные депрессивные реакции (КДР) (куда вошли расстройства с длительностью менее 1 мес. и выраженностью симптоматики, не достигавшей уровня депрессивного эпизода) — 30 пациентов; пролонгированные депрессивные реакции (ПДР) (длительность более 1 мес., выраженность симптоматики не достигала уровня депрессивного эпизода) — 30 пациентов; и депрессивные эпизоды (ДЭ) — 59 пациентов. Кластерный анализ основных признаков, имеющих значение для формирования клинической картины депрессии (наследственное отягощение; тип стрессового фактора; длительность расстройства; наличие диагностических симптомов депрессии; глубина депрессивной симптоматики; синдромальные варианты) подтвердил правомерность такого разделения. В ходе психологического обследования были выявлены различия между подгруппами. Для кратковременных депрессивных реакций, по сравнению с контрольной группой, согласно тесту СМИЛ, характерны более высокие значения по шкалам 1 (невротический сверхконтроль) ($p < 0,05$), 2 (пессимистичность) ($p < 0,05$), 3 (эмоциональная лабильность) ($p < 0,05$), 6 (ригидность) ($p < 0,05$) и 7 (тревожность) ($p < 0,05$) (рис. 3). Результаты теста СМИЛ подгрупп ПДР и ДЭ образуют так называемый «плавающий» профиль, отражающий значительную социально-психологическую дезадаптацию личности, в котором большинство шкал расположено выше верхней границы нормы (рис. 3).

Тест «Тип личности» позволил найти различия между пролонгированными депрессивными реакциями и депрессивными эпизодами по шкалам Н (тревожно-уклоняющийся тип), F (демонстративный тип) и М (мазохистический тип) ($p < 0,05$). Дискриминантный анализ результатов опросников СМИЛ и «Тип личности» Олдхэма—Морриса показал, что личностная декомпенсация наиболее выражена у пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями, проявившаяся в наиболее высоких показателях шкалы Н тревожно-уклоняющегося типа опросника ОЛМ. Это подтверждало необходимость включения психотерапевтических вмешательств, направленных на коррекцию психологических особенностей присущих данному типу личности выявление которых, по всей видимости, отражало конституцию определённой преморбидной предрасположенности и влияния депрессивной симптоматики на личностное функционирование.

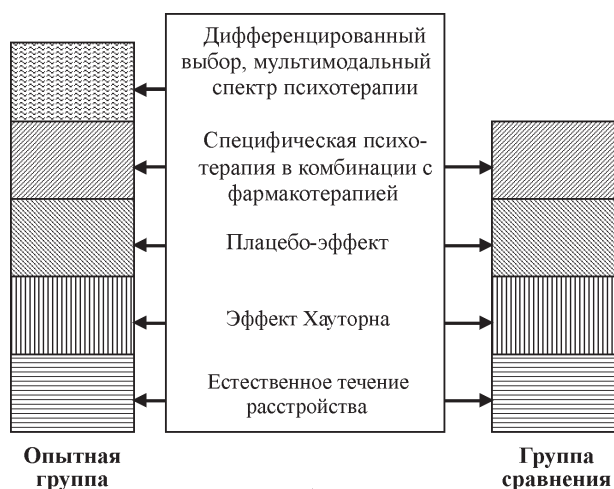


Рис. 2. Вклад различных факторов в суммарный лечебный эффект в опытной группе и группе сравнения

Для пациентов с кратковременными депрессивными реакциями, согласно опроснику «Индекс жизненного стиля», характерен статистически достоверно более высокий уровень «отрицания», за счёт которого происходит дезактуализация негативной информации, по сравнению с контролем ($p < 0,05$), а также по сравнению с другими клиническими подгруппами ($p < 0,01$). При пролонгированных депрессивных реакциях дезактуализация негативной информации происходит лишь частично посредством психологического механизма «отрицания», наряду с этим отмечается повышение целого комплекса механизмов психологической защиты, таких, как «регрессия» ($p < 0,05$), «проекция» ($p < 0,05$), «замещение» ($p < 0,05$), «гиперкомпенсация» ($p < 0,05$) и «рационализация» ($p < 0,05$). У пациентов с депрессивными эпизодами отмечается недостаточная способность к совладанию с негативными переживаниями с помощью механизмов психологической защиты, что проявляется в актуализации характерных для депрессии механизмов «замещения» ($p < 0,01$) и «проекции» ($p < 0,001$) (рис. 4).

Тест смысловых ориентаций позволил выявить (рис. 4) наиболее высокий общий показатель осмысленности жизни у пациентов с кратковременными депрессивными реакциями. При пролонгированных депрессивных реакциях, по сравнению с контролем, достоверно более низкие значения выявлены по этому показателю ($p < 0,05$), шкалам 1 ($p < 0,01$), 2 ($p < 0,01$), 3 ($p < 0,01$), 4 ($p < 0,05$) и 5 ($p < 0,05$). При депрессивных эпизодах отмечаются низкие значения по общему показателю ($p < 0,01$), шкалам 1 ($p < 0,05$), 2 ($p < 0,001$), 3 ($p < 0,05$) и 4 ($p < 0,01$), которые имеют множественные взаимосвязи с выраженностью клинической симптоматики.

Данные корреляционного анализа показали, что в группе кратковременных депрессивных реакций «отрицание» способствует уменьшению выраженности психопатологической симптоматики ($r = 0,621$, $p < 0,05$). Затянутое течение способствуют высокие показатели по 6-й (ригидности) ($r = 0,658$, $p < 0,002$) и 7-й (тревожности) ($r = 0,541$, $p < 0,016$) шкалам СМИЛ, а глубина депрессивной симптоматики взаимосвязана со шкалой I зависимого типа ОЛМ ($r = 0,665$, $p < 0,001$). В группе пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями корреляционный спектр психологических и клинических показателей отличается от других групп и выявляет повышение показателей тревожно-уклоняющегося типа личности, связанное с выраженностью депрессивной симптоматики ($r = 0,536$, $p < 0,01$). В группе депрессивных эпизодов выявленная социально-психологическая дезадаптация личности чётко сопряжена с выраженностью многих клинических показателей депрессии.

В связи с необходимостью выведения пациента из состояния депрессии в наиболее короткие сроки в условиях отделения пограничных состояний или дневного стационара, нами разрабатывалась краткосрочная, индивидуализированная, чётко структурированная и последовательная модель психотерапии.

При выборе метода психотерапии вначале составлялась общая таблица психотерапевтических методик, которые рекомендованы для психотерапии депрессии и эффективность которых подтверждена научными исследованиями. Все отобранные для исследования методики были распределены согласно семи модальностям человеческого опыта (поведение, эмоции, ощущения, представления, когниции, межличностные отношения, лекарства/биология). В процессе такого применения психотерапии для каждой клинической группы были отобраны наиболее обоснованные и эффективные методики в соответствии с тремя фазами лечения: 1 — начальная, 2 — средняя, 3 — заключительная. В соответствии с результатами клинических, биохимических и психологических исследований были сформированы «функциональные фокусы (мишени)» психотерапии. В результате из мультимодального набора методик для каждой подгруппы пациентов выбрано их оптимальное количество,

направленное на скорейшее устранение механизмов депрессии и восстановление социально-психологической адаптации личности.

При краткосрочных депрессивных реакциях набор психотерапевтических методик включал:

а) сеансы психологической релаксации, где пациенты обучались поведенческим стратегиям редукции тревоги (при высокой выраженности тревожной симптоматики в структуре депрессии);

б) экспозиционные техники, направленные на актуализацию реактивных переживаний, их отреагирование и принятие;

в) методики, направленные на коррекцию искажений, создающих уязвимость к психоэмоциональному стрессу в модальностях представлений и когниций (в особенности, присущие зависимому типу личности).

При пролонгированных депрессивных реакциях применялась психотерапия, направленная на работу с тревожно-уклоняющимися чертами личности в различных модальностях, которая включала методики:

а) направленные на снижение ощущения неадекватности и бесполезности собственного «Я»;

б) направленные на преодоление избегания;

в) направленные на преодоление дихотомического мышления;

г) направленные на коррекцию смысловых ориентаций (экзистенциальная психотерапия).

При депрессивных эпизодах применялись психотерапевтические стратегии, которые включали поддерживаю-

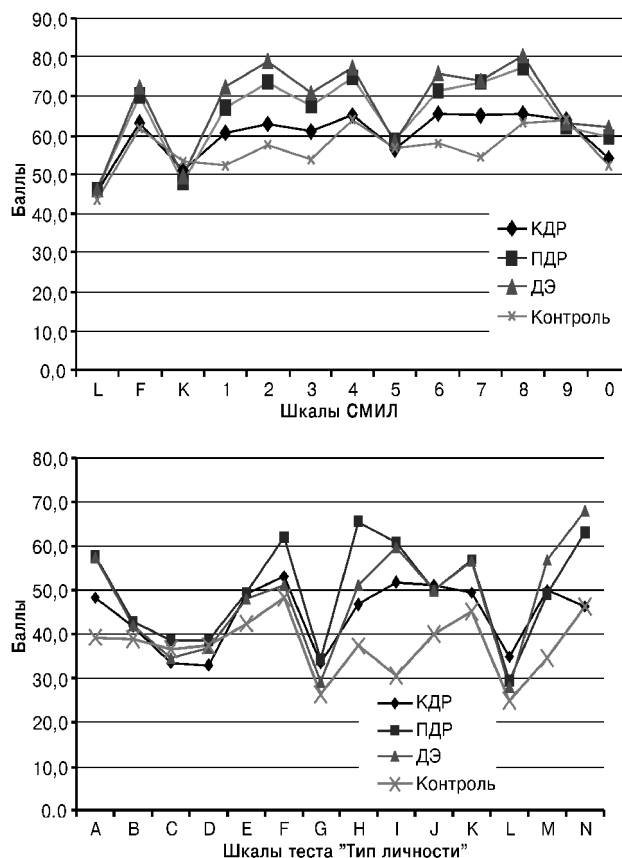


Рис. 3. Профили средних значений шкал тестов СМИЛ и «Тип личности» у пациентов с депрессивными расстройствами, связанными со стрессом, из трёх клинических групп

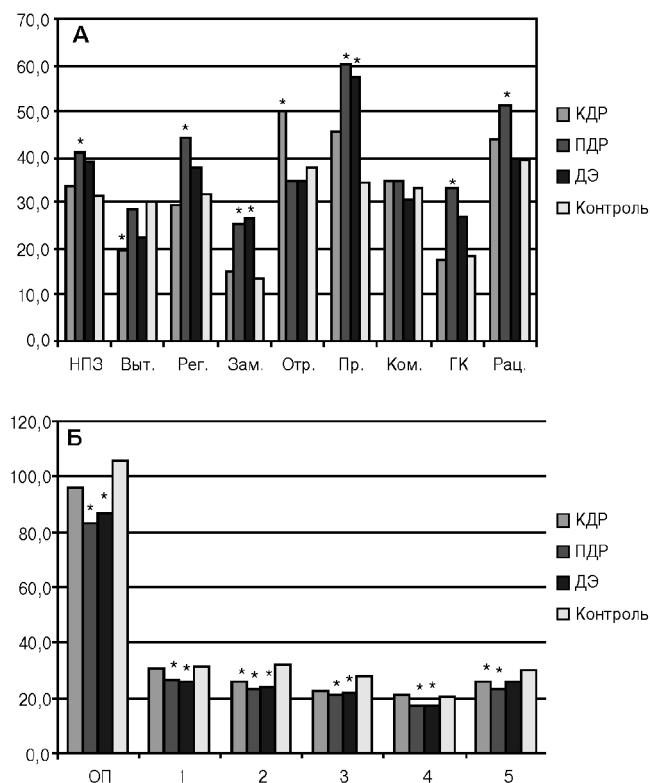


Рис. 4. Значения шкал тестов Life Style Index и СЖО у пациентов с депрессивными расстройствами; связанными со стрессом; исследуемых клинических групп:

А. НПЗ — напряжённость психических защит; Выт. — вытеснение; Рег. — регрессия; Зам. — замещение; Отр. — отрицание; Пр. — проекция; Ком. — компенсация; ГК — гиперкомпенсация; Рац. — рационализация.

Б. Названия шкал теста СЖО: ОП — общий показатель; 1 — цели в жизни; 2 — процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни; 3 — результативность жизни или удовлетворённость самореализацией; 4 — локус контроля — Я (Я — хозяин жизни); 5 — локус контроля — жизнь или управляемость жизни.

* — достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой.



Рис. 5. Показатели шкал опросника SCL-90 в основной группе и группе сравнения на 21-й день лечения (* — $p < 0,05$)

шие вмешательства для восстановления социально-психологической адаптации личности пациента:

а) направленные на нахождение сильных сторон в личности пациента и в психотерапевтической ситуации (когнитивная модальность);

б) направленные на поиск ресурса в негативных ощущениях и способствующие поддержанию позитивных ощущений (модальность ощущений);

в) способствующие большей активности и отвлечению от мрачных мыслей, а также угашению депрессиогенных поведенческих стратегий пациента (поведенческая модальность);

г) направленные на ресурсную проработку конфликтных и стрессогенных ситуаций, связанных с отношениями пациента с актуальными для него/нее людьми (модальность межличностных отношений);

д) направленные на работу на уровне идентичности с проблемными частями личности (модальность представлений);

е) направленные на коррекцию смысловых ориентаций (экзистенциальная психотерапия).

Эффект комплексного лечения с применением дифференцированной краткосрочной психотерапии наступал достаточно быстро.

В группе пациентов с кратковременными депрессивными реакциями, согласно шкале HDRS-21, выявлено: в опытной группе, по сравнению с группой сравнения, на 7-й день достоверно был ниже показатель средней инсомнии ($p < 0,05$), на 14-й день — достоверно ниже был показатель нарушений работоспособности и активности, на 21-й день — суммарный балл по шкале Гамильтона ($p < 0,05$), подавленное настроение ($p < 0,05$), психическая ($p < 0,05$) и соматическая тревога ($p < 0,05$), общесоматические симптомы ($p < 0,05$). Согласно опроснику выраженности психопатологической симптоматики, выявлено: на 21-й день статистически достоверно ниже был показатель тревожности ANX ($p < 0,05$) и индекс тяжести дистресса GSI ($p < 0,05$) (рис. 5).

В группе пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями, согласно шкале Гамильтона для оценки депрессии, выявлено: в опытной группе, по сравнению с группой сравнения, на 7-й день достоверно был ниже суммарный балл по шкале Гамильтона ($p < 0,05$) и показатель общесоматических симптомов ($p < 0,05$), на 14-й день — был ниже показатель психической тревоги ($p < 0,05$), на 21-й день — был ниже показатель психической тревоги ($p < 0,05$) и суммарный балл по шкале Гамильтона ($p < 0,05$). Согласно опроснику выраженности психопатологической симптоматики, выявлено: на 21-й день статистически достоверно ниже был

показатель обсессивно-компульсивных симптомов О-С ($p < 0,05$), межличностной чувствительности INT ($p < 0,05$), депрессии DEP ($p < 0,05$), тревожности ANX ($p < 0,05$), и индекс тяжести дистресса GSI ($p < 0,05$) (рис. 5).

В группе пациентов с депрессивными эпизодами, согласно шкале Гамильтона для оценки депрессии, выявлено: в опытной группе, по сравнению с группой сравнения, на 7-й день достоверно был ниже показатель суицидальных тенденций ($p < 0,01$), на 14-й день — был ниже показатель подавленного настроения ($p < 0,05$), суицидальных тенденций ($p < 0,05$) и суммарный балл по шкале Гамильтона ($p < 0,05$); на 21-й день — был ниже показатель соматической тревоги ($p < 0,05$), деперсонализации ($p < 0,05$) и значительно ниже — суммарный балл по шкале Гамильтона ($p < 0,001$). Согласно опроснику выраженности психопатологической симптоматики, выявлено: на 21-й день статистически достоверно ниже был показатель соматизации SOM ($p < 0,05$), межличностной чувствительности INT ($p < 0,05$), фобической тревоги ($p < 0,05$), паранойяльных тенденций ($p < 0,05$), и индекс тяжести дистресса GSI ($p < 0,05$) (рис. 5).

Выводы

Проведённое исследование показало, что применение дифференцированной краткосрочной психотерапии, использующей мультимодальный подход в комплексном лечении расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня, способствует более быстрой редукции ряда клинических показателей по сравнению с использованием стандартной когнитивной психотерапии в комплексном лечении. В соответствии с этим целесообразно использование данного вида психотерапии в условиях стационарного лечения, когда необходимо за короткие сроки способствовать прерыванию механизмов депрессии и способствовать восстановлению социально-психологической адаптации личности пациента наряду с редукцией симптомов депрессии.

Список литературы

1. Angst J., Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic classification and course // *J. Affect. Disord.* — 1997. — Vol. 45. — P. 31—39.
2. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М: МИА, 2005. — 432 с.
3. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2000. — 107 с.
4. Rush A.J., Thase M.E. Psychotherapies for depressive disorders: a review // *Depressive Disorders* / M. Maj, N. Sartorius. — New York: John Wiley & Sons Ltd, 1999. — P. 161—206.
5. Weissman M.M. et al. Depressed outpatients: results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1981. — Vol. 38. — P. 52—55.
6. Kiehlholz P. Depressive Zustände. — *Erkennung, Bewertung, Behandlung.* — Stuttgart — Verlag H. Huber, 1972. — 233 p.
7. Семке В.Я., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Аффективные расстройства / Под ред. В.Я. Семке. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. — 234 с.
8. Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2003. — 328 с.
9. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. — М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. — 367 с.
10. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Пер. с англ. / Под ред. А. Бека, А. Фримена. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.
11. Шоу Б. и др. Когнитивная терапия депрессии / Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
12. Dobson K.S., Backs-Dermott B., Dozois D. Cognitive and cognitive-behavioral therapies // *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* / R. Ingram, C.R. Snyder. — New York: Wiley, 2000. — P. 409—428.
13. Schulberg H.C. et al. Applications of interpersonal psychotherapy to depression in primary care practice // *New applications of interpersonal psychotherapy* / G.L. Klerman, M.M. Weissman, eds. — Washington (DC): American Psychiatric Press, 1993. — P. 265—291.
14. Klerman G.L., Weissman M.M. New applications of interpersonal psychotherapy. — Washington (DC): American Psychiatric Press, 1993. — 259 p.
15. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
16. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. — 383 с.
17. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. — М.: Медицина Сфера, 1998. — 348 с.

IGUMNOV S.A., ZHEBENTYAEV V.A.

Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk
Vitebsk State Medical University, Belarus

The study included 119 patients with non-psychotic depressive disorders. Revealed that the characteristics of clinical manifestations of depression and related psychological characteristics vary depending on the severity and duration of illness. With brief depressive reaction anxiety-depressive symptoms accompanied by moderately severe social and psychological maladjustment of personality, the psychological mechanism of activation of 'denial', with prolonged depressive reaction a marked and persistent anxiety-evading accentuation of personality traits with significant psychosocial maladjustment of personality, with depressive episodes identified significant social and psychological maladjustment and depressive personality typological traits of personality maladjustment. The efficiency of differentiated short-term psychotherapy in treatment in the short and long run. Psychotherapy has developed three programs to: processing of jet experience, correction of cognitive distortions in the short-term depressive reactions, multimodal correction anxiety-avoiding personality traits and value-sense sphere with prolonged depressive reaction, correction value-sense sphere with depressive episodes.

Key words: depressive disorder spectrum, psychological characteristics, psychotherapy

Использование художественного произведения в познании глубинно-психологических ценностей субъекта

КАМИНСКАЯ А.Н.

соискатель кафедры психологии РВУЗ «Крымский гуманитарный университет», г.Ялта

Оказание психологической помощи населению предполагает наличие профессионалов, к которым можно обратиться. Эффективность психологической помощи зависит от знания психологами законов психики, учёта её целостности и внутренней противоречивости, понимания взаимосвязей сознательной и бессознательной сфер. В связи с этим практическому психологу важно владеть категорией психологических ценностей и различать их виды.

До второй половины XIX столетия в философии и смежных науках ценностные свойства вещей обозначали с помощью категорий «добро», «зло», «польза», «вред», «красота», «уродство» и т.д. [1].

В работах великих философов и психологов (Аристотель, А. Маслоу, А. Шопенгауэр, Э. Фромм, Эпикур, Т.С. Яценко) ценности человека рассматриваются как наиболее важная категория в познании сущности человека. В работах устанавливается взаимосвязь ценностей субъекта с мотивацией действий, поведением, самореализацией, счастьем, что говорит о важности и необходимости дальнейшего исследования этой категории психики.

Цель работы состоит в изучении философской и психологической литературы в ракурсе исследования такой категории психики человека, как ценности, с акцентом на изучении глубинно-психологических ценностей, которые определяют направление психической энергии [2].

В словаре практического психолога указывается на три формы существования ценностей, одна из которых представляет социальные ценности, которые «преломляясь через призму индивидуальной жизнедеятельности, входят в психологическую структуру личности как ценности личностные — один из источников мотивации её поведения» [3]. Важным является познание субъектом собственных личностных ценностей, обуславливающих его поведение в аспекте реализации истинных потребностей.

Э. Фромм в ракурсе рассмотрения общей проблемы человеческой мотивации приходит к выводу, что «...в то время как потребность в системе ориентации и поклонения является общей для всех людей, конкретное содержание таких систем различается. Различия в них определяются различиями в ценностях» [4]. При этом отмечается, что «зрелый, продуктивный, рациональный человек будет стремиться к выбору такой системы, которая позволит ему быть зрелым, продуктивным, рациональным». Человек незрелый «вынужден возвратиться к примитивным и иррациональным системам, которые, в свою очередь, ещё более усиливают его зависимость и иррациональность».

А. Маслоу отмечает, что «высшая природа человека, его идеалы, устремления и способности опираются... на инстинктивное удовлетворение» [5]. Аристотель писал, что всякое наслаждение предполагает какую-либо деятельность. Получение удовольствия является движущим законом психики и направляет силы субъекта на действия, которые могут обеспечить удовлетворение данной потребности: «Истинные удовольствия невозможны без истинных потребностей» (Вольтер).

А. Шопенгауэр рассматривал первоначальное назначение сил, которыми природа обеспечила человека как борьбу с нуждой (первый источник страданий). При приоста-

новлении такой борьбы «незанятые» силы могут расходоваться бесцельно, что приводит к скуке (второму источнику страданий). «Незанятые» силы, по его мнению, относятся к трём основным источникам наслаждений, из которых каждый человек выбирает подходящее себе в соответствии с тем, какая из трёх физиологических сил в нём преобладает:

- наслаждения воспроизводительной силы (еда, питьё, сон и т.д.);

- наслаждения раздражительности или возбудимости (странствование, атлетические игры, охота, борьба, даже война);

- наслаждения чувствительности (созерцание, мышление, чувствование, творчество, философствование и т.д.).

Основной ценностью человека является здоровье (А. Шопенгауэр), так как базис сущности человека, а значит и счастья, представляет животная природа. При этом отмечает, что «...при здоровьи всё становится источником наслаждения; без него же, напротив...», что указывает на относительность в восприятии действительности. Наряду с физическим счастьем отмечает также огромную важность интеллектуальных личных свойств человека: «Человек высокоодарённый самую пустынную обстановку населит и оживит своими мыслями» [6].

Человек обладает как физиологическими, так и психологическими потребностями. В работах А. Маслоу рассматриваются индивидуальные личностные потребности (ценности), которые связаны друг с другом иерархически и эволюционно, и занимают свои места согласно своей силе и важности. А. Маслоу указывает на предварительном обязательном условии здорового развития — удовлетворении фундаментальных потребностей (пища, безопасность и т.д.). А. Маслоу выделяет наивысшую потребность человека — потребность в самоактуализации, которая в свою очередь связана с «поиском ценностей» при помощи «обнажающей» терапии, которые (ценности) зачастую не известны самому человеку. «Нахождение ценностей» способствует открытию субъекту своего подлинного «Я» и реальности как таковой.

Согласно психодинамической теории, разрабатываемой академиком НАПН Украины Т.С. Яценко, условные ценности — это ценности, на которые опирается защитная система, сориентированная на поддержание идеализированного «Я». Глубинные ценности, формируясь в период до 6—7 лет на латентном уровне под влиянием первичных либидных объектов, носят характер условных, «они поддерживают иллюзорное представление о себе и на поведенческом уровне реализуются способами системы психологических защит» [2]. Условные ценности интегрируются с нормативными ценностями. Возможность классифицировать условные ценности отсутствует в связи с разнообразием и огромным их количеством, а также их индивидуальностью в связи с уникальностью самого человека и его окружения.

Эффективным способом изучения глубинно-психологических ценностей субъекта, как и всей психики в её целостности, является уникальный метод активного социально-психологического обучения (АСПО), разработанный академиком НАПН Украины Т.С. Яценко. В рамках этого метода разработана методика психоанализа комплекса тематических психорисунков, предполагающая рассмотрение

33—38 авторских рисунков, объективирующих существенные аспекты психики субъекта. Психоанализ рисунков даёт возможность исследовать внутреннюю противоречивость психики их автора, что способствует расширению самосознания, самопознания и самоконтроля над своим поведением.

В процессе глубинной психокоррекции по методу АСПО, кроме авторских рисунков, используются «неавторские» рисунки, в качестве которых выступают картины художников, в частности работа Н. Рериха «Мадонна Лабрис», а также полотна Д. Варена, Я. Йерки, В. Сьюдмака, Д. Тодда и др. Сюжеты картин, позволяющие протагонисту проецировать собственное содержание, способствуют презентации его внутреннего мира, в основе которого лежит внутренняя противоречивость психики. Противоречивость психики человека связана с разобщением и недостаточностью определённых взаимосвязей бессознательного и сознания, рассогласованностью потребностей «ид» и желанием субъекта их реализации в просоциальном ключе, чему способствует сформированное «супер-эго».

«Присвоенные» неавторские художественные произведения приобретают эмоциональную силу для каждого человека благодаря иницилирующей способности и силе образов, полизначности символов, что порождает индивидуально неповторимые ассоциации, которые в диалоге с психологом дают возможность проследить влияние первичных либидных объектов в формировании условных ценностей, тщательно оберегаемых базисными защитами, что даёт возможность «установить» взаимосвязи между бессознательным и сознанием. Язык сознания — знаковый, язык бессознательного — образно-символический. Профессиональная интерпретация символически презентованного материала (при понимании психологом психических явлений и категорий, знание механизмов символизации и т.д.) даёт возможность сделать язык бессознательного понятным, и открыть зашифрованную информацию её носителю.

Ещё К.Г. Юнгом показана важность рисунка для познания психики человека. Через образ, символ, архетип язык бессознательного в презентованном материализованном материале становится понятным. Архетип — это не просто отдельные образы, а инстинкт, который позволяет передавать скрытое психологическое содержание (К. Юнг), это адепт бессознательного смысла, очень важных «тайных» смыслов, которые человек не может презентовать на поверхность (Т.С. Яценко). Архетипы непредставимы сами по себе и проявляются в сознании в качестве архетипических образов и идей; это коллективное бессознательное, которое представлено в религиях, мифах, легендах, сказках, художественных произведениях. Иррациональное (бессознательное), благодаря познанию психики, имеет возможность

стать рациональным, чему способствует декодировка его скрытого мотивационного смысла. Часто мотивы действий, целей человека, озвученные им, имеют иной глубинный смысл, неизвестный самому субъекту, так как «лежит» в бессознательной сфере, тщательно оберегаемой защитами, которые, с одной стороны, несут цель реализации глубинных ценностей (базальных), а с другой, — решение адаптационных проблем индивида в социуме (ситуативные защиты, периферийные) (Т.С. Яценко).

Художественное произведение, в котором заложен духовно-содержательный смысл, помогает инициировать процесс осознания внутренней противоречивости психики, глубинное познание которой идёт в единстве сознательной и бессознательной сфер. Познание базальных форм защиты возможно при ослаблении ситуативных психологических защит, чему способствуют принципы работы группы, что создаёт атмосферу ситуативной защищённости. Условные ценности ассимилированы родительскими ценностями. Именно в эдипальный период развития ребёнка под влиянием механизмов идентификации и амбивалентных чувств к близким людям возникает тенденция «к слабости» (при этом вся психика человека подчинена закону «от слабости к силе»), что ослабляет решение просоциальных задач при использовании инфантильных способов их решения.

Дальнейшее глубинное исследование психики в её целостности (сознательное и бессознательное) с использованием художественных произведений при групповой работе по уникальному методу активного социально-психологического обучения, разработанному Т.С. Яценко открывает новые горизонты познания важных психических явлений и категорий, необходимых для понимания психики субъекта для оказания адекватной психологической помощи, кто в ней нуждается.

Список литературы

1. *Філософський словник* / Под ред. члена-кореспондента АН УРСР В. Шинкарука. — Київ, 1973. — 600 с.
2. Яценко Т.С. *Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика*. — К.: Вища шк., 2006. — 382 с.
3. *Словарь практического психолога* / Сост. С.Ю. Головин. — Минск: Харвест, 1998. — 554 с.
4. Фромм Э. *Человек для самого себя* / Пер. с англ. Э. Спировой. — М.: АСТ: АСТ Москва, 2010. — 350 с.
5. Маслоу А. *По направлению к психологии бытия*. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 158 с.
6. Шопенгауэр А. *Афоризмы и максимы: Сочинения*. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс; Харьков: Фолио, 1998. — 736 с.

Сравнительный анализ позитивной психотерапии Н. Пезешкиана и позитивной психологии М. Селигмана

КАРИКАШ В.И.

Украинский институт позитивной кросс-культурной психотерапии и менеджмента, г.Черкаassy

МОСКАЛЕНКО Л.С.

старший преподаватель кафедры психологии Полтавского национального педагогического университета
им. В.Г. Короленка, Украина, г.Полтава, e-mail: mosluds@mail.ru

Обсуждаются общие и отличительные черты позитивной психотерапии Н. Пезешкиана и позитивной психологии М. Селигмана.

Ключевые слова: позитивная психотерапия Н. Пезешкиана, позитивная психология М. Селигмана

Введение

Представителям Позитивной психотерапии очень часто приходится пояснять как клиентам, так и коллегам из других направлений суть своего названия, так как позитивная психотерапия Н. Пезешкиана воспринимается как синоним позитивного мышления и позитивной психологии.

Было бы полезно проанализировать эти понятия и найти, что объединяет позитивную психотерапию, позитивную психологию и теории позитивного мышления, и в чём их отличия. С одной стороны, это даст возможность правильно позиционировать позитивную психотерапию Н. Пезешкиана среди современных научных методов психотерапии, а с другой стороны, покажет зоны сотрудничества с представителями других «позитивных» направлений.

В отличие от эзотерически-философских теорий позитивного мышления, позитивная психотерапия и позитивная психология являются современными научными подходами. Цель статьи: выявить общие и отличительные черты позитивной психотерапии Н. Пезешкиана и позитивной психологии М. Селигмана.

Организационный аспект

Позитивная психотерапия основана в 1968 г. немцем иранского происхождения, профессором Носсратом Пезешкианом; представлена более чем в 70 странах мира; признана как самостоятельный метод современной научной психотерапии Европейской ассоциацией психотерапии (1996 г.) и Всемирным советом психотерапии (2008 г.). Н. Пезешкиан удостоен Главной медицинской премии Германии Ричард—Мартин—Прайс в области гарантии качества (1997 г.), был номинирован на Нобелевскую премию в медицине и физиологии (2009 г.).

Образовательные программы по позитивной психотерапии основаны с 1971 г. в Академии последипломного медицинского образования Медицинской ассоциации Земли Гессен (Германия). На сегодняшний день Центральным образовательным учреждением по позитивной психотерапии является Висбаденская академия психотерапии (WIAP). Только с 1974 по 2006 гг. более 38 тыс. врачей, психологов и педагогов прошли обучение методу позитивной психотерапии.

С 1997 г. проведены 5 всемирных конференций и конгрессов по позитивной психотерапии и 13 международных семинаров для тренеров.

Всемирная ассоциация позитивной психотерапии (WAPP, <http://www.positum.org>) координирует работу центров, институтов и ассоциаций позитивной психотерапии более чем в 20 странах мира (Албании, Австралии, Австрии, Боливии, Бразилии, Болгарии, Германии, Индии, Испании, Канаде, Китае, Кипре, Косово, Латвии, Литве, Македонии, Нидерландах, Румынии, России, Турции, Украине, Южной Африке, Чехии, Эфиопии). Действует также Международная Академия позитивной кросс-культурной психотерапии

(IAPP) как международная организация, поддерживающая научные и профессиональные инициативы в сферах индивидуального и социального здоровья, кросс-культурного благополучия, духовного оздоровления обществ.

Понимание позитивной психологии имеет свои кросс-культурные особенности. Так, в Америке позитивной психологией называется движение в психологии, направленное на научное исследование оптимального функционирования человека. В Украине, России и ряде стран постсоветского пространства под позитивной психологией часто понимают эзотерически-философские теории позитивного мышления, представленные работами Мирзакарима Норбекова, Натальи Правдиной, Валерия Синельникова, Александра Свияша, Георгия Сытина, Луизы Хей и других.

Позитивная психология как научный подход возникла в США в конце 1990-х годов главным образом по инициативе американского психолога Мартина Селигмана, избранного в 1997 г. президентом Американской психологической ассоциации, и его коллег Дж. Вейланта, Э. Динера, М. Чиксентмихали и др. Первая рабочая встреча по позитивной психологии состоялась в г.Акумаль (Мексика) в январе 1999 г. Главные спонсоры движения позитивной психологии — Организация Гэллага, фонд Темплтона, университет корпорации «Тойота» в США. В 2007 г. основана Международная Ассоциация позитивной психологии. На сегодняшний день проведены 2 всемирных конгресса по позитивной психологии и ряд региональных конференций. Десятки университетов и колледжей в США проявляют интерес к исследованиям в направлении позитивной психологии (<http://www.positivepsychology.org>).

В официальной переписке Н. Пезешкиан и М. Селигман пришли к договорённости об использовании названия «позитивная психотерапия» к методу, основанному Н. Пезешкианом, и названия «позитивная психология» к направлению, инициированному М. Селигманом.

Методологический и теоретический аспекты

Позитивную психотерапию и позитивную психологию как молодые научные направления объединяет изменение парадигмы традиционной психологии и психотерапии — переход от концепции болезни к концепции здоровья. Н. Пезешкиан писал: «В ходе транскультурных исследований мне удалось установить, что во многих восточных странах врачу выплачивался гонорар до тех пор, пока его «пациент» оставался здоров. При этой древней восточной системе здравоохранения врач был ориентирован, прежде всего, не на лечение болезни, а на поддержание здоровья. Эти наблюдения и размышления побудили меня к созданию такой концепции, которая во главу угла ставит не болезнь, а здоровье. Вместо *психопатологии* повседневной жизни, как писал Фрейд, на основе существующих ценностей и современного развития психотерапии для нас вырастает задача создания *психотерапии* повседневной жизни» [7, с.14—16]. По мнению М. Селигмана, на протяжении последних 60 лет цель психологии и

психиатрии состояла в том, чтобы сделать несчастных людей менее несчастными. Психологи прекрасно овладели тем, как из состояния (5) привести человека в состояние (1) или даже (0), но как из состояния (0) или (+2) прийти в точку (+5) или (+7)? М. Селигман доказывает, что психология должна, во-первых, сосредотачиваться на сильных сторонах личности, а не на слабых; во-вторых, интересоваться «построением» лучших вещей в жизни, а не «ремонтom» худших; в-третьих, концентрироваться на том, чтобы сделать жизнь обычных людей более наполненной и развивать их таланты [11].

Важным объектом исследования в позитивной психотерапии и позитивной психологии является потенциал человека: базовые и актуальные способности (Н. Пезешкиан) [5–7], достоинства и добродетели личности (М. Селигман) [10, 11] (таблица).

Представители обоих направлений проводят психофизиологические исследования взаимосвязи активностей правого и левого полушарий мозга. Так, в позитивной психологии при исследованиях происхождения положительных эмоций было установлено, что основой переживания человеком счастья является именно взаимосвязь активностей обоих полушарий головного мозга [11]. В позитивной психотерапии для активизации обоих полушарий в работе с клиентом используются рассказывание притч, историй, афоризмов, пословиц и анекдотов, создание метафорических образов и т.п. [5–7].

Значимое место в позитивной психотерапии и позитивной психологии отводится изучению социальных институтов. Н. Пезешкиан отмечал, что «психотерапия до недавнего времени занималась индивидом и укреплением его «Я»-функции, тогда как качественные характеристики отношений в партнерстве, в семье и в отношениях к непосред-

ственно значимому социальному окружению вовсе не рассматривались» [5, с.219]. Позитивная психотерапия Н. Пезешкиана рассматривает стадии взаимодействия и формы партнерских отношений, анализирует модели подражания: Я, Ты, Мы, Пра-Мы. Одним из трех основных разделов позитивной психологии М. Селигмана является изучение позитивных социальных институтов, таких как демократия, здоровая семья, свободные средства массовой информации, здоровая среда на рабочем месте, здоровые локальные социальные сообщества и т.п.

И в позитивной психологии и в позитивной психотерапии поиск смысла, вера, духовность рассматриваются как важные аспекты жизни личности и условие её психологического благополучия [5–8].

В то же время, позитивная психология и позитивная психотерапия имеют ряд существенных отличий.

Позитивная психология — это прежде всего программа эмпирической психологии, инициированная М. Селигманом, динамичная, бурно развивающаяся дисциплина, в которой борются (и, одновременно дополняют друг друга) две традиции: научно-психологическая когнитивно-поведенческая (по методу исследования) и гуманистическо-психологическая (по содержанию исследуемого). Некоторые историки позитивной психологии указывают на следующую последовательность «революционных вызовов»: гуманистическая психология — вызов психоанализу и бихевиоризму, позитивная психология — вызов гуманистической в направлении большей научности [9].

Позитивная психотерапия Н. Пезешкиана — это ресурсно-ориентированная и кросс-культурная форма психодинамической психотерапии европейской традиции, интегрирующая прогрессивные гуманистические и когнитивно-поведенческие идеи [10]. Это развитие психодинамической

Таблица

Потенциал личности в терминах позитивной психотерапии Н. Пезешкиана и позитивной психологии М. Селигмана

Позитивная психотерапия Н. Пезешкиана	Позитивная психология М. Селигмана
<p><i>Первичные актуальные способности:</i> принятие / любовь; терпение; время; пример; доверие; контактность; нежность; сексуальность; уверенность в правоте; уверенность в способностях; сомнение; надежда; смысл / вера; единство / целостность</p> <p><i>Вторичные актуальные способности:</i> аккуратность / порядок; чистоплотность; бережливость / экономность; точность; пунктуальность; вежливость / сдержанность; открытость / прямота / честность / искренность; верность; послушание; справедливость; целеустремленность; прилежание / старательность / трудолюбие; надежность; обязательность</p>	<p><i>Мудрость, знания:</i> креативность (оригинальность); любознательность (интерес, поиск нового, открытость опыту); беспристрастность (справедливость, критичность мышления); любовь к познанию; точка зрения (мудрость)</p> <p><i>Гуманизм:</i> социальный интеллект (эмоциональный интеллект, личный интеллект); доброта (великодушие, забота, сострадание, альтруистичная любовь, «правильность»); любовь</p> <p><i>Мужество:</i> настойчивость (упорство, прилежание); живость (интерес, энтузиазм, энергия); храбрость (доблесть); целостность (подлинность)</p> <p><i>Справедливость:</i> гражданство (социальная ответственность, лояльность); честность; лидерство</p> <p><i>Трансценденция:</i> благодарность; духовность (религиозность, вера, миссия); оценка красоты и совершенства; чувство юмора; надежда (оптимизм, ориентация на будущее)</p> <p><i>Умеренность:</i> благоразумие, предусмотрительность; смирение/скромность; саморегуляция (самоконтроль); прощение и милосердие</p>

психотерапии, основывающееся на концепции позитивного видения человека.

Это методологическое отличие отражено и в происхождении названий: позитивная психология происходит от слова «позитивный», а позитивная психотерапия — от латинского слова «positum», что означает фактический, данный, тот, что есть на самом деле, целостный.

Позитивная психология М. Селигмана изучает исключительно положительные вещи:

- 1) субъективное ощущение счастья (позитивные эмоции — наслаждение, удовлетворение жизнью, чувство близости, конструктивные мысли о себе и своём будущем);
- 2) высшие индивидуально-психологические человеческие качества (мудрость, любовь, духовность и т.д.);
- 3) позитивные социальные институты [8, 11, 12].

Позитивная психотерапия Н. Пезешкиана направлена на активизацию первичных и вторичных актуальных способностей человека. При этом конфликтная природа личности не игнорируется, а конфликты (актуальные, базовые), макро- и микротравмы рассматриваются как потенциал развития человека. Основными принципами позитивной психотерапии являются принцип надежды, принцип баланса и принцип консультирования и самопомощи [5—7]. Позитивная психотерапия является современным краткосрочным конфликт-центрированным методом психотерапии, представители которого придерживаются взгляда на природу человека как на целостное триединство телесного, душевного и духовного (восточное видение), при этом научно рассматривают вопросы о взаимовлиянии соматических, психических и духовных феноменов (западное видение). Кросс-культурное видение является одним из основополагающих постулатов метода позитивной психотерапии.

Научный аспект

В основе позитивной психотерапии лежат клинические психодинамические исследования в Европе и кросс-культурные исследования 22 культур, проведённые Н. Пезешкианом и его коллегами. В Германии были организованы лонгитюдные научные исследования эффективности позитивной психотерапии при участии 450 пациентов и 37 терапевтов на протяжении более пяти лет. На данный момент по позитивной психотерапии защищены близко 20 диссертаций, опубликовано более 280 статей в ведущих научных журналах, 26 книг переведены на 24 языка.

Позитивная психология развивается прежде всего как новая открытая программа для эмпирических исследований по психологии. Её постулаты основываются на данных академических исследований, проводимых университетами США.

Методический аспект

Методологические и теоретические отличия позитивной психологии и позитивной психотерапии находят своё продолжение и в методике оказания психологической помощи человеку. В позитивной психологии разработано и продолжает разрабатываться большое количество тестовых психодиагностических методик, например, «Общий опросник счастья», «Опросник подлинного счастья», «Тест на благодарность» и т.п. [8], которые широко используются в различных научных и прикладных исследованиях. В этом аспекте проявляется когнитивно-поведенческая объект-ориентированная исследовательская методология позитивной психологии.

В позитивной психотерапии в психодиагностике преимущественно используется не метод тестирования, а метод опроса («Дифференциально-диагностический опросник», опросники при 41 различном расстройстве) [7], в соответствии с методологией субъектного психотерапевтического подхода исследования личного опыта клиента. Стандарти-

зированным является Висбаденский опросник позитивной психотерапии и семейной терапии (WIPPF).

Практика психологической помощи позитивной психологии основывается на следующем предположении: если человек посвятит жизнь развитию своих позитивных качеств, его недостатки и проблемы уйдут сами по себе либо приобретут для него не столь болезненную значимость. В своих работах М. Селигман предлагает клиентам большое количество разнообразных упражнений на развитие позитивных чувств, связанных с прошлым, настоящим и будущим, например, упражнения развитие на благодарности, на оценку прожитого («Траектория жизни») и др.

В позитивной психотерапии психологическая помощь осуществляется по технологии пяти шагов:

- «Наблюдение / Дистанцирование» — рассмотрение ситуации с разных сторон, видение целостной картины происходящего;
- «Инвентаризация» — анализ широкого контекста жизни клиента, поиск истоков и механизмов актуального и базового конфликтов;
- «Ситуативное ободрение» — поиск и активизация ресурсов клиента, формирование надежды и веры в себя;
- «Вербализация» — определение фокуса необходимых изменений (на основе проведённого анализа на втором шаге), принятие клиентом ответственности, планирование шагов конкретных действий;
- «Расширение целей» — перенос решений в жизнь, постановка целей на будущее, обучение клиента самопомощи.

Можно сделать вывод, что работа с клиентом в русле позитивной психологии ограничивается преимущественно тем, что в позитивной психотерапии называется принципом надежды и реализуется на первом («Дистанцирование»), третьем («Ситуативное ободрение») и пятом («Расширение целей») этапах работы с клиентом. С точки зрения позитивной психотерапии принцип баланса в практике позитивной психологии не соблюдается.

И позитивная психология и позитивная психотерапия имеют широкое прикладное приложение.

В позитивной психологии в основном проводятся эмпирические исследования на разнообразную тематику, например, «Что такое счастливое Рождество?», «Какие высшие человеческие качества являются позитивной альтернативой жадности?», «Как позитивные эмоции могут предотвратить людей от депрессии и ощущения одиночества?», «Как влияет настроение человека на функционирование его иммунной системы?», «Какова специфика моделей позитивного личностного развития?». Такие острые социальные проблемы как глобализация, современная экономическая и политическая жизнь также находятся в центре внимания исследователей в области позитивной психологии [9].

Можно предположить, что практика в парадигме позитивной психологии скорее направлена на первичные изменения клиента на симптоматическом уровне (актуального конфликта), а позитивная психотерапия, в зависимости от целей психотерапии, может затрагивать как актуальные макро- и микрособытия жизни клиента, так и уровни внутреннего и базового конфликта или темы связанные с трансформацией экзистенциальной идентичности [1].

Позитивная психотерапия — это метаподход, который направлен как на психологическую помощь (психотерапевтический аспект), так и на воспитание (педагогический аспект), обучение взрослых (андрагогический аспект), социальную работу (социальный аспект), развитие межкультурного сознания (кросс-культурный аспект), взаимодействие и интеграцию разных психотерапевтических направлений (интердисциплинарный аспект). Также этот метод успешно применяется в сферах управления персоналом, клиентинга и коучинга.

Позитивная психотерапия Н. Пезешкиана провозглашает идею объединения различных методов психотерапии. В связи с этим, на наш взгляд, целесообразным является установление и поддержания диалога не только с представителями, например, психоанализа, клиентцентрированной, поведенческой или других методов психотерапии, а и с коллегами из позитивной психологии.

Список литературы

1. Карикаш В. Пять вершин на жизненном пути: терапия посредством трансформации экзистенциальной идентичности // *Позитум Украина: Научно-практический журнал*. — 2009. — №3. — С. 11–22.
2. Леонтьев Д. Психология — наука о нарушениях? // *Цит. [22.07.2010]* Доступный из < http://positivepsychology.ru/history/leontiev_article.htm#more >
3. Москаленко Л. Позитивная психология и позитивная психотерапия: общее и отличия // *Позитум Украина: Научно-практический журнал*. — 2011. — №4 (Спецвыпуск). — С. 140–147.
4. Москаленко Л.С. Потенциал личности в позитивной психологии и психотерапии // *Потенциал личности: комплексная проблема: Материалы Десятой Междунар. конф. 29 апр. 2011 г.* / Отв. ред. В.Н. Косырев; М-во обр. и науки РФ, ГОУВ-ПО «Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина». — Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р.Державина, 2011. — С. 31–35.
5. Пезешкиан Н. 33 и 1 форма партнерства / Пер. с нем. — М.: Институт позитивной психотерапии, 2005. — 288 с.
6. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт / Пер. с англ., нем. — М.: Март, 1996. — 336 с.
7. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.
8. Селигман М.Э.П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни / Пер. с англ. — М.: София, 2006. — 368 с.
9. Шапиро А. Позитивная психология // *Цит. [22.07.2010]* Доступный из < www.krugosvet.ru/enc/gumanitarnye_nauki/psihologiya_i_pedagogika/POZITIVNAYA_PSIHOLOGIYA.html >
10. Henrichs C. Positive psychotherapy and positive psychology // *5th World Congress of Positive Psychotherapy. — Abstract book.* — P. 78–79.
11. Seligman M. 11th Reason to be Optimistic // *Цит. [25.07.2010]* Доступный из < http://www.ted.com/talks/martin_seligman_on_the_state_of_psychology.html >
12. Sonnenmoser M. Positive Emotionen, Engagement und Lebenssinn // *Deutsches Arzteblatt.* — PP. — Heft 7. — Juli 2007. — S. 312–314.

Comparative analysis of positive psychotherapy by N. Peseschkian and positive psychology by M. Seligman

KARIKASH V.I.

Ukrainian Institute of Positive Cross-cultural Psychotherapy and Management, Cherkassy

MOSKALENKO L.S.

Poltava, V.G. Korolenko National Pedagogical University

Similarities and differences of Positive Psychotherapy by N. Peseschkian and Positive Psychology by M. Seligman.

Key words: Positive Psychotherapy by N. Peseschkian, Positive Psychology by M. Seligman

Применение метода интегративно-метафорической терапии в групповой работе

КЛИМОВА Е.А.

частный практикующий психолог-консультант

Приводится краткое описание метода интегративно-метафорической терапии, основанной на соединении современных методов психотерапии и народных ремесленных и рукодельных традиций. Описывается сущность метода и структура формирования группового терапевтического процесса. Автор предлагает метод интегративно-метафорической психотерапии в качестве мягкого экологичного метода работы с женскими кризисными состояниями. Коллективное творчество представлено как способ исцеления души и возможность преобразования себя.

В современном обществе при быстром темпе жизни и жестких условиях конкуренции у людей всё больше и больше проявляется интерес к теме идентичности и народной культуре. Именно в корнях, у предков, мы можем взять силы и энергию, чтобы не только как-то выживать, но и полноценно жить. Эта сила помогает нам чувствовать собственную наполненность, внутреннее спокойствие и уверенность.

Соединяя современные знания в области психотерапии и древние традиционные знания, мы получаем возможность значительно обогатить нашу терапевтическую практику работы с клиентами. Интегративно-метафорическая модель терапии представляет собой мультимодальную авторскую психотерапевтическую программу, которая позволяет мягко и экологично на метафорическом символическом уровне проживать важнейшие личностные трансформации. Построение метафоры, наделение её символизмом и материализация позволяют максимально точно конкретизировать проблемную область клиента, при этом не только диагностировать, но и расширить возможности для коррекции. Язык метафоры и символов, кукол и сказок, красивейших вышивок и узоров позволяет максимально мягко и адекватно устранить сопротивление рационального мышления и прокладывает путь напрямую к подсознанию. Работа с натуральными материалами — будь то шерстяные нитки или мягкая ткань, колючее мочало или шелковистая кудель льна, горячий воск или жидкие краски — помогает наладить связь между разумом и телом, что чрезвычайно полезно для людей в наше время. Этот процесс хорошо заземляет, «возвращает в тело» благодаря большому количеству не всегда обычных тактильных ощущений, увлекает и помогает более близко познакомиться с собой и своим внутренним миром.

Учитывая рукодельную специфику данного метода, стоит отметить, что основными клиентами и потребителями метода интегративно-метафорической терапии являются женщины, и надо сказать, они достигают ощутимых результатов, хотя мужчины, пусть и не в таком количестве, как женщины, также присутствуют на наших мероприятиях. Метод интегративно-метафорической терапии, благодаря работе с метафорой и образом, является очень гибким и практически не имеет противопоказаний, он применим во многих сферах работы практического психолога и психотерапевта — и в групповой работе, и в индивидуальной терапии, как со взрослыми, так и с детьми. Хотя стоит отметить, что в работе со взрослыми клиентами этот метод применим в большей степени, так как для взрослого человека процесс материализации продукта собственного творчества более необходим и нов. Это процесс, который позволяет ему выйти за рамки своей обыденности, сделать что-то своими руками, и не только создать самостоятельно, но и, если это групповая работа, представить другим участникам. Уже только этот процесс — взаимодействие с материалами и создание своими руками чего-то нового — только это уже бу-

дет целительно для взрослого клиента, тогда как в жизни ребёнка творчество присутствует в большей степени.

Все таинство процесса начинается с постановки задачи, с прояснения запроса, формулировки вопроса, на который хочется отыскать ответ. На этом этапе используются различные методы современной психотерапии, такие, как психодрама, системные расстановки, арт-терапия, сказкотерапия и др. Пожалуй, многие методы, которыми владеет психотерапевт, могут способствовать конкретизации запроса.

Далее следует создание образа, метафорической модели — именно здесь к нам на помощь приходят рукодельные народные традиции и знания. В процессе терапии мы создаем традиционные народные куклы — не только русские, но и других народов, рисуем писанки (расписные яйца вопреки сложившемуся широкому мнению, не привязаны к весенним православным праздникам). Метафорической моделью также может выступать и вышивка, и рисунок — всё то, что создано своими руками. Клиент получает возможность через метафору представить себя, свою внутреннюю реальность — как в целом, так и некоторые её составляющие части. Например, женщина, которая желает встретить постоянного партнера в жизни и создать семью, представляет в метафоре свою семейную жизнь, причём не семейную жизнь, в целом, а именно тот образ, в котором она сама замужем. И с помощью создания и материализации метафорической модели она получает возможность «здесь и сейчас» взаимодействовать с этим образом. Сохраняя высокий уровень осознанности, она может встречаться со всеми чувствами, которые связаны с этим образом, со всеми ощущениями и мыслями. И не только наблюдать за ними, но, проживая их, ладить свой внутренний образ замужества. Стоит отметить, что традиционные народные куклы являются очень хорошим подспорьем в работе терапевта — их преимущество, в первую очередь в том, что они есть буквально «на каждый случай жизни» — и про замужество, и про детей, и про хозяйство, про богатство и удачу, про дороги и путешествия, про здоровье и лечение, про рождение и смерть. Такое разнообразие даёт возможность работать и с бытовыми вопросами, и с глубокими экзистенциальными кризисными переживаниями. Хорошо зарекомендовала себя методика интегративно-метафорической терапии с женскими кризисными состояниями. Традиционные народные практики и ритуалы, которые основываются на конкретных значениях и способствуют лучшей ассимиляции нового опыта в реальную жизнь, дали нам возможность расширить терапевтический процесс. Ритуалы и инициации используются как часть терапевтического процесса — в групповой работе это применимо наилучшим образом. При работе с группой мы можем максимально реалистично создать ситуацию, в которой участниками будет проживаться новый опыт, и где они получат возможность укрепить свою социальную и полоролевую идентичность.

Терапевтический эффект тут достигается удержанием фокуса внимания на процессе творения и сопровождающих его феноменах. В процессе терапии ничего не создается «просто так», любое действие и движение наполняется особым смыслом. Конечно, это можно рассматривать как провокацию на мистификацию происходящей реальности, но на самом деле ничего подобного здесь нет. Основная опора в придании значений происходящим явлениям лежит в феноменологии — если феномен имеет место быть именно в этом процессе, то он имеет значение. Под феноменами мы понимаем практически всё, что происходит с клиентом в процессе создания образа. Это могут быть мысли, чувства, ощущения, ассоциации, физические проявления. Физические проявления тоже могут быть различными — внешними и внутренними. Внешние, как правило, связаны с объектами вне тела клиента — материалом, из которого создается образ или кукла, например — путаются нитки, или никак не получается какой-то элемент. Внутренние, в свою очередь, связаны напрямую с телом клиента, с телесными ощущениями — это могут быть как приятные ощущения вроде прилива теплоты или жара, а могут быть и неприятными. При этом мы по возможности избегаем процесса интерпретации возникающих феноменов — это видится возможным при длительной индивидуальной терапии, где каждый феномен можно рассматривать в отдельности и как часть реальности клиента, при групповой терапии это также возможно при длительном взаимодействии. Но чаще всего, интерпретация возникающих феноменов остаётся ответственностью клиента — никто не знает его лучше, чем он сам. Высокая концентрация внимания на себе, своих чувствах, мыслях и ощущениях не всегда привычна для клиента, и порой требует от него (а чаще всего от неё) немало выдержки и сил, но именно за счёт внимательности к себе, процесса осознания происходящего в настоящем моменте и обладает максимальным терапевтическим эффектом. Например, желание участниц Мастерских или тренингов «подглядывать» за работой других, сравнивать свою работу с чужой, причём, как правило, не в свою пользу, может отражать их реальный способ поведения в жизни — подглядывание и сравнение. Благодаря фокусу внимания на этих процессах клиентки учатся опираться на себя, и свои чувства и ощущения, а не сравнивать себя с другими людьми. Эта динамика напрямую связана с групповой работой — работа в группе позволяет выявить проблемные зоны клиента в социальной области, в том месте, где заканчивается он и начинается другой человек. Совместный групповой процесс творения помогает клиенту лучше узнать себя во взаи-

модействии с окружающим миром и людьми. Использование методики при групповой работе способствует более высокому уровню осознанности у участников процесса. В группе вопрос, проблема или актуальное состояние обсуждается не «тет-а-тет» с терапевтом, а при участии других членов группы, что даёт возможность получить более широкий взгляд со стороны и обратную связь. Порой, одно только обсуждение заданной темы участниками группы уже может оказать целительный эффект для души каждого из них. Более того — коллективное занятие творчеством также хорошо влияет на состояние женщин. Принципиально важную роль в терапевтическом процессе играет осознание клиентами своих чувств. При этом в первую очередь — чувства, которые наделяются участниками «отрицательным» знаком, это могут быть такие чувства как злость, раздражение, тоска или сильная грусть. Зачастую интенсивность переживаемых чувств напрямую зависит с темой, о которой идёт речь в процессе, гораздо реже — с процессом, но всегда с самим клиентом, с его миропониманием, мироощущением.

Создание материализованной метафоры в групповой работе, особенно если речь идёт о традиционных народных куклах или других народных рукодельных традициях, помогает не только самовыражению и внутреннему спокойствию, но и приближает женщин к корням, к силе рода и предков, даёт силы и энергию для реальной современной, так быстро меняющейся жизни.

Список литературы

1. Афанасьев А. Русские заветные сказки. — М.: Эксмо, 2009.
2. Берстенева Е., Догаева Н. Кукольный сундучок. — М.: Белый город, 2010.
3. Вебер Г. Два рода счастья: системно-феноменологическая психотерапия Берта Хеллингера. — М.: Институт консультирования и системных решений, 2007.
4. Дайн Г.Л., Дайн М.Б. Русская тряпичная кукла. — М.: Культура и традиции, 2008.
5. Котова И.Н., Котова А.С. Русские обряды и традиции. Народная кукла. — СПб.: Паритет, 2003.
6. Михайлова Е.Л. «Я у себя одна», или Веретено Василисы. — М.: Независимая фирма «Класс», 2008.
7. Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко. 3-е изд-е. — М.: Психотерапия, 2008.
8. Шутценбергер А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование генограммы. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2001.

Integrative metaphorical therapy with group work

KLIMOVA E.A.

Consulting Psychologist in Private Practice

The article contains the short description of the integrative metaphorical therapy based on connection of modern methods of psychotherapy and national craft and needlework traditions. The essence of a method and structure of the forming of group therapeutic process is described. The author offers the integrative metaphorical method like a mild one to use it in the work with woman in crisis. Collective creativity is presented as a way of healing of the soul and possibility of transformation of oneself.

Программа «Толерантность» как опыт социальной терапии

КОНОВАЛОВА М.А.

Современная доминирующая в развитых странах философско-политическая парадигма подразумевает определённый образ жизни и систему ценностей. На бытовом уровне — это личная свобода, индивидуализм, высокий уровень жизни, рост потребления. На экономическом уровне — это непрерывный экономический рост, развитие, прибыль. Образ жизни, основанный на ценностях индивидуализма, неизбежно приводит к демографическому кризису, а требование непрерывного роста экономики невозможно выполнить без необходимого количества дешёвой рабочей силы. Надежда на решение этого противоречия средствами технологического прогресса на нашем историческом этапе не оправдалась. Это привело к массовой иммиграции из стран «бедного Юга» в государства «богатого Севера», и, как следствие, к обострению межнациональных и межконфессиональных отношений. Кроме этого, «высокий уровень жизни» оказался поистине главной общечеловеческой ценностью, в отличие от свободы или индивидуализма. В остальном, системы ценностей у людей разных социальных, национальных, религиозных групп, их образ жизни и мировоззрение, по-прежнему, далеки от «общечеловеческих». Рост числа людей, вовлечённых в экстремистские организации разного толка в условиях нарастающего экономического кризиса с использованием современных информационных технологий может привести, в итоге, к развитию неконтролируемых деструктивных социальных процессов. Речь идёт о возможности настоящей социальной эпидемии, угрожающей политической и социальной стабильности в ряде стран и регионов, а главное, «жизнь и здоровье человека, вовлечённого в химическую либо деструктивную психологическую зависимость, подвергаются реальной угрозе, а его патологическое поведение может представлять опасность для жизни и здоровья других людей».

В течение нескольких лет группа петербургских психологов под руководством д.пс.н., проф. А.И. Юрьева имела возможность участвовать в экспертизе и разработке программ толерантности в некоторых субъектах Российской Федерации. Изучение мирового опыта реализации подобных программ показало следующее.

Во-первых, не существует и не может существовать решения проблемы нетерпимости, как таковой. Каждое общество, на каждом историческом этапе своего развития выбирает заново явления, к которым оно будет нетерпимо. К. Поппер сформулировал «парадокс терпимости», суть которого в том, что «неограниченная терпимость должна привести к нетерпимости». При терпимости к нетерпимым, — говорит он, — последние неизбежно будут одерживать верх. «Во имя терпимости следует провозгласить право не быть терпимыми к нетерпимым... Мы должны провозгласить право подавлять их в случае необходимости даже силой».

Во-вторых, простое копирование, даже успешных зарубежных проектов, не приводит к положительным результатам. Несмотря на общие для всех стран мира процессы глобализации, экономический кризис и другие явления, обостряющие межнациональные, межрелигиозные отношения, развитие напряжённости, на каждой территории имеет свою специфику. Исторический опыт, геополитические обстоятельства, экономические условия, менталитет населения — всё это необходимо учитывать при разработке или адаптации методов социальной терапии. Так, например, две политические модели организации поликультурных сообществ — «мультикультурализм» и «интеграция» (или «ассимиляция»), часто необоснованно про-

тивопоставляются друг другу как нечто противоположное и несовместимое. США и Канада, государства, всё население которых, кроме индейцев, иммигранты, говорящие на разных языках, исповедующие разные религии, имеющие разный цвет кожи, обладают равными «историческими» правами на эту землю. Поэтому, политика мультикультурализма, наиболее адекватно отвечает интересам таких мультикультурных государств. Но, эта политика предполагает наличие у жителей иерархии идентичностей, когда человек, в первую очередь законопослушный гражданин, а уже во вторую очередь член религиозной общины или этнической группы. В этом смысле иммигранты интегрируются в новое общество. По словам доктора политических наук, ведущего научного сотрудника, директора Центра изучения проблем гражданства и идентичности Института философии РАН Владимира Малахова, «...американцы стали предпочитать, начиная с 70-х годов, говорить не о melting pot, а о salad-bowl, салатнице. В салатнице, в отличие от плавильного котла, видны нарезанные ингредиенты. Пусть они политы майонезом, тем не менее, они заметны. Поэтому человек может быть американцем русского или n-ского происхождения. А французский случай — это когда от вас ожидается полный отказ от всякой иной культурной принадлежности». В Европе, где большинство населения «аборигенное», со своей исторической памятью и культурным наследием, политика мультикультурализма адресовалась мигрантам. Владимир Малахов считает, что: «Мультикультурализм — это такой способ обращения с новоприбывшим населением (повторю, речь идёт только о Европе, Америка — особый случай), когда государство институализирует различия. Когда государство обращается с мигрантами не как с индивидами, а как с коллективами (они же — «меньшинства», они же — «этнические группы»)). Эти коллективы, или группы становятся объектами поддержки и спонсирования». Такая практика в Европе привела к культурной изоляции и отчуждению иммигрантов от коренного населения, росту взаимного недовольства и напряжённости. Именно с этим связаны нашумевшие высказывания Ангелы Меркель, Никола Саркози и других европейских политиков о провале политики мультикультурализма.

В-третьих, понимание нетерпимости как многофакторной проблемы, далеко не всегда присутствует у людей причастных к реализации конкретных социальных программ. Часто ощущается недостаток знаний относительно массовой психологии, что может привести к нежелательным последствиям в такой деликатной сфере. Порой отсутствует «панорамное» видение нетерпимости не только как психологической, морально-этической, социально-биологической, но и как политико-экономической проблемы. Необходимо учитывать, что межнациональные отношения развиваются под влиянием участников, преследующих свои, часто противоположные, экономические и политические интересы. Приходится признать, что есть влиятельные политические силы, заинтересованные в создании социальных предпосылок и развитии «социальных эпидемий», содержанием которых будет национальная или религиозная рознь. Это, по словам д.м.н., проф. А.Л. Каткова, один из основных мутагенных цивилизационных факторов: «кардинальное изменение ситуации и подходов, используемых в сфере геополитики, где появляются новые агрессивные игроки с теми же возможностями продвижения своих идей, экстремистских устремлений и глобализации влияния, которые вплоть до 70-х годов прошлого века имели лишь отдельные государства. В данной сфере совершается

подлинная и нигде не афишируемая революция в плане использования технологий управляемого социального хаоса. Такого рода технологии связаны с актуализацией и направлением в нужное русло имеющегося у существенной части населения ресурсного запроса, с выводимым отсюда вполне предсказуемым повышением уровня адаптационного напряжения и вероятностью социального взрыва. Соответственно, в ситуации индуцированного хаоса гораздо легче устанавливать новый социальный порядок, отвечающий интересам основного заказчика. Такого рода глобальная как в смысле охватываемого пространства, так и в отношении используемого арсенала средств геополитика, в свою очередь, стимулирует развитие манипулятивных психотехнологий, подпитывает индустрию производства нелегальных психоактивных веществ с понятными перспективами такого рода деятельности».

Понятие «социальные эпидемии» включает в себя наиболее деструктивные тенденции новейшего времени: эпидемию химической зависимости (алкоголизм, наркомании, токсикомании), эпидемию деструктивной психологической зависимости (тоталитарные культы и секты, экстремистские организации, игромании, компьютерная зависимость), эпидемию адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации.

В числе наиболее цитируемых факторов, способствующих вовлечению в основные типы социальных эпидемий, выделяются следующие (по мере убывания рейтинга цитируемости):

1. Тип адаптационных нарушений с проявлением синдрома деморализации:

- 1) резкое повышение агрессивности информационной среды, создающей стрессующую реальность;
- 2) существенное повышение агрессивности социальной среды — высокий уровень конфликтности в макро- и микро-социальном окружении, насилия, преступности;
- 3) прогрессирующее разрушение экологической среды, способствующее снижению уровней физического и психического здоровья;
- 4) ухудшение биологического качества и адаптационных возможностей каждого последующего поколения;
- 5) прогрессирующая деградация института семьи, способствующая эмоциональной депривации и повышению уязвимости детей и подростков, воспитывающихся в неполных семьях;
- 6) резкое повышение конкурентных требований, экологический прессинг, угроза безработицы;
- 7) потеря социальной уверенности, отсутствие ощущения личной безопасности;
- 8) цивилизационные войны, способствующие чужеродной политической, идеологической, гуманитарной, экономической экспансии и разрушающие национальные культурные уклады;

2. Тип химической зависимости (алкоголизм, наркомании, токсикомании):

- 1) широкий доступ к психоактивным веществам (ПАВ);
- 2) значительные и расширяющиеся масштабы производства ПАВ;
- 3) агрессивный характер такого рода бизнеса — использование теневых маркетинговых сетей, скрытой и открытой рекламы, возможностей информационных сетей по распространению ПАВ и др.;
- 4) активное формирование соответствующей подростковой и молодежной субкультуры через СМИ, Интернет и другие информационные каналы;
- 5) кризис традиционных ценностей, формирующих социально-одобряемое поведение восходящего поколения;
- 6) нарастающая аномия в поведении подростков и молодежи;
- 7) ухудшающаяся биологическая predisпозиция (предрасположенность);
- 8) психопатология;

3. Тип религиозного и национального экстремизма:

- 1) унижение;
- 2) чувство безысходности;
- 3) навязываемое чувство неполноценности;
- 4) агрессивный информационный прессинг;
- 5) социальная маргинализация;
- 6) цивилизационный кризис и поляризация мира;
- 7) кризис традиционных религий;
- 8) эскалация религиозных и расовых конфликтов в политических целях;
- 9) глобальные миграционные процессы;
- 10) экспорт идей фундаментализма, национализма, в том числе через информационные сети;
- 11) стихийный или организованный протест против угрозы национальной идентичности, независимости, против чужеродной геополитической экспансии;
- 12) особенности личности, психопатология.

Психологические факторы, свойства психологического здоровья — устойчивости к агрессивному влиянию среды:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Теоретическую модель для построения общегражданской идентичности и формирования позитивного жизненного сценария предложил проф. А.И. Юрьев. Существуют три возможных уровня решения всякой проблемы: рефлекторный, тактический и стратегический:

1. Рефлекторный уровень подразумевает непосредственный ответ на раздражающий стимул — напряжённость отношений между культурными группами на одной территории. Решение проблемы нетерпимости на этом уровне выглядит как пропагандистская кампания: «Нетерпимость — это плохо, это некультурное, нецивилизованное поведение, стыд и позор нетолерантным людям. Дружба — это хорошо, нужно любить и уважать всех людей». Недостаток такого подхода заключается в том, что невозможно решить ни одну задачу, хоть немного не поднышавшись над ней. Упереться в вопрос толерантности, призывая, агитируя, уговаривая людей, значит напрасно потерять время и добиться обратного эффекта. Необходимо выйти за пределы задачи и увидеть её условия шире.

2. Тактический уровень — потребности. Решая проблему толерантности на этом уровне, мы бесконечно будем говорить о том, что страна нуждается в рабочей силе, а мигрантам нужна работа, мы заинтересованы друг в друге и нам придётся сосуществовать вместе. И конечно, лучше, если это будет мирное сосуществование. На этом уровне существует опасность, что мы получим нескончаемый спор по поводу возможных альтернатив решения проблемы, сплошные возражения и раздражение (см. речь Брейвика в суде).

3. Стратегический уровень подразумевает понимание смыслов. Россия достигла своего политического могущества, культурного расцвета, научных достижений и величайших побед, когда стала поистине мультинациональной и мультикультурной страной. Почему? Потому что, это обязательное условие, без которого нации невозможно подняться на мировой уровень восприятия, осознания и решения проблем: национальных, государственных, общечеловеческих. Однако стратегический уровень подразумевает существование универсальной культуры и стройной системы ценностей, которые концентрируются в виде идеологии. Так, пролетарский интернационализм, был частью советской идеологии. Американский мультикультурализм, вырванный из контекста соответствующей идеологии и исторически сложившихся условий, неизбежно «повисает в воздухе» и становится неэф-

Таблица 1

Конкретные устойчивые и неизменные характеристики — объекты толерантности

№	Параметры	Речь	Внешний вид	Поступки	Достижения
1	Обычаи				
2	Нравы				
3	Традиции				

Таблица 2

Конкретные характеристики нового поколения людей на территории

№	Параметры	Речь	Внешний вид	Поступки	Достижения
1	Вкусы				
2	Привычки				
3	Предпочтения				

Таблица 3

Конкретные характеристики жизни конкретного человека

№	Параметры	Речь	Внешний вид	Поступки	Достижения
1	Стремления				
2	Желания				
3	Увлечения				

фективным. Проблема толерантности в России, это, прежде всего, проблема утраты населением смысла мирного сосуществования и сотрудничества различных культурных групп.

В практической плоскости решения проблемы толерантности в конкретном субъекте Российской Федерации, проф. А.И. Юревым была предложена «дорожная карта» для перехода от деклараций к конкретике, от общих декларативных фраз к практическим рекомендациям для конкретных людей, находящихся в определённой среде.

Исследуя конкретную территорию в предвосхищении интолерантных проявлений в системе межэтнических, межрелигиозных, межсоциальных отношений, надо точно знать, что конкретно уважать и принимать на этой территории. Причём, на каждой территории эти проявления человеческой индивидуальности свои, не совпадающие с проявлениями человеческой индивидуальности на всех других территориях. Проблема заключается в том, что в силу объективных причин исторического и экономического характера, во многих российских субъектах были очень размыты, а порой, и утрачены эталоны самоидентификации. Для того, чтобы интегрировать приезжих в общество, это общество надо иметь. Поэтому наши предложения были направлены в одинаковой степени, как на приезжих, так и на местных жителей. По существу, это программа реконструкции универсальной культурной матрицы, которая может «поднять» местное население и приезжих выше проявлений нетерпимости.

В целом, конкретно уважать и принимать надо:

- 1) внешний вид другого человека;
- 2) его речь;
- 3) поступки;

4) достижения, к которым он стремится и которыми он гордится.

Различия между этническими, религиозными сообществами по внешнему виду, речи, поступкам и достижениями имеют ту самую конкретную форму, которая наблюдается, оценивается и поддерживается в процессе общения людей, которые должны быть терпимы к ним.

В первую очередь, на каждой территории за многовековую историю вырабатываются свои, адаптированные к её географии:

- а) обычаи;
- б) нравы;
- в) традиции.

Они являются обязательными для выживания на этой территории, как теплая одежда в холодное время года. Они то и проявляются в конкретной внешности, речи, поступках, характерных для этой территории достижениях, которым надо проявлять толерантность. Это наиболее устойчивые и неизменные характеристики, отображающие субъективную внутреннюю жизнь территории, города, сельской местности (табл. 1).

Во вторую очередь, предметом толерантности являются такие конкретные особенности людей на территории, которые выражают специфическую сущность каждого нового поколения населения территории и характеризуют объективную сторону жизни людей, направленную во внешний мир. Мир изменяется, на каждом участке планеты люди занимаются хозяйственной и культурной деятельностью, которая адекватна времени, экономике, но с учётом географии территории. Это:

- г) вкусы;
- д) привычки;
- е) предпочтения,

которые тоже проявляются во внешнем виде, речи, поступках и желательных достижениях (табл. 2).

В третью очередь, толерантность обнаруживается в принятии особенностей жизни конкретного человека, которые связывают внутреннюю и внешнюю жизнь территории, обеспечивая её единство. Но ведущая роль принадлежит традиции территории, которая определяет сохранность и жизнестойкость его населения. Это:

- ж) стремления;
- з) желания;
- и) увлечения человека,

которые проявляются в его индивидуальном поведении.

В рамках географических, экономических, культурных возможностей, которых требует территория для выживания, каждый человек избирает свой собственный жизненный путь, требующий уважения. Это означает, что каждого конкретного человека отличает его внешний вид, речи, поступки и достижения (табл. 3).

Клетки всех трёх таблиц заполняются в соответствии с конкретными обычаями, нравами, традициями, вкусами, привычками, предпочтениями, стремлениями, желаниями и увлечениями, проявляющимися во внешнем виде, речи, поступках, достижениях жителей территории, строящей собственную гражданскую идентичность и толерантность, как её часть. В соответствии с содержанием таблиц подбираются соответствующие информационные материалы для распространения. Толерантность — это инструмент сохранения естественных условий для того, чтобы безболезненно жить, успешно хозяйствовать, быть счастливым.

Главным принципом работы в такой тонкой области, как межнациональные отношения, должен быть принцип — не навреди. Полезно вести работу по минимизации упоминаний о межнациональных проблемах. Психологические и социологические исследования, проведённые в рамках проекта И.С. Буриковой и М.А. Пушкиной, показали, что граждане России в своём большинстве толерантны. Проблема межнациональных отношений не выходит в первые ряды по рейтингам насущных проблем, однако в ситуации моделированного конфликта провоцирует резкие высказывания и дестабилизацию психологического состояния. Поэтому недопустимо в подобных программах использовать прямые и примитивные способы воздействия, грубые, резкие образы, конфликтные сами по себе. Частные критерии, которым, по нашему мнению, должны соответствовать любые информационные материалы в рамках социальной терапии, таковы:

1. *Объективность* — достоверность и полнота информации. Текст (изображение) исходит из объективной оценки ситуации в городе, измеренной научными методами и ни в коем случае, не полученной из СМИ.

2. *Прогностичность*. Текст (изображение) должен иметь прогноз его применения, который должен быть получен методом опроса экспертов по поведению человека и фокус-групп.

3. *Организованность*. Текст (изображение) должен учитывать место проблемы толерантности среди других проблем города, которые могут быть много острее толерантности.

4. *Достаточность*. Текст (изображение) должен содержать минимум необходимой информации, необходимой для выполнения его функции. Необходимо исключить его двусмысленное толкование.

5. *Ясность*. Текст (изображение) должен быть читабельным, не содержать новых для массового читателя терминов или идей, но дающим чётко спроектированные алгоритмы толерантного поведения.

6. *Конкретность*. Текст (изображение) должен быть тождественным реальному состоянию проблемы в городе в реальном времени и пространстве, не переоценивая среди других проблем.

7. *Практичность*. Текст (изображение) не должен быть абстрактным, чрезмерно обобщённым до невыполнимости, а предлагать реально выполнимые действия, которые проявляются в процессе реального поведения.

8. *Необходимость*. Текст (изображение) должен содержать всю информацию, без наличия которой невозможно достижение обозначенной цели.

Мы в своей работе стремились вызывать к высоким чувствам и мыслям, к усилению чувства собственного достоинства горожан и приезжих, стремились создать атмосферу взаимного уважения, спокойствия и уверенности в себе. Акцент ставился на правилах жизни в городе, образе жизни представителя конкретного региона вне зависимости от его национальности и вероисповедания.

Предлагаемая нами технология усиления и поддержания толерантности имеет в основе идею гармоничного целого (гармонии), которая сформулирована ещё Гераклитом Тёмным в 5 веке до н.э.: «Неразрывные сочетания образуют целое и нецелое, сходящееся и расходящееся, созвучие и разногласие, из всего одно и из одного всё образуется.» Позднее А. Тирш говорил: «Гармония есть результат повторения основной формы объекта в его частях». «Принцип повторяемости означает единство по ведущему признаку».

Все специалисты, работающие в области толерантности, говорят об опыте *гармонизации* межнациональных отношений, как главном условии перехода от политики плавильного котла к политике мультикультурализма и интеграции (ассимиляции). Ключевое слово здесь — гармонизация, которое очень слабо, пока, представлено в большинстве официальных программ, посвящённых толерантности.

Список литературы

1. Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования. — Павлодар, 2012.
2. Поппер К. Открытое общество и его враги. — М., 1992. Т. 1.
3. <http://polit.ru/article/2012/01/27/malakhov/>
4. <http://www.youtube.com/watch?v=c2YInTzRqeA>
5. <http://www.smp.no/nyheter/terrorsaken/article451361.exe>
6. Стратегическая психология глобализации: Психология человеческого капитала / Под ред. Юрьева А.И. — СПб., 2006.
7. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. — Л., 1984.

Коучинг здоровья в русле позитивной психотерапии

Н. Пезешкиана

КРАВЧЕНКО Ю.Е., САКАЛО Е.А.

Всемирная Ассоциация позитивной психотерапии,
Украинская Ассоциация позитивной психотерапии,
Институт позитивной кросс-культурной психотерапии (Украина),
e-mail: positum_ukraine@yahoo.com

Здоровье редко падает водопадом. Обычно его собирают по каплям и бережно хранят.

Древняя восточная мудрость

Первую половину жизни мы тратим своё здоровье на то, чтобы заработать денег и получать удовольствия. А во второй половине жизни мы тратим деньги и отказываемся от удовольствий, чтобы восстановить здоровье.

Современный западный афоризм

Это сколько же надо здоровья, чтобы так болеть?!

Введение

Данная статья посвящена обзору коучинга здоровья как одной из форм приложения метода позитивной кросс-культурной психотерапии в сфере охраны и усиления здоровья.

Метод позитивной психотерапии разработан немецким врачом, выходцем из Персии (Иран), Носсратом Пезешкианом (1933—2010) и является интеграцией восточной мудрости и интуиции с западной наукой и логикой — вокруг благополучия, ресурсов, способностей и здоровья человека.

Благодаря философии открытости и единства-в-многообразии, а также наличию стройной внутренней структуры (три принципа, три методические составляющие, пять шагов и т.д.) метод легко прилагается в смежных областях «человек—человек», а также интердисциплинарно интегрируется с касательными науками и сферами практики. Как пример — с коучингом, психологией здоровья и поведенческой медициной.

В 2008 г. метод позитивной психотерапии отметил своё 40-летие, а годом раньше — в 2007 г. — Носсрат Пезешкиан дважды посетил Украину. И это стало толчком и вдохновением к прогрессивному развитию и приложению метода в вопросах обучения здоровью и коучингу здоровья.

Ниже мы кратко рассмотрим историю классического коучинга и его сближение с современной психотерапией, а далее — сам коучинг здоровья.

1. Сближение психотерапии и коучинга

Очевидно, что одной из причин успеха коучинга на Западе, — начиная с 80-х годов и заканчивая сегодняшним днём, — является его клиентцентрированность и интердисциплинарность одновременно — как по происхождению, так и по перспективам приложения в смежных областях.

Кроме того, кризис образовательных и личностно-развивающих систем в современном мире, обострили запрос на клиентцентрированные и, в то же время, эффективные, результат-ориентированные, методы обучения, развития и раскрытия потенциала человека. И коучинг как инноваци-

онный, междисциплинарный подход во многом стал удовлетворять это запрос.

Кроме того, начиная с 90-х годов, коучинг перестал быть просто «удачной модной технологией», — а стал углубляться и приобретать под собой полноценный психологический и психотерапевтический базис. Очевидно, что любая человекоцентрированная практика, — в том числе и коучинг, — должна методически, методологически и, если нужно, философски, основываться на определённой концептуальной модели, отвечающей на ряд вопросов о человеке.

Сегодня в качестве таких моделей служат теории личности, предлагаемые ресурс-ориентированными методами современной психотерапии.

И поскольку современная психотерапия определяется как «рефлексивный диалог, продвигающий личность от страдания к расширению собственной идентичности и большей самореализации» и, таким образом, психотерапия уже не есть только лечением — а скорее развитием и обучением, — то она (современная психотерапия), вполне способна быть базисом для современного коучинга.

В качестве таких современных, ресурс-ориентированных методов могут выступать: транзактный анализ, клиентцентрированная психотерапия, гештальтпсихотерапия, системная семейная психотерапия, символдрама, когнитивно-поведенческая психотерапия, когнитивно-аналитическая психотерапия, позитивная психодинамическая и кросс-культурная психотерапия.

Такое положение дел, — когда коучинг как надстройка стал формой практической реализации базисных методов психотерапии, — имел ряд позитивных последствий. Одно из таких последствий — это проникновения коучинга в развивающие практики постсоветского пространства. Без психологической и психотерапевтической глубины «девяностых», коучинг как «американская практика» задавания вопросов «восьмидесятых», очевидно быстро бы исчерпал себя и перестал быть интересен для славянской и постсоветской ментальности. Однако этого не произошло — и вовремя появившийся психотерапевтический базис коучинга является этому причиной.

Другим позитивным последствием появления у коучинга такого базиса, есть расширение его возможностей для решения задач во многих смежных областях: образовании, педагогике, андрагогике, менеджменте, социальной работе, здравоохранении.

Для этого, коучингу пришлось и в другой плоскости «выйти за рамки самого себя»: ведь исторически, классический коучинг был определен его создателями (Т.Голви, Т.Дж.Леонард, Дж.Уитмор) как «персональный тренинг эффективности для деловых людей» [1]. Однако позже практикой было показано, что идеологически и методически, современный коучинг нашёл свою лучшую основу, в первую очередь, в гуманистической и клиентцентрированной парадигме и только потом в поведенческой. Таким образом, коучинг сегодня уже рассматривают не как частный случай тренинга, а как параллельную, сопутствующую аль-

тернативу. С этой точки зрения, несмотря на синонимичность перевода, коучинг — не тренинг. Но коучинг может усилить эффективность тренинга, а тренинг (поведенческий инструмент) может быть частью системного коучинга (когнитивно-поведенческий подход).

2. Интердисциплинарность коучинга здоровья

Подход коучинга здоровья является современным примером успешного приложения психотерапии и классического коучинга в одной из важных областей, центрированных на человеке — охране здоровья и раскрытии его потенциала как в жизни отдельной личности — так и целой системы: семьи, общины, организации.

Естественно, коучинг здоровья является интердисциплинарным. Но его дисциплинарные корни становятся еще более глубокими и разветвленными.

Психологически, коучинг здоровья базируется на психологии личности, социальной психологии, психологии здоровья, клинической и медицинской психологии [2].

С медицинской стороны, коучинг здоровья опирается на воззрения поведенческой и профилактической медицины [3].

С точки зрения теории личности и теории развития, коучинг здоровья базируется на персонологических моделях трёх ресурс-ориентированных методов современной психотерапии [3, 4]:

- позитивная кросс-культурная психотерапия (Н. и Х.Пезешкиан, И.Кирилов, М.Гончаров, П. Фролов, В. Карикаш, Н. Босовская, С. Кириченко);
- транзактный анализ (Э.Берн, К.Штайнер, Дж.Хей);
- гештальт-психотерапия (Ф. и Л.Перлз, П.Гудман, И.Польстер, С.Гингер, Б.Мартель).

3. Три уровня коучинга здоровья

В коучинге здоровья мы рассматриваем феномен здоровья как многогранный и многомерный феномен. Так, мы дифференцируем:

1. Объективное здоровье и субъективное;
2. Поведенческое измерение здоровья;
3. Ментальное и эмоциональное здоровье;
4. Здоровье психонейроэндокриноимунной (ПНЭИ) системы;
5. Энергетическое здоровье;
6. Экзистенциальное здоровье;
7. Экологическое здоровье.

В последние годы практики мы рассматриваем это единство-в-многообразии аспектов здоровья либо как спектр, либо как многоуровневую систему — в зависимости от необходимой глубины работы и поставленных задач.

Как пример, при наличии очевидного психосоматического компонента в заболевании, мы предлагаем рассматривать клиенту своё здоровье, благополучие и способности на 4 уровнях идентичности (так называемые нами 4 «Э-уровня»):

1. Моё здоровье на уровне *эго*;
2. Моё здоровье на уровне *эмоций*;
3. Моё здоровье на *экзистенциальном уровне*;
4. Моё здоровье на уровне *эко*.

Рассмотрение особенностей работы в этой системе не есть цель данного текста. Со временем, мы оформим это в отдельную публикацию.

Сейчас отметим лишь, что такое продвижение от первого уровня до четвертого отвечает духу времени и миссии психотерапии в современном мире — от Эго к Эко — а также новому рабочему определению психотерапии Европейской ассоциацией психотерапии: «Психотерапия — это рефлексивный диалог, продвигающий человека от субъективного страдания к расширению идентичности и большей самореализации».

Далее мы предложим трехуровневый методический срез коучинга здоровья в русле позитивной психотерапии. Методически и инструментально, коучинг здоровья имеет три уровня.

Эти уровни нами впервые были выделены и названы в 2007 г. и успешно представлены коллегам из десятков стран на мировых конгрессах:

1) Конгресс по позитивной психотерапии PositumCyprus (Кипр, Фамагуста, октябрь 2007, 25 стран);

2) Конгресс по медицине, психологии и обучению пациентов Therapeutic Patient Education (Венгрия, Будапешт, ноябрь 2008, 62 страны).

Это следующие три уровня коучинга здоровья:

1. Коучинг АКТИВНОСТИ;
2. Коучинг СПОСОБНОСТЕЙ;
3. Коучинг ИДЕНТИЧНОСТИ.

На уровне коучинга активности осуществляется специальный, сфокусированный когнитивно-поведенческий микротренинг клиента/клиентов на основе балансной модели жизни [4] с соответствующим коучинг-сопровождением и закреплением получаемых успехов и результатов. Это и есть тот уровень, на котором коучинг и тренинг работают как две взаимодополняющие и взаимоусиливающие T&D-технологии (технологии обучения и развития, англ. «training & development») [5].

Содержательно, коучинг активности направлен на развитие потенциала проактивного и сбалансированного реагирования человека на микро- и макро- стрессовые факторы жизни. Очевидно, что уже только этот уровень оказывается полезным с точки зрения уменьшения количества «червоточин», ослабляющих и блокирующих потенциал здоровья человека.

В последние годы практики коучинга здоровья, на уровне активности мы начали использовать модель «стресс-сёрфинга» (И.Кирилов, Россия) и концепцию защиты от «психовампиров» (Х.Пезешкиан, Германия). Для многих клиентов этот метафорический язык оказался полезен для определения того, что происходит с ними на уровне жизненной активности и распределения жизненной энергии — а также для соответствующих решений и успехов на этом уровне поведенческого реагирования в ситуациях стресса и эмоционального истощения.

Очевидные микроуспехи, достигаемые на поведенческом уровне, не приведут к системным изменениям в здоровье и отношении к нему (это ограниченность парадигмы поведенческой психологии и медицины) — но усилят надежду клиента на прогресс. Для более глубоких и системных изменений необходим коучинг второго и третьего уровней (способностей и идентичности).

Поэтому параллельно с этим, на более глубоком уровне осуществляется коучинг способностей. Здесь коучинг интегрируется с психологической диагностикой, «психологической коррекцией» (мы считаем сам этот термин не корректным, но используем как знак уважения отечественной психологической традиции) и психологическим консультированием. В первую очередь, осуществляется диагностика актуальных способностей, проявляемых во всех четырёх сферах жизни (не только в сфере телесного, физического здоровья) и исследуется как проявление той или иной актуальной способности в конкретной сфере влияет на динамический процесс выздоровления, восстановления и раскрытия потенциала здоровья клиента. Для дифференциальной диагностики способностей и установок с ними связанных, мы используем Висбаденский опросник и дифференциально-аналитический опросник (ДАО), [4], а также другой психодиагностический инструмент — в том числе из транзактного анализа и гештальтпсихотерапии. Выявляя «зоны ресурсов» и «зоны развития» мы получаем возможность осуществлять содержательный коучинг, — наряду с линейным (коучинг активности), — и гармонизировать потенциалы первичных и вторичных способностей клиента. Это даёт возможность с одной стороны, фасилити-

ровать изменения на уровне активности, а с другой стороны открывает доступ к самому глубокому уровню субъектных изменений — изменений на уровне идентичности.

Коучинг идентичности — наиболее глубокий, интересный и ответственный уровень работы с клиентом, с его представлениями о себе, о своём здоровье и болезни, своих возможностях и ресурсах. Этот уровень работы по своему содержанию является психодинамическим и его могут осуществлять лишь специально обученные специалисты. Здесь мы имеем более всего наблюдений, открытий и находок, которые позволяют естественно и изнутри клиенту изменяться в направлении собственной самореализации, раскрытия потенциала здоровья, расширения и интеграции здоровых идентичностей. Их публикация требует отдельной статьи, что, возможно, будет сделано нами в ближайшее время.

4. Пятишаговая стратегия коучинга здоровья

Практически коучинг здоровья может осуществляться различными алгоритмами, ориентированными на ресурсы. Но наиболее зарекомендовавшей себя в нашей практике является 5-ступенчатая модель Н. Пезешкиана [3, 4].

Она позволяет содержательно проработать запрос клиента, связанный с личностным, семейным или организационным здоровьем, стресс-копингом, эмоциональным выгоранием, а также другими темами, которые входят в круг вопросов коучинга здоровья.

5-шаговая модель является не только алгоритмом (технологический, «западный» подход), но также философией и стратегией развития («восточный» подход), воплощаемый в продвижении по пути от данности к новому результату (кросс-культурный подход). Это значит, что ради повышения самоэффективности клиента — как во время коучинга, так и в реальной жизни, — коуч-консультант может задерживаться на определённых шагах, либо проходить их быстрее, либо возвращаться для доработки на предыдущие.

5. Представленность и перспективы коучинга здоровья

В течение 2007–2011 гг. коучинг здоровья был представлен в России, Украине, Латвии, Молдове, Венгрии, Турции, Кипре. Международные тренинг-семинары посетили представители России, Украины, Индии, Китая, Турции, Германии.

Важной точкой в завершение первого этапа становления коучинга здоровья в русле позитивной психотерапии было его представление на Мировом Конгрессе по Психотерапии в Сиднее (Австралия) в августе 2011 г. Воркшоп по коучингу здоровья вызвал бурный интерес и позитивные отклики участников, более чем из 15 стран мира.

В Украине на протяжении последних трёх лет более 1500 специалистов (из них около 800 врачей) были ознакомлены с этим методом и многие активно практикуют его [3].

Метод трёхуровневого коучинга здоровья требует дальнейшего развития, профессионального обсуждения и расширения в различные сферы приложения.

С 2012 по 2015 гг. в Украине стартует очередной этап обучения коучингу здоровья в русле позитивной психотерапии врачей-эндокринологов. Планируется в течение трёх лет более близко ознакомить с этим подходом порядка 1000 врачей и системно обучить ему — 200 из них.

Приглашаем коллег к сотрудничеству и диалогу.

Список литературы

1. Харрис Дж. Коучинг: личностный рост и успех. — СПб.: Речь, 2003. — 112 с.
2. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 607 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).
3. Позитум Украина. Научно-практический журнал. — №№1–3.
4. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.: ил.
5. Кравченко Ю.Е. Тренинг и коучинг как T&D-пара // HRMagazine. — 2009.
6. Кравченко Ю.Е. Методологічні основи навчання коучінг-консультуванню у руслі Positum-підходу // Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія / За ред. С.Д. Максименка, М.В. Папучі. — Київ — Ніжин: Видавництво НДУ; ДС «Міланік», 2007. — Т. 10. — Вип. 1. — 186 с.
7. Лоуэн А. Секс, любовь и сердце: психотерапия инфаркта / Пер. с англ. С. Коледа — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2000 — 224 с.
8. Тимофієва М.П., Двіжона О.В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. — Чернівці: Книги-XXI, 2009. — 296 с.

Интегративный подход в решении проблемы психологического контакта и присутствия при удалённой психологической работе

КРАСНОШТЕЙН Е.А. практический психолог, консультативный член ОППЛ,
модератор интернет сообщества «Сами себе психологи» (<http://ru-psiolog.livejournal.com>),
Израиль. E-mail: krasnoshtein@gmail.com

Статья посвящена анализу и обобщению опыта удалённой психологической работы с помощью сети Интернет, полученного в результате регулярной семилетней практики. Показаны технические и психологические особенности контакта через информационные каналы связи, подробно рассмотрены его преимущества, сложности и ограничения. Показано, что главной задачей при преодолении сложностей удалённой работы является создание рабочего поля, которое обеспечит психологический контакт между специалистом и клиентом и создаст условия для их психологического присутствия в процессах терапии и консультирования. Приводится обоснование того, что интегративная методология, с лежащими в её основе принципом целостности и чувством подлинности, наиболее соответствует природе информационного пространства и наилучшим образом позволяет справиться с задачей создания рабочего поля. Приведены примеры адаптации методик, предназначенных для очного формата, к условиям интернет-контакта, а также показаны подходы, применимые исключительно в контексте работы через информационные каналы. В заключение говорится о неизбежности развития и расширения возможностей удалённой психологической работы и необходимости изучать это направление и использовать в целях повышения психического здоровья людей, вне зависимости от их местонахождения.

Ключевые слова: интегративный подход, подлинность, психологическое присутствие, поле контакта, удалённая психотерапия и консультирование

Введение

Вряд ли существует ещё одно достижение технической мысли, которое за столь короткий срок своего существования привело бы к столь значительным изменениям в нашей жизни, как Интернет. Эти изменения далеко выходят за рамки бытового удобства. Интернет стал важнейшим социально-антропологическим явлением современности, предложив человеку новое пространство, законы и форму бытия. При этом мы понимаем, что находимся лишь в самом начале знакомства и освоения этой новой реальности, к которой мы прибавляем всё ещё звучащее загадочно слово — «виртуальная».

Пока антропологи и философы ведут дискуссии о том, насколько реален возникающий на наших глазах информационный мир, область применения Интернета ширится ежедневно, и то, что вчера ещё казалось фантастикой, сегодня становится неотъемлемой частью повседневности.

Очевидно, что психология не могла остаться в стороне от столь значительного явления ни как академический инструмент его исследования, ни как его пользователь. Данная статья, будучи рефлексией практикующего с помощью Интернета психолога, затрагивает обе эти стороны: как инструментальную и техническую, так и исследовательскую и научную.

Предпосылки и история возникновения интернет-терапии

Удалённые формы работы существовали и до появления Интернета. Самый известный из них — так называемые «телефоны доверия» или службы экстренной психологической помощи. Однако подобные службы никогда не рассматривались, как альтернатива очной психотерапии. Их задача изначально определялась как вспомогательная, призванная снять или облегчить острые психологические состояния и, при необходимости, попытаться направить абонента на очную встречу со специалистом.

Появление и распространение Интернета значительно расширило в техническом плане возможности удалённого

общения. Количественно это изменение оказалось столь внушительным, что привело к качественным сдвигам в нашем представлении о дистанционной связи. Множество повседневных действий, которые ранее требовали от человека, как минимум, выйти из дома и посетить то или иное учреждение, теперь могут быть выполнены посредством компьютерной клавиатуры и мышки. В условиях, когда покупки, банковские и бюрократические операции и даже посещение музея можно осуществить, не поднимаясь со стула, запрос на интернет-терапию возник спонтанно и естественно и он получил такой же спонтанный и естественный ответ.

Первые опыты частного платного консультирования по Интернету относятся, по-видимому, к середине 1995 г., когда доктор Леонард Холмс (Leonard Holmes, Ph.D.) [6] создал страничку онлайн консультаций, где он отвечал на вопросы клиентов, беря за это небольшую плату, в случае, если ответ помогал. Однако, пионером того, что сегодня в англоязычной литературе называется e-therapy (и-терапия), можно считать доктора Давида Саммерса (David Sommers, Ph.D.). Он был первым, кто организовал платную Интернет-службу, предлагающую более чем ответы на отдельные вопросы, а именно долгосрочные и регулярные психотерапевтические отношения, поддерживаемые исключительно посредством Интернета. За промежуток с 1995 по 1998 гг. он вёл работу более чем с 300 клиентами, проживающими от по всему земному шару, от Арктики и до Кувейта. Уже тогда он использовал самые разные интернет-технологии, такие, как электронная почта, чат (диалог в реальном времени) и видеоконференции.

К 2002 г. в интернете уже существовало более 500 страниц, принадлежавших частным психологам и клиникам и предлагавшим удалённое консультирование и терапию. На сегодняшний день индивидуальное консультирование и терапия посредством Интернета де-факто является востребованной и принятой формой работы, конкурирующей с традиционным очным форматом. Как это часто бывает со всем, что связано с Интернетом, эта сфера развивается гораздо быстрее, чем осмысливается. Запрос в поисковой ма-

шине Гугл по словам «Online counseling» даёт около миллиона ссылок. При этом подавляющая их часть связана с предложением услуг, а не с исследованиями в этой области.

Такое распространение психологических услуг в Интернете обусловлено не только удобством и доступностью виртуального контакта. Есть и другие, не менее важные причины. Вот некоторые из них.

1. *Отсутствие иной возможности получить квалифицированную и удовлетворяющую запрос психологическую помощь.* В моей практике эта причина зачастую становится определяющей. Большинство из моих клиентов живёт не в России и не имеют никакой иной возможности общаться с русскоязычным психологом, используя общие лингвистические и культурные коды и нормы. Кроме эмигрантов к удалённой работе прибегают также и жители маленьких российских городов или деревень, где возможности найти психолога крайне бедны. Отсутствие альтернативы движет и теми, кто в силу разных причин не может посещать психолога вне дома. Это, например, молодые матери, у которых единственная возможность для беседы с психологом это часы сна их младенца, которого больше не на кого оставить, или люди с физическими ограничениями.

2. *Широкий выбор специалиста.* Мы знаем, что успех в психологической работе во многом зависит от степени совпадения личностей специалиста и клиента. Человек, ищущий психолога в Интернете, имеет беспрецедентно широкий выбор самых разных специалистов по всему земному шару. Кроме того, имеется гораздо больше возможностей составить представление о личности психолога ещё до первой сессии. Дело в том, что психологи, работающие онлайн, как правило, озабочены и самопрезентацией в Сети. Многие из них, помимо ознакомительных текстов на личных и профильных сайтах, ведут ещё и бесплатное онлайн-консультирование, давая, таким образом, возможность познакомиться с их стилем и подходом к работе.

3. *Конфиденциальность.* Без сомнения, уровень конфиденциальности при удалённых контактах значительно выше, чем при очной работе. Намного ниже вероятность появления общих знакомых, меньше возможностей для несанкционированных клиентами интервенций психолога в их частную жизнь. При онлайн-контакте клиент вполне может оставаться инкогнито, не раскрывая свои подлинные данные, включая имя и место жительства. Не раз клиенты говорили о том, что предпочли обратиться к психологу, живущему в другой стране, т.к. их запросы столь щекотливы или они столь публичны в своих городах, что не могут полностью довериться местным специалистам.

4. *Финансовая сторона.* Как правило, онлайн-работа обходится дешевле, чем очные встречи, даже если речь идёт об одном и том же специалисте. Это обусловлено, по меньшей мере, снижением накладных расходов, так как оборудование для интернет-общения обходится несравнимо дешевле, чем аренда и обустройство помещения для очных встреч.

Существуют и другие причины, подталкивающие людей к онлайн-работе, но и уже перечисленных достаточно, чтобы понять, почему она столь востребована.

Проблема психологического присутствия при удалённом контакте

Не смотря на очевидные преимущества интернет-терапии, очные встречи по-прежнему остаются основной и предпочтительной формой работы для большинства клиентов и специалистов. Отчасти это объясняется здоровым консерватизмом. Современный взрослый человек сформировался ещё до прихода эпохи Интернета и далеко не всегда чувствует себя комфортно в информационном пространстве. Кроме того, до сих пор нет достаточного количества исследований, подтверждающих или опровергающих эффективность и безопасность этой формы работы. Как ре-

зультат, государственное и частное страхование, как правило, не оплачивает онлайн-терапию, даже в развитых западных странах.

Однако главная причина, из-за которой многие по возможности выбирают встречи лицом к лицу, состоит в уровне контакта и доверия, возникающем между людьми, сидящими друг напротив друга и делящими общее пространство помещения. Контакт между психологом и клиентом это хрупкая и не вполне рациональная материя, на которую может повлиять любая мелочь. Обстановка кабинета, кресло, освещение, запах, габариты фигуры и детали одежды, поза, возможность тактильного контакта — всё это участвует в установлении связи между двумя людьми и всё это полностью или почти полностью отсутствует в условиях онлайн-взаимодействия. А, между тем, успех совместной работы во многом зависит именно от прочности и глубины такой связи. Она является фундаментом всего целостного процесса, позволяя обеим сторонам максимально присутствовать в нём и до конца проживать всё, что в нём происходит. Таким образом, ключевым моментом, при обсуждении принципиальной возможности успешной онлайн-работы, является вопрос, как добиться психологического контакта и присутствия в рабочем пространстве, когда стороны отделены друг от друга сотнями и тысячами километров и никогда не смогут протянуть друг другу руку в буквальном смысле этих слов? В нижеследующем тексте мы попытаемся дать ответ на этот принципиальный вопрос.

Объективные сложности, мешающие возникновению контакта

Прежде, чем обсуждать решение проблемы, остановимся более подробно на том, в чём она состоит. Связь через Интернет имеет ряд объективных сложностей, затрудняющих построение и поддержание контакта между сторонами. Часть из них связана с тем, что люди физически удалены друг от друга, другая часть касается технических аспектов связи.

При очной встрече задействованы все органы чувств, кроме, пожалуй, вкуса. Хотя, если сеттинг позволяет выпить чашку кофе или чая, то и вкус вовлекается во взаимодействие. Физическое присутствие в общем пространстве создаёт ощущение надёжности и прочности, *материальности* связи. Клиент может быть уверен, что его терапевт не исчезнет, если в здании вдруг произойдёт короткое замыкание или если возникнут проблемы с Интернетом. Он также знает, что если ему станет плохо, если он упадёт в обморок или с ним случится приступ истерики, то он не останется с этим состоянием один на один, его *физически* поддержат, дадут стакан воды, вызовут врача, положат на кушетку, удержат от самовредительства. Всего этого нет в удалённом общении. Даже такой элементарный, но важный жест, как подать салфетки, если у клиента выступают слёзы, невозможен при онлайн-работе. Кроме того, при удалённом формате клиент намного меньше защищён законодательством и этическими нормами, особенно если он и терапевт живут в разных странах. В этом случае человеку будет труднее «дотянуться» до специалиста в случае нарушения этических и профессиональных норм, что тоже может препятствовать раскрытию. Так же мешающим контакту фактором является разность обстановок, в которых находятся обе стороны: температура, время суток, разные фоновые шумы и присутствующие в других комнатах люди.

Кроме того, и сама связь может давать сбои. Видео звонки на базе общедоступных, популярных программ, таких, как Скайп или видеочат Гугла, пока далеко не всегда обеспечивают качественный канал. Временами возникают помехи в видео- и даже аудиосигнале вплоть до полного его исчезновения. Могут возникнуть перебои и с подсоединением к Интернету. В таких случаях разговор продолжается по

телефону, но момент прерывания связи в середине сессии является зачастую стрессовым для клиента, ведущим к потере у него ощущения присутствия в рабочем поле.

Все описанные выше проблемы не могут быть до конца устранены, т.к. они связаны с самой природой удалённой работы. Поэтому непосредственная борьба с каждой из них по отдельности может привести к некоторому количественному улучшению, но не качественному. Для того, чтобы онлайн-работа была сравнима по эффективности с традиционными формами, необходимо понять, как доступными через Интернет способами достичь того же уровня контакта и психологического присутствия в рабочем процессе, как и во время встречи лицом к лицу. Ниже я попытаюсь обосновать, что наилучший ответ на этот вопрос даёт интегративный подход. Интегративный в двух смыслах:

- в техническом, т.е. комбинирующий различные методы и модальности, творчески переработанные и адаптированные к условиям информационного пространства, вовлекающий все доступные через Интернет формы коммуникации

- в концептуальном, т.е. опирающийся на системно-целостное представление о структуре личности и её взаимосвязях с внешним миром.

Подлинность как способ преодоления не-реальности Интернета

Как уже говорилось выше, Интернет предоставил человечеству доступ в качественно новый по своим возможностям и свойствам виртуальный мир. В этом мире субъект выступает не только в пассивной созерцательной роли, как это происходит, например, при контакте с миром искусства, он по-настоящему существует, «бытует» в нём, взаимодействуя с его динамикой, проживая происходящие в нём события, наполняя его своим содержанием и контактируя с другими его обитателями.

Одним из фундаментальных отличий виртуального мира от физического состоит в том, что в нём объективная и субъективная реальность не исключают друг друга, а присутствуют одновременно в каждом его объекте. При взгляде «изнутри» содержимое этого мира не менее объективно, чем в материальном, и также не зависит от субъекта, но при взгляде извне мир Интернета предстаёт как отражение объективной реальности в коллективном сознании, т.е. как нечто субъективное по определению. С психологической точки зрения эта дуальность приводит к тому, что понятие «реальность» не может служить надёжной опорой для человека, вступающего в мир Интернета. Эта реальность зыбка, она способна появляться и исчезать почти с такой же лёгкостью, как фантазия или сон, поэтому слишком полагаясь на неё, мы рано или поздно расплавляемся тревожностью. И всё же это не значит, что в Интернете вообще нет опоры. *То ощущение стабильности и устойчивости, которое в физическом мире зиждется на осязаемости и тяжести окружающих предметов, в информационном пространстве может базироваться на чувстве подлинности.*

Чувство подлинности возникает у человека при встрече с чем-то, что откликается в его душе узнаванием, что резонирует с его личным опытом, представлениями, мировоззрением. Возникновение этого чувства при встрече с другим человеком способствует формированию стабильного канала связи и особого поля контакта, для которого естественны понимание, доверие, искренность, открытость. Присутствие в таком поле даётся легко и естественно, оно не исчезает даже тогда, когда обсуждаются сложные и болезненные темы, или когда на время рвётся или ухудшается техническая связь.

При очной встрече материальность общего с терапевтом пространства и окружающих вещей сама по себе выступает отчасти гарантом подлинности происходящего, по крайней

мере, на уровне непосредственных ощущений. При встрече в Интернете у людей остаётся лишь содержание двух внутренних миров и способность транслировать его вовне. Чтобы такая встреча переросла в эффективный целительный процесс, от специалиста требуется БОЛЬШАЯ, по сравнению с традиционным форматом, эмпатия, чуткость и настроенность на клиента. Кроме того, требуется большая открытость и готовность к творческому поиску форм работы, которые будут максимально соответствовать условиям удалённого контакта.

Подобно тому, как у слепого человека обычно лучше развиты остающиеся четыре чувства, при работе через Интернет развивается способность улавливать и чувствовать самые тонкие изменения в состоянии клиента, через интонацию голоса, выбор слов, дыхание, паузы и что-то ещё, не поддающееся описанию. Благодаря всему этому происходящее между двумя людьми приобретает подлинность, лежащую за пределами физического пространства и никак от него не зависящую. И чем на более глубоких уровнях обе стороны будут чувствовать подлинность, контакт и присутствие в общем поле, тем меньше работа в Интернете будет отличаться от той, что происходит при встрече лицом к лицу.

Подлинность и интегративный подход

Интегративный подход базируется на представлении о психике человека, как о чрезвычайно сложной, открытой, многоуровневой, самоорганизующейся системе, состоящей из бесконечного множества частей, объединённых в одно целое. Личность является формой проявления психического, средой сознания и имеет фрагментарную структуру, и между фрагментами различных областей и уровней существует конфликтное напряжение [3]. Способность личности к преодолению этого напряжения и интеграции всех составляющих её элементов является главным критерием психического здоровья. Соответственно, повышение такой способности является главной задачей психотерапии в рамках интегративного подхода.

Если, по выражению В.В. Козлова, целостность является «мировоззренческим оком» интегративной методологии, то чувство подлинности можно назвать субъективным основанием процессов интеграции. Принцип целостности постулирует значимость всех элементов, являющихся частью системы. Он, по возможности, не апеллирует к таким бинарным понятиям, как «плохой» и «хороший» или «правильный» и «неправильный». У каждого элемента есть свои причины и история возникновения, есть свои уникальные системные функции. Ни один из них не является однозначно вредным или полезным. Каждый в первую очередь нуждается в том, чтобы его признавали, слышали и понимали. И лишь тогда мы можем оценивать системную функцию элемента, её целесообразность и «вписанность» в контекст системных задач и устремлений.

Но как понять, каковы эти глобальные задачи, куда должен двигаться человек как единая система, как он как часть может быть интегрирован в более общие и глобальные системы, в мир в целом? Интегративный подход отказывается от идеи единого универсального пути, от единой истины, на которую можно было бы равняться и использовать в качестве системы координат. Каждый человек уникален и так же уникален его путь и его Видение истины. Постулируя множественность истины, мы должны предложить нечто, что могло бы служить основанием и критерием для процессов объединения и интеграции. Таким основанием является чувство подлинности. Оно позволяет нам ощущать системную согласованность разных частей как на интерперсональном, так и на трансперсональном уровнях. Будучи, с одной стороны, совершенно субъективным, оно, с другой, является самым лучшим внутренним камертоном, позволяющим соотносить себя

как единое целое с целостностью внешних объектов и всего мира.

Чувство подлинности может возникать при взгляде на природу или произведение искусства, при контакте с другим человеком, во время той или иной деятельности. При этом оно не является бинарным — либо есть, либо нет — а может проявляться с разной силой и степенью отчётливости. Психологические проблемы, подобно помехам, способны искажать эти ощущения, принимать частные, второстепенные мотивы как главные и приоритетные, видеть подлинность формы, упуская фальшь содержания. Это влияет на все стороны жизни человека, вынуждая совершать поступки, которые плохо вписываются в контекст и окружающего мира, и своей судьбы. Не имея достаточно надёжного основания для интеграции различных элементов сознания, человек ощущает, что «рассыпается», теряет почву под ногами и ориентацию в своём внутреннем пространстве.

Одной из прямых или косвенных задач, которую решает успешная психотерапия, это помочь человеку в осознании и идентификации чувства подлинности как главного внутреннего ориентира, как трансформации идеи целостности в поле субъективных переживаний. Первый и, возможно, главный опыт переживания подлинности в психотерапевтической работе, приходит при взаимодействии с личностью терапевта. От того, на сколько полно он готов принимать другого человека, на сколько искренне испытывает уважение к нему, как согласуются его представления и методы работы, то, насколько все отдельные элементы взаимодействия будут укладываться в целостную, внутренне непротиворечивую, картину и от того, насколько эта картина близка клиенту, во многом будет зависеть и конечный результат работы.

Ощущение подлинности не зависит от каналов связи, от формы, в которую облечена информация. Мы можем почувствовать подлинность в описании одного и того же явления разными людьми и разными средствами, будь то живопись, поэзия, пантомима или устный рассказ. *Поэтому, когда работа терапевта ориентирована на воссоздание в сознании клиента целостности, а подлинность служит основанием для контакта и создания связующего канала, то технические аспекты связи перестают существенно влиять на процесс.*

Возвращаясь к удаленной работе и особенностям существования в информационном пространстве, мы будем рассматривать широкий спектр методик, которые могут с успехом применяться при работе через Интернет. Часть из них представляют собой модификации уже существующих и изначально ориентированных на очные встречи, другая часть специфична для онлайн-контакта.

Примеры адаптации некоторых психологических методик к условиям Интернета

Прежде чем говорить о конкретных техниках, я хотел бы отметить общую для удалённых методов особенность. Они в гораздо большей степени, чем их традиционные аналоги, опираются на воображение. С его помощью мы компенсируем и воссоздаём то, что по техническим причинам недоступно при работе через Интернет. При онлайн-общении воображение в принципе играет более важную и активную роль, чем при встрече лицом к лицу. Мы задействуем его, чтобы дополнить те элементы информации, которые не могут быть переданы через сеть и о которых уже упоминалось выше. В силу этой особенности воображение становится мощным инструментом, и иногда мы намеренно отказываемся от видео связи или работаем с закрытыми глазами, чтобы ещё больше сосредоточиться на создаваемых в сознании образах. В такие моменты, когда голос другого человека раздаётся в наушниках, а глаза закрыты, возникает ощущение, что собеседник находится не во внешнем мире, а где-то внутри тебя. При этом ощущение ментальной близости, связи с другим человеком и присутствия в

рабочем поле чрезвычайно сильно. Его трудно сравнивать с тем, что возникает в очной работе в силу разных оттенков, но ценность его переживания и значимость для терапевтического процесса не вызывает сомнений.

Активное воображение

На мой взгляд, методы, основанные на активном воображении, наилучшим образом подходят для удалённой работы. Они, как уже говорилось выше, соответствуют самой её природе. Работа с активным воображением имеет, как правило, направленный характер. Её задача — получить опыт сознательного проживания важных для психики состояний и возможных их трансформаций. Речь идёт либо о воспоминаниях детских травматических переживаний, либо о ситуациях, в которых наиболее ярко проявляются проблемы, над которыми идёт в данный момент работа.

Хочу привести пример одного из наиболее сильных по воздействию сюжетов. Он хорошо известен и применяется, так или иначе, многими специалистами, которым, возможно, будет интересно познакомиться с его онлайн-модификацией. Речь идёт о диалоге с внутренним ребёнком.

Изначально я предупреждаю клиента о том, что мы будем выполнять некое упражнение, поэтому прошу сесть наиболее удобно и комфортно, закрыть глаза и представить себя в раннем детстве, в возрасте 3—5 лет. Это может быть воспоминание о конкретных событиях или фантазия о том, как бы это могло выглядеть. Задача первой части упражнения состоит в том, чтобы постепенно создать в воображении клиента типичную ситуацию, в которой он, будучи ребёнком, систематически испытывал травмирующие переживания, с которыми он не в состоянии был справиться и которые сформировали в нём специфические психологические защиты и паттерны поведения. Как правило, такая картина воссоздаётся довольно быстро и человек получает возможность описать чувства этого ребёнка, глядя на них «извне». Затем я прошу описать их собственные чувства в данный момент. Далее я часто использую технику, заимствованную из психодрамы, когда клиент ведёт диалог между собой — маленьким ребёнком и собой нынешним, взрослым, перемещаясь из одной роли в другую. Задача на этом этапе состоит в том, чтобы человек в качестве взрослого почувствовал потребность и способность защитить маленького ребёнка и дать ему ощущение безусловного принятия, а в качестве ребёнка почувствовал возможность открыться, пережить и проявить свои чувства. Такая сессия длится, как правило, 40—50 минут и в её процессе клиент переживает глубокое погружение в мир своих чувств, доступ к которым был нарушен или затруднён в детстве. Оставшееся время посвящается анализу и интерпретации пережитых ощущений.

Театр Архетипов

Это методика для коучинга и самокоучинга, краткосрочной системной терапии для функциональной психодиагностики, разрешения конфликтов и формирования позитивной модели будущего путем наведения порядка в системе базовых жизненных ролей человека в специальном структурированном пространстве. Методика основана на двух основных идеях.

Якоб Леви Морено — основоположник психодрамы: личность — это совокупность ролей. Любая психологическая проблема в основе своей связана с неспособностью адекватно сыграть определенную роль. А этому — можно научиться.

Карл Густав Юнг — основоположник глубинной психологии: архетипов столько, сколько типичных жизненных ситуаций [5].

В оригинале работа по этой методике основывается на разделении физического пространства помещения на пять позиций — домов, каждый из которых принадлежит одной

из пяти базовых жизненных ролей: Принца, Воина, Мага, Короля и Шута. Человек, переходя из «дома» в «дом», идентифицируется с одной из ролей и с её позиции рассматривает и анализирует работу всей системы и роли, в которой он находится.

Эта методика является как удобным диагностическим инструментом, так и терапевтическим с очень широким спектром применения. Имея успешный опыт работы по этой методике в очном формате, я попытался применить её в режиме онлайн. Но, как и следовало ожидать, использование пространства помещения не совместимо с контактом через Интернет. Тогда, по предложению автора методики, И.А. Чегловой, я заменил физическое пространство комнаты на чистый лист бумаги, на котором клиент, следуя объяснениям, наносит разметку «домов», а потом, глядя на этот лист, мысленно передвигается в этом воображаемом пространстве. После этой модификации методику удаётся использовать и при удалённой работе, получая замечательный результат, сравнимый по эффективности с тем, что даёт её оригинальный вариант. Как показывает опыт, после 2—3 сессий, посвящённых работе с Театром Архетипов, практически отпадает необходимость использовать лист. Мы просто используем понятия методики как метаязык, точно и ёмко описывающий классы обсуждаемых явлений. Если же возникает необходимость вернуться к передвижению в пространстве «домов», то для этого оказывается вполне достаточно только воображения.

Психокатализ

Психокатализ — это метод регуляции психических процессов и восстановления эффективной саморегуляции организма через погружение внимания человека в телесные и пространственные ощущения, связанные с переживаниями [2]. Не смотря на то, что этот метод во многом ориентирован на телесные ощущения, практика его применения в удалённой работе показывает, что он может успешно применяться и в онлайн формате. Дело в том, что метод основывается на идее о целостности нашего организма и его способности самостоятельно исцелять последствия полученных травм, как физической природы, так и психологической. Иногда такое исцеление происходит естественно и без какого-либо вмешательства извне, а иногда не осознанные и не пережитые до конца чувства и эмоции «застревают» в психике и в теле в виде очагов деструктивной энергии, мешающей полноценной самореализации и продуцирующей широкий спектр негативных эмоций. Избавление от таких болезнетворных очагов возможно силами самого организма, если помочь человеку сконцентрировать на них своё внимание, активизировав таким образом естественные процессы саморегуляции. Воздействие психотерапевта в этом случае подобно действию катализатора в химической реакции.

Этот метод так же, как и описанные выше, во многом построен на воображении. Как и при работе с активным воображением, даже видео связь часто оказывается ненужной. Основная часть процесса происходит с закрытыми глазами, т.к. человек сосредоточен на своих внутренних ощущениях. Мне тоже легче наблюдать за происходящим, закрыв глаза и погружившись в ощущение контакта с клиентом. Это является одной из причин успешного применения метода в удалённом формате, вторая причина состоит в том, что основную работу производит сам человек и его организм, а внешнее воздействие может быть минимальным. Обычно после 1—3 сессий по методу психокатализа клиенты начинают применять его самостоятельно, помогая себе преодолевать характерные деструктивные состояния.

В своей практике я использую метод психокатализа как вспомогательный инструмент, способствующий преодолению психосоматических болей и специфических дискомфортных состояний. Применение метода даёт неизменно положительный результат, обогащая клиентов новым знанием о возможностях своего организма и навыком самопомощи.

Дополнительные характерные для удалённой работы аспекты

Помимо подходов, разработанных и изначально предназначенных для очных встреч и адаптированных под онлайн-формат, в работе через Интернет существуют и свои специфические методы.

Работа с текстом

Интернет изначально был преимущественно текстовой средой. Несмотря на то, что его содержимое становится всё более мультимедийным, текст по-прежнему остаётся главным средством передачи и хранения информации. Поэтому для людей, связанных посредством Интернета, использование текста является чем-то гораздо более естественным и органичным, чем для тех, кто контактирует в реальности.

На практике это проявляется в широком спектре текстовых взаимодействий. Так, я предлагаю клиентам писать в промежутках между сессиями письма, одно-два в течение недели, если появляется такая потребность, и многие так и поступают. Такие письма не требуют развёрнутых ответов, они скорее фиксируют проделанную работу и обозначают вопросы и темы для следующей сессии. Тем не менее, я всегда отвечаю на эти письма по возможности конструктивно, давая обратную связь на описание чувств и мыслей и задавая вопросы для дальнейшей работы. Кроме того, иногда мы обмениваемся короткими сообщениями, в которых в экспресс режиме я оказываю помощь или поддержку в сложной или острой для клиента ситуации.

Как ни странно, благодаря этим возможностям создаётся ощущение большей, в пространственном смысле, близости, чем при традиционной форме общения. Отправить текстовое сообщение ментально намного проще, чем позвонить. Его можно послать в любое время суток, не рискуя разбудить или помешать, и оно не требует немедленного ответа. Для клиента знание того, с какой лёгкостью он может обратиться за поддержкой, порой уже порой само по себе является достаточной поддержкой.

Кроме писем и сообщений мы можем обмениваться ссылками на различные интернет ресурсы или цитаты, содержащие тексты, которые так или иначе связаны с содержанием работы. Это могут быть фрагменты переписки со значимыми людьми, их странички в социальных сетях, примеры диалогов, в которых клиент не знал как себя повести или вызвавшие в нём неадекватную реакцию и так далее.

Активный свидетель

Эта техника уникальна для интернет-работы. Теоретически она может быть использована и при очном формате, но практически это настолько сложнее, что делается недоступным в рамках обычной консультационной или терапевтической работы. Техника предназначена для решения проблем возникающих в значимых взаимоотношениях.

Суть техники состоит в том, что благодаря Интернету специалист может в режиме реального времени быть незримым, но активным, участником в значимом для клиента диалоге. Как правило, речь идёт об общении, в котором проявляются деструктивные психологические механизмы и паттерны поведения, анализ и работа над которыми происходит во время обычных сессий. Эта форма принципиально отличается от обсуждения подобных событий постфактум. Здесь специалист имеет возможность влиять на поступки ещё до того, как они совершены, помогая клиенту идентифицировать и осознать, происходящие в его психике процессы. Он как бы берёт на себя роль внутреннего наблюдателя, позволяя таким образом получить новый опыт более зрелых и адекватных форм реагирования.

Разумеется, при такой работе речь не идёт о том, чтобы подсказывать, подобно суфлёру, подходящие слова и реп-

лики. Как и во время обычных сессий, основным инструментом психолога остаются вопросы клиенту и совместный анализ происходящего. Такая форма работы возможна, когда наблюдаемый диалог также ведётся в Интернете, посредством программ, позволяющих посылать друг другу сообщения, или через электронную почту. Формат подобного диалога позволяет растягивать его во времени. При общении в Сети люди готовы к тому, что ответы на их реплики могут появляться с задержкой. Современные технические средства, доступные для каждого владельца компьютера, позволяют одному человеку видеть, что происходит на экране другого, находящегося в любой точке земного шара. Таким образом, можно наблюдать за диалогом и параллельно вести его обсуждение.

Техника «активный свидетель» может быть использована также и в целях коучинга, когда клиент в своём запросе делает акцент на желаемом результате конкретных переговоров, а анализ и коррекция психологических процессов интересует его в меньшей степени. В этом случае коуч превращается в своеобразного играющего тренера, оказывая более мощную и целенаправленную поддержку клиента. В принципе, в этой технике коучинг и терапевтический подход вполне могут дополнять и усиливать друг друга, позволяя добиваться и непосредственных практических результатов в переговорах и положительных изменений во взаимоотношениях человека с самим собой.

Косвенные контакты

Для удалённой работы через Интернет характерны ситуации, когда контакт между специалистом и клиентом осуществляется не во время сессий, а опосредованно, через виртуальную жизнь каждого из них. Конечно, подобное может происходить и при традиционной форме работы, когда люди, например, пересекаются на лекциях или читают какие-то публичные тексты друг друга. И всё же в случае, когда люди связаны через Интернет, таких пересечений, как правило, намного больше количественно и качественно они могут иметь другую природу.

Происходят подобные контакты на личных сайтах, на страничках в социальных сетях, в комментариях к публичным текстам на разные темы. Интернет ещё более «тесен», чем реальный мир. В нём можно ввести данные человека и узнать о нём очень многое, если речь идёт о сколько-нибудь публичной в виртуальном пространстве личности. Можно найти почтитать его личный дневник или переписку с другими людьми, можно встретить разговоры о нём третьих лиц.

Бывает и такое, что возникает контакт, в котором только одна из сторон выступает от своего лица, вторая же действует анонимно. Например, клиент может, никак не называя себя, выложить на форуме или в онлайн-сообществе описание своих проблем и вопросы к психологам, а его терапевт будет отвечать от своего имени и участвовать в дискуссии.

Всё это делает контакт между психологом и клиентом, с одной стороны, более «герметичным», оставляющим возможность скрываться за уровнями доступа и вымышленными масками, а с другой, позволяет присутствовать в отношениях более целю и открыто. Человек, работающий с людьми, в принципе, а особенно, работающий в Интернете, должен быть чрезвычайно внимателен и осторожен, открывая свои тексты для публичного доступа. Он должен быть готов к тому, что их прочтут клиенты и будут судить по ним об их авторе. Иногда это приводит к совершенно неожиданным последствиям. Я сам веду страничку в социальной сети lifejournal, в которой размещаю свои мысли и эссе на разные темы. По этой страничке можно составить достаточно полное представление о моих взглядах на жизнь и мировоззрении. Был случай, когда одна из клиенток, прочитав одно из эссе в моём Интернет-дневнике, отказалась от дальнейшей работы. Не смотря на то, что у нас к тому моменту состоялось уже порядка 10 встреч, и сформировал-

ся продуктивный рабочий альянс, она, познакомившись с моей позицией в отношении неких политических событий, сказала, что больше не может мне доверять.

Ограничения и меры предосторожности

Несмотря на широкие возможности контактов через Интернет, мы не должны забывать об их ограничениях. Всё же есть случаи, когда удалённая работа противопоказана или должна производиться с крайней осторожностью. Так, на мой взгляд, удалённые методы подходят исключительно для психически здоровых людей, которые достаточно хорошо умеют разделять физическую и воображаемую реальность, и которые способны справиться с различными состояниями, могущими возникнуть после терапевтической сессии.

Другое ограничение состоит в использовании методов, техника безопасности которых требует непосредственной близости ведущего. Такими техниками, например, является холотропное дыхание или глубокий гипноз.

Ещё одна из мер безопасности, связанная с рисками интернет-контактов, наличие дополнительных каналов связи, в первую очередь телефонной, причём как сотовой, так и стационарной. В наши дни интернет-сообщение ещё не вполне стабильно и надёжно и время от времени в нём происходят неполадки на самых разных уровнях. Поэтому очень важно иметь возможность предупредить клиента об отмене сессии или наладить с ним «аварийную» телефонную связь, если вдруг контакт рвётся в процессе работы.

Важно также интересоваться об обстановке, в которой оказывается клиент сразу после сессии. В отличие от традиционных очных встреч, когда каждый посетитель психолога, как во время сессии, так и сразу после, находится в одних и тех же условиях клиники, при окончании онлайн-работы человек мгновенно перемещается в свою повседневность, с её факторами риска в виде агрессивного супруга, отвергающих родителей, вызывающего тревогу ребёнка и т.д. В этом случае следует уделять особое внимание завершающей стадии сессии, чтобы клиент, по возможности, был способен адекватно функционировать в окружающей его обстановке.

Заключение

Тема удалённой психологической работы столь необъятна, что охватить её в рамках одной статьи или даже книги не представляется возможным. Сама информационная среда является ещё настолько новой и не осмысленной реальностью, при этом столь быстро меняющейся и развивающейся, что гуманитарные науки заняты скорее наблюдением и систематизацией спонтанно рождающимися в ней явлений, чем их глубинным анализом и выводами.

Автор данной статьи, написанной на основе семилетней практики онлайн-консультирования, также старается быть осторожным в своих заключениях. И всё же некоторые выводы мы можем сделать уже сейчас. Первый из них состоит в том, что удалённые методы работы способны оказывать реальную психологическую помощь. Учитывая их доступность, удобство, и относительно невысокую стоимость мы можем с уверенностью прогнозировать их дальнейшее развитие. И это второй вывод.

Нравится нам это или нет, мы не в состоянии остановить или затормозить эти процессы. Поэтому единственное, что нам остаётся, это пытаться понять, как сделать онлайн-терапию максимально качественной, эффективной и безопасной. В данной статье я попытался описать свои ответы на эти вопросы. На мой взгляд, сама природа информационного пространства и объективные трудности виртуального контакта требуют от нас максимально широкого и комплексного взгляда на процесс дистанционного консультирования и терапии. Только благодаря интегративному подходу мы можем приблизиться, по своей глубинной сущности, или даже превзойти тот уровень контакта, который возникает в традиционной

работе лицом к лицу. Так это или нет, покажет время и опыт многих других специалистов, работающих через Интернет. Главное же, чтобы мы, люди помогающих профессий, способствовали тому, что количество новых технических инструментов, появляющихся у человечества, способствовало в конечном итоге, повышению качества и полноценности психологической жизни каждого отдельного индивида.

Список литературы

1. Ермошин А.Ф. *Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями*. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — 320 с.

2. Ермошин А.Ф. *Психокатализ [электронный ресурс]* / Режим доступа: [dhttp://www.psychocatalysis.ru](http://www.psychocatalysis.ru)

3. Козлов В.В. *Интегративный подход в современной психотерапии и психологии* / Новая русская психология [электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.igger.ru/teoria_problemi_vkozlov1.html

4. Масленников Р.М. *Интернет как проблема социальной онтологии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.ф.н.* — Тверь, 2010.

5. Чеглова И.А. *Презентация тренинга* / ОППЛ [электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.oppl.ru/seminariyi-i-treningi-v-ekaterinburge/teatr-arhetipov-2.html>

6. Ainsworth M. *Development of e-Therapy from 1972-2002, Consumer Survey* / Metanoia [электронный ресурс], 2002 <http://metanoia.org/imhs/history.htm>

Integrative approach to solving problems of psychological contact and presence in distance treatment

KRASNOSHTEIN E.A. Psychological counselor, consultative member of OPPL, Moderator of online community «Be Your Own Shrink», Israel. E-mail: krasnoshtein@gmail.com

The article analyses and summarizes experience in psychological treatment on the internet based on 7 years of practice. The article looks at specific aspects encountered in contact through electronic information channels, its advantages, complexities and limitations. The main challenge in overcoming the complexities is to create working field that provides the conditions for psychological contact and presence in the therapy and consulting process. The article states that the integrative methodology that is based on holistic principles and authenticity is most suitable for the nature of cyber world and provides the best tools for creating the working field. It gives examples of adaptations of methods used in conservative formats to conditions of internet contact. In addition it discusses the approaches that can only be applied in working contexts through electronic channels. In the end the article talks that the development and growth of capabilities of distance treatment is unavoidable and therefore both further research must be done in this direction and distance treatment must be applied to improve psychological health of people, independently of their physical location.

Key words: *integrative approach, authenticity, psychological presents, contact field, e-Therapy*

Основные направления развития психотерапии в России сегодня

МАКАРОВА Е.В.

Профессиональная психотерапевтическая лига, экзистенциально-аналитический психотерапевт, психоаналитик, председатель молодежной секции Всемирного Совета по психотерапии, национальный представитель Российской Федерации в Европейской психотерапевтической ассоциации. Россия, Москва — Вена, Австрия

Представляется авторское видение направлений развития психотерапии в Российской Федерации сегодня, а также различные группы профессионалов и методологические направления развития профессии. Автор дискутирует на тему возможных путей дальнейшего развития психотерапии в России, а также о возможных ролях психотерапевтов в обществе.

Ключевые слова: полимодальная психотерапия, психотерапия в России, методы психотерапии, глобализация психотерапии, популяризация психотерапии

Психотерапия в России развивается очень динамично и многосторонне. «История развития психотерапии в России содержит в себе много запретов, ограничений и путей обходов этих ограничений. Самоорганизация определяет современное состояние психотерапии не меньше, а психотерапевтической практики даже больше, чем официальная ситуация» (Макаров, 2000, с.19). Психотерапевтические сообщества быстро реагируют на общественные изменения и тенденции и вносят свой решающий вклад в теоретическое и практическое развитие психотерапии.

По мнению профессора Виктора Макарова, психотерапия в России развивается в пяти направлениях или, как говорит автор, реальностях: советская психотерапия; психотерапия проповедников зарубежной психотерапии; современная зарубежная психотерапия; современная зарубежная психотерапия, адаптированная к условиям России и российской психотерапия в системе европейской психотерапии (Макаров В.В., 2000).

По моему мнению, психотерапия развивается в России сегодня в шести направлениях.

Первое направление — это **клиническая психотерапия**.

История развития российской клинической психотерапии берёт своё начало в Советском Союзе. Ее теоретическая база основывается на тщательно разработанной клинической психиатрии 20—30-х годов нашего века. Психиатрическая психотерапия зародилась в немецкоговорящих странах, но в связи с историческими событиями, не получила своего полного развития и не пользуется большой популярностью сегодня. Российская психиатрическая психотерапия, в отличие от немецкой, практически беспрепятственно развивается и по сей день. Представителями первого направления развития психотерапии в России являются клинические психотерапевты — психиатры, получившие своё образование в Советском Союзе и их ученики.

Второе направление — это так называемые **восточные версии зарубежных методов**.

В связи с «железным занавесом» и жесткой цензурой, во время бурного развития западных методов психотерапии, у российских специалистов не было возможности обучаться им из «первых рук». Некоторым текстам и познаниям, словно эхом, всё же удавалось проникнуть в Советский Союз, в основном из Польши, восточной Германии и Литвы. Эти книги и брошюры издавались в «самиздате» и распространялись между «своими». В связи с различиями переводов и интерпретаций, а также с ментальными и общественными различиями на тот момент, некоторые теории зарубежных психотерапевтических школ приняли в Советском Союзе другое, нежели, чем в классической форме развитие. Некоторым идеям было уделено больше внимания российской интеллигенции, некоторые теории были приспособлены к особенностям русского понимания. После распада Советского Союза, когда произошли

ожидаемые встречи между учителями зарубежных школ и российскими психотерапевтами, стало ясно, что классические зарубежные школы отличаются от тех школ, которые возникли в Советском Союзе и обособленно развивались на протяжении 20 лет. В связи с качеством обоих направлений, сегодня существуют и активно развиваются, проверенные временем и клиникой, как классические версии школ, так и ортодоксальные. Представителями второго направления развития психотерапии являются первые советские не клинически ориентированные психотерапевты и их ученики.

Третье направление — **современная зарубежная психотерапия**.

После распада Советского Союза, в Россию начали приезжать учителя современных западных и восточных методов психотерапии. Их обучающие программы пользовались большой популярностью, начали открываться обучающие центры. Российские психотерапевты стали ездить за рубеж для прохождения личностной терапии и продолжения образования. Так появились так называемые «Jet Lag» терапии, когда кандидаты на получение психотерапевтического образования летали на выходные к своим учителям, чтобы за два дня получить максимальное число часов личностной терапии. Зарубежные образовательные институты выдавали дипломы, которые были признаны в основном только в стране, где находился сам институт и чаще всего, только в профессиональных кругах.

Большинство зарубежных психотерапевтов не было приспособлено к российской реальности 90-х годов и не смогло удержаться на турбулентном рынке услуг и образования. Первые психотерапевты, окончившие образование у зарубежных психотерапевтов, начали открывать свои центры. Им было легче удержаться на профессиональном рынке. Им были известны особенности своих сограждан и они быстрее ориентировались как в практической, так и организационной работе в России. Можно сказать, что представителями третьего направления развития психотерапии в России являются ученики зарубежных психотерапевтов и их ученики.

Четвёртое направление — это **русские психотерапевтические школы**.

В списке психотерапевтических методов, признанных Российской профессиональной психотерапевтической лигой, есть методы, практически не известные за пределами русскоговорящего пространства. Эти методы, основанные на российских философских школах, были специально разработаны для работы с представителями русской ментальности. В числе этих методов — диалог профессора Завьялова, основанный на идеях российского философа — А.Ф. Лосева.

Пятое направление — это **полимодальная психотерапия и система полимодальностей**.

В 1993 г., когда Россия вошла в состав европейской ассоциации психотерапии (ЕАП) встал вопрос о сертификации российских профессионалов. Учебная программа врача-пси-

хотерапевта, не предполагает образование в одном определённом психотерапевтическом направлении. Будущие врачи-психотерапевты получают общие знания сразу в нескольких направлениях и не работают в рамках одной теоретической школы, как это происходит в большинстве стран Европы.

Также и немедицинские российские психотерапевты tendируют к ознакомлению сразу с несколькими психотерапевтическими школами и набирают образовательные часы в разных психотерапевтических методах.

В 1999 г. было принято решение о сертификации российских психотерапевтов в рамках «мультимодальной психотерапии». Как и в других случаях, семечко психотерапии попало в благодатную российскую почву и выросло в большое красивое дерево, — систему полимодальностей.

В 2005 г. было принято решение отказаться от уже существующего термина «мультимодальная психотерапия», в пользу «полимодальной». Так появилась российская полимодальная психотерапия.

В.В. Макаров даёт следующее определение полимодальной психотерапии — метод психотерапии, в котором объединены теоретические, концептуальные и методологические построения, подходы и технологии выбранных модальностей психотерапии, что образует на основе их достижений новую интегративную систему психотерапии. Плюрализм выделенных методов ограничивается личным опытом (образовательным, практическим) специалиста, а также общетеоретической подготовкой и корпоративной этикой психотерапевтов. Кроме того, целостность созданной системы помощи поддерживается каким-либо одним из трёх вариантов «сборки»: **эклeктическим, интегративным или системным.**

Сегодня большинство психотерапевтов в России являются представителями полимодального направления. Это направление активно развивается не только в рамках психотерапии, но и выходит за её пределы.

Вот как описывают авторы одноимённой статьи В.В. Макаров, Г.А. Макарова, В.Ю. Завьялов и А.Л. Катков систему полимодальностей *«Многолетний опыт русскоязычной психотерапии и психологического консультирования, изучение достижений психотерапии, консультирования, традиционных духовных практик, религиозного опыта стран Европы, Азии, Северной и Южной Америки позволяет нам приступить к завершению формирования системы полимодальности, её оформлению.*

В системе полимодальности не сформировалось единой теории. Используются построения различных подходов психологии и методов психотерапии, в том числе диалогизм, методология кольцевого научного архетипа, представления позитивного прагматизма, аналитических подходов.

Проект включает пять уровней: начальный, консультативный, полный, духовный и авторский. Используется принцип сборки создания систем.

Принадлежность профессионалов, использующих и развивающих систему полимодальности, соотносится с уровнями системы. Это могут быть все специалисты, работающие с людьми, и те люди, чей профессиональный и личный успех зависит от их психологических возможностей и душевных качеств; а также психологи, коучи, психотерапевты и профессионалы, получившие специальное посвящение.

В числе технологий нашей работы — интервью и дыхательные технологии, метод кристаллизации проблем и решений, анализ психологических игр и жизненных сценариев. Это суггестивные методы и подходы, расширяющие сознание, а также формирование самореализуемых пророчеств. Это технологии диалогизма и другие.

Представляется возможным использование различных уровней воздействия: от обыденного сознания и ближайшего бессознательного до глубинного индивидуального и коллективного бессознательного и расширенного сознания.

Важно отметить, что мы работаем с человеком, семьей, группой и обществом, в целом».

Шестая реальность — развитие в рамках международных организаций или глобализации психотерапии.

Вот уже более 20 лет психотерапия в России развивается в рамках международных организаций и активно участвует в процессе глобализации психотерапии.

В начале 90-х годов прошлого века российские профессиональные сообщества начали активно сотрудничать с международными профессиональными организациями и осознанно ощущать себя частью мирового процесса развития психотерапии. В 1993 г. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ) стала официальным представителем Российской Федерации в европейской ассоциации психотерапии и начала образовательные программы по стандартам европейского сертификата психотерапевта. Таким образом, профессионалы практически всех регионов РФ получили доступ к качественному профессиональному психотерапевтическому образованию, что способствовало сильному развитию психотерапии в России и поднятию профессионального уровня отечественных психотерапевтов. Сегодня европейским сертификатом психотерапевта обладают 236 психотерапевта из России, из них 154 женщин и 82 мужчин.

В 1996 г. на первом мировом психотерапевтическом конгрессе в Вене приняли участие 40 психотерапевтов из России. На втором мировом конгрессе в 1999 г. уже официальная российская делегация состояла из 120 психотерапевтов. Во время конгресса представителями российской делегации были сделаны более 25 докладов. ППЛ стала официальным членом и представителем Мирового совета по психотерапии в РФ.

Летом 2001 г. в Москве состоялся десятый европейский конгресс по психотерапии: «психотерапия запада и востока». В нем приняли участие около 1350 психотерапевтов, более 100 из них были не из русскоговорящего пространства. В 2013 г., 12 лет спустя, в Москве вновь состоится европейский психотерапевтический конгресс в рамках первого Евроазиатского конгресса по психотерапии «психотерапия без границ: прошлое, настоящее и будущее».

В 2003 г. была сформирована азиатская федерация психотерапии. Одним из её основателей была Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига. В 2007 г., в Екатеринбурге прошел IV Паназиатский психотерапевтический конгресс. В конгрессе участвовали 850 психотерапевтов из 18 стран мира.

В 2003 г. была основана европейская конфедерация психоаналитической психотерапии. Россия снова стала одним из основателей и на данный момент российское отделение ЕКПП является самым многочисленным и активным.

Представителями этого направления развития психотерапии являются все российские психотерапевты, активно участвующие в профессиональной общественной жизни.

Заключение

Психотерапия в России развивается очень динамично и многосторонне. Не смотря на то, что официально психотерапевтами могут стать только врачи психиатры, психотерапевтическое движение в России развивается преимущественно за счёт представителей не медицинской, а гуманитарной психотерапии. Благодаря способности русских психотерапевтов к совместной работе и объединению усилий, профессиональное движение набирает силу, которой законодательные и общественные органы уже не в силах противостоять и тенденции взаимоотношений поворачиваются в сторону сотрудничества.

В современном быстроразвивающемся обществе от человека требуется всё больше и больше душевной и психической стойкости. Эпидемией нашего времени уже стала депрессия. Всё больше людей чувствуют себя «потерянными», всё меньше создаётся счастливых семей. Статистики самоу-

бийств растут с каждым месяцем, как в неблагополучных, так и в благополучных странах. Вопросы душевной жизни всё чаще волнуют граждан, но кто же способен удовлетворить эти потребности сегодня?

Российской психиатрии всё ещё не удалось избавиться от «духа» советского прошлого и восстановить доверие у российских граждан. Она также подвержена общим мировым тенденциям развития по пути психофармакологии, где всё меньше места отводится душевной жизни человека.

Несмотря на государственные программы по возрождению православной церкви, культура поклонения Богу и самой церкви очень медленно распространяется в современном российском обществе¹. И скорей всего, уже не сможет занять настолько сильной общественной позиции, как в странах, где вероисповедание является одним из главных органов объединения населения.

Получившие огромную популярность во время перестройки народные целители являются сегодня одной из главных индустрий «для души» в России. Но, несмотря на обширную пропаганду СМИ, только немногим народным целителям или экстрасенсам удастся сделать длительную карьеру. Люди, которые к ним обращаются за помощью, быстро разочаровываются в их услугах и вынуждены обращаться к другим специалистам.

В современном мире у психотерапии есть все возможности выйти из «закрытых» залов и занять свою сильную нишу в обществе. Она обладает как представлениями о душевной жизни, так и техниками и инструментами работы с ней.

Развитие психотерапии в Российской Федерации за последние 20 лет уже показало, что именно у российской психотерапии есть все шансы, чтобы выйти на этот новый уровень эволюции психотерапии.

У российской психотерапии есть своя сильная глубокая философская школа, и она открыта как для новых западных методов, так и для восточных духовных практик, а российские психотерапевты уже научились объединяться и работать вместе. Они готовы для восхождения на новый уровень профессиональной эволюции, который я вижу в системе полимодальностей.

Список литературы

1. Бурно М.Е. О российской клинической психиатрической психотерапии (ключевая лекция на III Всемирном конгрессе по психотерапии) // Консультативная психология и психотерапия. — 2002. — №3. — С. 182—192.

2. ГУДПО РМАПО (сост.). Методы психотерапии и психологического консультирования, рекомендованные министерством здравоохранения РФ // Доклад о программах повышения квалификации кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ГУДПО РМАПО для Министерства здравоохранения России, 2009.

3. Завьялов В.Ю. Диализ // Макаров В.В., Бурно М.Е. (сост.) Россия психотерапевтическая. Хрестоматия методов психотерапии и психологического консультирования, принятых в Российской Федерации. — М.: Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2011. — С. 219—254.

4. Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А., Чехлатый Е.И. Теория и практика психотерапии в России. — СПб.: Психоневрологический НИИ им. В.М. Бехтерева, 2001.

5. Катков А.Л. Миссия психотерапии в контексте идеи нового времени // Макаров В.В. (сост.). Психотерапия в Российской Федерации: миссия выполнима! // Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии. — М., 2006. — С. 45—51.

6. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд.-е. — Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.

7. Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ — точная версия // Академический проект. — М.: Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии, 2002.

8. Макаров В.В., Макарова Г.А., Завьялов В.Ю., Катков А.Л. Система полимодальностей // Профессиональная психотерапевтическая газета. — 2006. — №12 (50).

9. Макаров В.В., Макарова Г.А., Макарова Е.В. Роль психотерапии, практической психологии и психологического консультирования в развитии современного индивидуума // Профессиональная психотерапевтическая газета. — 2012. — №1 (110), январь.

10. Макарова Е.В. Дипломная работа на тему: о развитии психотерапии в Российской Федерации. — Sigmund Freud Privat Universität Wien, 2012.

11. Толоконин А.О. Современные методы психотерапии, 2011 [http://www.tolokonin.ru/library/my_monography/metodi_i_sistemy_ozdorovleniya/psiko/modern_psiko] (дата доступа: 13.08.2012).

12. European Association For Psychotherapy (EAP). Данные официального сайта [http://www.europsyche.org/regional_eap/1164/russia] (дата доступа: 13.08.2012). 2012.

13. «Атлас религий России». Проект «Арена» независимой исследовательской службы «Среда» // Огонек. — 2012. — №34/27, август, «Коммерсантъ. Издательский дом».

The main directions of development of psychotherapy in Russia today

MAKAROVA E.V.

Professional Psychotherapeutic Ligue of Russia, existential-analytic psychotherapist, psychoanalyst,
Chair of the Youth Section of the World Council for Psychotherapy, national representative of Russia at EAP,
Russia — Moscow; Austria — Vienna

The psychotherapy in the Russian Federation is many sided and has been developing very dynamically. On one side it is strongly influenced by the globalization of psychotherapy, and on the other side it develops in its own separate way. In this work which deals with the development of psychotherapy in the Russian Federation, the reality of psychotherapy today will be shown in an understandable way with the help of elaborative literature and, among others, the reports of the professional organizations and personal surveys of Russian psychotherapists. The author describes the six directions of the development of psychotherapy in Russia today: the clinical psychiatric psychotherapy, eastern versions of the western psychotherapeutic methods, the customary western methods, the new Russian psychotherapeutic schools, the polymodal (multimodal) psychotherapy and the system of the polymodalities as well as the development of psychotherapy in the frame of international organizations. Psychotherapeutic methods unknown and beyond the Russian-speaking space are also briefly described. An opinion of the author about future perspectives of psychotherapy in the Russian federation will be shown as well.

¹ По данным проекта «Атлас религий России» исследовательской службы «Среда», подготовленного на базе опросов фонда «общественное мнение» 36 млн из 143 030 106 россиян относят себя к категории: «верю в Бога (в высшую силу), но конкретную религию не исповедую»; 58,8 млн россиян относят себя к категории: «исповедую православие и принадлежу к РПЦ»; 2,1 млн россиян относят себя к категории «исповедую православие, но не принадлежу к РПЦ и не являюсь старообрядцем»; 5,9 млн россиян относят себя к категории «исповедую христианство, но не считаю себя ни православным, ни католиком, ни протестантом». Источник: Проект «Арена» независимой исследовательской служ-

Адаптационный кризис как элемент развития личности студента. Экофасилитативный подход

ОЛИФИРА С.А.

психолог, аспирант ГВУЗ «Университет менеджмента образования» при НАПН Украины,
Киев, ул. Артёма, 52-а; e-mail: s.olifira@gmail.com

Рассматриваются подходы к определению понятий «адаптация», «кризис», рассматривается адаптационный кризис как элемент развития, а также преодоление кризисных состояний личности. Описывается экпсихологическая фасилитация как направление психологической помощи. Раскрывается собственная теоретическая модель преодоления кризиса посредством фасилитативного влияния.

Ключевые слова: кризис, адаптация, экпсихологическая фасилитация, развитие личности, преодоление кризисных ситуаций

В современном мире на фоне последних экономических, политических и социальных событий все чаще на первый план выступает такое понятие, как «кризис». При этом экономический, политический и социальный кризисы плавно трансформируются в кризис личности, заполняя все больше сфер её жизнедеятельности. Находясь в таком дезориентированном состоянии, человек проявляет все признаки дезадаптированной личности, что подталкивает нас к пониманию любого кризиса как адаптационного.

Проблему адаптации исследовали ученые многих областей науки. Соответственно, и подходы к её толкованию были разными, в частности:

- как приспособление к изменчивым условиям окружающей среды (Ф.Березин, Л.Божович, Л.Выготский, О.Георгиевский, Т.Дичев, Н.Корольчук, О.Кокун, С.Паркер, В.Петровский, С.Рубинштейн, К.Тарасов, Г.Царегородцев и др.);
- через выраженность ключевого аспекта структурно-функциональной организации индивида (К.Абульханова-Славская, Ю.Александровский, Б.Ананьев, Г.Балл, М.Эйнсворт, А.Леонтьев и др.);
- подчёркивая многозначный, многоаспектный характер (Г.Андреева, Д.Эльконин, Э.Эриксон, О.Жмыриков, П.Кузнецов, А.Налчаджян, В.Очеретяный, А.Реан и др.).

Процесс адаптации проводится по следующей обобщенной схеме: влияние факторов среды — восприятие этого влияния субъектом — актуализация уже сформированных аспектов жизнедеятельности, средств внутреннего и межличностного взаимодействия — достижение адаптации в результате достаточного приспособления за счёт актуализированных средств (или же дезадаптация как результат недостаточной компенсации).

В своём исследовании за рабочее определение адаптации мы считаем поданное П. Медаваром: адаптация — основа для формирования и проявления новых качеств во время активного приспособления личности к новым условиям существования [9]. Принимая во внимание утверждение В. Петровского, что «неадаптивность деятельности человека означает возможность роста, развития личности в её деятельности» [6], дезадаптацию мы рассматриваем не как противоположный адаптации процесс, а наоборот, как сопутствующий. То есть дезадаптация побуждает личность к образованию новых качеств.

Понятием «кризис», «кризисное состояние» и их видам уделяли внимание ряд учёных: Л.Выготский, А.Леонтьев, Д.Эльконин, З.Фрейд, Э.Эриксон, С.Грофф, Б.Ливехуд, Б.Ананьев, Б.Зейгарник, Е.Соколова, Д.Левинсон, Р.Асаджоли, А.Маслоу, К.Юнг, Д.Марсиа и др.

Понятие «кризис» во времена древней Греции означало решение, поворотный пункт, результат [3]. В китайском языке оно толкуется как «полный опасности шанс», возможность развития человека. Нынешнее понимание кризиса почти не

отличается от данных. Так, американские исследователи (М.Сигер, Т.Сэллоу, Р.Алмер, С.Винетт), под кризисом понимают «время испытаний» или «чрезвычайное событие», которое имеет характерные признаки, — внезапность, создание неопределённости и угрозу важным целям [12]. С. Винетт отмечает, что кризис — это процесс трансформации старой системы, которая уже не может самоорганизовываться и управляться. Таким образом, очередным необходимым признаком кризиса является потребность изменений [13].

В психологии существуют два основных значения понятия «кризис»:

1) кризис как этап жизни — любое поворотное событие, которое делает невозможным спокойное, привычное функционирование и требует перестройки многих поведенческих стереотипов;

2) кризис как этап развития — особенные, относительно непродолжительные во времени периоды онтогенеза, которые характеризуются резкими психологическими изменениями [3].

Мы разделяем мнение большинства исследователей (Э.Эриксон, А.Леонтьев, Л.Выготский и др.), что кризис — это не катастрофа, а переломный, переходный момент, критическая точка развития, период, в котором заостряется чувствительность человека к миру, системе её отношений, которые сложились, к себе и другим. Такая критическая точка развития дает возможность перехода личности к новому опыту, реализации сформированных способностей и потребностей.

К основным видам кризисов относятся: невротические, травматические и возрастные, коротко- и долговременные, конструктивные и деструктивные и т.п. В нашем понимании деструктивных кризисных состояний не существует. Любой кризис является переходным периодом и даже хаотические действия личности во время его прохождения имеют смысл для её развития.

Кризисные состояния, которые приводят к дезадаптации человека, мы рассматриваем как переходные периоды личности от одного уровня её развития к другому.

Например, Инна К., которая со старших классов школы мечтала стать психологом, поступила на соответствующий факультет одного из киевских вузов. Студентка приехала в столицу из другого города и не имела рядом родителей или друзей, поэтому была вынуждена начать самостоятельную жизнь, снимать себе жильё и т.п. В школе она была отличницей, потому и во время учебы в университете пыталась получать только высокие баллы. Однако после сдачи первой сессии Инна К. начала пропускать занятия «без уважительной причины», её успешность снизилась. В отличие от большинства своих однокурсников, она участвовала в разнообразных массовых мероприятиях, работала волонтером в центре социальных служб для семьи, детей и молодежи, «примеряя» на себя избранную специальность. Преподаватели осуждали её, считая такое поведение на первых курсах

учёбы нежелательным и дезадаптивным, пытались вернуть к учебе. Однако на втором году обучения, невзирая на уговаривание родителей и педагогов университета, Инна К. перевелась в другой университет на экономический факультет и сейчас, уже более четырёх лет, успешно работает в одном из банковских учреждений Днепропетровска.

Данная ситуация является примером того, что при поступлении в вуз не все студенты понимают и осознают, что их ждёт во время обучения и после выпуска. Кое-кто «покупается» при поступлении на популярность профессии, полагается на выбор родителей или просто выбирает наугад. И многие из выпускников осознают, что избрали не ту специальность, уже после вручения дипломов. В приведенном примере во время первых годов обучения студентка начала действовать, сама не понимая до конца, к чему это приведёт. В результате страна получила хорошего экономиста, а Инна К. — любимую работу.

С позиций экзистенциальной психологии поведение студентки на первых курсах, которое преподаватели толковали как нежелательное, было свидетельством её развития, попыткой найти себя, самоутвердиться и самореализоваться. Благодаря своим на первый взгляд хаотическим действиям Инна К. смогла вовремя понять, чего именно хочет, и двигаться к цели.

Анализ научных взглядов позволяет выделить две принципиальные позиции в понимании критического периода:

- 1) признание критических периодов необходимым этапом развития (Л.Виготский, Д.Эльконин, П.Лушин и др.);
- 2) признания необходимости качественных изменений в развитии, перехода к новой системе взаимоотношений. При этом акцент делается на внешних, социальных условиях, а не психологических механизмах развития (А.Леонтьев, Л.Божович и др.).

На наш взгляд, «кризис» и «адаптация» — неразрывные понятия. Ведь адаптация является следствием преодоления кризиса, а кризис — следующим этапом развития личности. Эти два этапа становления индивида в течение его жизни постоянно сменяют друг друга, стимулируя развитие личности. Математическим языком взаимосвязь данных понятий на протяжении жизни человека можно изобразить в виде синусоиды. Адаптационный кризис как элемент такого графика, по нашему мнению, можно изобразить в виде схемы (рис. 1), где 1 — возникновение кризиса, 2 — ход кризиса, 3 — нижняя точка (принятие решения), 4 — выход из кризиса и стабилизация.

Попадая в кризис, человек дезориентируется в пространстве собственной жизни. Он как будто теряет точку опоры, и все его попытки восстановить прежний ход вещей оказываются бесполезными. Таким образом, он добирается до так называемой «нижней точки» кризиса, когда система, функционировавшая ранее окончательно и бесповоротно исчезла, а новая ещё не образовалась. В то же время, находясь якобы в центре некоего хаоса, посреди темной комнаты без единого источника света, человек не бездействует, а продолжает совершать некие действия.

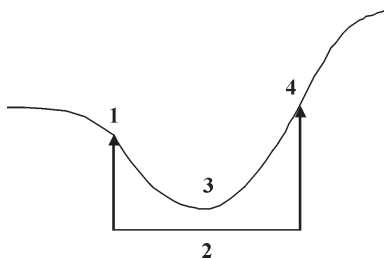


Рис. 1. Адаптационный кризис:
1 — возникновение кризиса; 2 — ход кризиса; 3 — нижняя точка (принятие решения); 4 — выход из кризиса и стабилизация

Приведём несколько примеров из собственной практики.

Наталья Н. прожила в гражданском браке 10 лет, после чего рассталась со своим мужем на почве его измены. Придя на консультацию, девушка была полностью растеряна, слишком эмоциональна и дезадаптирована. Она не понимала, как жить дальше, ведь крепкое мужское плечо, её половинка, растворилось в небытии. Больше некому было поддерживать её, слушать, подсказывать и т.п. «Меня заменили, спустя 10 лет вернули в магазин не подошедшее платье», — говорила Наталья Н. Когда мы сосредоточились на том, что же она всё-таки делает, кроме сожалений о прошлом, был услышан ответ: «Хожу на выставки, посещаю художественные галереи, провожу тренинги, читаю лекции и т.п.». То есть её личность, как самоорганизующаяся система, начала искать выход из кризиса. Хаотично двигаясь в этой самой темной комнате в поисках источников света.

Другой пример. Мария О., узнав о своём увольнении с работы, сама того не осознавая начала писать сказки, заниматься творческой деятельностью. И лишь спустя несколько недель обнаружила, как замечательно, что её так вовремя уволили.

Эти примеры говорят о том, что кризисы являются необходимым этапом развития, ступенькой в лестнице личностной эволюции. Последняя, на наш взгляд, как раз и состоит из ситуаций «застоя», стабильности, а также кризисов, как переходных периодов. Кризис позволяет нам потерять прошлое и через настоящее построить новое будущее.

Одним из таких переходных этапов есть адаптационный кризис студентов первого года обучения, который молодые люди переживают, поступив в вуз. Ведь в отличие от школьной учёбы, контролируемой учителями и родителями, в институте, колледже или университете студенты должны полагаться лишь на себя, а основной объём знаний добывать не на лекциях, а во время самостоятельной работы в библиотеке, компьютерном классе и т.п. В то же время студент-первокурсник находит новых друзей, меняет свои интересы, образ жизни. На кризис первого года обучения накладывается также и возрастной, смысловой, личностный кризисы, которые в совокупности и могут привести студента-первокурсника к «нижней точке».

Учитывая всё вышеупомянутое и опираясь на мнения учёных, мы выделили такие признаки адаптационного кризиса у студентов:

- дезадаптация к условиям обучения, которая характеризуется повышенной эмоциональностью, напряжённостью, агрессивностью, конфликтностью и частой утомляемостью;
- негативные чувства к высшему учебному заведению;
- фрустрация;
- инфантильность;
- обострение ролевых конфликтов;
- ценностно-смысловая неопределённость и т.п.

Адаптационный кризис в совокупности с другими может приобретать затяжной характер, когда трудности не решаются, а откладываются на потом из-за нежелания их решать. Могут возникать негативные чувства от необходимости посещать занятия, критическое отношение к преподавателям, конфликты с товарищами. Предопределённые кризисными состояниями изменения во внутреннем мире личности часто толкают её на резкое изменение поведения, условий жизни, вида деятельности, окружения. Но переживание адаптационного кризиса студентами-первокурсниками является неотъемлемой частью их развития. А поскольку, поступив в вуз, этого этапа невозможно избежать, его стоит воспринимать как переходное явление, которое даёт возможность получить новый опыт и перейти на другой уровень становления «Я»-концепции.

Развитие личности, в процессе которого появляются кризисные состояния как переходные периоды, мы считаем

не постепенным. Оно характеризуется как внезапный, непредсказуемый, необратимый, нелинейный переход [5].

Действительно, помощь студенту во время преодоления им адаптационного кризиса и конфликта между «нужно» и «могу» при обучении не только на первых, но и на последних курсах вуза является важным аспектом работы психолога или социального педагога. Однако изменение условий среды с дезадаптирующих на благоприятные для адаптации, не всегда является эффективным методом подготовки студента к учебной деятельности. Так, во время преодоления адаптационных кризисов, отдельные исследователи выходят с точки зрения, что сам процесс этого явления является негативным, а кризис вообще может привести к депрессии и судициальным настроениям [10]. Такая постановка вопроса отображает директивный, не личностно-ориентированный взгляд на вещи. Представители гуманистического направления, одним из основателей которого является Карл Роджерс и к которым мы себя относим, придерживаются иной точки зрения.

Именно К. Роджерс вводит в психотерапию понятие недирективного консультирования, то есть «следования» за клиентом, его эмоциями, переживаниями [11]. Такого подхода придерживается и основатель экологической психологической фасилитации П. Лушин. Каждый человек или сообщество, согласно мнению учёного, представляют из себя динамическую систему, способную к самоорганизации и саморегуляции.

Самым главным в деятельности психологов-экофасилитаторов есть принцип экологичности личностных изменений, который заключается в ненарушении или сохранении определенной целостности объекта или системы и поддержке её перехода на новый уровень развития. По этому принципу происходит активное конструирование или необратимый малопредсказуемый и нелинейный переход к новой идентичности личности при условии сохранения всей матрицы экпсихологических отношений к окружающей среде [5]. Поэтому, если рассматривать фасилитацию как содействие в наступлении определенного желаемого события в жизни человека, а экологичность — как ненарушение или поддержку целостности живых систем в их разнообразии и стремлении к саморазвитию, то экпсихологическую фасилитацию можно определить как методику содействия естественной программе саморазвития личности.

Продуктом экологической фасилитации, по убеждению П. Лушина, может быть содействие наступлению переходных событий, одним из которых является экологический кризис или застой, или нарушение ритма конструктивной активности, когда система будто останавливается между зонами актуального и ближнего развития в неопределенности. Именно поэтому ученый говорит о толерантности к неопределенности. Активное её формирование является неразрывным процессом с непроизвольным созданием если не травматических, то проблемных ситуаций, которые определенным образом моделируют критическое развитие в процессе обучения [5].

Учитывая взгляды научного сообщества на адаптационный кризис, можно говорить о необходимости его преодоления. В исследовании кризисных состояний, в целом, и адаптационного кризиса, в частности, мы склоняемся к толкованию понятия «преодоление» как процесса поиска выхода, перестраивания старой системы самоорганизации человека, которое характеризуется овладением новыми навыками, знаниями, приобретением опыта.

Обобщив предложенные разными учёными пути преодоления кризисных состояний, мы выделили такие направления:

1) влияние на кризис, устранение дезадаптивных и усиление адаптивных факторов (И. Погорелая, О. Кокун, Н. Сопилко, А. Федоренко и др.);

2) влияние на человека, который находится в кризисе:

- развитие собственных ресурсов личности (К. Роджерс, П. Лушин, А. Гусев, В. Демченко, А. Гельбак, А. Эльбрехт, В. Заика, Е. Санникова и др.);

- снятие симптомов, обучение «приспособленческим» реакциям (Р. Рапопорт, А. Лактионов, Н. Герасимова, Л. Литвинова, И. Соколова и др.);

- расширение «вспомогательных» ресурсов (К. Милютина, А. Варбан).

Обычно студентов считают хорошо адаптированными к обучению в вузе в том случае, когда их поведение отвечает определенным ожиданиям и стандартам системы образования. При этом психологическая помощь при преодолении адаптационного кризиса рассматривается в качестве своеобразного катализатора, ускорителя процессов личностной самоорганизации в условиях кризисных периодов личности. Признаками успешной адаптации к условиям обучения в высшей школе являются также: высокая умственная работоспособность; удовольствие от общения; приобретение профессионально-значимых качеств; вхождение в студенческое общество и тому подобное.

Наш взгляд на варианты преодоления студентами-первокурсниками кризисных состояний изображен на рис. 2.

Мы убеждены, преодоление кризиса личностью начинается после того, как она будет полностью дезориентирована и в то же время её ресурсы будут аккумулированы. Однако следует заметить, что в своём исследовании мы различаем кризисные состояния и кризисные ситуации. Если при преодолении первых личность получает новый опыт, навыки и переходит на другую ступень своего развития, то при прохождении вторых, обычно, хватает лишь собственных ресурсов и имеющегося опыта, новые навыки формируются редко, а развитие личности не переходит на новый уровень.

Согласно первого варианта, выход из адаптационного кризиса студент отыскивает самостоятельно, используя имеющиеся у него ресурсы. Однако следует заметить, что, постоянно используя свои ресурсы при переживании кризисных состояний, в какой-то момент имеющихся навыков личности может оказаться недостаточно для выхода из очередного кризиса, и при возникновении следующего кризисного периода она будет вынуждена пользоваться другим путём.

Второй вариант заключается в том, что личность, как открытая система, которая самоорганизовывается, из-за недостатка собственных ресурсов выходит на другой уровень их поиска. Следовательно, в её сознании, или, как это чаще происходит, — подсознании, формируется определенный список возможных «вспомогательных» ресурсов, а также происходит их градация. То есть студент может привлекать к своей системе как один из возможных вариантов, так и несколько вместе, а если они не помогли ему в решении кризиса, переходить к следующему по списку. Не исключено, что, перебирая внешние «вспомогательные» ресурсы, личность рано или поздно всё же найдет выход из кризиса. Впрочем, такой процесс его преодоления является достаточно длительным во времени и изнурительным.

К списку возможных вариантов также можно отнести и внешнее влияние важных для студента людей (родители, друзья, преподаватели и тому подобное), которые самостоятельно «напросились» в его самоорганизующуюся систему. В случае, когда такая помощь с их стороны является одним из пунктов «списка ресурсов», это может определенным образом способствовать преодолению адаптационного кризиса. Когда же она не воспринимается системой личности студента, наоборот — усугубить кризис и затянуть процесс выхода из него.

Как пример второго и третьего путей преодоления кризиса можно привести ситуацию со сдачей экзамена. Тогда во втором варианте студент, который не усвоил необходимые знания (недостаток собственных ресурсов), обращается за помощью к одноклассникам, учебнику или шпаргалке. В третьем варианте — ситуацию с «успешной» сдачей экзамена решают родители или знакомые. Однако следует заметить, что

шпаргалку могут отобрать, а родители не успеют прийти на помощь и, как следствие, студент будет отчислен из вуза. То есть одна небольшая кризисная ситуация (экзамен) превратится в более глубокую (безвыходное положение, поиск дальнейшего смысла жизни и тому подобное).

Следует также отметить, что не исключенным является и вариант «застревания» личности в кризисе. Это может касаться случаев, когда, например, первыми в список ресурсов попадают наркотические или психотропные вещества. Остановившись лишь на данных вариантах, молодой человек перестает обращать внимание на другие возможности и «консервирует» себя в кризисе. Именно поэтому, мы уверены, что самым эффективным в преодолении адаптационного кризиса является вариант, когда одним из первых в список «внешних ресурсов» студента попадает обращение к психологу как к значимому человеку. В таком случае психологическая помощь «проталкивает» систему самоорганизации личности к выходу из кризиса, новому этапу развития и стабилизации. Впрочем, мы не исключаем, что помощь экофасилитатора в этом случае изменит отношение студента к переходным условиям и неопределенности, которыми и являются кризисные состояния, что, в свою очередь, в следующей подобной ситуации поможет ему обойтись собственными ресурсами. Ведь через призму экпсихологической фасилитации психологическая помощь студентам является не чем иным как формой распределенной самоорганизации индивида, когда открытая система его личности привлекает в сферу саморегуляции психолога. То есть факт обращения за помощью можно трактовать как проявление самопомощи клиента, когда он переходит с индивидуального на социальный уровень самоорганизации [5].

Ярким примером экофасилитации является подтвержденное многими случаями выражение, что «троечники» добиваются в жизни большего успеха, чем «отличники». На наш взгляд, это можно объяснить тем, что, постоянно находясь в ситуации неопределенности во время получения образова-

ния, развивая фасилитативные навыки, «троечники» оказываются более подготовленными ко взрослой жизни, её переходным, кризисным периодам, чем «отличники», которые «законсервировались» в стереотипных моделях поведения. Подобная ситуация наблюдалась и в первые годы независимости Украины, когда к вершине управления государством добрались те, кого менее всего ожидали там увидеть.

Подавляющее большинство исследователей основным критерием адаптационного кризиса считают показатель адаптированности личности к условиям обучения в вузе. Мы соглашались с ними, поскольку к успешности студентов в разных учебных учреждениях относятся по-разному (например, существует система успешного обучения, в которой низкие баллы или оценки вообще не употребляются), а исследование уровня сформированности «Я»-концепции, собственного мировоззрения или зрелости студента является достаточно длительным во времени и нуждается в индивидуальной работе, к тому же у ученых не существует общепринятой «нормы» развития в соответствии с возрастом. Следует отметить, что в своём исследовании мы различаем адаптированность студента как процесс приспособления к новым условиям жизнедеятельности и один из признаков адаптационного кризиса и адаптированность как черту личности, способность быстро приспосабливаться к переменчивым окружающим условиям.

По нашему мнению, в исследование адаптационного кризиса студентов-первокурсников следует также включить изучение уровня развития фасилитативных навыков, т.е. таких, которые помогают процессу преодоления адаптационного кризиса не только во время учёбы, но и на протяжении жизни. К таким навыкам мы относим:

- адаптированность как черту личности;
- гибкость, широту, критичность и нестереотипность мышления;
- толерантность к ситуациям неопределённости;
- умение эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

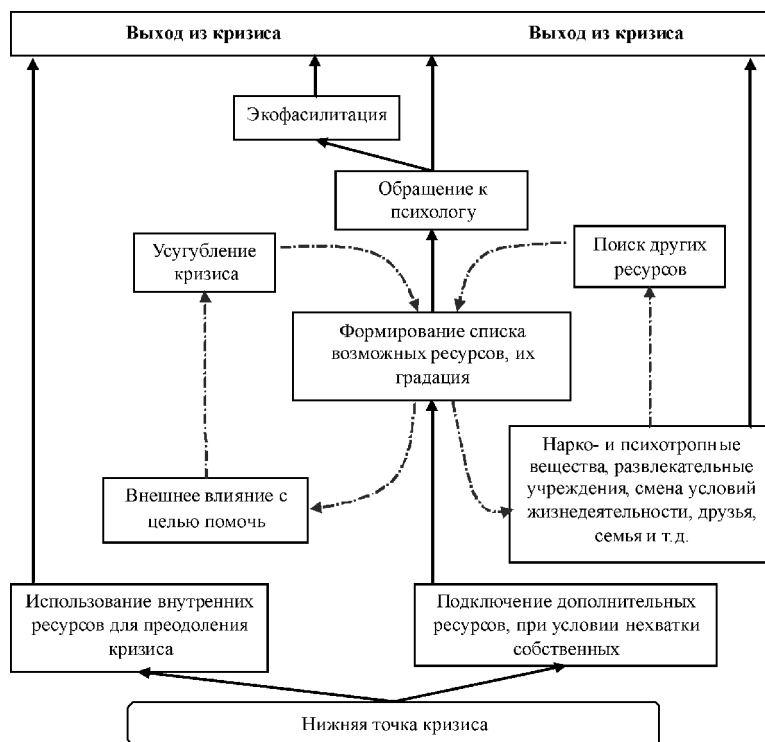


Рис. 2. Преодоление кризиса

Мы считаем, что развитие данных навыков может быть тесно связано с процессом адаптации и преодоления кризисов.

Наша модель преодоления кризисных состояний основывается на гипотезе, что формирование толерантности к неопределенности, изменение отношения на первый взгляд к негативным событиям в жизни как к переходным, т.е. таким, которые открывают новые возможности и помогают перейти на новый этап развития, а также развитие других фасилитативных навыков способствует преодолению кризиса. Как следствие — при следующем столкновении с кризисами личность будет преодолевать их по самому эффективному пути, эффективно используя собственные ресурсы.

Также преодоление адаптационного кризиса студентами в начале их учебы в вузе средствами экопсихологической фасилитации может помочь им в дальнейшем избежать резкого изменения профессии и толерантнее относиться к кризису поиска рабочего места и других переходных состояний. Вместе с тем, можно допустить, что провоцирование ситуации неопределенности и формирования толерантности к ним сразу после вступления в вуз ускоряет процесс профориентации абитуриентов.

Список литературы

1. Академічний тлумачний словник української мови [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://sum.in.ua/s/dolaty/>. — Загол. з екрану.
2. Варбан Є.О. Стратегії подолання життєвих криз в юнацькому віці: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.психол.н. — К., 2009. — 20 с.
3. Краткий психологический словарь-хрестоматия / Сост. Б.М. Петров. — М.: Высшая школа, 1974. — 134 с.
4. Мілютіна К.Л. Проблема формування здатності особистості до адаптації у сучасній психології // Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Проблеми загальної та педагогічної області: Зб. наук. праць. — К., 2000. — Т. . — Ч. 5. — С. 79—82.
5. Официальный сайт экопсихологической фасилитации [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://ecofacilitation.usoz.com/>. — Загл. с экрана.
6. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности / Рос. открытый ун-т. — М.: ТОО «Горбунок», 1992. — 224 с.
7. Погоріла . Особливості адаптації студентів-першокурсників до навчальної і професійної діяльності // Неперервна професійна освіта: теорія і практика. — 2008. — №1. — С. 185—189.
8. Подоляк Л.Г., Юрченко В. Психологія вищої школи: Навч. посіб. для магістрантів і аспірантів. — К.: ТОВ «Філ-студія», 2006. — 320 с.
9. Реан А.А. и др. Психология адаптации личности: Науч.-учеб. пособие. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. — 479 с.
10. Титаренко Т.М. Життєва криза очима психолога [Електронний ресурс] / Психологический портал «У психолога». — Режим доступа: http://upsihologa.com.ua/tytarenko_crisis.html. — Загл. с экрана.
11. Фрейдджер Р., Фейдимен Дж. Гуманистическая, трансперсональная и экзистенциальная психология. К.Роджерс, А. Маслоу и Р.Мей. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. — 221 с.
12. Seeger M.W., Sellnow T.L., Ulmer R.R. Communication, organization and crisis / M.E. Roloff (Ed.), Communication Yearbook. — 1998. — Vol. 21. — P. 231—275. Thousand Oaks, CA: Sage.
13. Venette S.J. Risk communication in a High Reliability Organization: APHIS PPQ's inclusion of risk in decision making. — Ann Arbor, MI: UMI Proquest Information and Learning, 2003.

The crisis of adaptation as an element of personal development of a student. Ecofacilitative approach

OLIFIRA S.A.

State higher education institution «University of Educational Management»

of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kiev, 52A Artema str., e-mail: s.olifira@gmail.com

The article deals with modern approaches to the concepts of «adaptation», «crisis», understanding the ways of overcoming crisis of personality. It includes a description of crisis of adaptation as an element of personal development. Ecopsychological facilitation as a kind of psychological help is described. Also our own theoretical model of overcoming the crisis by means of facilitative influence revealed.

Key words: crisis, adaptation, ecopsychological facilitation, development of personality, overcoming of crisis states

Психологические особенности гиперактивных детей: профицитарный подход

ПОЛИЩУК Ю.Б.

психолог, школа-сад «Паросток»; аспірантка Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова, Київ

З кожним роком кількість гіперактивних дітей зростає. За даними українських досліджень у нашій країні таких дітей на сьогодні 50—150 тисяч. Гіперактивні діти відносяться до категорії дітей з нормальним розвитком, мають нормальний або високий інтелект і вчать у звичайних класах, але особливості властиві даному синдрому викликають проблеми у навчанні і як наслідок шкільну дезадаптацію, проблеми у спілкуванні, труднощі у самовираженні дитини. Саме це і зумовлює актуальність проблеми гіперактивності у наш час.

Більшість гіперактивних дітей є широко обдарованими, творчими дітьми, але існуючі підходи до виховання та навчання гіперактивних дітей не дають можливості у повній мірі розкрити їх творчий потенціал.

Існують різні підходи до описання особливостей розвитку гіперактивних дітей. Найпоширеніший підхід, який використовується у роботі з гіперактивними дітьми — дефіцитарний. Але зараз з'явилась можливість використовувати у вихованні гіперактивних дітей профицитарний підхід.

Саме поняття «дефіцитарний» говорить про наявність якогось дефекту, який потрібно виправляти або дефіциту чогось. Сутність профицитарного підходу у тому, що описуване явище являє собою не обмеження, а можливість, певну перевагу, нерозкритість ресурсів дитини. Профіцитарний підхід розглядає гіперактивних дітей з точки зору того, що кожна дитина унікальна, талановита і має надлишок нерозкритих можливостей. Особливості гіперактивних дітей являються їх перевагою, ресурсом.

Метою нашої доповіді є розгляд психологічних особливостей гіперактивних дітей молодшого шкільного віку у дефіцитарному та профицитарному підході, розуміння того яка позиція є найбільш адекватною у наш час.

Основні прояви гіперактивності можна розділити на три блоки: дефіцит активної уваги, рухова розгальмованість, імпульсивність. Н. Заваденко вважає, що неухвильність дітей зі СДУГ проявляється у слабкій концентрації уваги, в зниженні вибіркової уваги та у вираженому відволіканні з частими переключеннями з одного заняття на інше. На думку А. Сиротюк, гіперактивність дітей проявляється в надмірній руховій активності, неможливості всидіти на одному місці довгий час, виконання непотрібних зайвих рухів під час уроку. У руховій сфері у даних дітей є проблеми з руховою координацією, сформованістю праксиса та дрібної моторики. Імпульсивність гіперактивних дітей проявляється у тому, що вони не можуть дочекатися своєї черги, відповідають на запитання, не дослухавши його до кінця, часто втручаються у бесіди та ігри інших. В результаті своєї імпульсивності, яка проявляється не тільки в поведінці, а ще й у непослідовності та хаотичності своїх думок.

Але якщо поглянути на психологічні особливості гіперактивних дітей з точки зору профицитарної логіки, то гіперактивні діти можуть годинами дивитись телевізор, грати у ком-

п'ютерні ігри, тобто займатись тим, що їм подобається. І така вибірковість уваги пов'язана з цікавістю, задоволеністю від діяльності. Об'єм уваги в гіперактивних дітей не менший, ніж у звичайних дітей. Гіперактивна дитина легка на підйом, а значить з нею легко співпрацювати, вона відкрита до спілкування, легко йде на контакт. Енергію гіперактивних дітей потрібно правильно направити та використовувати її у творчих цілях. Імпульсивність, на думку психолога Лари Хонос-Веб, допомагає дітям зі СДУГ сміливо та оригінально мислити, створювати нові ідеї та перспективи. А така особливість уваги як відволікання надає дитині більше можливостей сфокусуватися на своїх думках, почуттях, подіях оточуючого середовища. А це також є важливим аспектом творчого потенціалу, який проявляється у змішуванні разом ідей з різних областей, які здаються окремими або такими, що не мають відношення один до одного. Вчена вважає, що гіперактивні діти обдаровані, наділені уявою, інтуїцією, проникливістю, але сучасна система освіти не дає розкрити їм свої здібності. Ще до недавнього часу спеціалісти вважали, що в гіперактивних дітей низький рівень інтелекту, але дослідження показали, що це не так. Діти зі СДУГ мають рівень інтелекту вище середнього і серед них багато широко обдарованих дітей. Гіперактивні діти особливі тим, що вони по-іншому сприймають світ. Вони мислять образами, а не словами, їх сприйняття задіює всі органи чуття, в них широка уява. Їх мозок може створювати яскраві, виразні розумові образи та приймати їх за дійсність.

На жаль, часто вчителям і психологам властива дефіцитарна логіка у вихованні гіперактивних дітей, метою якого є компенсування певного дефіциту в дитини та бажання зробити її такою «як усі». Л. Ясюкова вважає, що 40% дітей, які зараз ідуть до школи, мають значно змінені психофізіологічні особливості, але система шкільного навчання залишається незмінною. Оскільки зміни відбуваються з боку формально-логічних характеристик, то необхідне перетворення саме цих сторін системи освіти. Мова йде про зміни загального режиму, форм і методів організації уроку, викладу матеріалу. На нашу думку гіперактивність — це не стільки індивідуальне, скільки системне, соціальне явище, функція традиційної освітньої системи, яка в теперішній час сама переживає перехідний період. І багато в чому залежить від відношення батьків та школи до гіперактивних дітей.

На основі наших досліджень ми вважаємо найбільш ефективним методом у роботі з гіперактивними дітьми — екофасилітативний супровід, який дає можливість розуміти дитину зі всіма її специфічними особливостями, які проявляються індивідуально і які ми повинні розуміти також індивідуально, в їх неповторності. В основі екофасилітативного супроводу лежить інтерес до дитини як особистості, розуміння її індивідуальності, несхожості, особливості. За профицитарною логікою особливості гіперактивних дітей є їх перевагою, нерозкритими можливостями, які потрібно допомогти направити та використовувати у творчих цілях.

Из опыта применения полимодальной психотерапии

ПОЛОТНЯНКО А.Н.

врач-психотерапевт, действительный член и преподаватель Профессиональной психотерапевтической лиги.

Центр медицины и психотерапии, г.Ульяновск. E-mail: annipolo@yandex.ru

Представлены некоторые теоретические и практические выводы на основании опыта работы в полимодальном подходе.

В настоящее время интегративные процессы в психотерапии привлекают широкое внимание. Хотелось бы поделиться своими наблюдениями на этот счёт. Складывающееся полимодальное направление своеобразно по ряду причин.

По определению полимодальный терапевт ориентирован во всех ведущих психоаналитических теориях и может рассмотреть проблему клиента по крайней мере с нескольких позиций (психодинамической, экзистенциально-гуманистической, когнитивно-поведенческой, системной, психиатрической и др.). Как правило, непримиримых противоречий в объяснениях не наблюдается, наоборот, они друг друга дополняют и проясняют [3]. Нет ничего удивительного в том, что клиент с оральной фрустрацией страдает от ощущения пустоты жизни, живёт в дисфункциональной семейной системе, имеет неадекватные когниции и особенности поведения, и всё это в совокупности приводит его, в конце концов, к психиатрическому диагнозу. Если представление о клиенте составлено в рамках одной школы, то вряд ли это полимодальный подход. Такое разноплановое видение проблемы даёт возможность для создания наиболее эффективных стратегий воздействия. В то же время и сам клиент становится можно сказать полимодальным или по крайней мере получает возможность более широко взглянуть на свою проблему.

Полимодальная терапия базируется на «принципе эквивалентности», из которого вытекает представление о неспецифическом родовом процессе психотерапии. Для эффективной работы нужны условия, одни из которых обязательны: клиент, терапевт, место и время сессии, т.е. ситуация консультирования в общем виде. Содержание же этих рамок может быть различным, что мало сказывается на результате терапии [4]. Запрос так же малоспецифичен, как и результат. Результатом работы является становление новой идентичности. Некие имплицитные качества личности переходят в своё эксплицитное состояние. У Юнга это процесс индивидуации [5]. В течение жизни происходит постоянная смена идентичностей. Чаще этот процесс протекает без особых проблем. В других случаях он искажается и для своего оптимального развертывания требует особых условий. В этом смысле психотерапия — это экзоспиритизация [2]. События, которые происходят в процессе становления новой идентичности, описываются общими факторами психотерапии (осознание, катарсис, терапевтические отношения и т.д.).

Такой взгляд открывает возможности для переоценки роли терапевта вообще. Как показывают исследования в некоторых случаях достаточно одной терапевтической ситуации и никакой специальной подготовки терапевта не требуется. С другой стороны из личной практики известно, что существуют подходы, методы, стили более эффективные в той или иной ситуации. И они скорее индивидуальны. Как известно любой метод наиболее результативен в исполнении самого автора метода. Последователи зачастую остаются не вполне удовлетворёнными и ищут знаний в других школах. Стало быть, связь личности и метода хорошо заметна.

Мне представляется, что для оптимального развёртывания терапевтического процесса необходима не просто фигура терапевта, а фигура терапевта, имеющего определённую парадигму воздействия. Тот факт, что терапевт чётко знает, какие действия следует предпринять и выполняет эти действия, сказывается на результате терапии. Причём требуется, видимо, не просто следование протоколу, а некая личная переработка.

На настоящий момент большинство методов, использующихся полимодальными терапевтами, являются западными методами, специфически ассимилированными российской ментальностью. На мой взгляд, это связано с особым пониманием фигур и роли психотерапевта. Вообще колдун и эзотерики, по моим наблюдениям, основные конкуренты психотерапевта в отечественных условиях. Как пишет известный психотерапевт А.М. Васютин, «в России нужно лечить быстро и с элементами волшебства» [1]. Широкая распространённость и эффективность «кодирования» по Довженко служит прекрасным доказательством этому. В связи с этим нужно отметить следующее. Полимодальный подход открыт для ассимиляции духовных течений. На данный момент это преимущественно духовные практики Востока. В то же время пласт духовных и целительских традиций, характерных именно для русской ментальности остаётся без должного внимания и, скорее, принадлежит сфере деятельности биоэнерготерапевтов.

Хотелось бы отметить и ещё одну особенность современной российской психотерапии. Зачастую клиенты, обратившись к психотерапевту по поводу своих душевных проблем, сразу получают медикаментозное лечение, иногда по очень сложной схеме. А собственно психотерапевтическому лечению отводится значительно меньшая роль. Может быть, это связано с редкостью специальности, соответственно большей загруженностью врачей, отсутствием помещений и прочими организационными моментами. Но мне видится, что такой подход умаляет смысл психотерапии и создаёт у человека ненужное ощущение тяжести и сложности лечения своего состояния, что создаёт отличную почву для формирования вторичной выгоды, хронизации невротических состояний и, соответственно, инвалидизации пациентов.

Для изучения характерных особенностей людей, нуждающихся в психотерапевтической помощи, было проанализировано 156 историй болезней пациентов, обратившихся в Центр медицины и психотерапии в период с мая 2011 г. по январь 2012 г. Из них 79% женщин и 21% мужчин. По возрасту среди мужчин 12% составили дети и подростки до 18 лет, 18—25 лет — 33% пациентов, 26—35 лет — 18%, 36—45 лет — 27%, 46—65 лет — 9% обратившихся мужчин. Среди женщин распределение по возрасту несколько иное: 4% — до 18 лет, 19% — женщины в возрасте 18—25 лет, 29% — 26—35 лет, 17% — 36—45 лет, 15% — пациентки в возрасте 46—55 лет, 12% — 56—65 лет, в возрасте 66—75 лет — 1,6% и 2,4% старше 75 лет.

По нозологическому составу распределение оказалось следующим. Наиболее распространёнными оказались расстройства тревожного спектра (F41 — 27%), затем расстройства адаптации (F43.2 — 17%), соматоформные расстройства и семейные проблемы были третьей по частоте причиной обращения (F45 и Z63 по 8%). Органические (F06) и шизофреноформные (F2) расстройства диагностированы в 7% случаев. Реже наблюдались депрессивные расстройства, расстройства личности и единичные психологические проблемы у практически здоровых (F60 — 6%, F32 — 5%, Z64 — 4%). Так же мало представлены невращения и другие причины обращения у практически здоровых (F48, Z60, Z62, Z71 по 3%). У детей в 2% случаев выявлены нарушения специфические для детского возраста (F8—9). Совсем редкими оказались обсессивные, диссоциативные и пищевые расстройства (F42, F44 и F50 по 1%).

Тревожные и соматоформные расстройства несколько чаще наблюдались у женщин (25% и 18%; 9% и 6% женщин и мужчин), а расстройства адаптации чаще выявлялись у муж-

чин (15 и 21% соответственно). В остальных диагнозах различий не выявлено.

Около 20% (31 чел.) обратились именно за назначением медикаментов. Почти 42% пациентов (65 чел.) ограничились одним психотерапевтическим сеансом. Продолжали психотерапевтическое лечение 60 чел. (около 38%). Проводилось от 2 до 12 сессий психотерапевтического лечения, в среднем 3,8 сеанса.

Психотерапия проводится в духе полимодального подхода. Целью её является выполнение запроса, оформленного в виде психотерапевтического контракта. Клиент побуждается к тому, чтобы быть активным в психотерапевтическом процессе, его пожелания по поводу конкретных методик всегда учитываются. Психотерапия обозначается как метод саморегуляции человеком своего психического и соматического состояния. Учитывая особенности российских клиентов, я не делаю акцент на необходимости долговременных терапевтических отношений.

На первой сессии выясняются жалобы и примерный запрос, клиент получает информацию о сути психотерапии. А также выполняется одна из методик, ведущая быстрому облегчению состояния. Это увеличивает доверие клиента к терапевту. На мой взгляд, для этой цели хорошо себя зарекомендовали психокатализ, символдрама, элементы сценарного анализа, гештальт-терапии. На одной из следующих сессий заключается психотерапевтический контракт.

Психотерапия проводится в индивидуальном или семейном вариантах. Иногда не слишком эффективная индивидуальная терапия становится значительно более полезной при подключении членов семьи.

Что касается клиентов, обратившихся именно за медикаментозным лечением, то работа с ними идёт в другом формате. Таких пациентов очень сложно убедить в возможности их

излечения исключительно психотерапевтическими методами, потому что они «не верят в это» и много лет лечились именно таблетками. Здесь приходится говорить о необходимости «комплексного лечения». На каждой сессии, предлагается методика, быстро улучшающая эмоциональное состояние, но не требующая значительной активности и осознания от пациента. В ряде случаев, постепенно удаётся достичь заинтересованности в психотерапевтическом лечении.

Резюмируя, можно сказать, что полимодальная психотерапия — перспективный подход, учитывающий специфические особенности ментальности российских клиентов и их видение психотерапевтического процесса. Этот метод может применяться в разных возрастных группах при широком спектре психологических проблем.

Список литературы

1. Васютин А.М. *Психохирургия NEXT и лечение с её помощью самых тяжёлых и опасных болезней души и тела.* — Ростов н/Д: Феникс.
2. Лушин П.В. *Об экологичности психологического воздействия: экофасилитативная логика // Практическая психология и социальная работа.* — 2010. — №6.
3. Прохазка Дж., Норкросс Дж. *Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов.* — СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2007. — С. 333—373.
4. Хайгл-Эверс А. и др. *Базисное руководство по психотерапии.* — СПб.: Речь, Восточно-Европейский Институт психоанализа, 1998.
5. Юнг К.Г. *Сознание и бессознательное: Сборник / Пер. с англ.* — СПб.: Университетская книга, 1997. — С. 500—522.

Особенности взаимоотношений девиантных подростков с родителями

САПРЫКИНА К.В.

ассистент кафедры проектирующей психологии, Институт психологии им. Л.С. Выготского,
Российский государственный гуманитарный университет; e-mail: Saprykina-k@mail.ru

Рассматриваются особенности отношений несовершеннолетних, отбывающих наказание в местах лишения свободы, с родителями. Влияние взаимоотношений в семье на девиантное поведение подростков. А также взаимосвязь детско-родительских отношений с представлением подростка о себе и «идеальным Я».

Ключевые слова: подростки, детско-родительские отношения, девиантное поведение

Введение

Прогрессивная криминология отдаёт предпочтение использованию мер, не предусматривающих содержания в местах лишения свободы. Установлено, что содержание подростков в исправительных учреждениях не обеспечивает достижения необходимого результата. Содержание в воспитательных колониях связано с большим количеством неблагоприятных последствий, которые в совокупности минимизируют исправительный эффект. Это особенно справедливо в отношении несовершеннолетних, которые подвержены негативному влиянию.

Лишение свободы является самой строгой мерой для несовершеннолетних. Пленум ВС РФ в п. 12 постановления от 14 февраля 2000 г. №7 указал: «при решении вопроса о назначении наказания несовершеннолетнему суду следует обсуждать, прежде всего, возможность применения наказания, не связанного с лишением свободы... Суд вправе принять решение о назначении несовершеннолетнему наказания в виде лишения свободы лишь тогда, когда исправление его невозможно без изоляции от общества, обязательно мотивировав в приговоре принятое решение».

Наказание в виде лишения свободы не может быть назначено несовершеннолетним осуждённым в возрасте до 16 лет впервые совершившим преступление небольшой или средней тяжести, а также остальным несовершеннолетним осуждённым впервые совершившим преступления небольшой тяжести.

По общим правилам ст.73 УК РФ при назначении условного осуждения суд учитывает характер и степень общественной опасности совершённого преступления, личность виновного, в том числе смягчающие и отягчающие обстоятельства. При назначении условного осуждения суд устанавливает испытательный срок, в течение которого условно осуждённый должен своим поведением доказать своё исправление.

По общему правилу ч.5 ст.74 УК РФ, в случае совершения условно осуждённым в течение испытательного срока умышленного преступления средней тяжести, умышленного тяжкого или особо тяжкого преступления суд отменяет условное осуждение и назначает ему наказание по правилам, предусмотренным УК РФ. Для несовершеннолетних предусмотрено исключение из данного правила (ч.6.2 ст.88 УК РФ): в случае, если несовершеннолетний осуждённый, которому назначено условное осуждение, в течение испытательного срока совершил новое преступление, не являющееся особо тяжким, суд с учётом обстоятельств дела и личности виновного может повторно принять решение об условном осуждении, установив новый испытательный срок и возложив на условно осуждённого исполнение определённых обязанностей, предусмотренных ч.5 ст. 73 УК РФ.

В таком случае, лишение свободы является наименее предпочтительной мерой наказания для несовершеннолетних, совершивших преступление малой и средней тяжести. При использовании любой другой меры наказания подростки остаются дома в окружении своей семьи. И в данном случае

за исправление и воспитание подростков, продолжают отвечать родители.

Анализ психологической литературы, посвящённой взаимодействию подростков, склонных к девиантному поведению, с родителями, показывает, что одной из основных причин девиантного поведения является неправильное воспитание детей и подростков в семье. «Трудный» подросток, как правило, живет в «трудной» семье [1]. Среди обстоятельств, способствующих появлению «трудных» подростков, М. Раттер отмечает семейные травмы: конфликты в семье, недостаток любви родителей, смерть одного из них, родительскую жестокость или просто непоследовательность в воспитании, нахождение в детском доме и т.д. Дети нередко усваивают не только положительные, но и отрицательные примеры поведения родителей, порой доводя их до крайности. Они часто стремятся сопоставить слова родителей с их поступками. [4].

М. Раттер отмечает и другие факторы, неблагоприятно действующие на ребёнка: жесткие ограничения и гиперопека со стороны родителей. Первые являются причиной подавленности и даже невротического состояния. Гиперопека приводит к затруднениям в общении с детьми. Доминирование в семье одного из супругов, находящее сопротивление со стороны другого, также оказывает негативное влияние. Неблагоприятно влияет на ребёнка и жизнь вдали от семьи, особенно потеря одного из родителей. Способствует появлению «трудных» детей отсутствие привязанности между членами семьи, эмоциональные и прочие психические расстройства родителей, монотонность окружающей среды, асоциальное поведение одного или обоих родителей, нарушенная или отсутствующая связь между членами семьи разных поколений.

Таким образом, и по текущий день, одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на девиантное поведение подростков, является неправильное воспитание в семье.

Целью данного исследования является определение полной и дифференцированной картины детско-родительских отношений с точки зрения подростков, отбывающих наказание в воспитательной колонии, а также взаимосвязь особенностей взаимоотношений в семье девиантного подростка с представлением о себе и «идеальном Я» подростка.

Объект и методы исследования

В проведённом в воспитательной колонии исследовании приняли участие 25 подростков, отбывающих наказание за совершённые противоправные действия.

Перед началом исследования состоялась беседа с начальником колонии. С его слов, «...в колонии содержатся 96 воспитанников от 14 до 19 лет — убийцы, грабители, насильники, разбой и т.д. — только серьезные статьи. По менее тяжким преступлениям сейчас дают условно, либо колонию поселение».

Со слов психологов, работающих в колонии, основными причинами обращения в психологическую службу являются семейные проблемы или внутренние переживания подростков. Вопросы по взаимоотношениям в отряде возникают только во время прибытия в карантин.

Для достижения поставленной цели использовался опросник «Детско-родительские отношения глазами подростка — ДРОП» (О.А. Карабанова, П.В.Трояновская) [3].

Полученные результаты сравнивались с таблицей возрастных норм значений по шкалам для старших подростков (14—16 лет). Данные собраны на выборке подростков г.Москвы. Общее количество испытуемых — 130 чел.

Для исследования представления подростка о себе и «идеальном «Я» использовалась методика «Исследование межличностных отношений» Т. Лири.

Обработка результатов позволила сделать предварительные результаты.

Абсолютно все воспитанники колонии имеют отклонения от нормы в отношениях с родителями. 20 из 25 воспитанников склонны к экстремальному поведению, из них 7 — к экстремальному до патологии, остальные 7 не имеют представления о своём будущем.

Для поиска возможных связей между взаимоотношениями с родителями и представлением подростка о себе было принято решение сопоставить полученные по двум методикам (ДРОП — ЛИРИ) данные методом парной корреляции.

Полученные результаты показали, что взаимоотношения в семье тесно связаны с представлением подростка о себе и доминирующими, в данном случае, являются взаимоотношения с матерью. На долю этих взаимоотношений выпадает 40 статистически значимых связей с представлением о себе и «идеальном «Я» против 7 корреляций по взаимоотношениям с отцом.

«Непоследовательность родителя» — ещё одна шкала теста детско-родительских отношений, заслуживающая пристального внимания. Только эта шкала фигурирует во всех четырёх блоках сравнений, с ней связано 11 из 40 обнаруженных статистически значимых корреляций (27,5%) между представлением девиантного подростка о себе и отношениями с матерью и 2 из 7 (28,6%) во взаимоотношениях с отцом.

На основании полученных данных, было выделено 2 группы:

- 1-я группа — воспитанники с показателем «непоследовательность родителя» в норме по обоим родителям;

- 2-я группа — воспитанники с отклонением от нормы по показателю «непоследовательность родителя» хотя бы по одному родителю.

Первую группу составили воспитанники, имеющие первую судимость, либо вторую по нетяжким статьям (мелкие кражи, угон транспорта без цели хищения и т.д.). 5 из 9 воспитанников имеют 2-ю судимость (55%), 7 из 9 имеют полные семьи (78%). У воспитанников, составивших эту группу, в среднем, имеются отклонения от нормы во взаимоотношениях с родителями в 14 из 40 исследованных показателей, 2 из 9 имеют тенденцию к экстремальному до патологии поведению.

Вторую группу составили воспитанники, имеющие вторую либо третью судимость. 8 из 11 воспитанников имеют 2-ю судимость (73%), остальные 3-ю:

Воспитанник №5 — осуждён по ст. 105/2, 111/1 (убийство), №6, 7 — осуждены по ст.132 (насильственные действия сексуального характера). Полные семьи имеют только 5 из 11 воспитанников (45%). У воспитанников, составивших эту группу, имеются отклонения от нормы во взаимоотношениях с родителями в 20 из 40 исследованных показателей, 5 из 11 имеют тенденцию к экстремальному до патологии поведению.

Для сравнения выборок были подсчитаны средние значения групп по каждой из исследуемых шкал и учтены границы нормы (рис. 1).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что воспитанники 1 группы по отношению к матери испытывают эмпатию, превышающую норму (2). В связи с этим вполне объяснимы низкие значения показателей конфликтности (6) и требовательности (8) матери. Следует отметить превышение нормы по шкале «неуверенность родителя» (15).

Воспитанники из второй группы видят более авторитарную (11) мать, которая легко наказывает (13) и поощряет (12) — все значения на верхней границе нормы.

Межгрупповая разница во взаимоотношениях с матерью заметна по шкалам «требовательность» (8), «авторитарность» (11) и «реализация наказаний» (13). Эти показатели выше у группы с отклонениями от нормы по показателю «непоследовательность родителя».

Проведённый анализ результатов показал у воспитанников крайне низкую (значительно ниже нормы) эмоциональную дистанцию (3) с отцом для обеих групп. Это объясняет полученное ранее малое количество связей между взаимоотношениями с отцом и представлением о себе подростка. Также обра-

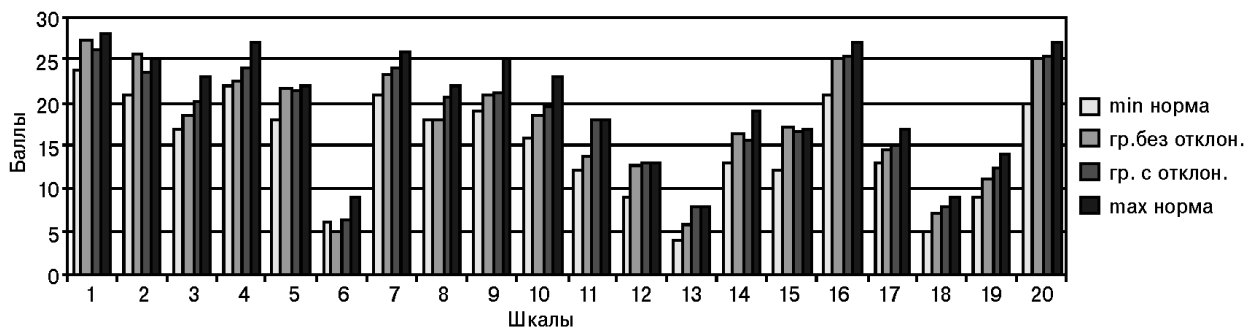


Рис. 1. Сравнение средних значений по взаимоотношениям подростков с матерью:

1 — принятие; 2 — эмпатия; 3 — эмоциональная дистанция; 4 — сотрудничество; 5 — принятие решений; 6 — конфликтность; 7 — поощрение автономности; 8 — требовательность; 9 — мониторинг; 10 — контроль; 11 — авторитарность;

Особенности оказания поощрений и наказаний:

12 — оказание поощрений; 13 — реализация наказаний; 14 — непоследовательность родителя; 15 — неуверенность родителя; 16 — удовлетворение потребностей ребёнка; 17 — неадекватность образа ребёнка

Отношения с супругом:

18 — враждебность по отношению к супругу; 19 — доброжелательность к супругу; 20 — удовлетворённость отношениями

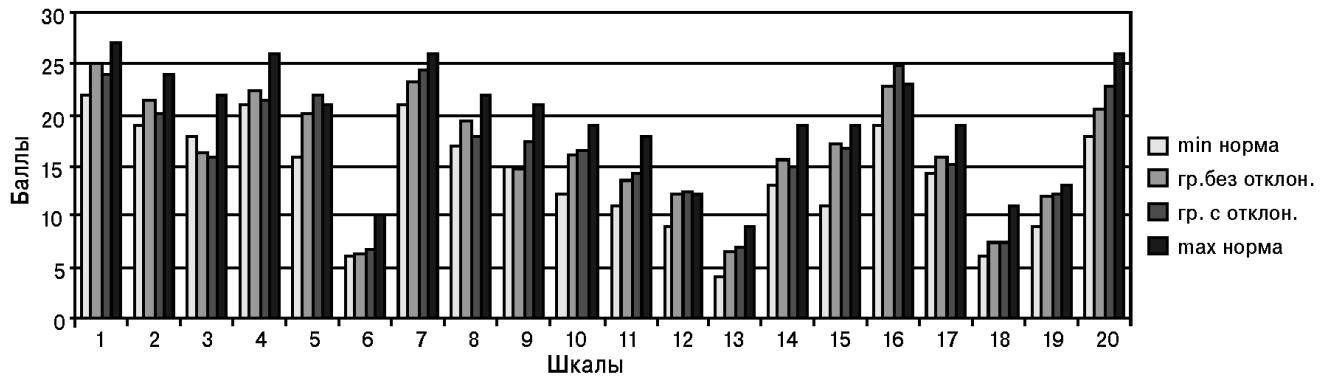


Рис. 2. Сравнение средних значений по взаимоотношениям подростков с отцом

пает на себя внимание превышающие норму показатели «принятие решений» (5), «оказание поощрений» (12) и удовлетворение потребностей ребёнка (16) для второй группы и находящийся ниже нормы показатель «мониторинг» (9) для первой.

Также анализ полученных результатов по двум группам показал значимые различия по показателям актуального и «идеального «Я».

Анализ результатов показал экстремальную акцентуализацию (более 8 баллов) показателей «дружелюбный» (7) и «альтруистический» (8) в «актуальном «Я», показателей «альтруистический» (8) и «доминирование» (9) в «идеальном «Я» для первой группы и «дружелюбный» (7) для второй.

При проведении сравнения «актуального «Я» в группах, вторая группа представляется более агрессивной (3), сводный показатель «дружелюбие» (10) вдвое меньше, чем у первой группы. У подростков второй группы в достаточной мере схожи представления об «актуальном и идеальном «Я» (за исключением «дружелюбия» (10), желаемое значение которого вдвое превышает актуальное, что может указывать на нереальность поставленной цели), однако некоторые показатели противоречат друг другу. Так воспитанники из второй группы хотят стать менее авторитарными (1) и более эгоистичными (2) одновременно.

Желаемое «доминирование» (9) в первой группе вдвое больше реального, а идеальные значения показателей «агрессивный» (3), «подозрительный» (4), «подчиняемый» (5) и «зависимый» (6) заметно ниже реальных. По-видимому «более авторитетные товарищи» являются явным примером для подражания.

Заключение

Согласно результатам проведённого исследования, формирование представления девиантного подростка о себе и «идеальном «Я» связано с особенностями взаимоотношений в его семье. Значимым показателем этих взаимоотношений является «непоследовательность родителей». Отношения с родителями абсолютно всех опрошенных воспитанников колонии имеют отклонения от нормы.

Особенности взаимоотношений в семье несовершеннолетнего, отбывающего наказание в воспитательной колонии, взаимосвязаны с его представлением о себе и «идеальном «Я», а также с количеством и характером преступлений. Доминирующими, в данном случае, являются взаимоотношения с матерью. Подростки, непоследовательность родителей которых не укладывается в норму, более склонны к рецидиву и совершению тяжких преступлений: 73% воспитанников в этой группе имеют вторую судимость (55% — в первой группе); 45% во второй группе склонны к экстремальному до патологии поведению (22% — в первой группе). Подростки, имеющие меньшее количество отклонений во взаимоотношениях с родителями демонстрируют менее экстремальное поведение.

Неполная семья, непоследовательное поведение родителей — это лишь часть причин вызывающих девиантное поведение. Несомненно, многое зависит от самого подростка и среды, в которой он вращается вне дома. Но семья была, есть и будет институтом, несущим ответственность за формирование «актуального «Я» подростка и его представления о себе. Подросток, не нашедший в семье последовательную систему правил, взаимоотношений и ценностей найдет своё «идеальное «Я» в другом месте, и зачастую, не самом лучшем.

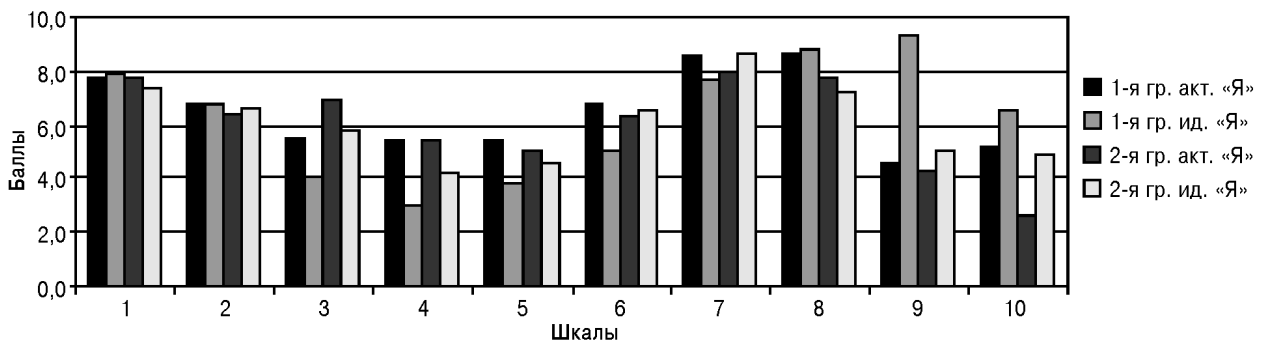


Рис. 3. Сравнение средних значений актуального и «идеального «Я»:

1 — авторитарный; 2 — эгоистичный; 3 — агрессивный; 4 — подозрительный; 5 — подчиняемый; 6 — зависимый; 7 — дружелюбный; 8 — альтруистический; 9 — доминирование; 10 — дружелюбие

Список литературы

1. Кондрашенко В.П. Девиантное поведение у подростка. — Минск: Беларусь, 1988. — 204 с.
2. Особенности уголовной ответственности несовершеннолетних в России: Учебное пособие // Авторский коллектив Allpravo.Ru. — 2006.
3. Пугачев В.П. Тесты, деловые игры, тренинги в управлении персоналом. — М., 2003. Рабочая книга практического психолога. — М., 2002.
4. Пятунин В.А. Психолого-педагогические особенности девиантного поведения Ч.П. Факторы формирования девиантного поведения. — Магнитогорск: МГПИ, 1999. — 142 с.

Peculiarities of relationship between deviant adolescents and parents

SAPRYKINA K.V. assistant in the department of projective psychology, L.S. Vygotsky Institute of Psychology,
Russian State University for the Humanities, Moscow, Miusskaya Sq., 6; e-mail: Saprykina-k@mail.ru

This article describes the peculiarity of relationships between juvenile criminals, who serve in a penitentiary and their parents. It explores the influence of these relationships on the deviant behavior of juvenile criminals and reveals the interrelation between mentioned relationships and the «empirical me» and «ideal me».

Key words: grownups, relationships between parents and children, deviant behavior.

Психолого-педагогические основы экологии родительско-детских отношений

ХОВРИН А.Н., ХОВРИНА Г.Б.

Москва

Проблема организации взаимодействия образовательного учреждения с семьёй ребёнка является одной из наиболее важных в числе тех проблем, которые приходится решать специалистам в контексте создания единого образовательного пространства с единой системой требований и понятными целями и содержанием для всех участников образовательного процесса (педагога, ребёнка и его родителя). Однако практика показывает, что работа с семьёй ребёнка, с его родителями — одно из слабых звеньев в системе образования. Выстраиванием «партнерских отношений» и коэффициентом полезного участия в образовательном процессе недовольны и педагоги, и родители.

Вопрос о границах прав и ответственности родителей, гражданского общества и государства являлся предметом спора представителей немецкой классической психологии [2, 3, 14]. Гегель, отмечая сложность этой проблемы, указывал на то, что в вопросах воспитания «провести границу между правами родителей и гражданского общества очень трудно» [3, с.269]. Он обращается к государству и родителям как носителям окончательной ответственности в вопросах образования. Семья и государство понимаются Гегелем как органическое целое, где индивиды преодолевают свою ограниченность, приобщаясь к новой «субстанциональности нравственности» [2, с.48].

В отечественной педагогической науке интерес взаимодействия семьи и школы отражается в дидактических трудах С.П. Баранова, М.А. Данилова, И.Я. Лернера, М.Н. Скаткина и др. Авторы рассматривают взаимодействие как сущностную характеристику педагогического процесса. Взаимодействие субъектов образовательного процесса определяется ими как прямое или косвенное воздействие субъектов этого процесса друг на друга, порождающего их взаимную связь, что является, по мнению П.Ф. Каптерова, одной из важнейших характеристик единого образовательного пространства, оказывающего влияние на развитие личности [4].

Педагогические исследования проблемы организации единого образовательного пространства созвучны с концептуальными положениями культурно-исторической психологии Л.С. Выготского [1]. Им было введено понятие развивающей среды, психологическое назначение которой заключается в создании условий, обеспечивающих качественное, гармоничное развитие личности ребёнка. Критерием (показателем) благополучного развития является центральное возрастное новообразование — качественно новое образование, характеризующее психические изменения, перестройку всей личности [1]. Качественные и количественные изменения в процессе психического развития, приводящие к появлению нового типа личности, составляют суть определения понятия «образование», психологический смысл которого значительно шире определений, трактующих образование как процесс воспитания и обучения, как процесс передачи социального культурного наследия от одного поколения другому или как деятельность людей по получению научных знаний и умений. Психологический анализ содержания понятия «образование» даёт нам основание рассматривать единое образовательное пространство в качестве необходимой составляющей развивающей образовательной среды, взаимодополняющими сопряжёнными системами которой являются образователь-

ные учреждения и семья ребёнка с абсолютно равными правами и одинаковой степенью ответственности перед обществом.

Типичной ошибкой образовательных учреждений является то, что взаимодействие педагогов с родителями осуществляется в формате родительских собраний, а общение родителей с психологом ограничивается рамками психологического консультирования. В лучшем случае специалисты сообщают родителям о проблемах ребёнка. И, как правило, родители участвуют в психологических консультациях и родительских собраниях как зрители, слушатели, которым сообщают об изъятиях в поведении, деятельности, развитии ребёнка. Такое «игнорирование» родителей ведёт к тому, что многие важные пристрастия ребёнка, особенности его поведения и деятельности, личностные проявления и т.п. остаются за рамками внимания и родителя, и специалистов. Никакая, даже самая квалифицированная психологическая помощь, организованная специалистами психологической службы, проводимая без поддержки родителей не может быть эффективной.

В вопросе привлечения родителей к участию в образовательном процессе не следует полагаться на их инициативу и сознательность. В.П. Кашенко писал в своих работах: «родители вряд ли смогут предложить систему воспитательных воздействий на ребёнка. Поэтому, родители должны иметь представления о воспитании в семье. Взаимодействие школы и семьи должно осуществляться с целью образования не только детей, но и родителей» [5]. «Неумение» и «незнание» родителей, по мнению П.Ф. Каптерева, приводит к тому, что они не могут сознательно влиять на духовное становление ребёнка [4]. Включение родителей в организацию жизнедеятельности детей в образовательном учреждении это хорошо продуманная выстроенная система мероприятий. Стержнем этой системы является организация событийной жизни в образовательном учреждении [12]. Вокруг события организуется деятельность (познавательная, продуктивная, общественно-полезная и т.д.) и детей, и взрослых. Событие задаёт вектор совместной деятельности и её содержание.

В дошкольных учреждениях события проживаются детьми вместе со взрослыми в игровой форме [12]. Проживание событий насыщает жизнь ребёнка новыми переживаниями, впечатлениями, стимулирует познавательную активность. Например, дети, став свидетелями похищения Снежной Королевой буроного медвежонка, вместе с воспитателем готовятся к путешествию на Север в Царство Снежной королевы. Они знакомятся с климатическими и природными условиями, разрабатывают маршрут и выбирают транспортные средства. Специалист по физическому воспитанию учит детей ходить на лыжах, ходить «в связке», чтобы не потеряться, если завьюжат вьюга и метель. Специалист по музыке учит прислушиваться к звукам живой и неживой природы. Знакомство с музыкальными произведениями помогает почувствовать суровый характер Севера. Хореограф разучивает с детьми танцевальные движения, характеризующие вьюгу и метель для маскировки. Воспитатель учит детей ориентироваться по карте, компасу. Дети, находясь под впечатлением пережитого события, будут теребить родителей, заставляя их рассказывать им всё, что те знают о Севере. Так волно или невольно родитель включается в событийную жизнь ребёнка, которая задаёт контекст общения, становится предметом их общения. Событие, произошедшее в дошкольном учреждении, становится

центральным в жизни детей и взрослых, оно и есть то образовательное пространство, в которое включены и взрослые и дети и направлено оно на обучение детей, которое по праву можно назвать развивающим обучением.

Событийная жизнь в младшем школьном возрасте связана с ведущей деятельностью — учебной [8]. Важным событием в жизни первоклассников может стать «новоселье» как результат совместной деятельности по строительству дома для Домовенка. Строительством дома дети занимаются, начиная от проектирования до разработки интерьера. Им приходится считать, измерять, читать инструкции по строительству, разрабатывать узор, состоящий из элементов букв, для производства обоев, упражняться в чистописании, развивая мелкую моторику рук и т.д. Вместе с родителями они могут обсуждать проект, рассматривать книги о строительстве, придумывать рецепт надёжного клея для наклейки обоев. Второклассники превращаются в авторов учебника по математике для учащихся первого класса, они на протяжении длительного времени занимаются подбором заданий для учебника. Родители включаются в поиск и подбор интересных заданий, интересных задач и примеров, упражнений на развитие логического мышления. В школе дети группируют материал по разделам, темам, продумывают иллюстрации, одним словом готовят проект учебника. Презентация учебника — важное событие в жизни класса. На презентацию приглашаются гости (родители, друзья, родственники). Авторские коллективы (родители и дети) представляют свой проект учебника. Значимым событием школьной жизни учащимся начальных классов может стать урок в форме игры. На уроке вместо контрольного списывания школьники заполняют анкету для получения загранпаспорта, решают примеры и задачи для обмена валюты в банке, в ресторане составляют заказ блюд с учётом той суммы, которую они могут потратить, читают текст, содержащий информацию о стране, в которую они собрались ехать для поиска заблудившейся буквы. Результат работы в том, что ребёнок легко и без посторонней помощи справляется с предложенными учебными заданиями, обучение в игре становится для ребёнка личностно-значимой деятельностью и предметом общения с родителями после школы.

В средних и старших классах событийная жизнь должна касаться тех сфер жизнедеятельности подростка, которые являются для него наиболее значимыми. Ведущей деятельностью в подростковом возрасте является общение со сверстниками: интимно-личностное общение со сверстниками [15] и общественно-полезная деятельность [13]. А это значит, что учебная деятельность должна стать необходимой частью чего-то, что для подростка является более значимым, без чего невозможно достижение личностно-значимых результатов. Событийная деятельность старшеклассников может быть организована на основе создания различных мастерских: театральной мастерской, мастерской моделирования, мастерской юного техника, техника, иллюзиониста и др. [8] или на основе организации совместной общественно-полезной деятельности педагогов и учащихся (сбор материала для создания музея истории школы, поиска пропавших без вести в годы Великой Отечественной войны и др.).

В рамках театральной мастерской или исторического театра подростки вместе с учителями истории, химии и литературы сочиняют сценарий о жизни придворных особ. Роль придворных особ отводится, например, химическим элементам. При составлении сценария и закручивании сюжета ребята должны учитывать свойства химических элементов: кто с кем может дружить, кто против кого будет плести интриги и т.д. При изготовлении декораций и расстановке осветительной аппаратуры может понадобиться помощь учителя физики и учителя трудового обучения. Событие, проживаемое школьниками вместе со взрослыми, может стать предметом содержательного общения и совместного, порой дискуссионного обсуждения научных и житейских (что также важно для подростков) проблем.

Вокруг событийной жизни, организованной педагогами в образовательном учреждении, или по поводу неё может быть организована встреча классного руководителя с родителями. Показав видеозапись с участием подростков в подготовке сценария, обсуждении декораций и костюмов, можно обсудить с родителями способности детей и долю участия самих родителей в подготовке и проведении такого события.

По поводу состоявшегося события можно организовать выезд на природу, лыжную прогулку. Совместный отдых на природе может стать частью большой работы, направленной на формирование экологического мировоззрения у школьников. Несомненно, преобладание той или иной доминирующей установки по отношению к объектам живой природы в семье, является ключевой в сознании ребёнка. Нередко эти установки проявляются в прагматическом отношении к окружающему миру. Формы привлечения родителей к участию в организации работы по формированию экологического мировоззрения могут быть разными: эколого-психологические тренинги, в рамках которых родители вместе с детьми разрабатывают и потом зашипают проект «Экологический кодекс жителей Земли» [16], совместная экологическая деятельность родителей и детей по благоустройству территории школы, жилого района, локальной посадке деревьев в лесах и парках или уборке берегов водоёмов. Привлечение родителей к руководству кружками экологического направления переводит их из разряда зрителей в непосредственных участников учебно-воспитательного процесса. Высаженное дерево как результат совместного труда на протяжении всей жизни становится объектом наблюдения и заботы всех членов семьи.

Включенность родителей в событийную жизнь образовательного учреждения позволяет им увидеть своего ребёнка в различных ситуациях общения и со взрослыми, и со сверстниками, лучше узнать друг друга. Педагоги воспринимают родителей не как «укор совести», а как союзники, единомышленники. Родительские собрания в форме тренинга, деловой игры или дискуссии становятся необходимой частью взаимодействия родителей друг с другом и с педагогами. А самое главное — это то, что совместное переживание события является предметом содержательного общения всех участников образовательного процесса. Общение, по мнению Л.С. Выготского, является источником психического, умственного, физического, эмоционального, речевого развития [1]. Благодаря взаимодействию сначала с близкими взрослыми, а потом со общественно-значимыми взрослыми и сверстниками развивается личность. Нарушения в сфере общения со взрослыми и сверстниками приводят к задержке психического, физического, умственного, речевого развития [7, 9], являются одной из причин психологической неготовности к обучению в школе [7, 9, 12], приводят к нарушениям в развитии эмоциональной сферы и поведения [6, 11]. События, проживаемые детьми вместе со взрослыми, и являются той основой, которая задаёт содержание совместной деятельности и общения, способствующие полноценному благополучному развитию личности.

Список литературы

1. Выготский Л.С. Психология развития ребёнка. — М.: Смысл, Эксмо, 2003. — 512 с.
2. Гегель Г.В.Ф. Работы разных лет. — М.: Мысль, 1971.
3. Гегель Г.В.Ф. Философия права. — М.: Мысль, 1990.
4. Каптерев П.Ф. Избранные педагогические сочинения. — М., 1982.
5. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков: Учеб. пособие для студентов сред. и высш. учеб. заведений. 4-е изд-е стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 304 с.
6. Кауценко И.И. Личностные особенности детей старшего возраста с трудностями в развитии: Дисс. на соискание учёной степени к.психол.н. — М., 1993.

7. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. — М.: Педагогика, 1991
8. Кравцова Е.Е. Педагогика и психология. — ФОРУМ, 2009. — 384 с.
9. Кравцова Е.Е., Кравцов Г.Г., Ховрина Г.Б. Между детством и отрочеством. — М.: Левъ, 2010. — 124 с.
10. Лисина М.И., Капчеля Г.И. Общение со взрослыми и психологическая подготовка к школе. — Кишинев: Штиница, 1997. — 136 с.
11. Нурахунова А.А. Психологическая коррекция аффективных проявлений у детей старшего дошкольного возраста: Дисс. на соискание учёной степени к.психол.н. — М., 1991.
12. Программа воспитания и обучения детей дошкольного и младшего школьного возраста «Золотой ключик» / Под ред. Кравцова Г.Г., Кравцовой Е.Е., Бережковской Е.Л. — М.: Изд-во Фонда Л.С. Выготского, 2007. — 172 с.
13. Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. — М.: Педагогика, 1989, 208 с.
14. Фихте И.Г. Сочинения в двух томах. Т. II. — СПб.: Мифрил, 1993.
15. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. — М.: Педагогика, 1989.
16. Ясвин В.А. Психология отношения к природе. — М.: Смысл, 2000. — 456 с.

Психодиагностический подход к изучению уровня социальной фрустрации у больных алиментарным ожирением

ЧУГУНОВ Д.Н.

психолог, к.пс.н., Санкт-Петербург

Современные статистические данные показывают, что до 30% населения в той или иной степени страдают избыточной массой тела в диапазоне от нескольких лишних килограммов до ожирения 3 и 4 степени, когда снижение веса становится прямым показанием для сохранения жизни. В соответствии с этим, лишний вес вызывает напряжение адаптационных ресурсов организма и множественную фрустрационную реакцию, связанную со сложностями в удовлетворении потребностей, в том числе связанных с социальной сферой.

Социальная фрустрированность (СФ) — специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов. *СФ рассматривается как следствие невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей, значимости которых определяется самосознанием, системой жизненных целей и ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения проблемных и кризисных ситуаций* (Вассерман Л.И. с соавторами, 2004). При этом, важно отметить что удовлетворение соответствующих потребностей наиболее приемлемым образом субъективно выражается в позитивных эмоциональных переживаниях, а не удовлетворение (т.е. фрустрация), способствует появлению негативных эмоций. Таким образом, эмоции выполняют свою сигнальную функцию, указывая на степень удовлетворения потребностей.

Согласно имеющимся в литературе данным, ожирение и избыточная масса тела очень часто сочетается с тревожными и депрессивными расстройствами, что также указывает на фрустрированность и невозможность реализации актуальных потребностей. А в соответствии с биопсихосоциальным подходом к проблеме ожирения, можно более детально описать взаимодействие различных многоуровневых факторов, в соответствии с чем, на разных этапах заболевания могут последовательно и(или) одновременно проявляться разные причины: биологические в виде сопутствующих заболеваний и нарушения обменных процессов, психологические в виде системы внутренних переживаний, эмоциональных состояний и когнитивных установок, а также социальные в виде системы взаимоотношений личности (по В.Н.Мясищеву) со значимыми другими. Возможность удовлетворения основных базовых потребностей в имеющемся социальном контексте определяет уровень адаптированности к имеющимся условиям. Однако в силу разных причин (неразвитые коммуникативные навыки, проекция прошлого негативного опыта, жесткое социальное давление, социальные стереотипы, созависимые отношения, и т.п.) описанные механизмы не обеспечивают достаточный уровень удовлетворенности, что также провоцирует негативное психоэмоциональное состояние, усугубляя его.

В целях более детального изучения описанных механизмов нами было проведено исследование, в котором приняло участие 117 чел. (105 женщин, 12 мужчин) пациентов клиники по снижению веса, средний возраст $38,9 \pm 1,23$ го-

да. Средний вес — $95,59 \pm 1,69$ кг. Средний объем талии — $105,13 \pm 1,45$ см. Ожирение 1-й степени — 31,1%, второй степени — 27,8%, третьей степени — 20%, четвертой степени — 21,1%. Был использован комплекс психодиагностических методик, в том числе методика «Уровень социальной фрустрированности УСФ» (Вассерман Л.И. с соавторами), основанная на анализе базовых блоков социального функционирования:

- удовлетворенность отношениями с родными и близкими (жена/муж, родители, дети, родственники);
- удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзья, коллеги, начальство, противоположный пол);
- удовлетворенность своим социальным статусом (образование, уровень профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой, в целом);
- удовлетворенность социально-экономическим положением (материальное положение, жилищно-бытовые условия, проведение свободного времени и отдыха, своим положением в обществе);
- удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью (физическое здоровье, психоэмоциональное состояние, работоспособность и образ жизни, в целом).

Согласно диагностическим критериям методики УСФ вся выборка была разделена на 2 части, с наличием (65 чел.) и отсутствием (52 чел.) выраженной социальной фрустрации. Ниже представлены данные первой группы. УСФ в порядке возрастания: отношения с родителями (1,81), отношения с детьми (1,92), отношения с друзьями (2,31), отношения с коллегами по работе (2,31), отношения с вышестоящими по работе (2,44), уровень профессиональной подготовки (2,58), удовлетворенность своей работой, в целом (2,58), отношения с родственниками (2,64), сфера профессиональной деятельности (2,75), взаимоотношения с мужем (женой) (2,78), взаимоотношения с противоположным полом (2,86), жилищно-бытовые условия (2,86), положение в обществе (2,97), образование (3,28), материальное положение (3,33). Наиболее фрустрированы: работоспособность (3,47), психоэмоциональное состояние (3,86), образ жизни (3,86), проведение свободного времени (4), физическое состояние (4,06). Очевидно, что основные мотивы снижения массы тела связаны с желанием улучшить здоровье, повышением фона настроения и структурированием свободного времени.

Полученные данные могут быть использованы для формирования и выбора психотерапевтических мишеней, а также диагностики успешности психотерапевтических интервенций в динамическом измерении. Одним из вариантов снижения УСФ по предложенным аспектам социального функционирования может быть, в том числе поиск соответствующих увлечений и более полная самореализация актуальных потребностей, и как следствие уменьшение механизмов дефлексии (переключения, смещения) и пищевого замещения. Также представляется перспективным дальнейшие сопоставительные и катamnестические исследования пациентов, принявших участие в исследовании.

Специфика и основные принципы психоорганического анализа

ШИШМАРЁВА Т.П.

Психоорганический анализ (ПОА) возник в начале 70-х годов прошлого столетия как синтез психоанализа, гуманитарной психологии и телесной психотерапии. Основателем психоорганического анализа является Поль Бойесен. Он разработал биоэнергетическую психологию Герды Бойесен и психоаналитическую психотерапию в Психоорганический анализ.

С 1975 г. П. Бойесен в рамках института Бойесена создал образовательные программы в некоторых странах. В 80-е годы он был инициатором организации образовательного института психоорганического анализа и национальных профессиональных ассоциаций. В 1984 г. была создана национальная ассоциация во Франции, в 1985 г. — в Германии, а в 1986 г. — Европейская ассоциация психоорганического анализа (ЕАРОА www.eapoa.com). В настоящее время ЕАРОА объединяет индивидуальных членов, национальные ассоциации и образовательные институты в различных европейских странах таких, как Бельгия, Люксембург, Швейцария, Латвия, Испания, Германия и Франция. В 2004 г. зарегистрирована Лига специалистов в области психоорганического анализа в России. Проводятся образовательные программы в Бразилии, Канаде, Ливане, Литве, России.

Психоорганический анализ является модальностью ЕАР.

В России Психоорганический анализ представлен модальностью ОППЛ и Лигой специалистов в области психоорганического анализа.

Принципы психоорганического анализа

Психоорганический анализ имеет собственные принципы, инструменты и методики: этика интервенции, тело слов, психоорганический круг, работа с первичным импульсом, работа рождения, фазы рождения, семейные контракты и другие.

Этика интервенции

В работе с клиентом психоорганический аналитик ориентируется на те темы, которые предлагает ему клиент, на то «что» клиент привносит в рабочие отношения из различных сфер своего «Я». Часто это не только вербальный материал, но и те чувства, мысли, ощущения, воспоминания, которые вызывает клиент у терапевта. В психоорганической работе их называют «резонансы». Терапевт избирает соответствующие манеру поведения, методику и направление предстоящей работы. Работа с «резонансами» требует большого мастерства от психотерапевта и постоянного супервизорского контроля.

Бессознательное

Работа с бессознательным относится к важнейшим аспектам деятельности психоорганического аналитика. Перенос и контрперенос являются важнейшими аспектами, структурирующими анализ.

Аналитическая практика показала, что бессознательное обладает свойством производить два вида энергии: остаточную и консеквентную.

Когда клиенты вступают в контакт с прошлыми ситуациями, порой они сталкиваются с трудностью выражения

сдержанных прежде эмоций: печали, гнева, радости... Обычно тех, которые они не имели возможности или права выразить тогда... Проявляющуюся при этом жизненную энергию мы называем остаточной энергией.

Консеквентная энергия таит в себе потенциал личности: желания, потребности, ещё не реализованные возможности. Выявление консеквентной энергии — фундаментальная ориентация ПОА. Поэтому анализ касается не только того, что было в прошлом, но и того, что может быть, что в стадии становления. Здесь для клиентов открывается путь к потенциально осуществимым новым жизненным возможностям.

Тело слов

В психоорганическом анализе большое внимание уделяется работе с телом, это касается как специальных упражнений с массажами, которые будут описаны ниже, так и влияния «слов», или вербальной работы на телесное функционирование организма.

Слова имеют телесное выражение. Слова активизируют тело и моделируют его. Если же глаголы, слова или мысли сдерживаются или оттесняются, то они всё равно материализуются и оставляют след в теле, который одновременно является психическим (разочарование, смятение, фиксация), эмоциональным (депрессия, агрессия, страх) и физическим (окоченелость, соматичность, гиперактивное движение). И наоборот, физические движения, дыхание, прикосновения производят в организме резонанс, стимулирующий эмоции и внутренние картины и высказывания.

Работа с первичным импульсом

На языке ПОА первичный импульс — это та изначальная энергия, которая требует воплощения. Это может быть желание, инстинкт, символический мир — то место в бессознательном, из которого к осуществлению рвутся желания, потребности, стремления — проекты. Первичный импульс осуществляет реализацию, воплощение той части символического, которая даёт человеческому опыту собственный смысл.

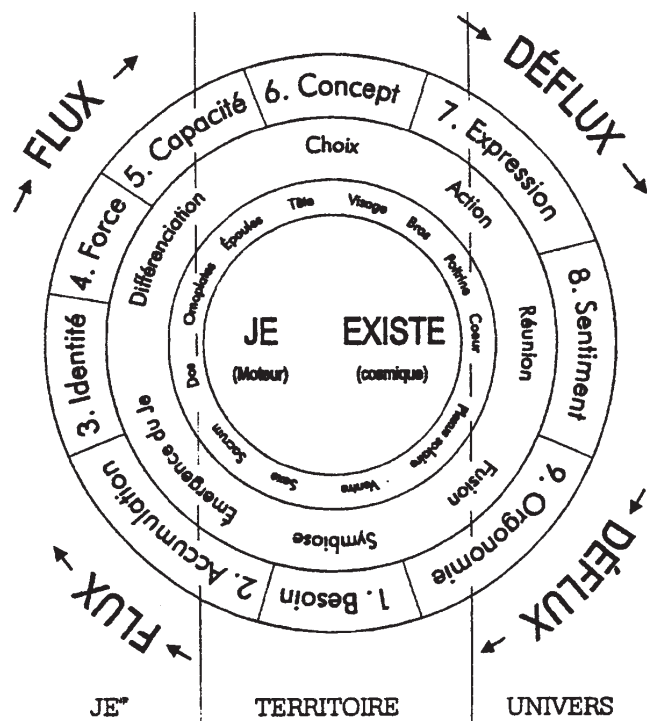
Очень часто в своей работе психотерапевт сталкивается с тем, что клиент не имеет доступа к своим первичным импульсам. Он рассказывает скорее о необходимости соблюдать социальные законы, выживать, учитывать обстоятельства и т.д. Он формирует, на языке ПОА «вторичную реакцию», — то что можно было бы безопасно презентовать окружению и самому себе. И если между первичными импульсами человека и его вторичными реакциями не существует баланса, то человек формирует невроз.

Работа с первичным импульсом предполагает работу с тем, каким образом субъект самостоятельно выбирает и реализует свой эмпирический опыт, учитывая собственные смыслы.

Психоорганический круг

В 70-е годы Поль Бойесен обобщил и дифференцировал формулу Райха: «Напряжение — нагрузка — разгрузка — расслабление».

Психоорганический круг есть феноменологическая модель, описывающая 9 фаз, которые проходят потребность до своей реализации. Круг интегрально связывает психиче-



Le cercle psycho-organique de Paul Boyesen

D'après Jacqueline Besson et Yves Brault
Manuel d'enseignement de l'Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique,
Tome 1

Рис. 1. Психоорганический круг П. Бойесена

ские области с телесными (физическими) и энергетическими областями (рис. 1).

- Потребность — телесное отображение: живот, половые органы промежность;
- Накопление: копчик, крестец;
- Игра: поясница, почки;
- Борьба, сила: лопатки, руки;
- Возможность: шея;

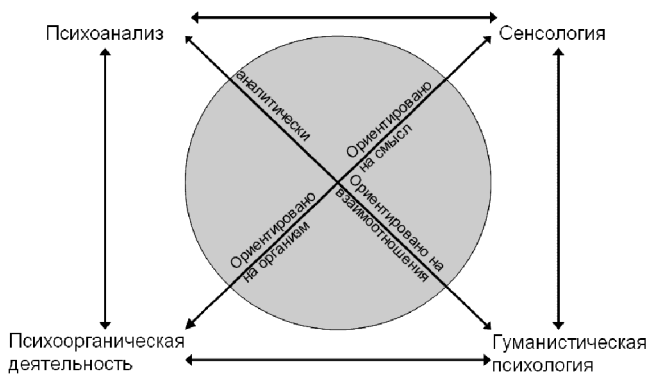


Рис. 2.

- Выбор: голова;
- Выражение: лицо, рот;
- Чувства: грудь, сердце;
- Оргономия: солнечное сплетение.

Таким образом, этот центральный постулат психоорганического анализа создаёт важный теоретический и клинико-практический фундамент, позволяющий диагностировать, где энергия проходит «сквозь» субъект, вырвется ли она наружу или исчезнет. Психоорганический круг служит основой работы над ходом событий посредством вербального или физически-ориентированного вмешательства (рис. 2).

Теоретические основы

Психоанализ.

Работа с бессознательным, с переносом и контрпереносом

В этой области клиенты находятся в контакте с тем, как их бессознательное отражается в снах, дневных мечтаниях, их представлениях, плодах фантазий и в речи. Психоорганические аналитики помогают клиентам изучить бессознательное и позволить его специфическому интеллекту влиться в анализ и в жизнь. Сохранение известной дистанции при этой работе является условием профессионального поведения.

Гуманистическая психология

Гуманистическая психология, напротив, требует сосредоточить внимание на реальном диалоге между терапевтом и клиентом. И тот, и другой рассматриваются как сознательные и восприимчивые личности

У гуманистической психологии ПОА заимствовал некоторые очень важные установки:

- восприятие человека как индивида с его собственной субъективной правдой, которая складывается в отношениях с близкими;
- внимательное отношение к ценности креативности (творческих способностей): это особенно ошутимо в тренинге первичного импульса; это помогает клиентам прокладывать путь к неизведанным просторам их жизни;
- люди дышат для самореализации;
- люди ищут смысл;
- ответственность человека за его собственный выбор;

ПОА уточняет: выбор эмпирического опыта;

- ценность и достоинства каждого отдельного человека.

Психоорганическая работа

Нет ничего необычного в том, что в процессе психоорганического анализа клиенты начинают осознание отношения к своей телесности. Это может стать шагом к психотерапии физически-ориентированного вмешательства.

Корни этой работы уходят в нео-райхианскую терапию, сложившуюся в 60-е годы. Методы нео-райхианской терапии исходят из возможности достижения эмоциональной разгрузки посредством работы с телом, делая узнаваемыми и осознанными физические артикуляции бессознательного в теле. Одним из особых достижений Поля Бойесена заключается именно в объединении подобной работы с психоаналитическими принципами.

Сенсология

Здесь речь идёт о том, чтобы понять, как люди развивают смысл своей жизни. Этот аспект психоорганического анализа П. Бойесен считает, пожалуй, самым главным. П. Бойесен анализирует поступки и жизненный эмпирический опыт в свете смысла и чувственности. Смысл понима-

ется как выбор направления, а чувственность — как интуитивный и эмоциональный аспект этого выбора.

Тем самым Бойесен подчёркивает фундаментальную связь между смыслом, который личность даёт своей жизни, и образом действия, тем, как личность это воспринимает и как при этом себя чувствует и как воплощается в этом.

Психоорганические аналитики «прислушиваются» к смыслу, который их клиенты хотят придать своей жизни, и относятся к этому выбору с абсолютным уважением.

Психоорганический анализ — это не только вид психотерапии. Принципы психоорганического анализа успешно применяются в бизнес-консультировании, в проведении

отдельных тренингов личностного роста, тренингов по работе с бессознательным. представлены полярные области применения психоорганического анализа: телесная работа с применением массажей — работа глубоко личностная, обнажающая бессознательное, регрессивная, психотерапевтическая, требующая создания специфического пространства, и применение принципов ПОА в ведении тренинговых групп — работа, имеющая определённую цель, ограниченная по времени, с большим количеством участников и совершенно отличными способами работы с бессознательным. Тем не менее, применение принципов ПОА эффективно и в том, и в другом случае, что говорит об универсальности и широком спектре применения методов ПОА.

Материалы международного конгресса «Психотерапия, практическая и консультативная психология — сплетение судеб»

Кинезиологическая коррекционная работа как генеративный подход в развитии интеллектуальных возможностей учащихся с различными нарушениями здоровья

Абрамова Н.В. *специалист-кинезиолог, сертифицированный специалист по эриксоновскому гипнозу, практик Чжун Юань Цигун, ZY Qigong Image Medicine Serificate (Kundawell Institute of America), консультативный член ППЛ, медицинский психолог, педагог-психолог*

В последнее время отмечается увеличение количества детей с различными нарушениями в развитии, с затруднениями в обучении, трудностями в адаптации. Для преодоления имеющихся у них нарушений, предупреждения развития патологических состояний, укрепления психического здоровья необходимо проведение комплексной психокоррекционной работы. Одним из составляющих элементов такой работы является кинезиологическая коррекция.

Проблема здоровья младших школьников становится в настоящее время всё более актуальной. О нерешённости и острой необходимости решения этой проблемы говорят данные обследования здоровья учащихся, а также результаты изучения их психических состояний (тревожности, безопасности, интереса и т.п.).

Традиционные методы психолого-педагогического воздействия на ребёнка не приносят устойчивого положительного результата, так как они не устраняют первопричину нарушений. В отличие от них, метод кинезиологической коррекции направлен на механизм возникновения психофизиологических отклонений в развитии, что позволяет не только снять отдельный симптом, но и улучшить функционирование, повысить продуктивность протекания психических процессов. Применение данного метода позволяет улучшить у ребёнка память, внимание, речь, пространственные представления, мелкую и крупную моторику, снижает утомляемость, повышает способность к произвольному контролю. Учителя, использующие кинезиологические упражнения на уроках, отмечают улучшение почерка, повышение работоспособности, активизацию интеллектуальных и познавательных процессов.

Кинезиология — это оздоровительная система оказания человеку физической, психической, моральной и духовной поддержки путём перевода его в положительное эмоциональное состояние с помощью специфического мануально-вербально-невербального общения.

В основе кинезиологической процедуры лежит избавление человека от внутренних блоков и зажимов, препятствующих поддержанию на оптимальном уровне гармонии и внутренней сбалансированности индивида.

Работая с мышцами, с телом, кинезиологи обращаются на самом деле не к телу, а к эмоциям, к неосознаваемым подсознательным системам психической саморегуляции. Кинезиологи через подсознательный эмоциональный уровень активируют процессы саморегуляции.

Психофизиологические коррекции предназначены для улучшения эмоционального состояния и снятия психологического напряжения в игровой форме. Эти коррекции рекомендуются для учеников, для их родителей и для учителей. Психофизиологические коррекции не связаны с принудительным изменением поведения, их нельзя считать «программированием» или «кодированием» на подсознательном уровне. При проведении коррекций не применяется гипноз или внушение, не используется внешнее «биоэнергетическое» или «экстрасенсорное» воздействие. Действие предлагаемых коррекций основано на нейрофизиологических закономерностях и

на связи мышечного движения с психикой. Эти явления были обоснованы ещё в классических трудах И.М. Сеченова, А.А. Ухтомского, И.П. Павлова, К.С. Станиславского, П.К. Анохина, Н.А. Бернштейна, а также в работах отечественных и зарубежных специалистов по практическому снятию стрессов.

Следует отметить, что в современном мире проблема психического и физического здоровья детей выходит на первый план. Генеративная психотерапия — отрасль научно-психологического знания и практики, основывающаяся на изучении и использовании закономерностей и способов формирования у людей генеративного мышления в психотерапевтическом процессе. Поскольку дети и их родители, а также педагоги фиксированы на трудностях, они очень нуждаются в генеративном мышлении, которое эту фиксацию снимает и выводит их на более высокий уровень личностного развития и более качественный уровень жизни. Кроме того, в связи с усложнением обучающих программ в школе, увеличиваются психические и физические нагрузки на младших школьников. При этом возникают нарушения в психоэмоциональной сфере ребёнка, которые ведут к ухудшению здоровья и снижению его успеваемости в школе. И поэтому сегодня, как никогда, дети младшего школьного возраста нуждаются в помощи и поддержке. А для этого помимо уже известных традиционных методов коррекции необходимо внедрять современные инновационные разработки, позволяющие быстро и эффективно справляться со стрессом. И таким инновационным методом, как генеративный подход, является кинезиологическая гимнастика.

Наиболее острая проблема — подготовка к жизни и труду подростков с аномальным развитием психики (дети, имеющие диагноз ЗПР, олигофрения, тугоухость, слабослышание, нарушение ОДА и др.), так как они в должной мере не имеют условий обучения, соответствующих их возможностям. В результате учащиеся с ОВЗ не только плохо овладевают материалом, установленным образовательным стандартом, но и оказываются неконкурентоспособными на производственных предприятиях.

Вместе с тем, ведущими учёными в области дефектологии (Л.С. Выготский, С.Т. Шацкий, П.П. Блонский) доказано, что дефектные дети развиваются по общим законам психического развития, но имеют свои специфические особенности, обусловленные дефектом. В процессе обучения и воспитания они достигают достаточного уровня развития, чтобы приспособиться к общественно-трудовой деятельности, овладеть несложной профессией и впоследствии вести самостоятельную жизнь.

Доказано, что систематическое использование кинезиологического комплекса как отнесёнными к психической норме людьми, так и имеющими мозговые дисфункции с задержкой или нарушением психического развития, приводит к достоверному увеличению у них продуктивности, объёма и устойчивости внимания, восстановлению нарушенных межполушарных связей, улучшению психоэмоционального состояния, уменьшению степени агрессивности и улучшению аналитико-синтетической способности (способность к обобщениям и умозаключениям). Использование кинезиологического комплекса на специальных уроках, а также в качестве физкультурной паузы на предметных уроках, даёт как срочный, так и кумулятивный (накопительный) эффект в плане повышения умственной работоспособности и оптимизации психоэмоционального состояния.

Средства кинезиологии идеально подходят для того, чтобы «...ум ребёнка развивать так, чтобы противоречие служило ему не поводом для истерики, а толчком к самостоятельной работе над проблемой».

Бесспорно, все мы знаем, что наш мозг находится в черепной коробке в непрерывной связи с остальными частями нашего тела. Но на практике, когда мы исследуем мышление, пробуем стимулировать его, создавать благоприятные условия для учения и творчества, мы стремимся рассматривать его как бестелесный процесс, словно роль тела заключается только в том, чтобы «переносить» мозг с места на место и таким образом обеспечивать его важную работу.

Но не всё мышление и учение сосредоточено лишь в голове. Напротив, наше тело играет объединяющую роль во всех интеллектуальных процессах, начиная с раннего детства и до глубокой старости. Важнейшая роль тела в процессе учения уже отчётливо доказана многими научными исследованиями. Чем подробнее учёные рассматривают сложные связи, существующие между мозгом и телом, тем отчётливее выявляется главное: движение необходимо для учения. Движение пробуждает и активизирует многие умственные способности.

Учение требует овладения навыками, а навыки любого вида связаны с освоением движения мышц. Все наши умения — это часть работы мышц, играющих важнейшую роль в развитии навыков человека. Последние исследования доказывают: движение приносит непосредственную пользу нервной системе. Мышечная активность, особенно координированные движения, стимулируют продукцию нейротропинов, природных веществ, отвечающих за рост нервных клеток и увеличивающих число нервных связей в мозге.

Существует так называемая Гимнастика Мозга, кинезиологические упражнения, которые активизируют полноценную деятельность ума и тела, помогают управлять своей эмоциональной, физической и умственной жизнью. Эти интегрирующие упражнения пробуждают систему «интеллект — тело» и приводят её в готовность к обучению.

В настоящее время растёт число детей с минимальными мозговыми дисфункциями (30% от общего числа), которые проявляются нарушением речи, мышления, изменениями качества психики. Доказано, что определённую роль в их возникновении играют нарушения функциональной асимметрии коры больших полушарий головного мозга и межполушарного взаимодействия. Морфологической основой недостаточности интеллекта можно считать недоразвитие лобных и теменных долей мозга. Кроме того клинические и нейрофизиологические исследования подтверждают, что у умственно отсталых учащихся снижается активность левого полушария. В этих условиях включаются компенсаторные возможности организма, и правое полушарие берёт на себя главную роль. Происходит перекос и без того нарушенных функций деятельности мозга, возникает так называемая координационная неспособность к обучению.

Авторы практической кинезиологии считают, что скорректировать, частично восстановить согласованность в работе правого и левого полушария, усилить самоконтроль за своими эмоциями помогут специфические движения кинезиологические упражнения гимнастики мозга. Следовательно, именно эти упражнения способны устранить многие причины, затрудняющие процесс обучения подростков, стимулировать их интеллектуальное развитие, а также решить множество проблем эмоционального плана. Развивая моторику, мы создаём предпосылки для коррекции многих психических процессов. Под влиянием кинезиологических тренировок в организме происходят положительные структурные изменения. При этом, чем более интенсивна нагрузка (в допустимых пределах), тем значительнее эти изменения. Сила, равновесие, подвижность, пластичность нервных процессов осуществляется на более высоком уровне. Совершенствуется регулирующая и координирующая роль нервной системы. Кинезиологические упражнения позволяют выявить скрытые способности человека и расширить границы возможностей его мозга. Занятия устраняют дезадаптацию в процессе обучения, гармонизируют работу головного мозга.

В настоящее время отечественные учёные и педагоги в области кинезиологии, разработали специальные комплексы упражнений гимнастики мозга, *цель которых:*

- развитие межполушарной специализации;
- развитие межполушарного взаимодействия;
- развитие моторики;
- развитие способностей;
- развитие памяти, внимания;
- развитие речи; устранение дислексии;
- развитие мышления.

При создании этих комплексов совмещены *два обучающих принципа:*

- воздействие на сохранные звенья регуляции психофизиологических функций;
- воздействие на нарушенные звенья регуляции психофизиологических функций;

Все движения комплексов гимнастики мозга воздействуют на различные системы управления организмом. Все их можно разделить на *три блока:*

1. Упражнения, увеличивающие тонус коры г/м (дыхательные упражнения, массаж биологически-активных точек).

Цель: повышение энергетики коры г/м.

2. Упражнения, улучшающие возможности приёма и переработки информации (движения конечностями перекрёстно-латерального характера).

Цель: восстановление нарушенных межполушарных связей и функциональной асимметрии мозга.

3. Упражнения, улучшающие контроль и регуляцию деятельности (движения и позы перекрёстного характера).

Цель: восстановление связи между лобным и затылочным отделами мозга, установление баланса между правым и левым полем человека, снятие эмоционального стресса.

Выполнение кинезиологических упражнений гимнастики мозга требует осмысленности и высокого уровня саморегуляции. Осуществление такого движения и доведение его до автоматизма *возможно только при условии создания в коре головного мозга новых нейронных сетей, что, в свою очередь, расширяет резервные возможности мозга.*

Система работы, опирающаяся на двигательные методы, оптимальна для коррекции отклонений и развития компенсаторных способностей учащихся.

Условия применения комплексов гимнастики мозга:

Основным требованием к квалифицированному использованию специальных кинезиологических комплексов является *точное* выполнение движений и приёмов. Применение упражнений возможно как на предметных уроках, так и на специальных уроках кинезиологии. Желательно, чтобы каждый ученик почувствовал и осознал изменения, происходящие с ним. Для этого оптимально проводить занятия с небольшой подгруппой детей или индивидуально. Кинезиологические занятия дают как немедленный, так и кумулятивный (накапливающийся) эффект для повышения умственной работоспособности и оптимизации интеллектуальных процессов. Занятия должны проводиться в эмоционально комфортной, доброжелательной обстановке, если есть возможность — под спокойную музыку. Занятия, проходящие в ситуации стресса, не имеют своего воздействия. Результативность занятий зависит от систематической и кропотливой работы. С каждым днём задания могут усложняться, объём заданий увеличиваться, наращиваться темп выполнения заданий. Происходит расширение зоны ближайшего развития подростка и переход её в зону актуального развития.

Если кинезиологические упражнения используются на предметных уроках, то необходимо учитывать следующее: выполнение стандартных учебных действий может прерываться серийным кинезиологическим комплексом, тогда как творческую деятельность прерывать нецелесообразно. В случае, когда учащимся предстоит интенсивная умственная нагрузка, требующая раскрытия интеллектуального потенциала и элементов творчества, специальный кинезиологический комплекс рекомендуется применять перед началом работы. Это объясняется тем, что творческие виды деятельности, связанные с работой правого полушария и целостного восприятия должны выполняться при полном погружении в проблему. Деятельность, связанная с логикой, знаками, чертежами и, следовательно, с работой левого полушария и дискретного восприятия, может быть прервана выполнением специальных упражнений.

Кинезиологическую процедуру психоориентированного направления можно назвать психофизиологической коррекцией психоэмоционального состояния.

Применение на практике кинезиологической гимнастики ума, направленной на коррекцию проблем обучения и оздоровление детей младшего школьного возраста, даёт положительные результаты. Использование кинезиологической гимнастики для школьников по гармонизации их психоэмоционального состояния и преодолению трудностей в обучении позволяют рекомендовать применение упражнений кинезиологической гимнастики ума в массовой практике воспитателей и учителей в общеобразовательных учреждениях, а также в старших группах детских дошкольных учреждений, для развития, улучшения и устранения нарушений в эмоциональной и психомоторной сферах ребёнка, как инновационные воспитательные и развивающие технологии.

Список литературы

1. Голомазов С.В. Кинезиология точностных действий человека. — М.: СпортАкадемПресс, 2003. — 228 с.

2. Любимова Н.А. Кинезиология или природная мудрость тела. — СПб., 2005.
3. Маттиас Леш, Габриэле Фёрдер. Кинезиология. От стресса к гармонии / Пер. с нем. Е. Игнатъевой. — СПб.: Изд-во Вернера Регена, 2009. — 112 с.
4. Сиротюк А.Л. Коррекция обучения и развития школьников. — М.: Творческий центр, 2002. — 160 с.
5. Уайтсайд Р. Барометр поведения. Толкователь значений используемых слов / Пер. с англ. — М.: Кинезис, 1998. — 43 с.
6. Шереметьева Г.Б. Целебное прикосновение. Кинезиология. — М.: Амрита-Русь, 2009.
7. Кинезиологическая гимнастика против стрессов / В.Ф. Сазонов, Л.П. Кириллов, О.П. Мосунов. — Рязань, 2000.

Коррекционно-развивающая работа с детьми по методу целебной творческой психолингвистики

Абрашкина Е.А. психолог ГБОУ СО Ш №808, Москва,
e-mail: fanon1@yandex.ru

Коррекционно-развивающая работа с использованием звуковой дыхательно-энергетической гимнастики саморегуляции в Центре психо-медико-социального сопровождения проводилась с детьми, испытывающими трудности в обучении, адаптации, социализации. Наблюдались дети с задержкой речевого развития, общим недоразвитием речи, ранним детским аутизмом, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Творческий метод работы с дыхательно-энергетическими звукообразами интересен своей многофункциональностью. Проводится одновременная работа на нескольких модальностях: с воображаемыми образами, эмоциями, ритмизированной речью, звуками, интонациями голоса, выразительным гибким движением, естественным дыханием, множеством ощущений. Всё это даёт целостное мировосприятие, комплексное психофизическое развитие, освоение навыков саморегуляции, дыхательной психотехники. В процессе работы обогащается эмоциональный, чувственный, душевный опыт. Развивается, корригируется, по-новому структурируется взаимодействие функциональных уровней централизованной системы эмоциональной регуляции.

Опыт, полученный при реализации коррекционных мероприятий в условиях ЦПМСС, позволил разработать коррекционно-развивающую программу для работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста в условиях ДОУ и СОШ. Программа включает в себя работу со звукообразами, дыхательную гимнастику по методу целебной творческой психолингвистики, а также элементы образовательной кинезиологии.

Духовная депривация: феноменологическая картина переживания, значение для формирования расстройств личности

Баранников А.С. д.м.н., профессор Московского социально-педагогического института.
Член совета директоров Российско-австрийского института экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии.
Консультант поликлиники №1 РАН.
Председатель секции ППЛ
«Экзистенциальная психотерапия».
Master of science австрийского университетского центра.
Сертификат GLE-international.
Россия, Москва

Понятие «депривация» получило распространение после Второй Мировой войны, благодаря работам Дж.Боулби (1969, 1973, 1980). Он описывал последствия сепарации у детей и подростков. В дальнейшем это понятие стало использоваться более широко различными исследователями для обозначения недополучения необходимых для психического и физического развития условий.

Различные направления практической психологии и психотерапии по-своему определяют последствия родительской депривации. Современный экзистенциальный анализ обращает внимание на значение духовного измерения бытия человека. Его антропология и методология нацелены на развитие духовной личности. Одновременно они позволяют рассмотреть феномен духовной депривации, результатом которой является утрата (или недостижение) соответствия своей глубокой духовной сущности.

Феноменологическая картина переживания при духовной депривации включает в себя переживание пустоты, безжизненности, отверженности и обиды. К этому добавляется переживание внутреннего разрушения, если близкие люди наносят травму. Комплексная динамика переживания, являющаяся результатом духовной депривации может формировать и удерживать структуру, в которой переплетаются психодинамика и ноодинамика, возникает непонимание, утрата идентичности. Это может приводить к отказу от бытия духовной личностью.

Депривация и травма имеют универсальное значение для формирования расстройств личности. Они отличаются по характеру воздействия различных факторов на переживание, по степени его дезорганизации, по динамике формирования последствий, по качеству их переживания и по особенностям терапевтического подхода. Особенно чувствительным к духовной депривации является недифференцированное, несформированное переживание детей и подростков. Современный экзистенциальный анализ может рассматриваться не только, как психотерапевтический метод, но и как существенное дополнение к теории и практике воспитания.

Медиация в аспекте философско-богословских категорий

Битехтина Л.Д. Российская народная академия наук,
общественная организация, Москва,
113184, ул. Бахрушина, 1/7, п.4, офис 31а;
e-mail: l-bitehtina@yandex.ru

Бурное развитие психотерапевтических практик в России на рубеже XX—XXI веков, и их самобытное существование даёт возможность для осуществления философско-богословского анализа и реализации благородных попыток соединения традиции и инноваций.

Нашей задачей было рассмотреть методологические основы в предмете медиации, который мы определили как науку о Примирении. Также задачей было проблематизировать собственное суждение и на примере традиции философской и богословской мысли и её категорий положить «Начала», которые в пределе умозрения есть мир, не в смысле мира, а смирения — с миром, смиренно, со смирением: как внутренняя тишина, безмолвие и «исихия» — предельные духовные состояния христианской аскезы.

Созерцание своей сущности в предстоянии перед Богом и своим бытием, это бытийственное начало, онтологическое состояние сознания, обеспечивающее тождество бытия и мышления, т.е. истину и нахождение в ней. Такое полагание противоположно науке конфликтологии, где предметом является конфликт, его динамика, работа с ним и его снятие. Конфликтология в таком рассуждении выступает составной частью науки о «Примирении», включена в неё и конфликт является предметом рассмотрения медиатора, но не как целое, определяющее суть и положение вещей, а как часть целого, который на данный момент конфликта превратился в целое и замещает его. Регулирование конфликта на разных уровнях и в различной представленности — это перевод, а точнее, отделение конфликта от сущности бытия, как отделение добра от зла, истины от лжи и т.д. И это возможно в том случае, когда у нас есть онтологическая, мировоззренческая картина того предмета, в котором мы мыслим и действуем, и знания, которыми пользуемся.

Сотворение человека «по образу и подобию Божьему» есть полагание онтологического начала в антропологии, где образ даёт целостность бытия, а уподобление как личностный механизм является путём нашего совершенствования, что есть восстановление разрыва традиции в инновационных психотерапевтических условиях.

Травматический опыт и проблема идентичности этноса

Бурмистрова Е.В. к.психол.н., зав. кафедрой психологии безопасности НОУ ВПО Московский психолого-социальный университет; член МОО «Русское психоаналитическое общество»

Сокуров В.Н. к.ист.н., старший научный сотрудник ФГНУ «Психологический институт» РАО

Значимость этнопсихологических исследований, изучение этнических различий связана с тем, что в современных условиях общей тенденции интернационализации и универсализации жизни возрастает этничность, прежде всего, малых народов. Именно этим обусловлен интерес к феномену этнической травмы. Этот феномен, с нашей точки зрения, может рассматриваться в четырёх аспектах: историческом, культурном, социальном, психологическом.

Последствия травмы для этноса ещё более драматичны, чем для отдельного человека. Травматический опыт этноса проявляется в следующих характеристиках: люди теряют себя, безвозвратно утрачивается прежняя идентичность и на смену ей приходит новая историческая и культурная идентичность. Этническое меньшинство (ethnicgroupes) в доминирующем обществе, по образному выражению А. Солженицына, это «шепотка соли в океане». Жизнь малого этноса в водовороте истории похожа на водоворот — водную стихию, которая уносит. Травмы подобного рода вызывают длительную и нескончаемую боль. По мнению ряда авторов (Б. Колодзина, Мейя, М.Ш. Магомед-Эминова), возникающие психологические изменения касаются привычного образа мыслей и действий, они меняют, зачастую трагически, внутренний мир людей, их модели поведения, нарушают целостность восприятия картины мира. И это закономерное реагирование на ненормальную ситуацию. Существуют разные способы преодоления травмирующей ситуации, в основе которых лежит определённый тип реакции (нападение/бегство и уход). Некоторые этнические группы, в качестве стратегии преодоления жизнеопасной ситуации выбирают самопожертвование (шагидизм), другие этносы предпочитают исход/миграцию. История — это то, что произошло, а память — то, что связывает прошлое с нами самими в настоящем. Наша идентичность лежит в прошлом. Правдивая история о травмирующем прошлом может, в конечном счёте, привести к примирению травматического опыта и идентичности. Для представителя малого этноса история это нечто большее, чем история, она выступает в качестве защиты и способа самовыражения индивида. Необходим «катарсис» (психологическое очищение), а не «вытеснение». Последнее сказывается на психическом здоровье наций, взаимоотношениях между народами-участниками трагических событий.

Динамика общественного отношения к детям с нарушениями в развитии в разные исторические периоды в России

Василенко Е.В. Детский сад компенсирующего вида №261, Екатеринбург; e-mail: elvasilenk82@gmail.com

В разные периоды развития общества существовали дети, имеющие те или иные физические или психические нарушения. Таких детей невозможно было не заметить, так как они требовали к себе особого внимания. В том случае, если внимание им не оказывалось или выражалось не в той форме, какого они требовали, дети с нарушениями развития становились источником таких социальных бедствий, как преступность, бродячество, профессиональное нищенство.

В России в разные исторические периоды отношение к лицам с аномальным развитием, их правовое положение, принципы, цели и необходимые для них формы помощи существенно различались.

Заслуга в развитии мер призрения таких в определённую систему принадлежит Императору Петру Великому, некоторое оживление внимания правительства к проблемам призрения относится к правлению Анны Иоанновны, периоду царствава-

ния Елизаветы Петровны, краткому пребыванию на российском престоле императора Петра III.

К концу правления Екатерины II в России система помощи была реорганизована и адаптирована к тогдашним условиям жизни.

На разных этапах развития цивилизации существовали разные критерии неполноценности, так как в зависимости от уровня развития производительных сил и культуры к физическим и интеллектуальным качествам личности предъявлялись разные требования.

Одними из первых появились к концу XIX — началу XX века в России 3 основных типа учреждений для слабоумных: врачебно-воспитательные заведения, где врачебная помощь была ведущей; приюты для слабоумных; вспомогательные классы и школы.

Русские учёные внесли большой вклад в познание природы и сущности слабоумия, в разработку теоретических и методических вопросов воспитания и обучения умственно отсталых детей.

Действие и движение в языковой интерактивной игре

Винокурова О.Е. психолог-консультант, йогатерапевт, специалист по целебной творческой психолингвистике, действительный член ППЛ РФ; e-mail: olga.vinokourova@gmail.com

В каждом действии, при создании звукообраза, участвуют движение, ощущение, чувство и мышление. Человек, надев привычную «маску личности», отождествляется с нею и не чувствует уже органических импульсов к совершенствованию образа себя.

В психолингвистической терапии мы имеем дело с внутренним действием, в ходе которого достигается изменение сознания; с физическим действием, наполненным психологическим содержанием, с эмоционально-волевым и целевым актом, со спонтанным движением. От действия к действию образ себя изменяется. Человек начинает осознавать возможность развития.

Каскадная визуализация энграмм: современный «антибиотик» психотерапии или один из путей решения психофизиологической проблемы®

© Авторский метод О.Я. Гальчук (сертификат авторских прав №СССР-112 №321010 от 25.10.2010)

Гальчук О.Я. Коломыйский институт Прикарпатского национального университета им. Василия Стефаника, г.Коломыя, Ивано-Франковская обл., Украина, 78200; e-mail: oksana_galchuk@ukr.net

Комплекс структурно-функциональных изменений, которые фиксируют не только определённую внешнюю ситуацию, но и субъективное отношение организма к этой ситуации, А. Ухтомский назвал энграммой. Энграммы являются избыточными из-за того, что полагаются на факты из прошлого. Благодаря этому энграмма активизирует и прогнозирует будущие ситуации. Энграммы формируют эмоциональная память.

Основой «Каскадной визуализации энграмм» является, конечно, «Визуализация энграмм». Человек прорабатывает не только свои чувства, эмоции, симптомы которые переживает здесь и сейчас, но и чувства, эмоции, симптомы давно сложившегося визуализированного образа на соматическом уровне. То есть, организм на всех уровнях (физиологическом и психическом) фиксируют реакции на что-то или кого-то, начиная с внутриутробного периода, а это значит, что он может и восстанавливать и реагировать вышеуказанные реакции.

«Визуализация энграмм» и «Каскадная визуализация энграмм», которые представляют гештальт-терапию, являются проективным психодиагностическими методами, они дают возможность в совершенстве проработать травмирующие дест-

рукты больного человека без применения каких-либо посторонних стимулов (слабо-, сильно- или тематически обоснованных), субъективного подбора этих стимулов психотерапевтом, т.е. его субъективного вмешательства. Ценность представленных методов состоит в том, что они психодиагностические и психотерапевтические методы одновременно. В психодиагностическом ракурсе они позволяют установить психологический диагноз, определить причину проблемы. В психотерапевтическом ракурсе гештальт-терапии освобожденные центры мозга, которые «загружались» в хронологическом порядке на формирование проблемы, «разгружаются» в обратном направлении.

«Каскадная визуализация энграмм», обычная «Визуализация энграмм» — современные «антибиотики» для психогенных расстройств. Если в любом органе или системе организма при возникновении воспалительных процессов прежде всего применяют антибиотики, которые локализуют и ликвидируют этот воспалительный процесс, то такую же функцию выполняет применения данных визуализаций в психотерапии. В процессе лечения этими методами исключается принятие психоактивных препаратов, ликвидируются травмирующие последствия принятия медикаментов. Это колоссальный Подарок Бога людям!

Влияние медико-психологического сопровождения беременности на задержку внутриутробного развития

Гараева С. к.м.н., доцент кафедры детских болезней ЛПФ, Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан, AZ1022, ул.Бакиханова, 23; e-mail: doktor_sabina@mail.ru

В настоящее время всё большее число психологических исследований, показывают, что поведение матери во время беременности и её отношение к будущему ребёнку имеют большое значение для течения беременности, для дальнейшего роста и развития ребёнка. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода, сохраняя актуальность среди антенатальных патологий, является показателем высокой заболеваемости и перинатальной смертности.

В связи с этим особую актуальность приобретают немедикаментозные лечебные и профилактические мероприятия, направленные на коррекцию психосоматических нарушений у будущей матери. Во многих странах разработаны и внедрены в практику различные методы психопрофилактической подготовки к родам, такие, как пренатальное воспитание, психологически-педагогические и психотерапевтические мероприятия в период беременности и др.

Целью наших исследований было изучение эффективности медико-психологического сопровождения беременности (МПСБ) с ЗВУР.

В исследованиях участвовали 47 беременных женщин с ЗВУР. Основную группу составили 27 женщин, которые наряду с медикаментозным лечением получали МПСБ, в контрольной же группе было 20 женщин, получавших только медикаментозное лечение.

Занятия с психологом и гинекологом проводились как индивидуально, так и в группах, сформированных по психологической совместности. Параллельно проводились релаксационные программы, такие как музыкотерапия, ситуационное и ролевое моделирование, аутогенный тренинг.

Динамические наблюдения показывают, что в основной группе 59,6% детей родились со ЗВУР, в то время как в контрольной группе — 76,3% детей со ЗВУР. Течение раннего неонатального периода у детей в основной и контрольной группах различалось. Так, восстановление первичной массы тела к 7-му дню жизни отмечалось в основной группе у 74,3% новорождённых, в контрольной группе — у 49,1%, гормональный криз наблюдался у 68,7 и 36,8% детей, неонатальная желтуха — у 18,7 и 29,5% детей соответственно.

Итак, новорождённые от матерей, получавших МПСБ, лучше подготовлены к внеутробной жизни и адаптации. Таким образом, при медико-психологическом сопровождении беременности снижение эмоционального напряжения и улучшение психологического состояния беременных женщин со ЗВУР положительно действует на процесс гестации и исход родов.

Работа психологов в режиме чрезвычайной ситуации. О забытом чувстве истинного действия

Григорьева Н.В. социальный психолог, г.Сочи; e-mail: n.grigoreva77@gmail.com

Освещённутренний взгляд на понимание профессиональной деятельности психолога, не регламентируемый профессиональной компетентностью специалиста. Включение уровней внутриличностного развития человека и его морально-этических норм.

Ключевые слова: профессиональная компетентность, человечность, понимание потребностей

Разгар лета в Сочи, горячее солнце медленно ползёт по небу к закату. Несмотря на то, что уже вечер в густом воздухе нет и намека на прохладу. На улице много людей, одни празднично и неспешно прохаживаются по ней, прицениваясь к сувенирам и фруктам. Другие спешат на экскурсии и концерты, быстро бегут к маршрутным такси, чтобы доехать до центра города и раствориться в его беззаботном ритме курортного вечера. Для меня окончание очередного трудового дня, и я иду домой, а вокруг такое до боли привычное и уже успевшее наскучить — видимое благополучие. Через полчаса мне позвонят друзья, они скажут, что едут в Крымск в составе ППЛ (Профессиональной психотерапевтической лиги) для оказания психологической помощи в режиме чрезвычайной ситуации, в ответ я скажу, что тоже хочу поехать, чтобы меня взяли с собой, буду настаивать и просить. Поздним вечером после долгих переговоров, звонков и споров «на том конце провода» кто-то скажет мне: «Да, конечно приезжайте. Помощь нам нужна разная, мы найдем, куда вас определить». А потом быстрые сборы и первый опыт общения с теми, кто понес тяжёлую утрату, кто испытывает боль, кто ждёт понимания, участия — сострадания.

Сразу хочу внести некоторую ясность. Моё первое высшее образование — «Психолог. Преподаватель психологии», специализация — социальная психология. Окончив университет, я не работала в качестве практикующего психолога, и постепенно сменила направление деятельности в сторону административной в строительной организации. Соответственно самое близкое, что могло быть отнесено к разряду «практической психологии» в моей работе это был менеджер, конфликтология и социология. Поэтому вполне естественно, что на мою просьбу поначалу ответили отказом.

Мы работали в пунктах временной реабилитации, которые были устроены во многих районах города, в наши обязанности входили:

- индивидуальное психологическое консультирование;
- групповое психологическое консультирование;
- психологическое информирование.

В конце ночной и дневной смены отчётё на общей планерке. Помимо этого проводилась и другая работа, на которой мне более всего хотелось бы заострить внимание.

Помимо психологической помощи нужна была и самая что ни есть «простая помощь», от которой отказывались, которую избегали, многие делали без особой охоты и желания. Но она была важна не меньше, а в комплексе с психотерапией была бы залогом большей эффективности в реализации процесса восстановления нормальной жизнедеятельности людей. Оказание помощи, это не просто выполнение своих профессиональных обязанностей, доведения их до совершенства, это много больше.

Да, психолог — это звучит гордо, а иногда из уст получивших диплом и аккредитацию — весьма гордо. Многие из тех, кто приезжал, негодовали о том, что им людям с большим практическим стажем и серьёзной практикой приходится заниматься не своим делом. «Я психолог, а должна заниматься тем, что помогаю составлять списки, провожу опросы и составляю отчёты для администрации города, убираю со стола, разбираю гуманитарную помощь, выношу мусор и прочее». Так сетовала одна наша коллега, когда мы уже готовились к отъезду.

В свою очередь, мне и тем, с кем посчастливилось сотрудничать, приходилось делать разную работу, всё, что говорили и просили и ещё многое из того, что дипломированные специалисты не делают. Мы собирали мусор, сидели с детьми, ходили в администрацию, составляли бесконечное множество отчётов для министерства образования и соцзащиты, отвечали на телефонные звонки, информировали население о том, как получить компенсацию, какие документы собирать, куда их нести

и пр. Помогали собирать вещи для переезда, ремонтировали кровати, меняли постельное белье и много, много других простых мелочей. Всё это перечисление — для следующего пояснения.

Наша помощь должна быть не просто позывом профессиональным, но и человеческим. Психология (др.-греч. ψυχή — душа; λόγος — знание) — академическая и прикладная наука о поведении и психических процессах. Но ведь знание о душе, если оно истинное сводится не только к набору определённых навыков, владением психотехник и терминологии, оно сводится, прежде всего к познанию самого себя, своей сущности. Человеку даны: душа, разум, чувства, свободная воля. Рефлексия делает человека личностью, он познаёт свой внутренний мир и соотносит с этим познанием должен стремиться к совершенствованию себя, в этом наше развитие и суть психологической работы. Понять и изменить, доработать то, что есть несовершенного в нас самих. Всю осуществляемую нами деятельность, нужно уметь выполнять и выполняя использовать на благо. В любом совершаемом нами действии, особенно если о нём просит нуждающийся (тот, кто действительно нуждается в нашем участии), должна быть свободная воля и полное принятие происходящего. Это является залогом отсутствия природы внутри личностного конфликта и фактором, определяющим высокий уровень нравственно-этического развития. Если мы способны искренне сопереживать и участвовать, оказывать психологическую помощь то, должны быть готовы и выполнять действия за рамками наших привычных профессиональных компетенций.

Работа психологов в режиме чрезвычайной ситуации должна иметь характер равнонаправленный по отношению ко всем участникам процесса (пострадавшим и тем, кто прямо не пострадал, но имеет непосредственное отношение к ситуации) и комплексным в плане выполняемой работы.

Пункты временной реабилитации располагались в ДОУ и школах, которые не попали в зону потопления. Административные работники данных учреждений участвовали в работе по расселению пострадавших, обеспечению их гуманитарной помощью и созданию нормальных санитарно-гигиенических условий проживания. Думаю, все понимают, как сложно работать с большим количеством людей, особенно в направлении обслуживания, добавив к этому ещё и пострадавших физически, морально и материально. Много конфликтных ситуаций, постоянное нервное напряжение, стрессовые ситуации. Наша работа была ориентирована на пострадавших и почти не ориентирована на тех, кто оказался рядом — кого затронуло незначительно или не настигло наводнение вовсе. Такие люди работали так же как и мы, но не получали должной психологической помощи. Они так же переживали, плакали, сочувствовали, им тоже было тяжело и больно, им тоже нужна была помощь.

Прошло около двух месяцев со времени возвращения из нашей поездки в Крымск. Много было увидено, много понято. Первое время казалось удивительным, что не надо куда бежать, можно ложиться спать в десять вечера, есть чистая горячая и холодная вода, размеренный и привычный ход времени и вещей. На улицах люди спокойно идут по своим делам, нет палаточных городков, нет представителей МЧС, нет постоянных комиссий из разных госструктур, нет пунктов выдачи питания и питьевой воды. Словно это всё, другой мир. А может быть так и есть на самом деле?

Мы не придаем ценности тем вещам, которые составляют повседневность — они привычны, даже если и являются необходимостью.

P.S. Каждый день нашей работы в Крымске был наполнен стоящим неподдельным смыслом, всё, что мы делали и старались сделать, было действительно нужным. Всё имело свой результат, мы могли видеть то, что старались воплотить в жизнь.

Архетипы в лицах

Грушко Н.В. д.психол.н., доцент кафедры социальной психологии ОмГУ им. Ф.М. Достоевского, действительный член ППЛ, член-корреспондент МАПН, Омск

Исследователи насчитывают в мировой культуре сотни, если не тысячи различных архетипов. *Архетипы* (греч. *archetypos*, «пер-

вообраз»). Архетипы — врожденные идеи или воспоминания, которые predispose людей воспринимать, переживать и реагировать на события определённым образом. Создание теории архетипов связано с именем швейцарского психолога и психиатра Карла Густава Юнга. В результате клинических исследований Юнг пришёл к заключению, что в психике человека существенную роль играет не только индивидуальное, но также и коллективное бессознательное, содержание которого представлено архетипами, унаследованными от предков. Открытия, сделанные Юнгом, находят подтверждение в нейрофизиологии, кибернетике, физической химии, глубинной психологии, психологии рекламы, в построении маркетинговых кампаний и т.д. Архетипы «взяты на вооружение» психологами в качестве практико-ориентированной теории в развитии личности, передовыми исследовательскими и рекламными агентствами во всём мире (модель Гири Ховстеде — G. Hofstede. *Cultures and organizations: Software of the Mind*. New York: McGraw-Hill. 1991, и др.). Соответствие индивидуальности бренда определённому архетипу признано ключевой составляющей успешности компаний, политиков и деятелей культуры мирового уровня.

Диагностика проявления базовых архетипических составляющих в профессиональной деятельности, в межличностном взаимодействии — тема активного исследования психологов-практиков: специалистов по подбору персонала, консультантов, тренеров.

Как психологу-практику мне также было интересно принять участие в увлекательном изучении архетипов. Элементы теории архетипов были включены в цикл занятий по психокоррекции творческим самовыражением — внелечебный вариант Терапии творческим самовыражением авторского метода М.Е.Бурно. Также были разработаны тренинги «Архетипы и лидерство», «Мы выбираем, нас выбирают» — тренинги исследования проявления архетипических составляющих в профессиональном и личном контекстах. Первый опыт данного тренинга был в рамках зимних встреч уральского отделения ППЛ в 2010 г. Участникам предлагалось ответить на вопросы: в каком образе мы предстаем миру? какой образ заключает в себе большие возможности, какой является ограничением? Теоретический экскурс давал возможность познакомиться с проявлениями в своём поведении и в поведении других людей архетипов: хозяин—хозяйка, принц—принцесса, воин—охотница, трикстер—жрица и др. Практические задания, выполняемые участниками тренинга, давали возможность проявить и определить архетипические составляющие, которые способствуют реализации лидерских способностей. В тренинге использовались теория архетипов К. Юнга, типология Т. Четвинда.

В последние два года в рамках были разработаны имидж-мастерские «Архетипы в лицах», «Зеркальце» — совместные проекты с профессиональными стилистами, визажистами, фотографами. Для участия требовалось «утреннее лицо» (без макияжа или с минимальным макияжем), элементы костюма и аксессуары, открытость новому опыту. Наши имидж-мастерские дали возможность участникам отразиться как в зеркале в глазах других людей — как профессионалов: психолога, стилиста и визажиста, фотографа, так и участников мастерской и лучше понять и проявить свой ведущий архетипический образ. Содержанием было: диагностика ведущего архетипического образа, который «считывается» окружающими; трансформация образа с целью проявления «световых» и, по желанию — «теневых» сторон; рисуночные и медитативные практики и др.

Кроме того, все участницы приняли участие в экологичном эксперименте по изменению имиджа на один день. Многие участницы наших мастерских с удовольствием взяли этот опыт изменений и рекомендации профессионалов в будущую жизнь

Общие элементы психотерапии

Доморацкий В.А. Белорусский государственный университет, Минск; e-mail: vladom@inbox.ru

Известно, что различные методы психотерапии приводят к примерно одинаково удачным результатам в отдалённом периоде лечения (непосредственные результаты могут существенно различаться). Вероятно, это обусловлено тем, что все они имеют некоторые унифицирующие черты, являющиеся теми целебными элементами, которые и отвечают за терапевтический успех. Они в той или иной степени характерны для всех методов психотерапии, не являясь специфическими ни для одного из них (Дж. Мармор, 1998; А. Блазер, Э. Хайм и др., 1998; И. Ялом 2000,

Дж. Прохазка и Дж. Норкросс, 2005 и др.). В свою очередь, мы также попытались кратко систематизировать основные элементы психотерапии, которые обеспечивают её эффективность вне зависимости от того, какой метод используется. На наш взгляд, с некоторой долей условности их можно разделить на две основные категории: *общие элементы психотерапевтического процесса* и *общие элементы психотерапевтических интервенций*. К общим элементам психотерапевтического процесса, создающим предпосылки для успешной психотерапии, следует отнести позитивные ожидания пациента и психотерапевта, хоторнский эффект, продуктивные терапевтические отношения, десенсибилизация к психотравмирующим обстоятельствам и снижение эмоционального напряжения пациента, его идентификация с терапевтом, корректирующий эмоциональный опыт. В психотерапии, осуществляемой вербально, общими элементами любых психотерапевтических интервенций являются те или иные формы вербального воздействия, которые осуществляет психотерапевт. Они бывают разными и зависят от предпочтений психотерапевта, его принадлежности к той или иной школе, но присущи всем методам психотерапии. К ним могут быть отнесены: обучение (включая когнитивное научение, информирование, оперантное обусловливание, использование трансовых состояний (как спонтанно возникающих во время сессии, так и специально индуцированных), отработка адаптивных навыков посредством выполнения пациентом домашних заданий), поддержка, конфронтация, активизация, суггестия, помощь в понимании пациентом своих эмоций и их открытом выражении вплоть до катарсиса, принятии на себя ответственности, а также в лучшем осознании собственного тела. К вышеперечисленному следует добавить вызывающего доверие, эмпатичного, профессионально подготовленного психотерапевта, который способен умело использовать эти элементы психотерапии в своей работе.

Гипнотерапия в лечении психогенных оргазмических дисфункций у женщин

Доморацкий В.А. Белорусский государственный университет, Минск; e-mail: vladom@inbox.ru

Целесообразно выделять две основные формы психогенной аноргазмии у женщин:

1. *Дизонтогенетические (первичные) психогенные аноргазмии* являются результатом задержек и отклонений в психосексуальном развитии женщины, которые ведут к нарушениям формирования эрогенных зон и/или выработке неадекватных (не соответствующих партнёрскому сексу) сексуальных сценариев;

2. *Невротические (вторичные) аноргазмии* (основной механизм — психогенное торможение оргазма, который женщина ранее испытывала).

При дизонтогенетических аноргазмиях у женщин зрелые (оргазмозапускающие) эрогенные зоны вообще не сформированы либо их адекватная стимуляция в партнёрском сексе практически невозможна из-за экстрагенитального расположения или особых способов воздействия. В лечении дизонтогенетических аноргазми преобладают методы реконструктивной секстерапии, задачей которой является научить женщину оргазму (при абсолютной аноргазмии), или научить её получать оргазм в реальном партнёрском сексе, если он достигается только при дезадаптивных формах мастурбации (за счёт мышечного напряжения, под душем). Особая роль принадлежит гипнотическим техникам, усиливающим чувственное восприятие близости и сексуальную возбуждённость. Применяют терапевтические метафоры (как в трансе, так и наяву), которые помогают женщине принять свою сексуальность. При необходимости сближают предпочитаемые сексуальные сценарии женщины и реальную партнёрскую практику. При невротическом подавлении оргазма основными мишенями для психотерапевтических интервенций являются: негативный сексуальный опыт; искажённые представления о половой жизни; навязчивые сомнения в своей способности достигнуть оргазма при коитусе; триггеры (пусковые стимулы, блокирующие нарастание возбуждения); тревожный (диссоциирующий) гиперконтроль полового акта; неуверенность в собственной сексуальности и привлекательности для мужчины. Используются соответствующие приёмы и техники из арсенала эриксоновского гипноза, НЛП, ДПДГ, супружеской терапии и др. Так, техники гипноанализа позволяют уточнить истоки нынешних сексуальных проблем женщины. Выявленный негативный опыт отношений с мужчинами затем подвергается ней-

трализации. Следует подчеркнуть, что профессиональный подход к терапии женской аноргазмии в большинстве случаев приводит к положительным результатам.

Применение эриксоновского гипноза в лечении игровой зависимости

Драгунов Ю.В., Драгунов М.Ю., Драгунова Н.Н.

МЦ «Incredere-DNM», Кишинёв, Молдова

Введение. Азартные игры (гэмблинг) могут вызывать зависимость, в чём-то напоминающую алкогольную или даже наркотическую. Только эта зависимость не связана с приёмом веществ, изменяющих психическое состояние. В детском возрасте игровая зависимость обычно развивается в отношении компьютерных игр. Это пример невротического конфликта, нуждающегося в индивидуальной психотерапевтической коррекции. Более глобальная проблема — игровая зависимость, связанная с игровыми домами, казино, игровыми автоматами. В таких случаях развивается зависимое поведение от азартных игр, которое по биохимическим процессам подобно алкогольной зависимости. В коре головного мозга формируется доминанта или очаг застойного возбуждения.

Лечение гемблинга является сложной проблемой и требует комплексного подхода, учитывающего биологические и психосоциальные особенности каждого пациента.

Цель. Определить мишени и наиболее эффективные методы терапевтического воздействия и их эффективность при лечении игровой зависимости.

Материал и методы. Исследование и лечение проводились в медицинском центре «Incredere-DNM» г.Кишинёва. Нами было пролечено 113 пациентов в возрасте от 17 до 47 лет, различных социальных слоев населения, в числе которых было 16 женщин и 97 мужчин.

Критерии включения: игровая зависимость.

Критерии исключения: тяжёлая соматическая, неврологическая патология; эндогенные психические заболевания.

Лечение пациентов с игровой зависимостью заключалось в проведении сеансов психотерапии (один-два раза в неделю) с использованием эриксоновских, НЛП, когнитивных техник и ДПДГ. Медикаментозное лечение было назначено невропатологом и состояло из назначения сосудистых, ноотропных и витаминных препаратов в стандартных дозах. В обязательном порядке всем пациентам проводился сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии (кодирование) с полным запретом играть в любые азартные игры на деньги. Кроме того, проводилась терапия с созависимыми родственниками. После завершения курса лечения назначается диспансерное наблюдение с периодичностью в первые полгода — 1 мес., затем — 3 мес., затем — 1 раз в 6 мес., затем — 1 раз в год.

Результаты. За период с 2004 г. по начало 2012 г. у нас прошли лечение 113 чел. У 18 чел. ремиссия длится 8 лет, у 32 чел. — 5 лет, у 21 чел. — 3 года; 14 чел. сорвались в течение первого года после лечения. Судьба ещё 15 чел. неизвестна. При этом практически все пациенты с длительной ремиссией и их близкие проходили длительный курс эриксоновской терапии.

Выводы. Игроманам необходима поэтапная медицинская помощь: консультация квалифицированного невропатолога, психотерапевта, нарколога, курс эриксоновской психотерапии с последующим диспансерным наблюдением. Причём психотерапевтическая помощь в таких случаях зачастую необходима не только самому игроману, но и членам его семьи. Поскольку они сами становятся «созависимыми».

К вопросу о механизмах эффективности методики А.Р. Довженко

Евтушенко В.Г. психотерапевт,

Центр по лечению гипнозом.

Днепропетровск, Украина;

e-mail: vitaliyevtushenko@gmail.com

Высокая эффективность методики, предложенной А.Р. Довженко при лечении хронического алкоголизма, с позиции современной психотерапии и новых представлений о трансе можно объяснить тем, что внушения проводятся по методу эмоционально-

но-стрессовой терапии, не в глубоком гипнотическом трансе, как это делали раньше, а наяву с открытыми глазами, используя лёгкое трансовое состояние пациента. На протяжении всего сеанса пациент сидит с открытыми глазами и смотрит в глаза врачу.

Именно неглубокое трансовое состояние, которое возникает у пациента при внушении наяву, синхронизирует работу мозга, левого и правого полушария, по обмену информацией между сознанием и подсознанием.

Большим позитивным моментом в лечении является то, что курс лечения от алкоголизма состоит из одного сеанса гипноза, который длится 1,5 часа, и при этом эффективность лечения не ниже, чем в методиках, где рекомендуется проводить лечение в условиях стационара в течение 1 мес. Доктор А.Р. Довженко лечит своим методом в условиях поликлиники за один сеанс, лечит словом и только словом, без таблеток и уколов.

Основная цель кодирования — запрет на употребление спиртных напитков. Запрет на употребление алкоголя достигается не только психологическим кодированием, но и применением различных лекарственных средств: тетурама, апоморфина, а также внутривенного введения препаратов, объединённых названием «торпедо», и подкожного введения препаратов — эспераль. Тут действие осуществляется на лекарственном, молекулярном уровне, и невозможно точно установить срок действия этих препаратов.

При кодировании словом воздействие на пациента осуществляется на высшем, психическом уровне, поэтому возможно точное определение срока его действия. Пациент как бы сам себя «программирует» на определённый срок — трезвости и полного воздержания от употребления алкоголя (не меньше года).

Такой приём, как зарок «трезвости на срок», использовался с давних времен и в религии. Желая исцелиться от алкоголизма кающийся священник в своём грехе пьянства, после чего давали зарок не прикасаться к спиртному под страхом божьей кары на строго определённый срок, как правило, на полгода-год или до следующего большого религиозного праздника — Рождества или Пасхи.

Ключевым моментом в методике А.Р. Довженко является «наложение самого запрета» в употреблении алкогольных напитков на тот срок, который больной выбрал себе сам. В религиозной практике для осуществления лечебных исцелений, давно использовался материально не воспринимаемый авторитет. Так, при лечебных воздействиях Христа на верующих нередко были ссылки на Дух Святой, христианские апостолы уже исцеляли именем и авторитетом Христа, современные священники ссылаются и эффективно используют целебные свойства мощей христианских святых или чудотворные иконы.

Поэтому для достижения длительного лечебного эффекта от проводимой терапии вводится понятие «психический код — программа», которая в дальнейшем и будет контролировать поведение человека, его мысли и поступки. Такая установка освобождает от избыточно тревожного контроля пациента за происходящим.

Качество жизни и психические расстройства у беременных с угрозой невынашивания

Ефанова Т.С. психотерапевт, клиника «Инсайт», женская консультация МБУЗ ГКБ №1, Новосибирск

Захаров Р.И. к.м.н., психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, ассистент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва

Куприянова И.Е. д.м.н., профессор, зав. отделением профилактической психиатрии НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Психологический стресс, который включает проблемную ситуацию, её субъективное восприятие, оценку собственной значимости, имеет высокую степень деструктивных воздействий как на личность, так и на определённые группы населения

(R.S. Lasarus, 1984). Современные условия развития общества с высоким информационным напряжением, социальным расстройством, низкими позициями защищённости трансформируют общество, в целом, и каждую личность, в частности. Психологические характеристики отражают изменения социально-экономической сферы, условия воспитания, формирования личности, но остаются связанными с биологической predisposition (И.Е. Куприянова, В.Я. Семке). В качестве показателей психического здоровья некоторые исследователи (О.А. Соколова, 2006; Е.А. Сергиенко, 2004) используют тревожность и стрессоустойчивость, способность женщины разрешать трудные жизненные ситуации, перестраивать жизненные позиции и менять значимые отношения, сохраняя собственный психический статус. Высокий уровень напряжённости, снижение стрессоустойчивости, подавленное настроение, уменьшение социальной и производственной активности, «уход в болезнь», аномальные семейные отношения — основные характеристики снижения качественного восприятия окружающего мира (И.Е. Куприянова, 2001).

Когда личность изначально не готова к изменениям в ситуациях, окружающих её, то увеличивается вероятность выхода из хронической фрустрации через механизм ковенной аутоагрессии (В.Я. Семке, Я.П. Гирич, 1998). В этом случае нарушение стабильности в психоэмоциональной сфере, которое возникло вследствие стрессового воздействия, как правило, выражается в повышении уровня тревожности. Это приводит к срыву адаптационных механизмов и возникновению соматических и гинекологических расстройств (С.М. Уманский, 1996). Взаимосвязь психической и гинекологической сфер в структуре здоровья женщины отмечается многими исследователями (Л.В. Аккер, 1994; С.В. Дремов, 2002; М. Коул, 1997; Р.Ф. Насырова, 2012; J. Money, 1994; R.H. Crapo, 1996). Весомыми показателями психического здоровья беременных являются критерии качества жизни (КЖ). КЖ (ВОЗ) — «восприятие людьми своего положения в контексте культуральных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (WHOQOL: Study protocol Division of Mental health. — Geneva, 1993). В.Я. Семке (1999) характеризует это понятие как достигаемость желаемого и удовлетворение достигнутым.

Исследование КЖ важно для определения правильной тактики работы с пациентами, поиска путей их социально-психологической реабилитации. Для определения и усовершенствования психопрофилактической и психотерапевтической тактики работы с УНБ важно изучать КЖ беременных с данной патологией.

На базе женской консультации МБУЗ ГКБ №1 г.Новосибирска с 2011 г. обследовано 97 беременных от 18 лет до 41 года. Средний возраст составил $27,45 \pm 2,83$ года. Срок беременности 8—35 недель. Женщины были поделены на 3 группы:

- группу 1, определённую нами как основную, составили 69 женщин с УНБ и различными формами гестозов, которые помимо медикаментозного лечения проходили психотерапевтическую подготовку к родам;
- в группу 2 (группу сравнения) вошли 20 беременных с той же патологией, получавшие только биологическое лечение;
- в группу 3 (контрольную) были определены 8 женщин с нормально протекающей беременностью.

УНБ, как и неудачи при предыдущем деторождении, сопровождается в большинстве случаев развитием психогенных нарушений. Психические расстройства беременных с угрозой прерывания (84,69%) в исследуемой когорте были представлены донозологическими расстройствами (психоадаптивные (ПАС) и психозадаптивные состояния (ПДАС)) — 30,61%, а также пограничными психическими расстройствами, обозначенными в МКБ-10 под рубриками F3, F4 и F6, и выявляются по нашим данным у 54,08% женщин с этой патологией беременности. Из них: F4 — 39,79%, F6 — 9,18%, F3 — 3,06%. В единичном случае было выявлено тревожно-фобическое расстройство органической природы (F06.4), потребовавшее амбулаторного наблюдения психиатра, с последующим стационарным лечением после родов.

Актуальные психогении беременных были рассмотрены как факторы, изменяющие КЖ данной группы женщин (И.А. Гундаров, 1995). КЖ определялось по критериям, включающим следующие дефиниции: положение в обществе, работа, душевное равновесие, семья, дети, здоровье, жилище, питание, район проживания, секс, духовные потребности, развлечения, общение с друзьями, отдых, материальное положение.

Количественные категории рассматривались в градации от 0 до 4 (полное неудовлетворение — 1; умеренное — 2; достаточное — 3; полное соответствие с желаемым — 4). Оценку проводили по трём категориям: физический, социальный и психологический статус. Были определены те сферы жизнедеятельности беременных, в которых степень комфортности пациентками оценивалась как недостаточная.

По результатам исследования установлено, что беременные, имеющие психопатологию, имеют низкие показатели КЖ по всем трём категориям. У женщин с донозологическими расстройствами выявлен средний уровень, и в группе здоровых — высокий уровень большего числа показателей.

Выявление изменений показателей уровня КЖ позволяет выявлять этапы психической дезадаптации, разрабатывать и применять различные психогигиенические, психопрофилактические, психотерапевтические и психокоррекционные программы. С целью коррекции факторов, способствующих прерыванию беременности, а также снижения младенческой смертности и увеличения рождаемости здоровых детей, с 2011 г. на базе женской консультации МБУЗ ГКБ №1 внедрена и проводится программа психотерапевтической коррекции и профилактики психических расстройств у беременных.

Проявление агрессии у онкобольных детей

Заболотная Н.Л. Всеукраинский благотворительный фонд «Запорука», 03022, Киев, ул. Васильковская, 30; Национальный Институт рака Министерства здравоохранения Украины; e-mail: Zabolotnaya_nata@bk.ru

В Киевском НИР проведено исследование эмоциональной сферы детей с онкопатологией. Его задача — выявить актуальные эмоциональные состояния ребёнка.

При поступлении ребёнка в стационар НИР его родители, заполняя социальную анкету, указывают наличие изменений эмоционального фона ребёнка со времени появления болезни. Нами было проанализировано 128 анкет. Результаты указывают, что с момента онкозаболевания родители отмечают появление агрессии у 52 детей (41%), агрессии и тревоги — 13 детей (10%), агрессии и «замкнутости» — 3 детей (2%). Таким образом, агрессия присутствует у 68 детей (53%).

Полученные результаты, совпадают с нашими наблюдениями: дети ругаются с родителями, протестуют, могут ударить, ломают предметы, бросают их, с медперсоналом раздражительны и др.

Такое поведение объяснимо, ведь агрессия возникает, как стремление защитить себя, удовлетворить имеющиеся потребности (Г.Амон, Н.Г. Незнанова, Б.Мартель), а во время лечения ребёнка его потребности удовлетворяются ограничено; под агрессивным поведением находится гнев, как реакция на потерю (Кублер Росс).

Мы провели исследование уровня агрессии среди подростков с онкопатологией, находящихся в стационаре НИР. Для диагностики использовались методика «Тест агрессивности» (адаптация Л.Г.Почебута) и проективная методика Э.Вагнера «Тест Руки». В исследовании участвовали 24 подростка возраста от 12 до 18 лет.

Результаты опросника «Тест агрессивности» продемонстрировали, что только у двух детей уровень агрессии высокий. Но по шкале «Самоагрессия» 11 детей (46%), показали высокий балл. Это говорит, что дети сдерживают имеющуюся агрессию, переживают беззащитность в сложившихся условиях, у них ослаблены механизмы психологической защиты. Самый низкий показатель уровня агрессии проявился в шкале «Эмоциональная агрессия» (19 детей), что даёт возможность предполагать, что дети не принимают и не до конца осознают свои эмоции и чувства.

Результаты «Теста руки» демонстрируют противоположную картину: у 17 детей (71%) уровень агрессии высок. У семи опрошенных детей ответы имеют много «доброты», что говорит о скрытой агрессии, и накоплении её в себе.

Таким образом, онкобольные дети, имеют высокий уровень агрессии, но не осознают это, копят агрессивные чувства, сдерживают их проявление.

Нами разработана и внедряется «Программа работы с подростками: их агрессивными чувствами и агрессивным поведе-

нием». Задача: обучать детей различать свои чувства, называть их, находить приемлемый способ их выражения и реализовывать его.

Опыт работы с детьми и взрослыми в экстремальных условиях: Крымск, лето 2012 г.

Зернова Н.В. член правления Всеукраинской общественной организации «Ассоциация экологичной помощи», Киев

Благодаря Интернету информация о трагедии в Крымске распространилась молниеносно, а призывы о помощи пострадавшим буквально «взорвали» социальные сети. Благотворительным фондом «Обнаженные сердца» и Натальей Водяновой была организована помощь населению и работа волонтеров-психологов в Крымске летом 2012 г. Участие в работе психологической службы в зоне стихийного бедствия позволило сформулировать некоторые выводы относительно особенностей организации работы и факторов её эффективности.

Работа психологов включала несколько этапов, обусловленных постоянными изменениями и непредсказуемостью социальной ситуации в зоне затопления.

Начальный этап предполагал административную, физическую работу, а также включал информационную кампанию о возможности получения экстренной психологической помощи.

На втором этапе с целью обеспечения психологического консультирования граждан в плановом и экстренном режимах в лагере была организована работа диспетчерской психологической службы. Опыт консультирования на этом этапе позволяет выделить несколько специфических моментов в работе с пострадавшими:

1) нередкими являются ситуации спонтанного консультирования, например поступают заявки о необходимости психологической помощи соседям, родственникам, членам семей, но по прибытию консультантов, клиентом становится именно тот, кто делал заявку; помогаая психологам во время поиска указанного в заявке адреса, соседи с готовностью начинают говорить о своих проблемах, тем самым, по сути, формулируя запрос;

2) часто вокруг клиента спонтанно формируется группа психологов, ориентированная на решение его проблемы/запроса и специалисты работают сообща;

3) после завершения консультации волонтер не даёт чётких гарантий на следующую встречу, но оставляет клиенту возможность созвониться, договориться и клиенты относятся к этому с пониманием.

В лагере также формируется база клиентов (имя, адрес, телефон) для возможных контактов в дальнейшем.

На третьем этапе была организована работа с детьми и их родителями на детской площадке.

На завершающем этапе определялись планы и перспективы психологического сопровождения населения в посткризисной ситуации.

Опыт взаимодействия с коллегами также показал, что во время работы в экстремальных ситуациях, профессиональные и личные внутригрупповые отношения между волонтерами-психологами являются значительным ресурсом в плане защиты от эмоционального выгорания и сохранения психического здоровья.

В целом, качество психологической помощи населению в экстремальных ситуациях определяется уровнем подготовки специалистов-волонтеров, а также спецификой организации командной работы в лагере. Одним из ключевых факторов, определяющих успех в работе волонтеров, является отлаженный механизм взаимодействия и сотрудничества их с исполнительной властью на местах.

Отражение материнских функций в текстах материнского фольклора

Иринархова Г.А. Московский гуманитарный университет, 111395, Москва, ул. Юности, 5/1; e-mail: galinair@mail.ru

Материнские функции — это те действия, которые мать осуществляет по отношению к ребёнку, тем самым организуя условия для его развития. В нашем исследовании мы рассматриваем мате-

ринские функции, осуществляемые на трёх возрастных этапах: этапе новорожденности, младенчества и раннего возраста.

Функции матери в период новорожденности состоят в способности своевременно и качественно удовлетворять потребности ребёнка, в дифференцированном отношении к его состояниям, предоставлении ему себя для поддержания его состояния эмоционального комфорта, эмоциональном участии в его субъективных переживаниях.

Функции матери в первом полугодии младенчества заключаются в адекватном реагировании на эмоциональные проявления ребёнка в эмоционально-личностном общении, эмоциональном включении во взаимодействие ребёнка с объектами внешнего мира, поддержке и успокоении в новых ситуациях.

Функции матери во втором полугодии младенчества состоят в обеспечении образования привязанности и включенности в ситуативно-деловое общение.

На втором и третьем годах жизни функции матери состоят в эмоциональной включенности в предметную и игровую деятельность ребёнка, поддержке в отношениях с миром, а также предоставлении самостоятельности ребёнку.

В современном обществе остро стоит проблема нарушения онтогенеза материнской сферы, потери «пути к модели материнства» [Г.Г. Филиппова, 2002], так как цепочка передачи материнских функций от матери к дочери в настоящее время прервана. Задачей нашего исследования является изучение текстов материнского фольклора как средства формирования материнской компетенции. Данный фольклорный жанр совершенно не изучен в области психологии. К материнскому фольклору относятся такие виды традиционного творчества, как колыбельные, пестушки, потешки и прибаутки [Е.С. Редькова, 2009]. По нашему мнению, в материнском фольклоре нашли своё отражение основные материнские функции. Для подтверждения нашей гипотезы мы используем метод контент-анализа, интерпретации, метод экспертных оценок. Исследование текстов материнского фольклора позволит создать методические материалы для специалистов, использующих в своей работе программы с этнокультурным компонентом, что обеспечит новую цепочку передачи «модели материнства» от специалистов-теоретиков к специалистам-практикам и от них к матерям.

Влияние эмоционального состояния на поведение больных сахарным диабетом в сравнении мужчин и женщин

Каланча В.М. психолог, РКБ, Республика Молдова,
2025, г.Кишинёв, ул.Тестемищану, 29;
e-mail: v.calancea@yandex.ru

Актуальность изучения проблем сахарного диабета определяется как исключительно быстрым ростом заболеваемости, так и высокой степенью инвалидизации больных. Сахарный диабет на сегодняшний день является актуальной проблемой, над которой работают специалисты из области медицины и психологии. Глобальность этой проблемы обусловлена, с одной стороны, высокими показателями распространённости и заболеваемости сахарным диабетом, а с другой стороны, большой частотой развития осложнений.

Цель исследования — выявить взаимосвязь между эмоциональным состоянием и его влиянием на поведение больных сахарным диабетом.

Гипотеза. Эмоциональное состояние имеет большое влияние на протекание болезни — сахарного диабета, и оно разное в зависимости от пола.

Методы исследования. Тест «Самооценка психических состояний»; опросник Басса — Дарки; методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка. Методы статистической обработки: SPSS-10.

Выборка. В исследовании принимали участие 40 чел., из которых 20 мужчин и 20 женщин, которые на момент исследования (январь — апрель 2012 г.) находились на стационарном лечении в отделении эндокринологии РКБ, г.Кишинев.

Интерпретация и выводы. В результате сравнения самооценок психических состояний у мужчин и у женщин, можно сделать следующие выводы: тревожность у женщин (14,4) намного выше, чем у мужчин (9,1); фрустрация, агрессивность и ригидность среднего уровня. В начале исследования предполагали, что мужчины больше проявляют открытую агрессию и враждебность по сравнению с

женщинами, у которых преобладает скрытая агрессия. Физическая (2,1) и косвенная (1,7) агрессия у мужчин более выражена, чем у женщин (1,6 и 1,2 соответственно). Вербальная агрессия у мужчин (2,7) более выражена по сравнению с женщинами (2,5). Индекс агрессивности у мужчин более выражен (7,2), как и индекс враждебности (4,9), но в меньшей степени (соответственно 6,6 и 4,7). При сравнении типа поведенческой активности, видно, что у женщин показатель намного выше (419), чем у мужчин (392), но, тем не менее, и мужчины и женщины относятся к типу поведенческой активности — АБ. Эмоциональное состояние имеет большое влияние на протекание болезни — сахарного диабета, и оно разное в зависимости от пола — подтвердилось исследованием.

Применение дианализа в сфере психологической помощи военнослужащим срочной службы Вооружённых сил Украины

Карачинский А.А. Главный информационно-телекоммуникационный узел Генерального штаба Вооружённых сил Украины, 03168, Киев, Воздухофлотский просп., 6, ГИТУ ГШ ЗСУ;
e-mail: karachinskiy_aleksey@mail.ru

Вхождение в новый коллектив и адаптация, жизнь в закрытом пространстве, любовные отношения на расстоянии, отрыв от семьи — всё это стрессовые факторы, связанные с высоким уровнем тревоги, которую испытывают большинство призывников в период призыва и вступления в ряды Вооружённых сил.

Внутренние проблемы препятствуют процессу развития военнослужащего, освоения им военного дела, поддержания высокой мобилизационной и боевой готовности. Методы, применяемые в этом аспекте офицерами-психологами воинских частей, недостаточно эффективны вследствие их недостаточной подготовки в области психологического консультирования и психотерапии.

В высших военных учебных заведениях Украины в процессе обучения курсанты поверхностно знакомятся с методами психотерапии. Они знают базовые формы психологического консультирования на уровне теории, но, к сожалению, не владеют практическими навыками в этой сфере.

Например, у солдата, который в процессе службы узнает, что умер его отец, выражены переживания с депрессивной окраской. Оказание помощи в данном случае сводится к сочувствию или к дополнительной нагрузке работой, чтобы солдат меньше думал о своей утрате и больше — о выполнении поставленных задач. Но психологическая проблема остаётся неразрешённой, и тяжесть переживаний существенно не меняется, подчас приводя в отсутствие адекватной психологической помощи к резкому ухудшению состояния военнослужащего и к госпитализации.

Опыт применения дианализа при психологическом консультировании военнослужащих срочной службы показал его высокую эффективность.

Обучение дианализу офицеров-психологов и практическое применение данной модальности в войсках способствует разрешению внутренних конфликтов военнослужащих срочной службы.

Таким образом, применение дианализа в сфере психологического консультирования военнослужащих срочной службы обеспечит недолгое и эффективное решение внутренних конфликтов не только у рядового состава, но и офицерского.

Психологические особенности совладающего поведения инфертильных женщин

Карголь И.В. Национальный исследовательский Белгородский государственный университет, кафедра общей и клинической психологии;
e-mail: Irina-kargol@mail.ru

Были обследованы женщины репродуктивного возраста с медицинским диагнозом *бесплодие*. Для оценки эмоционального состояния испытуемых использовались опросник депрессивности А. Бека, опросник тревоги А. Бека. С целью изучения признаков и уровня стресса — Шкала оценки травматического события Горовица. Для диагностики копинг-стратегий испытуемых

использовались опросник социальной поддержки Зоммера—Фюдрика F-SOZU-22, копинг-тест Р. Лазаруса.

Невозможность родить ребёнка является травматической ситуацией для инфертильных женщин. Была определена степень влияния данного факта на испытуемых. Свойственно вторжение болезненных мыслей, при отсутствии симптомов избегания. Физиологические проявления переживаний свойственны в меньшей степени.

У пациенток с бесплодием обнаружен высокий уровень тревоги и депрессии. Выявлена связь между показателями тревоги, депрессии и сроком бесплодия и лечения. Максимальная выраженность тревожно-депрессивной симптоматики проявляется у пациенток со стажем бесплодия от 1 года до 6 лет. Те женщины, срок бесплодия у которых превышает 6 лет, показывают более низкие показатели тревоги и депрессии.

Позитивными копинг-стратегиями пользуются те женщины, лечение которых продолжается более 6 лет. Критическим периодом был определён период между 1-м и 6-м годом бесплодия, когда преобладают негативные копинг-стратегии и повышены показатели тревоги и депрессии.

Женщины, страдающие бесплодием, вне зависимости от сроков лечения, стремятся к социальным связям и поддержке со стороны близкого окружения и семьи. Это обусловливается тем, что основная часть испытуемых недовольна той социальной и инструментальной поддержкой, которая им оказывается в настоящий момент.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости психотерапевтических мероприятий с больными, по устранению симптомов тревоги и депрессии в критические периоды, выработке позитивных копинг-стратегий. Поддержка со стороны близких смягчает стресс, уменьшает чувство одиночества, повышает удовлетворённость браком, самооценку и психологическое благосостояние в целом.

Стоит отметить, что данные, приведённые в докладе, носят предварительный характер, выборка будет расширена, соответственно выявленные закономерности могут быть уточнены.

Аксиопсихологические критерии эго-идентичности

Карпенко З.С. *д.психол.н., профессор, зав. кафедрой педагогической и возрастной психологии, директор научно-исследовательского Центра «Психология развития личности» Прикарпатского национального университета им. Василия Стефаника, г.Ивано-Франковск, Украина*

Многочисленные подходы к исследованию природы, детерминации, механизмов формирования персональной идентичности человека в интрапсихическом плане (эго-идентичности) предполагают их сопряжение на основании исторически проверенной системно-диалектической логики. В качестве философской предпосылки современного холизма как репрезентанта указанной логики может выступить Аристотелева классификация причин. Таким образом, итоги психоаналитических и в широком смысле психодинамических концепций развития личности, эмпирических исследований качественных преобразований психики в онтогенезе в целом и самосознания в частности должны быть сфокусированы в предельно широком методологическом формате, интегрируя различные атрибутивные определения.

Под эго-идентичностью мы будем понимать переживание (осознанное, а также нерелексируемое) собственной тождественности (самореферентности), определённости (экзистенциально-смысловой уникальности), целостности как внутренней интегрированности различных побуждений, временной непрерывности существования как самовоспроизводства и актуализации личного потенциала, цельности как устремлённости на реализацию индивидуально специфических жизненных задач, аутентичности как несимулятивного воплощения себя в определённом жизненном проекте, нарративе. Перечисленные признаки эго-идентичности являются неаддитивными, когерентными и репрезентируют рекуррентное развёртывание феномена по уровням организации субъективной реальности.

Мы полагаем, что именно аксиологический поворот в психологии способен интегрировать донаучную (мифологиче-

скую), классическую, неклассическую и постнеклассическую рациональности в некой универсальной, холистической научной логике, в которой субстанциональное и атрибутивное, априорное и апостериорное, онтологическое и гносеологическое, объективное и субъективное, материальное и идеальное и т.д. выступают не вечными методологическими дихотомиями, а комплементарными, взаимно детерминированными парами, синтезирующими качественное своеобразие определённого уровня исследуемой реальности.

Логическим каркасом нашей исследовательской концепции является представление о личном аксиогенезе как целостном процессе развития ценностно-смысловой сферы человека, наделённого соответствующими психосоматическими, психоментальными, социокультурными и духовно-трансцендентными свойствами (интенциями и способностями). В связи с этим мы апеллируем к принципу интегральной субъектности, каждый уровень которой ориентирует на определённую ценностную универсалию, задающую общий критерий формирования и понимания эго-идентичности.

Таким образом, развитие ценностно-смысловой сферы личности предстаёт как способность к самоосуществлению в восходящей телеологической перспективе в континууме:

1) относительного субъекта (биологического индивида, психосоматического организма), наделённого способностью рефлекторной настройки (субъектная способность «предчувствую») на благоприятные условия жизни и ориентированного на ключевую ценность «витальность» (здоровье);

2) моносубъекта (собственно субъекта условно индивидуальной деятельности), который осуществляет деятельность определённого предметного содержания (познание, общение, труд) согласно выработанным социальным нормам и культурным стандартам с доминированием прагматических ценностей. Адаптивная, нормосообразная активность моносубъекта (собственно субъекта) обеспечивается сформированной способностью «надо» — морально-психологической саморегуляцией с помощью осознанного долга;

3) полисубъекта или собственно личности как субъекта общественно распределённой деятельности, который руководствуется таким императивом нравственного сознания, как совесть или инстанцией «должен», «не могу иначе» и направленным на ценность добра для других;

4) метасубъекта как индивидуальности, который репрезентирует себя в актах творческой деятельности и уникальных вкладах в культуру. Субъектная способность этого уровня воплощается целеобразованием «буду» («смею») и обеспечивает достижение инновационного эффекта, оцениваемого по эстетическим канонам;

5) абсолютного субъекта — человека как носителя универсальной духовности со свойственной ему супердиспозицией «блага» как результата понимания смысла существования отдельного сущего в мировом порядке (субъектная способность «принимаю»).

Следя обозначенной логике, возможно реинтерпретировать известные психоанализу типы идентификаций (и видов идентичностей) с точки зрения эксплицированной в них личностной ценности и соответствующей ей жизненной задачи. Например, первичная идентификация в виде симбиотического существования и эмоционального единства матери и ребёнка свидетельствует о наличии телесной (психосоматической) самости у последнего, оптимально способствующей удовлетворению его базисных (не только биологических) потребностей в целях выживания, созревания и роста.

Вторичная идентификация возникает как защитная реакция от императивного давления культурных стандартов предметной деятельности и индивидуального поведения, носителями которых являются парентальные лица, прежде всего отец. Результатом отчуждения от угрожающего референтного субъекта является селективная идентификация с некоторыми аспектами его личности, гарантирующими удовлетворительную адаптацию и усвоения этоса наличной культуры.

Интроективная идентификация сопряжена с полисубъектным функционированием человека в ипостаси личности и предполагает инкорпорацию значимых свойств референтных лиц как замещения важных объектных отношений нравственной саморегуляцией социального поведения. Образующееся полифоническое сознание репрезентирует внутренний диалог как форму разрешения моральных дилемм посредством ценностного самоопределения.

Проективная идентификация вполне соответствует уровню метасубъектного разворачивания индивидуальности как механизма персонального культуротворчества. Впервые явно обнаруживается вектор не снаружи вовнутрь, а изнутри наружу, репрезентирующий творческую экспансию самоактуализирующегося человека. Осуществляемый последним контроль над средой и социальным окружением питает образ самодостаточной, самоценной и влиятельной личности.

Адепты постнеклассических поисков в современной гуманитаристике радикально пересматривают устоявшиеся подходы, объявляя о смерти Автора (Субъекта), заменяя его, как субстанцию, непрерывающимся процессом самоконституирования в повествовании. Следовательно, вместо идентификации и её различных типов, а также продуктов — видов эго-идентичности, имеем нелинейную, самопроизвольную нарративизацию. Человек, таким образом, как нарративная идентичность, зависит от сюжетных превратностей себя как субъекта повествования и тех смысловых акцентов, которые он делает сообразно конкретной ситуации самопрезентации. Текучесть и спонтанность самодетерминации поведения объявляются универсальными свойствами человека, а нарративная идентичность — единственной возможностью уцелеть в зоре «конфликта интерпретаций». По-видимому, нарративная идентичность представляет собой духовную самость как итог способности идентификации с Абсолютом и с практически неограниченными возможностями контекстуального самоопределения и речевого переопределения в целях постоянного трансцендирования аутентичного жизненного пути.

Обозначенные виды эго-идентичности хорошо корреспондируют с концептуальными построениями В.А. Петровского, соотносшего феноменологию субъектности — имманентное, идеальное, трансцендентальное, трансфинитное «Я» — с четырьмя разновидностями причин, по Аристотелю, — материальной, формальной, движущей и целевой соответственно. Как и в случае с типами идентификации и видами идентичностей, ранее мы осуществили достройку, вернее, надстройку над поуровнево возвышающимися субъектными репрезентациями «Я». А именно, был добавлен абсолютно субъектный представитель «Я» — ноуменальное (априорное, высшее) «Я», содержательно воплощающий в себе полноту человеческого потенциала и представляющий тип круговой (взаимной) детерминации.

В перспективе применение аксиопсихологических критериев определения эго-идентичности к теоретическим обоснованиям эмпирических исследований Якобсон, Малера, Кернберга, Лихтенберга и др., что поможет рассмотреть психоаналитические изыскания сквозь холистическую ценностно-субъектную оптику.

Ресурсно-ориентированная стратегическая полимодальная психотерапия

Катков А.Л. г.Алматы, Казахстан

Ресурсно-ориентированная стратегическая полимодальная психотерапия (РСПП) рассматривается нами как один из вариантов полимодальной психотерапии (автор термина — профессор В.В. Макаров).

РСПП направлена на удовлетворение следующих всё более растущих потребностей населения:

- достижение устойчивого ресурсного состояния, помогающего справляться с высокими нагрузками, стрессами, конфликтами, и позволяющего чувствовать себя достаточно комфортно в условиях агрессивной среды;
- достижение долговременной мобилизации защитных сил организма, помогающей преодолевать хронические заболевания или, по крайней мере, избегать их наиболее деструктивных последствий;
- достижение активного долголетия и высокого качества жизни в каждом возрастном периоде, а не только молодости и зрелости.

Основные терапевтические идеи РСПП основаны на стратегиях долговременного развития устойчивого ресурсного состояния:

- 1) саногенной гиперпластики — за счёт использования техник РСПП первично активизируется система стволовых клеток мозга, стимулируется нейрогенез в тех участках мозга, которые ответственны за деятельность пораженных органов и систем; вторично — ввиду повышенной активности реконструированных таким обра-

зом нейронных сетей — стимулируется саногенный процесс на уровне целостного организма, т.е. существенно ускоряется процесс регенерации пораженных органов и систем вследствие повышения активности депонированных стволовых клеток сомы;

- 2) управления биологическим временем через психологическое время — за счёт использования технологий мифодизайна по переосмыслению сценариев первой молодости и формированию адекватных сценариев второй и третьей молодости; использования специальных технологических стратегий по блокированию катализаторов старости и активизации катализаторов молодости; и других специфических подходов РСПП;

- 3) актуализации и форсированного развития идентифицированного нами ресурсного личностного статуса («Я»-ресурсное, сильное и уверенное, мобилизованное на эффективное совладание с проблемными ситуациями);

- 4) «укоренения» клиента в синергетической базисной стратегии адаптации — с возможностью эффективного использования группы креативно-пластических ресурсов, генерируемых внесознательными инстанциями;

- 5) формирования обновлённой ресурсной метапозиции субъекта — основанной на идее диалогизированного сознания (т.е. такого варианта подвижной когнитивной оптики, который позволяет субъекту конструировать объёмную модель реальности, и по-новому осознавать процесс бытия-в-мире с точки зрения ресурсного полуса основных экзистенциалов).

Практика РСПП предусматривает прохождение следующих дифференцированных циклов: полимодальной экспресс-психотерапии в отношении первичных клиентских запросов, в ходе чего актуализируются долговременные потребности и запросы; ресурсной стратегической полимодальной психотерапии в отношении специфических запросов; эффективной самопсихотерапии и поддерживающих курсов РСПП в продолжение достаточно длительного — 1,5–2 года — периода времени; режима клубных встреч — в соответствии с потребностями клиентов.

В настоящее время реализуется специальная исследовательская программа по определению эффективности РСПП в отношении когорты пациентов с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной системы, онкопатологией.

Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ

Катков А.Л. г.Алматы, Казахстан

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) представляет собой нозоспецифический сегмент полимодальной психотерапии (автор термина — профессор В.В. Макаров), которая в свою очередь является одним из научно обоснованных и аргументированных вариантов интегративного и эклектического направления в психотерапии.

Специфическое макротехнологическое, метатехнологическое и структурно-технологическое оформление, оригинальные принципы построения и реализации основных терапевтических стратегий позволяют рассматривать СПП как самостоятельный психотерапевтический метод, в наибольшей степени соответствующий специфике клиентской группы зависимых от ПАВ.

Научную основу метода представляют результаты исследований, проведённых в период 2001–2011 гг., позволивших:

- 1) идентифицировать факторы психологического здоровья-устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в зависимость от ПАВ;

- 2) обосновать концепцию двухуровневой развивающей коммуникации, с идентификацией механизмов, обеспечивающих гиперпротекцию структурированных технических действий;

- 3) разработать на данной основе соответствующее макротехнологическое, метатехнологическое и структурно-технологическое оформление метода СПП зависимых от ПАВ.

Специально следует отметить и тот факт, что рассматриваемая психотерапевтическая модальность в максимальной степени учитывает особенности психической и поведенческой сферы, а также особенности терапевтической динамики зависимых от ПАВ.

Макротехнологическое оформление метода СПП включает следующие значимые компоненты: лонгитудинальные стратегии, касающиеся построения всего психотерапевтического цикла; кросс-секционные стратегии, касающиеся построения психотерапевтической сессии; когерентные стратегии, формирующие принципы совместимости СПП с другими развивающимися практиками, используемыми в программах лечения и реабилитации зависимых от ПАВ.

Метатехнологическое оформление СПП зависимых от ПАВ подразумевает последовательное использование специально разработанного сопровождения структурированных психотерапевтических техник, обеспечивающего актуализацию глубинного универсального уровня психотерапевтической коммуникации и гиперпротекцию используемых техник.

Структурно-технологическое оформление метода СПП включает правила построения индивидуального психотерапевтического проекта, учитывающего особенности состояния клиента и его запроса на помощь, универсальных и специальных задач конкретного этапа психотерапевтической программы, а также значительный ассортимент стандартных технологий решения типичных проблем, заявляемых зависимыми от ПАВ на этапах терапевтической программы.

В ходе многолетней апробации СПП зависимых от ПАВ была подтверждена более высокая эффективность настоящего метода в сравнении с традиционными подходами, доказанная в корректных экспериментах и в работе с наиболее проблемными (с точки зрения тяжести клинических признаков зависимости) группами зависимых от опиоидов.

Вульгарное колдовство, магия, магическая модель психотерапии — определение понятий

Катков А.Л. г. Алматы, Казахстан

Анализ общего рынка психотехнологий показывает, что на территории постсоветского пространства основной объём данного сектора (до 95%) занимают парапрофессионалы — экстрасенсы, целители, колдуны, маги, гадалки и пр., общее число которых в сотни раз превышает количество действующих психотерапевтов. Именно этот многочисленный отряд парапрофессионалов формирует такие особенности ментальности жителей стран СНГ, как мифологическое мышление, установка на «таинство преображения»; пассивная роль в процессе терапии и готовность принимать эрзацы, такие, например, как «любовь к целителю»; ожидание сверхбыстрого результата с характеристиками «чуда» и др.

Полагаем, что в данном случае не следует отмахиваться от констатации того факта, что профессиональная психотерапия проигрывает парапрофессиональным практикам во всё более жёсткой конкуренции (парапрофессиональный пул психотехнологий, по нашим данным, развивается существенно более быстрыми темпами, чем сектор психотерапевтических услуг), напротив, необходимо всесторонне исследовать данный феномен и, по возможности, извлечь из этого максимальные дивиденды.

Уже на старте исследований, проводимых в рамках общего проекта «Эпистемологический анализ психотерапевтической теории», выяснилось, что расхожее мнение о так называемом вульгарном колдовстве, магических практиках — поверхностно и не даёт никаких шансов на перспективы обретения преимуществ в конкурентной борьбе. Так, например, в Большом Энциклопедическом словаре колдовство определяется как «воздействие на людей и природу с помощью магических приёмов»; магия — как «совокупность приёмов (магических действий, заклинаний), обрядов, связанных с верой в способность человека сверхъестественным путём воздействовать на людей, животных, явления природы, а также на воображаемых духов и богов». То есть ставится знак равенства между категориями вульгарного колдовства и магии. Между тем подлинное определение магии коренным образом противоречит вышесказанному и демонстрирует впечатляющую дистанцию, если только не пропасть между этими двумя понятиями. В частности, знаменитый автор «Тайной философии» Генрих Корнелиус Агриппа (Неттесгеймский) определял интересующую нас категорию следующим образом: «Магия есть удивительного свойства полная высочайших тайн способность, заключающая в себе глубочайшее содержание наиболее скрытых вещей совместных

с их природой, мощью, качеством, субстанцией и свойствами, а также знание всей природы... Это наиболее совершенная и главная наука, скрытый и тонкий вид философии из всех наиболее совершеннейших философий... те, кто собирается изучать эту науку, должны в совершенстве владеть: физикой, раскрывающей качество предметов и тайные свойства любого вещества; хорошо знать математику, изобретающую фигуры и виды звезд; и чтобы они хорошо изучили теологию, благодаря которой познаются нематериальные субстанции, распределяющие и управляющие вещами, и которая толкует о вере, о чудесах, истинности святых вещей... Только так можно обрести возможность понимать магию, поскольку нет никакой совершенной работы в магии, ни даже настоящей магии, которая не заключала бы в себе эти три особенности».

Наш собственный анализ (проведённый по принципам эпистемологической археологии Г. Башляра, М. Фуко) показывает, что подлинная магия — это есть культурно-историческая традиция целостного рефлексивного мироощущения, доминирующая вплоть до периода X—XII веков, для которых характерны: доктринальное и часто функциональное единство важнейших аспектов объективного и субъективного опыта (маг, жрец или иной представитель духовного сословия выступал в роли: посредника между миром людей и миром духов-богов; исследователя и хранителя знаний; организатора процесса передачи знаний следующему поколению — учителя, наставника; целителя, избавляющего от страданий, генератора и хранителя культовых (культурных) традиций); в предметной сфере данной традиции рассматривались и изучались такие категории, как:

- 1) чудо;
- 2) творимое Духом;

3) при посредничестве отмеченных особым даром и специально подготовленных людей.

Полный крах данной традиции (эпистемологический разрыв, по М. Фуко) завершился на рубежах XIV—XV веков, при доминировании новой эпистемологической платформы, на которой базируются все цивилизационные достижения нового времени. Разрушение целостного, «одушевлённого» восприятия мира было неизбежным следствием разделения предшествующей эпистемологической платформы на основе ветви: науки, религии, иного опыта (ремесла, искусства, культуры). Специально следует отметить, что предметная сфера каждой такой ветви была жёстко определена сформированными допущениями, фундаментальными правилами, лежащими в основе такого разграничения; были организованы специальные институты, строго контролирующие следование данным установлениям и отсекающие «ересь» на всех этапах её «производства». Таким образом, магия в своём сущностном значении — примата знания, познания в отношении таких категорий как «чудо», «дух», «сверхъестественное» и др. — перестала существовать ещё несколько столетий тому назад. И теперь в эти «блестательные одежды» рядится практика вульгарного колдовства, пытающаяся воспроизводить фрагменты ритуалов, подлинный смысл которых современным парапрофессионалам недоступен, а сущностный результат — недостижим. Ибо «благочестивые заверения и повторение составленных другими магических заклинаний бесполезны, если адепт не достигнет собственной высшей духовной целостности и не получит возможность использовать силы, свойственные богам (Абра-мелин, 1458)».

В связи со всем сказанным, понятие «магическая модель психотерапии» отнюдь не сводимо к более или менее экологичному для клиента воспроизведению ритуальной практики и даже к работе с осложнениями такого рода деятельности (хотя последний и, безусловно, важный аспект должен присутствовать в магической модели профессиональной психотерапии). Более того, оно несводимо и к некоему «прыжку» в прошлое — через пропасть эпистемологического разрыва (хотя историческая реконструкция подлинных смыслов утраченной эпистемологической традиции, по возможности, должна быть проведена).

Магическая модель психотерапии, по нашему глубокому убеждению, — это прыжок в будущее, к той новой эпистемологической платформе, основные характеристики и принципы построения которой выглядят следующим образом:

1. Установление новых принципов формирования предметного поля науки (в том числе психотерапии) на основе объёмной модели реальности:

1) упраздняющей деление на объекты и субъекты и выдвигающей концепцию одного и того же информационного кон-

тинуума реальности с энтропийными и антиэнтропийными характеристиками, где первые изменяются за счёт вторых;

2) обосновывающей категории потенциального, (не проявляемого в характеристиках времени и пространства), и актуального (разворачивающегося в определённых характеристиках времени-пространства) планов реальности;

3) обосновывающей новую концепцию времени как механизма формирования объектно-, предметно-закономерной структуры актуальных планов реальности и возможности их преобразования, с базовыми понятиями: ФИАС — фиксируемый импульс активного сознания — квант времени — момент когнитивной оптики — единица моментальной памяти, из множества которых и выстраиваются актуальные планы реальности; объёмная математическая единица, гибкая физическая константа, включающие характеристики момента когнитивной оптики; правила образования и преобразования энтропийного полюса;

2. Идентификация темпоральной структуры (с возможностью «легализации» суперресурсных инстанций психики в потенциальном плане реальности) и сущностных функций психики, например, таких как генерация характеристик времени-пространства-памяти-личности, измеряющих актуальные планы реальности; генерация базисных адаптационных стратегий индивида и др.;

3. Идентификация полного цикла самореализующей активности субъекта с анализом вариантов движения между антиэнтропийными (креативными) и энтропийными полюсами общего информационного континуума; качественное уточнение и квантификация функционального вклада осознаваемых и неосознаваемых инстанций психики в данный процесс; выведение адекватных способов верификации и оценки промежуточных и конечных результатов самоорганизующей активности субъекта, основанных, в том числе и на индикаторах энтропийного полюса;

4. Установление полной идентичности цикла самоорганизующей активности субъекта с процессом изменения научных представлений о так называемой объективной реальности (т.е. констатация того неопровержимого факта, что речь идёт о тех самых циклических фазах преобразования характеристик энтропийного информационного полюса);

5. Проработка собственно дисциплинарного блока психотерапевтической теории с выведением основных универсалий, обеспечивающих основной и наиболее востребуемый психотерапевтический эффект: достижение значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды (универсальный уровень коммуникации, метафакторы, метатехнологии, способствующие актуализации гиперпластических механизмов и др.);

6. Проработка основных векторов интегративного процесса в сфере профессиональной психотерапии.

Полагаем, что полноценная реализация вышеприведённых принципов в общем поле профессиональной психотерапии позволит получить подлинное научное объяснение «чуда» психотерапевтических эффектов и оставить далеко в прошлом «смутные времена» опасного антресурсного схизиса, заполняемого в основном вульгарной колдовской практикой и сектантскими пародиями на подлинно духовную жизнь.

Профессиональное психотерапевтическое сообщество: краткосрочные и среднесрочные перспективы развития

Катков А.Л. г.Алматы, Казахстан

Профессиональное психотерапевтическое сообщество — в первую очередь инструмент развития специальности, поддержки и развития профессионалов, действующих в рамках данной специальности. Такой инструмент особенно эффективен, если имеется адекватный проект развития профессиональной психотерапии, учитывающий особенности ситуации, социальных ожиданий, связанных с профессией, а также — современного клиентского запроса.

Анализ, проведённый нами по всем этим направлениям, показывает следующее.

1. Ситуация, складывающаяся вокруг развития профессиональной психотерапии, характеризуется наличием множества диссипативных (т.е. рассеивающих) факторов, к числу которых следует отнести: так и не сложившийся системообразующий стержень профессии с адекватным обоснованием методологи-

ческой, функциональной и нормативной целостности; претензии так называемых материнских дисциплин — в первую очередь психиатрии и психологии — на правообладание в отношении профессионального допуска; фактическое рассеивание психотерапевтических техник и подходов по общему полю развивающих практик — консультативных, тренинговых, медитативных и других, а также среди многочисленных парапрофессиональных течений. В условиях отсутствия чёткой системы координат эти центробежные тенденции представляют реальную опасность «раздиргивания» общего поля психотерапии с утратой перспектив развития профессии;

2. Между тем, социальные ожидания, связанные с психотерапией, предполагают прямо противоположный вектор событий — форсированное развитие профессиональной психотерапии как дееспособной социально-ориентированной специальности, со всеми характеристиками внутренней целостности и единства; такого рода ожидания формируются в связи с распространением деструктивных социальных эпидемий — химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания), психологической зависимости (вовлечение в тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость), адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации как зоны наиболее высокого риска вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость — охватывающих до 30% населения; необходимостью оказания профессиональной помощи значительному количеству нуждающихся лиц; а также в связи с засильем парапрофессионалов на рынке психотехнологических услуг (до 93-95% от общего объёма) и крайне низким качеством оказываемой помощи;

3. Кроме того, даже и тот сравнительно узкий сектор профессиональной психотерапии, действующий в настоящее время в РФ и других постсоветских республиках, не соответствует основному запросу населения на экспресс-форматы профильной помощи (1—3 терапевтические сессии) и высокое качество результата.

В связи со всем сказанным, краткосрочные и среднесрочные планы деятельности профессиональных психотерапевтических сообществ, как минимум, должны включать:

- комплекс мероприятий по стимулированию научных исследований в сфере обоснования системообразующего методологического стержня профессиональной психотерапии (поиск фондов и разработка соответствующих грантовых предложений);

- мероприятия по обоснованию и разработке нормативных документов, формирующих адекватную структуру и систему профессиональных институтов, представляющих психотерапию как самостоятельное научно-практическое направление;

- мероприятия по формированию уровня первичной психотерапевтической помощи, которая, во-первых, будет осуществляться в соответствии с обновлёнными нормативными актами — законом о психотерапевтической помощи и другими подзаконными актами, — а во-вторых, — согласно разработанной модели социальной психотерапии, дающей внятное представление о взаимодействии психотерапии с другими развивающими практиками.

Далее следует рассмотреть вопрос о необходимости существенного расширения профессионального психотерапевтического сообщества за счёт включения в него специалистов, действующих на этапе первичной психотерапевтической помощи — школьных психологов, социальных педагогов и других.

Активная деятельность по реализации разработанного таким образом проекта развития профессиональной психотерапии будет означать, что психотерапевтическое сообщество адекватно отвечает на требования новейшего времени и берёт на себя нелёгкий груз социальной ответственности, без чего какое-либо развитие, по нашему глубокому убеждению, в принципе невозможно.

В настоящее время в Российской Федерации функционируют, по крайней мере, два общественных института профессиональной психотерапии, действующих в данном направлении — Всероссийский совет по психотерапии и консультированию и Общественная организация — Профессиональная психотерапевтическая лига.

По своему общему потенциалу названные организации способны мобилизовать профессионалов и развернуть ситуацию, складывающуюся вокруг психотерапии, в требуемом направлении.

Структура и технологии первичной психотерапевтической помощи

Катков А.Л. г.Алматы, Казахстан

Понятие первичной психотерапевтической помощи адекватно раскрывается лишь через призму проблемы социальных эпидемий — химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания), деструктивной психологической зависимости (вовлечение в экстремистские организации, деструктивные секты, игромания, компьютерная зависимость), адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации (как зоны высокого риска вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость).

В связи с этим возникает необходимость охвата эффективными психотерапевтическими технологиями существенной части населения (до 30%) с высокими рисками и признаками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, а также формирования эффективной метамоделей социальной психотерапии, приходящей на смену представлениям о психотерапии как об эксклюзивной практике, обслуживающей интересы ограниченной группы невротизированных пациентов.

В связи со всем сказанным, первичная психотерапевтическая помощь определяется как специальная организационная модель профессиональной психотерапии, обеспечивающая полноценный охват нуждающейся части населения и направленная на формирование высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии и агрессивному влиянию среды.

Рассматриваемый уровень профессиональной психотерапевтической помощи является ключевым звеном метамоделей социальной психотерапии, которая, кроме того, включает и уровень специализированной психотерапевтической помощи (т.е. той организационной модели психотерапии, которая существовала до настоящего времени).

Структура первичной психотерапевтической помощи включает 5 дифференцированных форм:

- психотерапия с использованием теле- и радиомедийных каналов, Интернета;
- кризисная психотерапевтическая помощь, оказываемая при ЧС;
- психотерапевтические интервенции, реализуемые на этапе первичной наркологической и аддиктологической помощи;
- психотерапия на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи в системе образования;
- первичная психотерапевтическая помощь, оказываемая в профильных кабинетах и центрах.

Каждая из вышеназванных форм ориентирована на определенную аудиторию и имеет свои особенности.

Базисной используемой технологией здесь является полимодальная экспресс-психотерапия с необходимой модификацией для каждого дифференцированного формата.

В настоящее время разработаны и реализуются 5-дневные и месячные циклы по организации и технологиям первичной психотерапевтической помощи.

Эффективность данной модели изучается в рамках специальной комплексной программы, завершение которой планируется к 2014 г.

Философия психотерапии

Катков А.Л. г.Алматы, Казахстан

Философия какой-либо области знаний (например, естественнонаучных или социально-гуманитарных) или выделяемого научно-практического направления, представленного общепризнанными профессиональными институтами — это, прежде всего, особый инструмент осмысления и развития структурированного опыта, за счёт использования которого прорабатывается основополагающий уровень дисциплинарной матрицы — уровень фундаментальных допущений. Данный, во всех отношениях важный уровень формирует ограничения, основные контексты и стили мышления специалистов, действующих в рамках определённого научно-практического направления. И в конечном итоге, определяет его перспективу.

Философия психотерапии (несмотря на присутствие в общем поле профессиональной психотерапии такого сектора как «философская модель психотерапии», отдельных направлений

и методов, являющихся технологическим продолжением определённых философских течений), по нашему мнению, является наименее разработанной областью знаний, представляющих корпус рассматриваемого научно-практического направления.

Попытки философского осмысления и обоснования психотерапии как самостоятельной и достаточно целостной области знаний и гуманитарного опыта, выходящего за рамки конкретных направлений и методов, таких, например, как экзистенциальная психотерапия, явление крайне редкое.

В связи со всем сказанным, нами разработан и реализуется специальный проект по исследованию философских и научно-методологических основ интегративной психотерапии. В рамках данного проекта исследуется как исторический аспект — философские течения, основным предметом и задачей которых являлась идентификация сущностных характеристик таких категорий, как «душа», «дух» (герметическая философия, гностицизм), выяснение роли этих инстанций в понимании того, что происходит с другими людьми (герменевтика — в интерпретации В. Дильтея), так и современные философские аспекты рассматриваемой области знаний, представленные специальной гносеологией и эпистемологией (в аспекте археологии знаний по М. Фуко).

Предварительные результаты исследования показывают отчётливую перспективу и выстраивания новых отношений философии и психотерапии, касающихся фундаментальных основ рассматриваемого научно-практического направления, а не только идеологического оформления каких-либо конкретных методов профессиональной психотерапии.

Подготовка к родительству — необходимая часть подготовки к родам

Ковалёва Е.В. Медико-психологическая клиника
ООО «Семья с плюсом»,
Москва, 125080, ул. Дубосековская, 7;
e-mail: yesens@yandex.ru

В современном индустриальном обществе утрачен сложившийся веками опыт передачи знаний, связанных с рождением ребёнка. Наступление беременности нередко происходит в результате осуществления полового поведения без понимания последствий, связанных с наступлением беременности. Те же женщины, которые созрели для материнства, часто не имеют ни знаний, ни навыков, необходимых для реализации своей потребности.

Естественно, что в обществе сложилась тенденция предоставления помощи женщинам и семьям, направленная на решение этой задачи в форме всевозможных школ для будущих родителей как на базе женских консультаций и роддомов, так и в виде самостоятельных коммерческих структур. Появились Центры родительской культуры. В программы данных организаций по подготовке семей, ожидающих ребёнка включены темы затрагивающие физиологию беременности и родов, а также уход и кормление новорождённого ребёнка.

У подавляющего большинства курсов стоит только одна цель: как помочь женщине пережить роды, и для этого её обучают поведению в родах и приёмам самопомощи.

Отдельные курсы предлагают развивающие программы интеллектуального для детей первого года жизни.

Однако развитие ребёнка происходит по этапам и сопряжено с разными потребностями. Их качественное удовлетворение и определяет гармоничное психическое и физиологическое здоровье ребёнка. А это, в свою очередь, является основой для развития личности.

Отсутствие информирования и выработанных навыков в этой области у молодых родителей приводит их к неадекватным реакциям, вызывающим дезадаптацию ребёнка, и как следствие, нарушение психического и соматического здоровья. Именно поэтому, несмотря на достижения в области современной медицины, здоровье детей по-прежнему продолжает ухудшаться.

Современные представления перинатальной психологии указывают на то, что формирование материнской компетенции должно быть обязательной частью курсов для беременных женщин и семей, ожидающих ребёнка.

Принципы сенсомоторной коррекции (СМК)

Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Москва, Россия

СМК — самостоятельная технология (аналогично психофармакологии, психотерапии, логопедии и пр.), однако так или иначе включает в себя элементы иных техник (например, бихевиоральной и семейной психотерапии, коррекционной педагогики, различных дыхательных гимнастик и др.).

СМК имеет как общие цели, направленные на повышение эффективности функционирования мозга, так и конкретные клинически-детерминированные задачи, соответствующие структуре нейropsychологического синдрома конкретного пациента/клиента.

Минимальный срок для стабилизации на новом уровне — 9 мес. (при условии ежедневных занятий дома не менее часа этого времени) с посещением специалиста не менее двух раз в неделю. Отсутствие перерыва в занятиях до завершения полного курса, включая нежизнеопасные соматические заболевания.

Необходимое психофармакологическое лечение проводится до или после периода СМК.

СМК показана при большинстве пограничных нервно-психических расстройств, возникших на почве наследственно-конституциональной или резидуально-органической дисфункции головного мозга. Противопоказаниями являются текущие эндогенные и экзогенно-органические заболевания, эпилепсия, тогда как стойкая ремиссия (не требующая поддерживающего медикаментозного лечения) противопоказанием не является. Малоэффективно при генетических заболеваниях.

Минимальный возраст начала занятий — 4,5–5 лет (когда возникают хотя бы физиологические предпосылки для выполнения сложных сенсомоторных инструкций вне контекста игровой деятельности). Верхние возрастные границы более расплывчаты и зависят от конкретного случая.

СМК принципиально отличается от спортивных технологий, поскольку при освоении очередного нового навыка последний не доводится до автоматизма, а сразу же усложняется. Это поддерживает открытую функциональную систему, непрерывно развивающуюся за счёт новых связей.

Реонтогенез функциональных систем повторяет естественный ход развития психо моторной сферы от простого к сложному, от анализа к синтезу и т.д. Методика предполагает прохождение трёх последовательных этапов освоения пространственной ориентации и выстраивания схемы собственного тела: в положении лёжа, затем сидя и на четвереньках, затем стоя, на ходу и на бегу.

Обязательно наличие конкретного члена семьи, присутствующего на занятиях со специалистом и отвечающего (по времени и качеству) за домашнюю работу ребёнка.

Закономерно возникновение в процессе нейropsychологической коррекции так называемого «кризиса», связанного с деавтоматизацией ригидных психо моторных шаблонов (а порой и повторных кризисов развития) диктует необходимость специальной подготовки родителей, обеспечивающей их адекватную реакцию на состояние ребёнка в такие периоды.

5 этапов экзистенциальной психотерапии мужчин (на основе позитивной психотерапии Н. Пезешкиана, юнгианской психологии и кросс-культурного подхода)

Кравченко Ю.Е. Всемирная ассоциация позитивной психотерапии (ВАПП);
Украинская ассоциация позитивной психотерапии (УАПП);
Украинский институт позитивной кросс-культурной психотерапии (УИПП);
e-mail: positem_ukraine@yahoo.com

В тезисах кратко изложены обобщённые наблюдения из нашей практики психотерапии мужчин, в которой часто поднимаются вопросы поиска идентичности и своего Пути.

То, что «психотерапия в XX веке создавалась мужчинами для женщин», возможно, спорно, но актуальность развития психотерапии мужчин в XXI веке, — очевидна.

По нашим наблюдениям:

1. Мужчины чаще поднимают экзистенциальные темы поиска своего пути;

2. И в то же время их отношение к этим темам амбивалентно: и интерес, и страх. Возможно, это страх менять экзистенциальную идентичность, переходить на новую «вершину судьбы» (Карикаш, 2009);

3. Сопротивление мужчин к психотерапии намного больше;

4. Есть сопротивление к установлению психотерапевтических отношений. Это часто связано с гомофобными страхами;

5. После психотерапии мужчины особо ценят её именно вследствие сложившихся психотерапевтических отношений.

Мы обнаружили *продуктивное соединение кросс-культурного подхода, юнгианской психологии и позитивной психотерапии Н. Пезешкиана.*

Решение вопросов мужского поиска решались традиционными культурами, но разрушение традиций «подвешивает» этот вопрос. Сегодня психотерапия может отчасти взять на себя эту функцию! Мы знакомим мужчин с традициями и мифами различных культур — это усиливает и расширяет идентичность «мы» мужчин.

Психодинамические подходы дают нам глубинные ориентации в «мужских вопросах». Здесь ценны труды Р.Джонсона, Дж.Холлиса, Дж.Уайли, Дж.Элдриджа.

Экзистенциальный аспект мужских психотерапевтических встреч состоит в открытии эмоциональных отношений и проработки восьми тем, сформулированных нами в виде *восьми «В»*: вброшенность-в-мир; воплощённость-в-теле; включённость-в-отношения; возможности-и-ограничения; возраст-и-изменения; выбор-и-свобода; вера-и-смысл; временность жизни.

Позитивная кросс-культурная психотерапия показывает векторы экзистенциальной психотерапии. Это 5 этапов, кросс-культурно и психодинамически выделенных Пезешкианом. Здесь это этапы «пути героя»:

- 1) экзистенциальная встреча;
- 2) дифференциация и анализ, «героический поиск»;
- 3) интеграция и принятие ответственности, «решимость»;
- 4) воплощение ответственности, «подвиг героя»;
- 5) расширение идентичностей.

На каждом из пяти этапов поднимаются и решаются вопросы: мужской жизни и судьбы в целом, мужских историй, мужской силы, мужских решений, возможностей и ограничений, мужских смыслов и перспектив.

Поднятые вопросы требуют дискуссий и обмена опытом.

От «эго» к «эко».

Миссия психотерапии в современном мире и четыре «Э»-уровня эффективности психотерапевтической практики

Кравченко Ю.Е. Всемирная ассоциация позитивной психотерапии (ВАПП);
Украинская ассоциация позитивной психотерапии (УАПП);
Украинский институт позитивной кросс-культурной психотерапии (УИПП);
e-mail: positem_ukraine@yahoo.com

Рассматривается необходимость выхода психотерапии из эры эго-мании и направления её усилий на расширение идентичности «от эго к эко» — что есть достойная миссия профессии в современном мире [1, 7, 8, 10, 11]. Предлагаются 4 «Э»-уровня психотерапии (рис. 1), с собственными маркерами эффективности.

Ключевые слова: эра эгомании в психотерапии, расширение идентичности, стили эго, посредничество эго, самоменеджмент, самоидентификация, самоценность, эмоциональный капитал, эмоциональная капитализация, эмоциональный фонтан, эмоциональное болото, эмоциональная река, эмоциональные консервы, экзистенциальные данности, экзистенциальные вопросы, экзистенциальные ответы, экология, эго-психология, эко-психотерапия

1. Уровень эго

Если не сегодня — то когда? Если не я — то кто? Если не я за себя — то кто за меня? Если я только за себя — то зачем я?

«Учения Отцов»

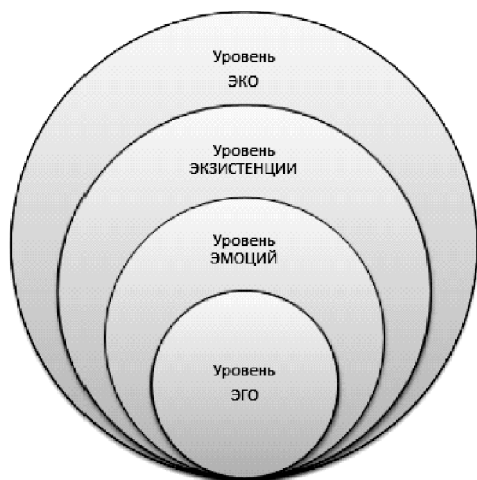


Рис. 1. Четыре уровня эффективности психотерапии



Рис. 2. Четыре проявления здорового эго

Уровень эго мы определяем как первый, так как клиент выносит эго в контакт с психотерапевтом, оно является и защитой, и воротами для сознания, диалога и доступа во внутреннюю реальность как клиента, так и психотерапевта.

В определении понятия «эго» мы занимаем позицию «единства-в-многообразии»: за 100 лет становления научной психотерапии количество пониманий эго накопилось много и все они имеют право на существование.

Понятие «эго» тесно связано с такими процессами, явлениями и свойствами, как: самосознание, самоидентификация, самоценность, свобода и сила воли, выбор, ответственность. «Эго» у Фрейда — это структура, у Юнга это архетип, и сознание (эго-сознание), в гештальт-терапии Перлза — это эго-функция, в транзактном анализе — это эго-состояние [2, 8, 9, 10]. Эти позиции дополняют друг друга. Мы считаем: здоровое эго имеет свойства структуры, как функции и процесса.

В практической работе на уровне эго как структуры мы работаем с базовыми эмоциональными установками, в первую очередь с «Я»-концепцией и базовым конфликтом «Я».

На уровне эго как функции — с ключевым конфликтом «учитывать/прямота», который, хоть и лежит в плоскости «Я» — «Ты», однако он начинает разрешаться на уровне «Я»: *Как я могу и умею заявлять о своих потребностях и прямо говорить о своих чувствах? Насколько прямота других — в ответ на мою прямоту — будет ранимой для моего эго? Насколько моё эго может выдерживать негативную обратную связь от других?*

Эго на уровне процесса — это способность сознавать, осознавать, быть внимательным и выбирать, что соответствует задачам консультирования, коучинга и рефлексивного диалога в психотерапии.

В психологическом консультировании (1–5 встреч), классическом и психотерапевтическом коучинге (5–15 и 10–30 встреч соответственно) ведётся работа с эго на уровне процесса и функции, в психотерапии (50 встреч и более) — на уровне структуры.

Критерием эффективности психотерапии на уровне эго будет оздоровление и усиление гибкого, устойчивого и функционального эго, развитие его разнообразных стилей функционирования (см. Абенгеймер 1968; Ламберт 1981), выполнение функций посредника между реальностями внешней и внутренней, между временем прошлым, настоящим и будущим, а также наполненность эго чувством самоценности и самоидентификацией (рис. 2).

Также в психотерапевтическом коучинге и психотерапевтическом консультировании [3, 6] мы выделяем и работаем с четырьмя основными самокомпетентностями личности, базирующимися на основе здорового, самоценного эго (рис. 3).



Рис. 3. Самокомпетентности на основе полноценно функционирующего эго

2. Уровень эмоций

*Есть логика Ума. Есть логика Сердца.
И есть логика — логика Целого.
Альфред Адлер*

*Трудно начинать говорить. Но труднее —
начинать молчать. Трудно начинать думать.
Но ещё трудней — начинать чувствовать.*

Вокруг ядра здорового эго мы помогаем клиенту формирование поле здоровых эмоциональных отношений и переживаний. Ключевые термины здесь — эмоциональное здоровье, эмоциональная грамотность, эмоциональная мудрость и эмоциональный капитал.

В практике мы опираемся на метод позитивной кросс-культурной психотерапии Н. Пезешкиана [3, 5, 6], где эмоциональные феномены рассматривают на трёх уровнях содержательного анализа личности:

1) на актуальном (очевидный, феноменологический, событийный уровень, уровень актуальных конфликтов и актуальных ресурсов);

2) на дифференциальном (серединный уровень глубины анализа, на котором дифференцируются характерологические черты, концепции и актуальные способности личности, уровень внутренних конфликтов и внутренних ресурсов);

3) на базовом (уровень базовых эмоциональных установок и идентичностей, базового конфликта, базовых ресурсов и базовых способностей личности).

На базовом уровне мы оперируем четырьмя группами категорий, которые напрямую связаны с эмоциональным благополучием и здоровьем личности:

1) «базовая способность любить» и «базовая способность познавать»;

2) эмоциональные установки в измерениях «Я», «Ты», «Мы», «пра-Мы»;

3) базовый конфликт и базовый ресурс;

4) базовые идентичности личности.

Длительная работа (30—100 встреч) предполагает построение долгосрочных терапевтических отношений и гармонизацию на базовом уровне личности. При этом эффективность мы определяем через расширение спектра осознаваемых, вербализуемых и предъявляемых эмоций, связанных в том числе с базовыми событиями (детство, макро-события) — и толерантность к ним. Клиент и психотерапевт начинают чувствовать больше, глубже и по-разному. Это клиента всё меньше переживает разнообразие чувств как угрозу. Это становится дружественным по отношению к эмоциям, становится мостом, а не стеной.

При успешной капитализации переживаемых эмоций (рис. 4), клиент идентифицируется с ними как с ресурсом, чем переводит часть психической энергии из кластера базового конфликта в базовый ресурс — и получает доступ к базовой способности любить. Это происходит на фоне оздоровления базовых эмоциональных установок и усиления их положительных модальностей Я+, Ты+, Мы+, пра-Мы+.

На дифференциальном уровне мы работаем с дифференциально-аналитическим опросником (ДАО) и выделяем «эмоционально-заряженные» психодинамические ключи: наши чувства и эмоции в повседневной жизни адекватно и неадекватно запускаются определёнными психодинамическими ключами (актуальными способностями). Чем более гармонично развита та или иная способность, тем более она гибкая, и тем более адекватным эмоциям она будет способствовать. И наоборот, чем более способность недоразвита или переразвита — тем более невротизирующим фактором она будет выступать. Таким образом, сами эмоции мы рассматриваем больше как эмоциональные симптомы, а эффективная психотерапия сводится к сфокусированной психодинамической гармонизации актуальных способностей (а также тех установок и концепций, к которым они привязаны). Критерий эффективности психотерапии на данном уровне — это широкий и гибкий репертуар актуальных способностей, мягко эмоционально окрашенных.

На актуальном уровне мы обучаем клиента эмоциональному обновлению (способность своевременно осознавать, вербализовать, утилизировать и мотивироваться эмоциями) и эмоциональной капитализации (способность идентифицироваться с ресурсными эмоциями и «накапливать» их в себе как эмоциона-

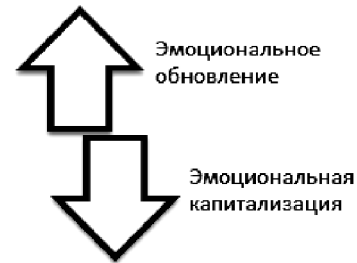


Рис. 4. Эмоциональное самообновление и эмоциональная капитализация



Рис. 5. Четыре метафоры текучести и обновляемости эмоций

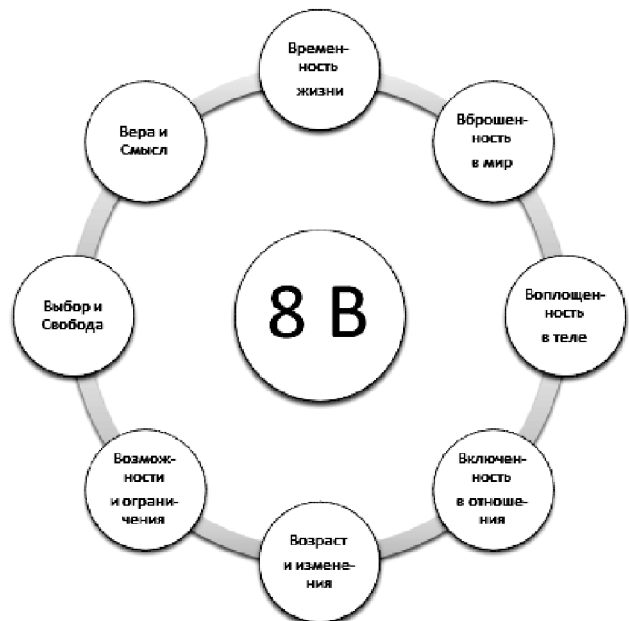


Рис. 6. Экзистенциальные данности, представленные в виде восьми «В»

льную «подушку безопасности» и эмоциональный капитал) — как двум важным сбалансированным процессам (рис. 4). Эмоциональная капитализация возможна только после развития способности к эмоциональному обновлению. С последней мы работаем через 4 метафоры эмоциональной проточности и текучести, сравнивая эмоции с водой и способами их протекания в природе (рис. 5).

3. Уровень экзистенциальный

Хорошая психотерапия не может не быть экзистенциальной.

Ирвин Ялом

Смысл — это удачный контракт с жизнью.

Альфред Лэнгле

Психотерапевтическая работа на этом уровне — целое измерение, которому соответствуют отдельные модальности психотерапии. Однако мы придерживаемся мнения, что вся терапевтическая работа, независимо от метода, в котором она ведётся, — рано или поздно станет экзистенциальной.

На данном уровне работы эффективность психотерапии нами определяется по готовности клиента вести открытый рефлексивный диалог вокруг переживания им экзистенциальных данностей его жизни. Существуют различные наборы и определения этих категорий (экзистенциалов). Мы пользуемся авторской моделью восьми экзистенциалов, которые сформулированы в виде восьми «В» (рис. 6). Мы определяем их как экзистенциальные вопросы жизни к человеку — и его задача найти собственные экзистенциальные ответы на них. Это ещё один критерий эффективности психотерапии на этом уровне.

На этом уровне проверяются благополучия предыдущих двух уровней: здоровое эго способно быть открытым к экзистенциальным вопросам и готовность чувствовать, переживать, обновлять и капитализировать эмоции помогает встретиться с данностями существования и искать ответы на них.

Критерий эффективности на этом уровне — это способствование вытеснению в поле эмоционального здоровья способностей к встрече с данностями жизни, и рефлексивное расширение идентичности в ней (см. Мэй, Франкл, Пезешкиан, Ялом, Лэнгле и др.).

Уровень эко

Раньше природа окружала человека, а сейчас человек — природу.

Уровень эко логично вытекает из последовательности предыдущих трёх, и в особенности последнего.

Выходя за пределы собственного существования и расширяя идентичность, клиент часто расширяет и представления о своём доме (греч. «экос» — дом).

«Что является твоим домом?» — ключевой вопрос на этом уровне.

Вторым практическим вопросом является вопрос о заботе: «О чём ты умеешь заботиться в своей жизни?»

Несмотря на то, что этот уровень является самым верхним — нам часто приходится снова идти «с самого низа» — но уже с новым пониманием:

- Как ты можешь заботиться о своём доме-теле?
- Как ты можешь заботиться о своём доме-квартире?
- Как ты можешь заботиться о своём доме-городе?
- Как ты можешь заботиться о своём доме-мире?

Эффективностью психотерапии на этом уровне будет расширение идентичности, мышления и со-переживания до границ нашего общего планетарного дома и забота о нём (см. Фромм, Хайдеггер, Пезешкиан).

Очевидно, что эко-психология и эко-психотерапия делают только первые шаги в своём развитии [1, 5—8, 10], и именно этот уровень нуждается в наибольшей практической, методической и концептуальной разработке.

Список литературы

1. International psychology // World Conference Psychotherapy. — Sydney, 2011.
2. Джеймс Уайли. В поисках фаллоса: Приап и инфляция Мужского / Пер. с англ. 2-е изд-е, перераб. и доп. — СПб.: Б.С.К., 1996.

3. Кравченко Ю.Є. Методологічні основи навчання коучінг-консультуванню у руслі Positum-підходу // Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія / За ред. С.Д. Максименка, М.В. Папучі. — Київ — Ніжин: Видавництво НДУ; ДС «Міланік», 2007. — Т. 10. — Вип. 1.

4. Лоуэн А. Секс, любовь и сердце: психотерапия инфаркта / Пер. с англ. С. Коледа. — М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2000.

5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1996.

6. Позитум Украина. Научно-практический журнал. — №№1—3.

7. Психотерапия и духовные практики: Подход Запада и Востока к лечебному процессу / Сост. В. Хохлов / Пер. с англ. Н.В. фон Бок. — Мн.: Вида-Н, 1998.

8. Самуэлс Э. Юнг и постюнгианцы / Пер. с англ. — М.: ЧеРо, 1997.

9. Стьюарт Й., Джойнс В. Основы ТА: Транзакционный анализ / Пер. с англ. — К.: ФАДА, 2002.

10. Уилер Г. Гештальттерапия постмодерна: за пределами индивидуализма. — М.: Смысл; ЧеРо, 2005.

11. Шварц-Салант Н. Нарциссизм и трансформация личности: Психология нарциссических расстройств личности / Пер. с англ. В. Мершавка. — М.: Независимая фирма «Класс», 2007.

Модификация методики «Театр архетипов» в приложении к удалённому консультированию и терапии

Красноштейн Е.А. психолог-консультант, консультативный член ОППЛ, консультант и модератор психологического интернет-сообщества:
http://community.livejournal.com/ru_psiholog;
e-mail: krasnoshstein@gmail.com

Развитие и доступность интернет-коммуникаций, лёгкость и свобода перемещения человека в современном мире сделали удалённую психологическую работу более востребованной и эффективной.

Психотерапия и консультирование, проводимые с помощью интернет-коммуникаций, сохраняют основные принципы и подходы, использующиеся при очных встречах, и, вместе с тем, имеют ряд особенностей, связанных с техническими ограничениями и возможностями удалённого контакта.

В оригинальном формате методика «Театр Архетипов» предполагает активное использование пространства помещения, которое разделяется на так называемые Дома, соответствующие пяти биосоциальным архетипическим позициям или ролям. Для клиента ментальный переход из одной роли в другую ассоциируется с переходом физическим в пространстве комнаты, что делает переключения между ролями более быстрыми и глубокими.

При удалённой работе по техническим причинам нет возможности использовать физическое пространство помещения. Вместо этого клиент использует пространство чистого листа, которое он самостоятельно разделяет между домами (идея использования листа принадлежит И.А. Чегловой, автору методики).

Модификация метода формирует ряд особенностей в его применении.

Клиент создаёт визуально-ассоциативный ряд, характеризующий для него каждый Дом, часто зарисовывает соответствующие образы.

Размеченный лист, как правило, сохраняется клиентом в течение всего периода работы с театром архетипов и далее, способствуя его самостоятельной работе по методике.

При замещении терапевтом функции ролевой модели для клиента (например, для поддержания диалога в роли) голос терапевта звучит в наушниках, что облегчает усвоение клиентом этой ролевой модели (как бы «изнутри»).

Практика применения методики «Театр архетипов» в описанной модификации позволяет говорить о возможности её эффективного использования в удалённом варианте консультирования.

Использование системно-феноменологического метода в долгосрочной психотерапии и для групп личностного роста

Крахмалюк Г.В. психолог, Центр психиатрической помощи УМВД Украины в Ровенской области

Феномен заместительства, который проявляется в системных семейных расстановках, открывает новые перспективы для психотерапии и самопознания. Заместительство можно рассматривать как один из видов терапевтического транса. Состояние заместительного транса можно определить как изменённое состояние сознания. Изменения могут происходить в любой психической функции, но прежде всего изменяется фокусировка внимания. Внимание человека концентрируется на внутренних психических процессах, которые возникают у заместителя: мыслях, образах, представлениях, заместительных воспоминаниях, на телесных ощущениях, на тех способностях, которые игнорируются им в обычном состоянии сознания. Внимание к внешним стимулам становится расфокусированным (рассеянным), либо селективным, выборочным.

В процессе психотерапевтической практики было обнаружено, что данный феномен можно эффективно использовать не только в собственно системных семейных расстановках, но и в системно-феноменологических упражнениях для исследования и опытного постижения различных психотерапевтических моделей. В результате такого взаимодействия человек имеет возможность исследовать те области своего психического пространства, которые в данный момент по какой-либо причине не доступны его «обыденному» сознанию, блокируются защитными механизмами. Человек имеет возможность на опыте пережить «зону ближайшего развития» своей души, соприкоснуться с «теневыми» сторонами своей личности.

Данный подход был применен для исследования различных психотерапевтических моделей: спектра сознания К. Уилбера, психосинтеза Р. Ассоджиоли, исследования медитативных состояний посредством пространственного переживания образов Ошо дээн таро.

В результате практики системных семейных расстановок среди клиентов была выделена группа, которая была заинтересована в регулярном психотерапевтическом взаимодействии с целью самопознания и личностного развития. Для этой группы (70 чел.) был разработан ряд психотерапевтических семинаров, основанных на системно-феноменологических упражнениях. Тематика семинаров включала в себя исследование собственных родовых систем и прохождения базовых движений души (движение к матери и к отцу), а затем исследование современных психологических моделей личности.

Пример семинарского взаимодействия «Спектр сознания, становление и преодоление границ». Модель К. Уилбера описывает, как сознание человека выходит из состояния единства к большей и большей разделённости. С самого детства мы учимся ставить границы, разделять. Наша душа, начиная своё существование с уровня единства, постепенно отделяет себя от окружающей среды, затем отделяет себя от тела, а затем отделяет от себя «негативные» стороны своей личности. В результате разделения мы существенно ограничиваем свой опыт, сужая адаптационные возможности к изменчивым социальным и природным факторам. Процесс личностного развития должен включать в себя возможность как ставить границы, так и преодолевать их. Современный взрослый человек может осознать, на каких уровнях он ставит внутренние границы и увидеть путь к их преодолению: разделённое эго (граница между маской и тенью), целостное эго (граница между душой и телом), кентавр (граница между телом и окружающей средой), уровень трансперсональных переживаний, уровень единства. В начале семинара идёт сообщение и обсуждение данной психологической модели. Затем группа приступает к системно-феноменологическим упражнениям, которые сочетаются с групповой дыхательной релаксацией. В упражнениях выступают фигуры заместителей: «маска», «тень»; «эго», «тело»; «кентавр», «окружающий мир» и т.д.

Главной отличительной чертой семинаров с применением системно-феноменологических упражнений является получение непосредственного опыта различных психологических состояний, катарсическое переживание подавленных эмоций в безопасном психотерапевтическом пространстве. Состояния гармонии, уравновешенности, психической устойчивости и си-

лы в упражнениях могут пережить люди, которые в обычной жизни переживают постоянную тревожность и неуверенность. В результате происходит некое «заякорение», фиксация в памяти тела желаемых психологических состояний. Прокладывается путь к этим состояниям в обычной жизни.

Системно-феноменологические упражнения прекрасно сочетаются с групповой визуализацией, релаксацией и дыхательными упражнениями. В результате такого комплексного подхода значительно повышаются возможности целостного психотерапевтического воздействия на личность человека и прохождения пути желаемой личностной трансформации.

Групповая клиентцентрированная психотерапия как метод активизации личностного роста клиентов

Кузовкин В.В. Московский государственный областной университет, 105005, Москва, ул. Радио, 10; e-mail: kuzovkin_vi@mail.ru

Отсутствие целостных руководств, имеющаяся разрозненная литература по методу, мой личный опыт проведения групп встреч, которым можно делиться, и осмысление эффективности этих групп, в результате проведённых экспериментальных исследований, обозначили актуальность доклада.

Изначально необходимо предположить, что для преодоления трудностей личностного роста (ЛР) и активизации этого процесса одним из успешных методов может оказаться клиентцентрированная психотерапия в её групповом варианте. При этом что представляет собой ЛР (в том числе и в роджерсианском подходе) и каковы трудности, которые могут встретиться на его пути описано в моей статье, вышедшей в №9 журнала «Психотерапия» за 2011 г.

Единственное, на что хотелось бы обратить внимание, что подавляющая часть трудностей ЛР связана с взаимоотношениями между людьми. Поэтому преодоление их более продуктивно в масштабе группы, а не терапевтических отношений сугубо между терапевтом и клиентом (на это указывают К.Роджерс, Д.Кори, Н.Хоббс, Р.Кочюнас, А.Б.Орлов, В.Кузовкин).

К.Роджерс утверждал, что ЛР возможен только в условиях социальных отношений, которые обеспечивают человеку обратную связь относительно проявлений его личности, т.е. во взаимодействии с другими людьми. В его работах изменения, происходящие с клиентами, представляются в виде последовательности стадий изменения межличностных отношений в ходе психотерапии. При этом концепция основной встречи базируется на вере в возможность позитивного конструктивного ЛР в атмосфере безоговорочного позитивного принятия, эмпатии и контруктивности. Психотерапевт создаёт эти условия. А что касается других участников группы, то в развивающемся взаимодействии, при хорошей организации данного процесса, они начинают усваивать те паттерны поведения, которые демонстрирует психотерапевт. Тогда сами участники группы становятся психотерапевтами друг для друга: оказание помощи друг другу становится психотерапевтичным.

Наравне с созданием необходимых и достаточных условий для личностных изменений участников группы, важным фактором эффективности группового процесса является структурирование работы группы психотерапевтом (особенно важным является то, как начинать и заканчивать процесс групповой работы, каждой сессии). Развитие тематики как необходимое условие развития группы — ещё один важный аспект, учёт которого позволяет делать процесс групповой работы более эффективным. Наличие тем для обсуждения в группе и их эмоциональность и значимость для участников группы — показатель доверия группе и возможности изменений, которые могут произойти в результате их обсуждения.

Мужская идентичность как концепт психоаналитической теории и практики

Кузовкин В.В. Московский государственный областной университет, 105005, Москва, ул. Радио, 10; e-mail: kuzovkin_vi@mail.ru

Мужская идентичность как концепт является собой форму обработки субъективного опыта психоаналитика, или единицу, с помощью которой в свернутом виде хранится информация,

которая в любой момент может быть развернута во взаимодействие с пациентом в виде неких гипотез, которые дают возможность размышлять над проблемой пациента, при этом эти размышления могут быть довольно-таки гибкими, так как включают в себя контекст и опыт и самого терапевта, и пациента, в связи с чем происходит и рост психотерапевтического знания. Таким образом, совершенствуется *концептуализация* как базовый навык психоаналитика.

Наполнение содержанием данного концепта — задача, как практикующих психоаналитиков, так и психоаналитиков-исследователей, прикладников, так как он позволяет формировать профессиональное мышление и тех и других и способствует, при необходимости, с пониманием отнестись к нуждам пациента по разрешению его проблемы, ввиду которой он обратился за помощью, если речь идёт, например, о размытой мужской идентичности, нарушенных семейных отношениях (как в роли сексуального, брачного партнёра, так и в роли отца семейства) и т.д. А для психоаналитика-исследователя — это возможность открывать новые стороны проблемы, ещё не исследованные, для усиления возможностей первого. Для аналитически мыслящих психиатров, сексологов — это возможность размышлять над патологией пациента, используя представления об особенностях формирования, например, психологии транссексуала, или с пониманием определения паспортного пола человека при нарушениях типа «гермафродитизм».

Необходимо отдавать отчёт, что тема мужской идентичности, так же как и женской, неисчерпаема, в ней ещё много белых пятен, но в психоаналитической теории и практике она ведёт своё начало от идей З. Фрейда и его представлений о психосексуальном развитии человека. Поэтому мы всегда должны отталкиваться от его идей, опираясь на идеи его последователей и противников, чтобы развивать и совершенствовать новое знание для выбора более эффективных стратегий психотерапевтической помощи.

Мужская идентичность как концепт может быть осмыслен через такие понятия и категории, как мужская гендерная идентичность, зрелая/незрелая мужская идентичность, маскулинность, фемининность, психологическая андрогиния, гегемонная маскулинность, ядерная (базовая) половая идентичность, половая идентичность, полоролевая идентичность, сексуальная ориентация и др., которые позволяют раскрыть его разные стороны.

Структурирование в клиентцентрированной психотерапии

Кузовкин В.В. *Московский государственный
областной университет,
105005, Москва, ул. Радио, 10;
e-mail: kuzovkin_vi@mail.ru*

Понятие «структурирование» означает внесение в процесс психотерапии организации и порядка.

К. Роджерс в своей книге «Консультирование и психотерапия» делает удачную попытку представить *консультирование как «структурированное, свободное от предписаний взаимодействие, которое позволяет клиенту достичь осознания самого себя настолько, что это даёт ему возможность сделать позитивные шаги в свете его новой ориентации»*. Это структурированное взаимодействие представлено через описание отдельно и в определённом порядке следующих 12 этапов. При этом сам К. Роджерс укладывает их в 4 стадии процесса: начало терапии, стадия эмоционального высвобождения, стадия достижения инсайта и заключительная фаза терапии.

Однако проблема заключается не в количестве этапов (представления о них формирует у психотерапевта образ процесса, т.е. последовательность действий, и являются внутренней работой психотерапевта), а в том, *в какой степени* терапевт должен структурировать работу непосредственно для клиента: недостаточное структурирование усиливает тревогу клиента и подавляет его спонтанные реакции, мешает установлению терапевтических отношений, а слишком строгое определение рамок работы увеличивает зависимость клиента от терапевта.

Важнейшей составляющей структурирования взаимодействия психотерапевта и клиента в КЦП — правильное его начало и окончание. Мы знаем, чего хотим добиться, запуская про-

цесс, и знаем, как его завершить, чтобы он принес пользу клиенту. А что будет происходить в ходе самого процесса, зависит от индивидуальных особенностей клиента и мастерства самого терапевта, реагирующего на ход действий, мыслей, чувств, установок клиента.

В заключении обозначим и другие возможности структурирования взаимодействия психотерапевта и клиента, чтобы наставить тех, кто изучает процесс КЦП в «нужное русло».

Так, Дж. Иган рассматривает технологию базисной эмпатии как коммуникативного навыка, а Ф.Е. Василюк — технологию применения эмпатических реплик. Ю.Джэндлин описал 6 шагов процесса фокусирования. Барретт-Леннард описывает цикл эмпатического реагирования, включающего следующие фазы: фаза предварительных условий; фаза эмпатического резонанса; фаза выражения эмпатии; фаза получения эмпатии; фаза обратной связи.

Умение структурировать процесс, с одной стороны, является важным навыком, с другой, он должен нарабатываться в процессе освоения техники КЦП и далее совершенствоваться в процессе получения психотерапевтического опыта непосредственно во взаимодействии с клиентом и носить подсознательный характер.

Карта медиации: методика согласования ожиданий спорных сторон в противовес столкновению интересов

Лавров Н.В., Лаврова Н.М., Лавров В.В.

Излагается ряд методов, которые были апробированы авторами в посреднической деятельности при разрешении организационных и семейных конфликтов. Обращается внимание на поэтапность выстраивания процедуры медиации и предлагается оригинальный способ «картирования» действий медиатора с выделением ожиданий спорных сторон и формулированием запроса на медиацию, согласованного со всеми участниками конфликта. Именно одобренный всеми запрос служит ориентиром в поиске решения, ведущего к согласию. Методика с использованием карты медиации служит эффективным инструментом целеполагания медиации и вовлечения участников конфликта в конструктивную коммуникацию. Благодаря стандартизации действий уменьшается рабочее напряжение медиатора и сокращается время, затраченное на сбор информации и анализ конфликтных обстоятельств.

Стадия премедиации: оценка и мобилизация толерантности спорных сторон

Лаврова Н.М., Лавров В.В., Лавров Н.В.

Психологические барьеры, препятствующие конструктивной коммуникации участников конфликта, преодолеваются на стадии премедиации, предшествующей началу переговоров, направленных на разрешение конфликта. Формирование толерантных отношений между спорными сторонами содействует поиску решений, подавляющих напряжение противоречий и удовлетворяющих ожидания участников конфликта. Предлагаются методы оценки толерантности, основанные на анализе мотивации спорных сторон на достижение согласия. Структурированное интервью вместе с тестом функциональности поведенческих стратегий позволяют получить сведения, характеризующие толерантность участника конфликта. При отсутствии толерантности в отношениях спорных сторон рекомендуется решать спор судебным порядком. В случае слабой толерантности для повышения её уровня используется психологический инструментальный и обращается особое внимание на формирование навыков конструктивной коммуникации. При этом открывается перспективность давления на соперника, и осознаются негативные последствия манипуляции доступной информацией с целью победить в споре. Приходит осознание плодотворности усилий по достижению взаимоприемлемого соглашения с отказом от конфронтации.

**Из тела выдуманного в тело реальное.
Театр архетипов
и телесно-ориентированная терапия**

Максимова Е.В. руководитель научно-методической группы
Социального центра «Развитие»,
Москва, Россия

Чеглова И.А. к.м.н., доцент кафедры социальной психологии
Института гуманитарного образования и информационных технологий,
вице-президент Профессиональной психотерапевтической лиги; Москва, Россия

Уровни построения движений, предложенные Н.А. Бернштейном в 1947 г., можно рассматривать как базовые уровни построения психики человека, основы её функционирования. Эта концепция используется нами для понимания сущности пространственных методов психотерапии.

Уровень А — чувство опоры и позно-тоническая активность, физическая и психическая устойчивость, целостность, стабильность, бессознательное единение с окружающим миром. Здесь зарождается «Я»-сознание и личностная позиция человека (*Я есть*).

Уровень В — «база данных» всех врождённых и приобретённых автоматизмов движений и, как нам представляется, мышления и речи. Ощущение телесных границ. Восприятие мира и бессознательное вписывание в мир в процессе движения. (*«Я отдельная сущность / часть общности»*).

Уровень С — осознанное восприятие себя и целенаправленные действия в реальном пространстве мира, основа целостного сознания человека. Врождённые, этологически запрограммированные основы адаптивного поведения — самообслуживания, строительства гнезда/дома, заботы о потомстве, охоты, собирательства и т.п. Любопытство к миру и радость достижения реальных целей и преодоления реальных препятствий в реальном пространстве (*«Я достигаю реального результата здесь и сейчас, в реальном пространстве»*).

Уровень D — основа социального сознания человека, уровень психических автоматизмов, социальных ролей, исполнение которых требует специфического, стандартизированного «простраивания» тела на всех предыдущих уровнях. Господство коллективной психики — рода, клана, государства (*«Я соответствую требованиям»*). Границы условны, например границы государств. Реально преодолимые препятствия могут восприниматься как непреодолимые. Несанкционированное авторитетами преодоление границ (С — поведение) жёстко наказуемо. При этом уровни А и В блокируются, Е — отключается. С целью адаптации — «послушания» — уровни А, В, С полностью подчиняются D-представлениям.

Группа уровней Е — основа абстрактного мышления и творчества. Мир творчества, культуры и духовности. (*«Я творю в осознанном и прочувствованном единстве с миром»*). Поведение определяется личностью и личностной ответственностью перед миром.

Нарушения на каждом уровне построения движений ведут и к физическим (двигательным, поведенческим) и психологическим проблемам:

А — психологическая, личностная неустойчивость, постоянное внутреннее напряжение, тревожность, депрессия. Раздробленность восприятия и внимания;

В — потеря или торможение врождённых паттернов движения, поведения, мышления — остаются только осознанные действия, которые более медленны и крайне энергозатратны;

С — нарушения осознания себя в реальном мире, тревожность, связанная с любыми изменениями в реальном пространстве, боязнь нового, перемен;

D — нарушения поведения человека в социуме, человек не чувствует, не понимает типичных ситуаций, не понимает, что от него требуется. Не находит места в социуме. Потеря чувства связи с собственным реальным телом, если поведение не соответствует требуемой окружающей роли. Появление представляемого (придуманного) тела;

Е — проблемы мышления и творчества, потеря себя в мире, разобщённость с миром (*Где моё место в мире? Кто я?*).

Эти нарушения могут быть обусловлены минимальной мозговой дисфункцией, неблагоприятными социальными условиями и/или дисфункциональной семейной системой. Чтобы приспособиться к жизненным условиям, к навязанным ролям, человеку ничего не остаётся, как «придумать» себе тело. Часто такая форма адаптации передаётся из поколения в поколение внутри семейной системы. Рано или поздно «придуманное» тело начинает «вмешиваться» в решение реальных жизненных задач, сильно его затрудняя или делая невозможным, и тогда он обращается к специалисту — к психотерапевту и/или телесно-ориентированному терапевту. Лучшее, когда эта работа осуществляется в альянсе.

Задача методики «Театр архетипов» — вывести на уровень осознания дисфункциональные психические штампы, дезадаптивные привычки уровня D. И путём ролевого тренинга разрешить внутренние конфликты, чтобы создать условия для перехода от тела «придуманного» к телу реальному, их навязанных когда-то ролей к решению актуальных жизненных задач.

Отсюда алгоритм работы с «Театром»:

1. Воспроизведение, проживание «придуманной» роли в «придуманном» теле в зависимости от клиентского запроса (при этом наблюдаются проявления ролевой путаницы с точки зрения системы архетипических биосоциальных ролей: слабость, контаминация, изоляция, одержимость, раздробление);

2. Решение вопроса об эффективности и целесообразности данной роли, её соответствия реальной ситуации и архетипу (который всегда строго функционален, в отличие от «придуманной» роли, принятой когда-то человеком для приспособления к «придуманному» миру); что сопровождается выходом «Я» из «придуманной» роли и отделением от бессознательно усвоенного архетипического содержания;

3. Осознанное присоединение к данным от природы архетипическим смыслам, соответствующим решаемой задаче и переход к её решению.

И алгоритм работы с реальным телом:

1. Стимуляцию глубокой чувствительности, простраивание целостного восприятия своего тела, простраивание опор тела, простраивание оси тела, стимуляцию вестибулярного восприятия;

2. Стимулирование периферического зрения, разблокировка двигательных автоматизмов существования и функционирования тела;

3. Игры, где отслеживаются несколько целей в пространстве. Работа с сопротивлением, преодолением препятствий.

**Оценка результативности психотерапии
по протоколу дианализа**

Морозова Н.Б. ФГБУ Институт физиологии СО РАМН,
630117, Новосибирск, ул. акад.Тимакова, 4;
e-mail: morozova@physiol.ru

В контексте современной персонифицированной медицины чрезвычайно актуальным встаёт вопрос об оценке результативности и, следовательно, об эффективности психотерапевтической помощи. Согласно результатам последних десятилетий индикаторами успешной психотерапии могут выступать 10 параметров Клауса Граве (С. Grawe, 1994), 6 позиций Алана Кара (А. Carr, 2007) и др. Наиболее общепризнанными подходами к оценке эффективности психотерапии служат 2 кластера — разрешение проблематики пациента и глобальная оценка успеха.

С позиций дианализа консультирование прежде всего направлено на проблемно-ориентированный персонализм (В.Ю. Завьялов, 2003, 2011, 2012). Согласно данному положению, основные результаты терапии касаются исчезновения или смягчения симптомов и улучшения функционирования, а именно: 10 позиций изменений в соответствии с протоколом дианализа

Исследование проведено на 24 пациентах в возрасте 21-50 лет по классификатору DSM-4R с психосоматическими диагнозами по 3-ей шкале: эссенциальная гипертензия, мигрень, психогенная одышка, СРК (синдром раздражённого кишечника), болезнь Крона. Опрос пациентов проводили до и после курса психотерапии по Британской системе измерения результатов психотерапии CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) в четырёх блоках. Установлено, что в результате дианалитического консультирования психосоматических пациентов

значимо повысились позиции общего благополучия и функционирования, резко снизились показатели проблематики запроса и риска.

Христианские истоки ценностей современной психотерапии

Онищенко Г.И. *Институт психологии им. Г.С. Костюка НАПН Украины, Киев, ул. Паньковская, 2; e-mail: ua1301@i.ua*

Христианство принесло в европейскую и отечественную культуру творческий импульс, духовно-нравственные ценности и новое представление о человеке как личности, что проявилось в гуманистической концепции человека, расцвете наук, просвещения и искусств, в традициях милосердия в обществе, в этике отношений. Кардиоцентрические и этические ценности православной традиции — милосердия, смысла жизни, совести, покаяния, жертвенной любви, нашли глубокий отклик в отечественной культуре. Центральными в православной культуре являются этико-аскетический и персоналистический принципы, на глубинном уровне взаимодополняющие, но при доминировании последнего. Психотерапия опирается прежде всего на персоналистический принцип (ценность индивидуальности, её свободы, творчества, живого опыта), культивирует его, отбросив как ограничительный принцип этико-аскетический. Это проявляется и в понимании предельных ценностей психотерапии как свободы и творчества. Требования времени к холистичности и духовности психотерапевтической парадигмы позволили поставить проблему возвращения «репрессированного» этико-аскетического принципа в его назначении, направленном на раскрытие и сохранение духовной сущности человека, развитие его личности. Любовь как глубина живого человеческого сердца и личности, с одной стороны, и основа христианской этики, с другой, является той ценностью, что с необходимостью дополняет предельные значения психотерапии (свободу, творчество, индивидуальность). Эта ценность не привносится, однако может быть эксплицирована из «праксиса» психотерапии как психологическая помощь страдающему человеку при соучастной позиции психотерапевта. Важным является понимание христианских первооснов любви как духовной способности и задачи личности в её обращении к Богу, реализации и поддержании онтологической связи с другими людьми.

Полюса ориентаций в понимании личности как автономной индивидуальности (свобода) или существа, онтологически связанного с другими (любовь), представлены в осознаваемых, в первом случае, и «вытесняемых», в последнем, предельных ценностях психотерапии. Их рефлексия как взаимодополняющих, с учётом особенностей собственной культурной идентичности и идентичности клиентов, поможет отечественным практикующим психологам в понимании аксиологических оснований и разработке стратегий осуществляемой психологической помощи.

Социокультурно обусловленным и онтологически первичным можно считать связь человека с другими, любовь, а затем, в перспективе — отделение, свободу. Переход от любви к свободе (и наоборот) осуществляется через уважение, в котором ценность другого (которая есть в любви), уверенности в себе, потребность в связи, встречаются с собственной ценностью, любовью к себе и потребностью в автономии. В работе с украинскими клиентами, как показывают исследования, следует учитывать особую ценность эмоциональной близости, доверия, заботы как проявлений любви и двигаться в направлении уважения, осознанности, свободы.

Психологические особенности общения в Интернете

Пацкань И. *практикующий психолог-консультант, Донецк, Украина; e-mail: ira.bukreeva@gmail.com*

Поскольку человек существо социальное, он постоянно испытывает потребность в общении с другими людьми, что определяет потенциальную непрерывность общения как необходимого условия жизнедеятельности.

Общение — сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми и группами, порождаемый по-

требностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных процесса: коммуникацию (обмен информацией), интеракцию (обмен действиями) и социальную перцепцию (восприятие и понимание партнёра). Концептуальные основы разработки проблемы общения связаны с трудами В.М. Бехтерева, Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.И. Леонтьева, Б.Г. Ананьева, М.М. Бахтина, В.Н. Мясищева и других отечественных психологов, которые рассматривали общение как важное условие психического развития человека, его социализации и индивидуализации, формирования личности.

В социальной психологии большое внимание уделяется межличностному общению, где обозначенные три его стороны выступают как раскрытие субъективного мира одного человека по отношению к другому. Суть коммуникационного процесса — не простое взаимное информирование, но совместное постижение предмета, поэтому в нём даны в единстве деятельность, общение и познание. Наряду с познавательным и деловым общением существует интимно-личностное общение, содержанием которого выступает соучастие партнёров в проблемах друг друга, возможность разделить с другим своё духовное и практическое бытие. Интимно-личностное общение возникает при условии общности ценностей партнёров, а соучастие обеспечивается пониманием мыслей, чувств и намерений другого, эмпатией. Специфичными являются и возникающие коммуникативные барьеры, порождаемые либо социальными факторами, либо индивидуальными психологическими особенностями общающихся (их «закрытость» или «открытость» общению). Важной характеристикой коммуникативного процесса является намерение его участников повлиять друг на друга, воздействовать на поведение другого, необходимым условием чего выступает не просто использование единого языка, но и одинаковое понимание ситуации общения. Все описанные выше фрагменты включены в специфику общения людей в Интернете.

Общение в сети позволяет человеку раскрыться. Если брать во внимание написанный человеком текст в чате и рассматривать его как продукт деятельности, можно судить о том, что переживает в данный момент партнёр по диалогу, его эмоциональный фон в настоящем и некоторые характерологические особенности в целом. Язык смайлов пришёл на смену мимической информации, а также информации жестов. Однако всё это может служить не только для передачи объективного состояния, но и быть своего рода, «ширмой», за которой скрыты противоположные переживания. Другое дело, когда есть возможность «читать» человека по изображению на экране. Это общение носит более «правдивый» характер. Для такого шага человеку нужна некоторая решительность, а это обусловлено многими факторами.

Можно предположить, что видеообщение представляет иную сторону коммуникации, на которую в большей степени сказывается возраст, пол и, вероятно, типологические особенности. Эти же составляющие формируют, отчасти, самооценку человека, которая, в свою очередь, входит в состав интимно-личностной сферы.

С каждым годом влияние Интернета на жизнь людей меняет свой характер. Коммуникационные возможности Сети, в общем, социальных сетей и блогов, в частности, обширны. Любый пользователь может найти такой круг собеседников, в котором ему наиболее комфортно общаться. Этому способствуют психологические особенности интернет-коммуникации, такие, как: ограничение в чувственном опыте; неопределённость идентичности и анонимность, множественная идентичность; уравнивание в статусе, растяжимость временных и пространственных границ; доступ к многочисленным отношениям; долговременные записи событий. Однако возможности видеообщения, очевидно, меняют эти особенности, в чём-то приближая это общение к реальному, но не во всём.

Таким образом, глобальные компьютерные сети видеоизменили общение между людьми. Компьютерные сети представляют собой новый этап в развитии внешних средств интеллектуальной деятельности, познания и общения. Применение компьютерных сетей ведёт к значительным структурным и функциональным изменениям в психической деятельности человека. Эти изменения затрагивают познавательную, коммуникативную и личностную сферы. В настоящее время актуальным становится изучение психологических особенностей видеообщения с помощью скайп-системы или аналогичных ей систем, причём несомненно, что в психотерапевтической работе данный способ общения с клиентом может быть использован психотерапевтом или психологом.

Перинатальная психотерапия: сплетение проблем общества, психологической науки и психотерапевтической практики

Печникова Е.Ю. Медико-психологическая клиника

ООО «Семья с плюсом»,
Москва, 125080, ул. Дубосековская, 7

Перинатальная психология и психотерапия (ППиП) — область знания и психологической практики, которая интенсивно развивается в последние 30 лет. Ориентированная на проблемы рождения, раннего развития психики и влияния событий этого периода на дальнейшую жизнь человека, ППиП в последнее время становится мощным исследующим и помогающим инструментом для психологической помощи семье и обществу в целом в решении проблем в области репродукции в современных изменившихся условиях. Современное общество развивается по модели западного образца, где актуальными являются задачи индивидуализации и самоактуализации личности. Это ведёт к тому, что постепенно утрачивается трансляция культурно-исторических норм и традиций семейного уклада, которые были призваны в первую очередь обеспечить репродуктивную функцию семьи. Всё больше становится нуклеарных семей, стремительно растёт число неполных семей и семей разных других форм. В результате нарушается преемственность знаний и опыта поколений в области репродукции, ранее осуществляемая в большой семье. Это существенным образом сказывается на системе воспроизводства в целом: увеличивается количество кесаревых сечений, возрастает процент бесплодия и невынашивания беременности, по-прежнему высокими остаются количество акушерских осложнений, плохое здоровье детей и подростков, которые в скором будущем сами должны стать родителями. Катастрофически растёт количество искусственных зачатий. Таким образом, в корне подрывается репродуктивное здоровье и в более широком смысле — репродуктивная культура общества. В этих условиях ППиП оказываются в центре сплетения проблем и судеб науки, практики, прошлого, настоящего и будущего каждого конкретного человека, а также специалистов, работающих в этой области. Именно она изучает и решает на практике проблемы, связанные с особенностями зачатия, внутриутробного развития, родов и послеродового периода жизни человека. Естественным разделом ППиП в настоящее время должна стать психология репродуктивной сферы. У современного общества актуален запрос на быстрые, точные, эффективные решения. То, что раньше тысячелетиями нарабатывала эволюция, веками шлофовалось в культуре, сейчас требует ясного понимания и верного применения для того, чтоб современное человечество могло «воспроизводиться эффективно». Здесь есть о чём думать и говорить: о «сплетениях судеб» и «сплетениях проблем» общества и человека, бабушки-матери-дочери, мужчины и женщины, врача и пациентки, психолога и клиента.

Психотерапия психосоматических расстройств репродуктивного здоровья

Печникова Е.Ю. Медико-психологическая клиника

ООО «Семья с плюсом»,
Москва, 125080, ул. Дубосековская, 7

В последние десятилетия катастрофически увеличилось число и разнообразие нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин: увеличивается количество кесаревых сечений, возрастает процент бесплодия и невынашивания беременности, по-прежнему высокими остаётся количество акушерских осложнений, плохое здоровье детей и подростков, которые в скором будущем сами должны стать родителями. Катастрофически растёт количество искусственных зачатий: в 2010 г. людей, рождённых методами ВРТ, было уже 5 000 000. В высокоразвитых странах всё чаще возникают проблемы, связанные с наступлением и вынашиванием беременности (в некоторых европейских странах ЭКО составляет от 5 до 10% зачатий). Это привело к появлению и активному прогрессу в медицине новых репродуктивных технологий. В этом плане психотерапия заметно отстаёт от медицины по распространённости оказываемой помощи пациентам. До сих пор не предложено теоретических подходов и практических разработок для осуществления психотерапевтической и психологической помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья. Игнорируются психологические причины нарушений репродуктивной функции у женщин и мужчин, в результате чего эти нарушения

в большинстве случаев не рассматриваются как психосоматические расстройства. В медико-психологической клинике «Семья с плюсом» (Москва) разработан комплексный подход к нарушениям репродуктивного здоровья — как психосоматическим и соматопсихическим расстройствам. Сформулированы основные принципы, разработаны формы и методы психотерапевтической помощи женщинам и мужчинам с нарушениями репродуктивного здоровья. Главным методологическим принципом является междисциплинарный подход, интегрирующий знания и практику в области психотерапии, психологического консультирования, разных направлений медицины (акушерства и гинекологии, гомеопатии, физиотерапии, кинезиологии и т.д.). Основным в этом подходе является представление об интегрированности всех уровней существования человека: психического, физиологического, энергетического. Это требует общего понимания причин нарушений и путей их реабилитации у всех специалистов, работающих с человеком. Для этого в клинике проводятся методологические семинары, имеющие целью выработку взаимопонимания единой стратегии работы специалистов. Для осуществления интегративного подхода к реабилитации нарушений репродуктивного здоровья в клинике разработаны формы и способы взаимодействия специалистов, ведения документации, осуществления консилиумов.

Психологическая структура способности будущих психологов к установлению доверительных отношений с клиентом

Подольская Т.А. преподаватель кафедры психологии и педагогики Киевского национального лингвистического университета;
e-mail: tatyana_podolskaya@ukr.net

Для освещения специфики развития способности к установлению доверительных отношений с клиентом у будущих практических психологов была разработана психологическая структура этой личностной способности и выделены её компоненты.

Установление доверительных отношений требует от психолога высокого уровня квалификации и профессиональной компетентности, его коммуникабельности и тактичности, эмпатии, доброжелательности и вежливости. Установление доверительных отношений между психологом и клиентом требует учёта гендерного и возрастного аспектов межличностного взаимодействия и аспекта возможной зависимости способности к установлению доверия от стажа профессиональной деятельности практического психолога.

Развитие способности будущих психологов к установлению доверительных отношений с клиентом является последовательным процессом, происходящим во времени и проявляющемся в прогрессивных изменениях содержания мировоззренческого, когнитивного, эмпатийного и коммуникативного компонентов разработанной психологической структуры. Реализация этого процесса во время профессиональной подготовки в вузе должна осуществляться на трёх уровнях: мировоззренческом, имеющая целью формирование профессионального сознания будущих специалистов; профессиональном, которое предусматривает овладение необходимой системой знаний и технологий практической деятельности будущего психолога, формирование его психологической культуры; личностном, целью которого — формирование у студента профессионально значимых качеств личности, гуманистической направленности, «диалогичности», способности к профессиональной идентификации.

Отражение ригидности родительской позиции в репродуктивных проблемах женщин и здоровье детей

Полякова О.Н. Медико-психологическая клиника
ООО «Семья с плюсом», Россия, Москва,
125080, ул. Дубосековская, 7;
e-mail: p-lesya@mail.ru

В консультировании женщин, имеющих нарушения репродуктивной сферы, выраженные в бесплодии, невынашивании, патологии родов, нельзя обойтись без работы с их материнской сферой. Замечено, что женщины с расстройствами репродук-

тивной сферы по типу ранних, сверх ранних выкидышей, неразвивающихся беременностей, с гибелью, травматизацией ребёнка в родах (в том числе приводящих к ДЦП) отличаются ригидностью своих родительских позиций. В раннем послеродовом периоде они обращаются за помощью в связи с проблемами грудного вскармливания; а у их детей отмечаются кожные заболевания в младенчестве, нарушения эмоциональной и коммуникативной сфер, а также высокая заболеваемость. В привычной модели психотерапии работа с такими женщинами предусматривает отработку периода диады. Однако для обеспечения родительских функций матери с такими особенностями необходима не только реабилитация детских состояний, но и коррекция качеств родительской позиции, а именно сензитивности и респонсивности, которые лежат в основе гибкости родительской позиции. Это само по себе приводит к избавлению от страхов, которые могут быть причиной сопротивления переходу в здоровое материнство. Правильно построенная диагностика и терапия ригидности родительской позиции на фоне общей психотерапии женщины может служить профилактикой расстройств репродуктивной сферы женщины и ряда заболеваний ребёнка, нарушений его развития.

Личная интервизия при обучении методу целебной творческой психолингвистики

Поспелова М.В. психолог-консультант Центра эмоционально-образной терапии, психолог консорциума «Социальное здоровье России». Действительный член ППЛ РФ, представитель модальности «Целебная творческая психолингвистика» по России в ППЛ РФ; e-mail: Pospelova-marina@mail.ru

Обучение психолога методу целебной творческой психолингвистики неминуемо начинается с личной интервизии (в составе группы). Процесс складывается из изучения и освоения новых понятий психосемантики, биосемантики, философии и теории психоэкологии, психоиммуногенетики. На практике большое место занимает «линия физических действий» и способ самовыражения. Функционально-деятельный подход включает: обучение творческому ведению процесса при раскрытии звукообразов; способам работы в семантическом пространстве алфавита; методам изучения эмоционального и творческого интеллекта; оздоровительным телесным и метанавыкам. На единый заданный стимул (мысль-форма + звук, акустический сигнал) следуют неосознаваемые, спонтанные реакции. Фокусом работы является постоянный диалог членов группы между собой и ведущего. Обсуждаются критерии сквозного действия, оправданные ситуацией движения; содержание семантической памяти, бессознательное отражение родового и личного опыта, богатого эмоциями (иногда бесструктурного). Творчески изменённое состояние сознания характеризуется актуализацией содержания подсознательного и бессознательного. Выясняются особенности реагирования на стимулы, связанные с образом «Я»; социально, морально, этически значимой информацией. Многократная, тщательная проработка всех деталей является залогом успеха для самопонимания, формирования творческого самосознания, дивергентного и толерантного мышления.

Беременность и материнство (норма и патология родов)

Разина Н.В., Панкова А.П.

Российский государственный гуманитарный университет, Институт психологии им. Л.С. Выготского, Москва, Миусская площадь, 6

Работа посвящена изучению особенностям восприятия образа ребёнка у матери, выявлению психологических особенностей отношения к ребёнку раннего возраста и к самой себе у матерей с нормой и патологией вынашивания беременности. Использованы методики ОДРЭВ (Захарова), опросник образа собственного

тела ООСТ (О.А. Скугаревский и С.В. Сивуха, 2005), рисуночные тесты «Я и мой ребёнок» и «Я и моя мама» (Г.Г. Филиппова, 2002 и др.). Предложен блок методик для использования в практике психологической помощи женщине на разных стадиях беременности и материнства.

В проведённом нами исследовании мы попытались выявить психологические особенности отношения к ребёнку раннего возраста и к самой себе у матерей с нормой и патологией вынашивания беременности.

В исследуемую группу (с патологией вынашивания беременности) вошли 25 женщин (48%), средний возраст которых 28,3 года, средний срок грудного вскармливания 20,4 мес. В контрольной группе (с нормально протекавшей беременностью) было 27 женщин (52%), со средним возрастом 30 лет, средний срок грудного вскармливания 19,1 мес.

Обобщая результаты исследования, можно предложить, что принятие женщиной своего тела, а значит принятие себя, оказывает существенное влияние на физическое вынашивание беременности. Этот вывод хорошо соотносится с теоретическими положениями перинатальной психологии о том, что во время беременности женщина должна предоставить своё тело ребёнку, и если принятие своего тела отсутствует, то и позволить значимому «другому» воспользоваться им для роста и развития, она тоже оказывается не в состоянии.

С другой стороны, интересным оказался и ответ на вопрос: «Кто она, мать, которая принимает своё тело?». Женщина, принимающая своё тело и успешно, без препятствий выносившая ребёнка, оказывается способной и принимать ребёнка безусловно таким, какой он есть в реальности, она эмоционально отзывчива в контакте с ребёнком. Для такой матери в меньшей степени, чем для матери, не принимающей своё тело, характерно стремление оценить себя как «хорошую мать», в меньшей степени она ориентируется на поведение ребёнка в их взаимодействии, возможно, позволяя себе удовлетворять и свои потребности, даже если они противостоят запросу ребёнка в данный момент. Мы предполагаем, что именно принятие себя не как идеальной матери, как женщины, имеющей и другие жизненные роли, даёт возможность быть, как сказал Д. Винникот, «достаточно хорошей матерью», а значит, и у ребёнка появляется возможность быть «достаточно хорошим», но не идеальным ребёнком, проживать свою жизнь и при этом учиться принятию себя на мамином примере, а также чувствовать себя принимаемым значимым взрослым.

Театр архетипов: работа с сопротивлением

Романова И.Е. к.филос.наук, доцент, Гуманитарный университет г.Екатеринбурга; психотерапевт Единой Европейской регистрации; Екатеринбург, ул. Як. Свердлова, 11-51; e-mail: dialog@pisen.net

Авторская методика И.А. Чегловой «Театр архетипов» обладает большими терапевтическими возможностями и предназначена для широкого круга клиентов. Однако для любой терапии характерно сопротивление клиента, и в групповой работе оно часто принимает формы рационализации, диссоциации, изоляции аффекта, обесценивания. Сосредоточим своё внимание на возможностях методики в преодолении сопротивления клиента и доступа к проблемному материалу.

Прежде всего, работа проводится на уровне архетипов, которые носят общечеловеческий характер и имеют доступ к коллективному бессознательному. Архетипические образы Короля, Воина, Принца, Мага, Шута представляют собой врождённые диспозиции, обуславливающие появление у конкретного индивида определённых мыслей, представлений, отношений, действий, они знакомы всем, имеют обобщённый характер. Предложение побыть в том или ином архетипическом образе с одной стороны как бы «дистанцирует» и защищает клиента от болезненного собственного материала, а с другой стороны, даёт прямой доступ к нему, является прекрасным диагностическим средством, так как образы узнаваемы, имеют конкретный поведенческий рисунок.

Второй приём, позволяющий обходить сопротивление — ролевая игра. Проживая образы через игру, действие, клиент нейтрализует собственные защиты. Логика простая — я играю не самого себя, а обобщённый образ. Это просто роль, а, значит, она безопасна. Следует обратить внимание, что в данной методике, в отличие, например, от психодрамы, не используется обмен ролями. Сила архетипического образа такова, что обмен ролями не требуется, клиент и терапевт прямым образом получают доступ как к индивидуальному, так и к коллективному бессознательному.

Важным моментом в работе с архетипическим анализатором является дифференциация невербальных сигналов, поведения, речи клиента в тот момент, когда он находится в той или иной роли. Особенно это важно тогда, когда мы наблюдаем «склеивку ролей», спутанное поведение, нехарактерные для роли высказывания. В такие моменты очень важно обратить внимание на подобную «склеенность» и дифференцировать её. В одних случаях мы обнаруживаем архетипический образ в «чужом доме», и тогда необходимо вернуть его «на свою территорию», в других — обнаруживаются интроекты, связанные с травматическим опытом клиента. Важным методическим приёмом становится маркировка интроектов, называние их по имени, отделение от архетипического образа. В психодраме обнаружение травматического эпизода, как правило, предполагает непосредственную работу с этим эпизодом, поиск ресурсов в травматичной ситуации. Принципиальное отличие «Театра Архетипов» в том, что работа с личной историей непосредственно не происходит, терапия продолжается на символическом уровне, что позволяет довольно быстро найти доступ к ресурсам в обход контакта с болезненным материалом клиента, исключает риск ретравматизации и делает работу экологичной.

Отечественная модель медиации в современном социокультурном контексте

Рубан О.И. директор АНО «Новосибирский центр медиации», вице-президент НП «профессиональная лига медиаторов»; действительный член ППЛ, член Совета по развитию медиации Центрального совета ППЛ; 630128, Новосибирск, ул. Полевая, 11-95; e-mail: mediana@mediatsib.ru

С 1 января 2011 г. на территории Российской Федерации вступил в силу закон N 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Исполнение данного закона способствует развитию культуры взаимоотношений, улучшению инвестиционного климата, миру и согласию в обществе.

На сегодняшний момент существуют 3 центра наибольшего влияния на процесс развития медиации в России. Во-первых, это питерская школа медиации, сформировавшаяся на базе философского факультета Санкт-Петербургского университета. Эта школа сделала ставку на сущностное разрешение конфликта, хорошо зарекомендовала себя в практическом использовании. Успешно применялась во время правовых экспериментов, проводившихся в некоторых субъектах федерации до принятия закона о медиации.

Во-вторых, это АНО «Научно-методический центр медиации и права» (Москва), молодые специалисты которого сделали ставку на формализацию процесса развития медиации в России и на законодательное его оформление. Движущая идея этого центра: не стоит изобретать колесо, а брать успешный западный опыт и создавать законодательную основу практического применения этого опыта на территории Российской Федерации.

На фоне традиционного противостояния питерцев и москвичей обозначился ещё один центр Силы — Новосибирская школа медиации под руководством проф. В.Ю.Завьялова. Этот важный Центр развития отечественной медиации синтезирует в своей основе и сущностное разрешение конфликта и формализацию данного процесса, связанную с фиксацией параметров как на законодательном уровне, так и на всех стадиях самой процедуры медиации.

Есть все основания предполагать, что именно этот центр Силы станет определяющим в долгосрочной перспективе развития отечественной медиации. Этому способствует, во-пер-

вых, наличие хорошо аргументированных и апробированных практикой глубоких методологических обоснований отечественной медиации. Во-вторых, практика успешных медиаций, как в сложных процессах досудебных конфликтов, так и массовая помощь, в частности, в семейно-брачной сфере. И, наконец, в-третьих, целостный подход, совмещающий персоналистический подход и чёткую структуру.

На сегодняшний день мы имеем уникальную возможность говорить не только о перенесении западного опыта, а презентовать отечественную модель медиации мирового уровня.

Дианалитическая медиация

Рубан О.И. директор АНО «Новосибирский центр медиации», вице-президент НП «профессиональная лига медиаторов»; действительный член ППЛ, член Совета по развитию медиации Центрального совета ППЛ; 630128, Новосибирск, ул. Полевая, 11-95; e-mail: mediana@mediatsib.ru

Медиация как технология имеет некие рациональные константы. На входе мы имеем спор, конфликт, разногласие, в срединной зоне — строительство мостика взаимопонимания, на выходе — взаимовыгодные договорённости. То есть это путь от войны к миру. Понимание того, что «плохой мир лучше хорошей войны» присутствует во всех культурах. А вот способы достижения этого мира в различных культурах сильно различаются.

Дианализ — это отечественная методология помощи человеку, в том числе и медиативная, которая основана на глубоких культурных традициях, объективных данных фундаментальных наук и проверена многолетней практикой применения. Дианализ оформился как направление отечественной методологии и зарегистрирован как официальный товарный знак в Сибири в 80-х годах XX столетия. Автор метода — сибирский учёный, д.м.н., профессор Владимир Юрьевич Завьялов.

Научный подход предполагает оглашение неких отправных точек, от которых происходят дальнейшие рассуждения. Они не подлежат дискуссии и обсуждению. Это исходные аксиомы, подобные математическим, которые открыто выдвигаются и принимаются (либо не принимаются) и от них зависит ход дальнейших рассуждений и действий.

Первое фундаментальное допущение: источник проблем — Реальность.

Второе фундаментальное допущение: человек — носитель проблем.

Третье фундаментальное допущение: проблема — это столкновение противоположностей.

Дианалитическое определение проблемы эквивалентно общепринятому определению конфликта, основной мишени медиатора. Если у Вас нет денег — это не проблема, это задача. Задача их добывания. Проблема — это когда сталкиваются различные мотивы, желания, возможности. И беспристрастный, нейтральный подход медиатора способен помочь человеку, определить те противоречия, которые актуальны для человека в данной ситуации. Определить эти противоречия и найти более удачный, в идеале, гармонический синтез этих противоречий помогает инструмент, который называется дианалитическая пентада. Пентада — это инструмент рассмотрения любого предмета, явления, феномена одновременно в пяти моментах для минимизации субъективного искажения. Этот инструмент помогает в короткие сроки определить истинные потребности, а следовательно, выйти на соглашения, отвечающие реальным интересам обеих сторон.

Социокультурные основания психотерапии

Рула Абу-Надир Ливанский университет, Бейрут, Ливан

В психотерапии существует множество подходов, и каждый из них имеет социокультурную обусловленность.

В психоаналитическом подходе утверждается, что в основе бессознательных конфликтов лежат первые взаимоотношения в жизни человека: отношения матери и ребёнка, эдипов комп-

лекса, материнская и отцовская роли в период детства. Подобные конфликты решаются через осознание.

С позиций когнитивно-поведенческого подхода считается, что суждения человека зависят от ситуаций, в которые он попадает и которые оказывают влияние на его эмоции и поведение. Новый опыт помогает человеку управлять ситуациями, в которые он попадает.

В гуманистическом подходе считается, что люди — существа интеллектуальные, на них оказывают влияние межличностные отношения, а также принимаемые общественные, экономические и политические решения.

С позиций системного подхода, на каждого из нас влияют наши собственные намерения, а также системы, присутствующие в окружающей нас среде.

Семья — это система, влияющая на каждого из своих членов. Взаимодействия между членами системы необходимы для её более эффективной работы.

Наконец, межличностный подход: межличностные проблемы являются причиной психологических проблем. Адаптация к выполняемым социальным ролям и ситуациям оказывает положительное влияние на поведение человека в сфере межличностных отношений.

Социокультурные основы играют принципиальную роль в психотерапии, в психотерапевтическом процессе.

Индивидуально-личностные особенности больных хроническим алкоголизмом и возможности психокоррекции

Садыкова Г.Г. Самарский филиал ОППЛ
Макаров С.В. Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»,
443001, Самара, ул. Чапаевская, 227;
Самарский филиал ОППЛ;
e-mail: samara-ctbm@mail.ru

Третьяков А.Л. Самарский филиал ОППЛ

Цель работы состояла в оценке индивидуально-личностных особенностей больных хроническим алкоголизмом, сопряжённых с длительностью ремиссии и разработка основ программы по психологической коррекции. Под наблюдением находились 163 мужчины в возрасте от 21 до 64 лет, у которых диагностирована 2-я стадия хронического алкоголизма с длительностью заболевания от 3 до 27 лет. Использовались тесты Т. Лири, Люшера, методика С. Розенцвейга. В первой группе состояло 68 чел. с длительностью ремиссии от одного года, во второй группе — 95 чел. с длительностью ремиссии от одного года. В группе больных с более длительной ремиссией чаще встречались: альтруистический тип отношения к окружающим (31,2%), дружелюбный (29%), авторитарный (23%), практически не диагностировался подчиняемый тип. В этой группе реже прослеживались шаблоны манипулятивного поведения, преобладала интропунитивная реакция на стресс. Длительность ремиссии была сопряжена с такими особенностями эмоционально-личностной сферы, как стремление к позитивной оценке окружающего и партнёрскому взаимодействию с окружающими и родственниками, потребность в активности, более редкие проявления тревожности. В группе пациентов с короткой ремиссией чаще встречались зависимый (26%), подозрительный (14%) типы отношения к окружающим. Для этой группы характерны проявления агрессивного поведения по отношению к родственникам, окружающим, аутоагрессия. В отношении с окружающими чаще, чем в другой группе, прослеживаются ироничное, а порой непримиримое поведение, замкнутость, неуверенность в себе, скрытность, черты парциального инфантилизма, тревожность, уступчивость, склонность прислушиваться к чужому мнению и неготовность подчиняться требованиям близких. На основе полученных данных была разработана программа по психокоррекции особенностей личности больных хроническим алкоголизмом. Психокорректирующая работа проводилась с учётом особенностей различных уровней психической деятельности: на когнитивном — преодоление анозогнозии и акцентирование на позитивных чертах личности, способных к усилению адаптивного поведения; на эмоциональном — уменьшение аффективных расстройств; на уровне по-

ведения — изменение стиля и образа жизни, отношения к окружающим; на мотивационном — поиск и усиление альтернативы влечения к алкоголю. Базисный этап программы включал мероприятия, направленные на нивелирование эмоционально-личностных расстройств с наработкой стресс-лимитирующих механизмов, коррекцию межличностных отношений в семье.

Психологические проблемы при обучении верховой езде

Святловская Е.А. педагог, ГБОУ ДООЦ
«Детский парк Фили»

В современном мире специалисты отмечают постоянный рост процента детей с различными психологическими проблемами. В частности, несмотря на постоянное изменение программ и непрерывные реформы образования, неуклонно растёт число детей, страдающих школьным неврозом. Мы рассматриваем развитие детского любительского спорта как одно из важных средств поддержания физического и психического здоровья детей.

В современном мире, особенно в городах, верховая езда становится всё более популярной. Такая тенденция имеет много причин, выходящих за рамки данной статьи. Но она выдвигает более высокие требования к тренеру.

Люди, живущие в городах, редко понимают, что контакт с таким большим и сильным животным, каким является лошадь, может вызвать неожиданные и сильные эмоциональные реакции, совсем не свойственные другим видам спорта. Страх, физические блоки, напряжение и/или ступорные состояния делают невозможной правильную и своевременную реакцию на команды и рекомендации тренера. Если такие явления возникают на самых первых этапах обучения, это может рассматриваться как вариант нормы, так как они проходят достаточно быстро при внимательном и мягком отношении тренера по мере приобретения ребёнком опыта общения с лошадью. Если же эти реакции очень ярко выражены или сопровождаются обучением в течение долгого времени, не показывая существенной тенденции к снижению, — это обычно является отражением общего психологического неблагополучия, связанного с ситуацией в семье или школе.

Именно поэтому нашу работу, направленную на снижение и избавление от этого страха, можно рассматривать как влияющую на все области жизни и повышающую чувство уверенности в себе и успешности, в целом.

В течение нескольких лет проводилась работа с детьми, отобранными по одному общему признаку: несмотря на все усилия тренера, эти дети не совершенствовались в верховой езде и продолжали демонстрировать сильный страх. Большинство из них боялись ехать рысью, хотя некоторые могли сохранять равновесие на рыси, если лошадь шла сама, другие же боялись даже движения шагом. Многие начинали плакать, если им предлагали любую пони, кроме самой маленькой, послушной, спокойной и безопасной на конюшне.

Следует отметить, что с детьми работали квалифицированные тренеры, имеющие большой опыт занятий с детскими группами, и в нашу выборку приходили дети от разных тренеров. Это доказывает, что распространённое мнение о том, что страхи такого рода провоцируются исключительно резкостью и неправильной работой тренера, не имеют основания. Несомненно, за долгие годы в нашей практике встречались всадники, как дети, так и взрослые, которые не могли справиться со страхом и даже бросали верховую езду из-за грубости тренера. Но в данной выборке такие случаи были исключены. Наоборот, можно уверенно утверждать, что все случаи, в которых естественный страх ребёнка перед крупным животным или перед падением мог быть преодолен спокойной и мягкой работой, остались за рамками исследования.

Мы разработали программу, рассчитанную на 3 года, при занятиях 1 раз в неделю, после прохождения которой дети могут перейти в обычные группы, или перейти в специализированные группы для занятий спортом. В эту программу отбираются преимущественно дети, которые занимались в обычных группах от 0,5 до 3 лет и не сдвинулись существенно в обучении. Когда мы начинаем занятия с такими детьми, их тренеры и они сами чувствуют тупик, и такая ситуация может продолжаться годами.

Дети, которые испытывают непреодолимый страх и напряжение, порой демонстрируют очень сильное желание продолжать ездить, несмотря на полное отсутствие успеха, при этом они могут быть недовольны отсутствием результата, их не радует, если их годами сажают на шаг на самую спокойную лошадь. Однако они возвращаются снова и снова, чтобы провести час в страхе и напряжении, часто со слезами, иногда оказываясь в реальной опасности. Это может показаться странным и парадоксальным, но мы объясняем такую настойчивость неосознанным желанием справиться со своими психологическими проблемами, используя в качестве модели область деятельности, которая их реально привлекает. Именно поэтому мы считаем своей основной целью помочь таким всадникам.

Наша методика, в целом, базируется на идее, что обучение должно быть организовано через тело и мы отбираем и придумываем упражнения и игры для обучения балансу и координации, не пользуясь логическими объяснениями и сознательным контролем движений. Только после того, как требуемый баланс, координация или положение достигнуто и может быть почувствовано, можно объяснить ученику, что именно мы получили и попросить его включить сознательный контроль или оценку своей езды.

Это связано с тем, что снять мышечные зажимы в движении и дать телу почувствовать правильную и удобную посадку можно только на бессознательном уровне, иначе мы рискуем добавить дополнительные зажимы к уже существующим, как оно обычно и происходит.

Считается общепризнанным, что различные игры и игровые упражнения очень полезны при обучении детей. Одной из наших задач является отбор критериев для определения, какая игра или упражнение может принести пользу в каждом конкретном случае. Достаточно часто можно наблюдать неадекватный выбор, при котором упражнение не снимает напряжения, а усиливает его, добавляя новые проблемы к уже существующим.

Работа над улучшением баланса тесно связана с повышением уверенности в себе и внутреннего спокойствия, поэтому во время работы некоторые упражнения могут вызывать острое чувство удовольствия, которое выражается в том, что ребёнок вдруг начинает громко смеяться или даже петь вслух. Очень важно, что мы не объясняем каждый раз цель нашей работы, и наши дети не чувствуют, что они являются объектом какой-то особой работы или экспериментов. Они просто видят, что новые занятия не только более эффективны и менее стрессовые, но часто и более занимательны, по сравнению с предыдущим обучением.

Лет 30 назад любая спортивная школа отказалась бы иметь дело с детьми, демонстрирующими психологические проблемы, тогда было принято считать, что спорт для здоровья и удовольствия, — это тот же спорт с заниженными требованиями. Но сегодня тренеры сталкиваются с необходимостью находить способы обучать тех, кто на первый взгляд не представляет никаких перспектив в области спорта (некоторые из наших детей, окончив курс обучения, ушли дальше совершенствоваться в спорте).

В настоящее время ведётся работа в инвалидном спорте и развивается иппотерапия, но не существует программ, которые помогли бы тренеру в коррекции и обучении людей, которые нуждаются в специальном подходе и внимании, но не могут рассматриваться как объект какой-либо «терапии». Нашей целью является заполнение этого методического пробела, развитие, консолидация, апробация и описание педагогических подходов, которые могли бы помочь тренеру по верховой езде в обучении и психологической коррекции.

Целебная творческая психолингвистика

Семенова А.И. действительный член ППЛ РФ, член комитета модальностей Лиги, автор метода и руководитель модальности «Целебная творческая психолингвистика» в ППЛ РФ (Россия — Австралия), член комитета модальностей, официальный преподаватель и супервизор практики Международного класса ППЛ РФ; e-mail: Semenova_alla@mail.ru

Метод творческой психолингвистической психотерапии — это оздоровительное погружение в творческое, интегративное состояние сознания как в человеческий план существования. Это — комплексный метод управления психофизическим состоянием, заключающийся в использовании специфических настроен на атмосферу, ритм, эмоции, внутреннюю пластику и динамику образов, построенных на основе звуков алфавита русского языка. Используются телесные выразительные средства при проигрывании образов. Включается активное воображение, с вниманием к атмосфере и тонким сигналам. Осваивается способ тонкого управления комплементарным дыхательным процессом: настройка ритма, тона, интенсивности, всех нюансов дыхания при прочувственном, осознанном произнесении звуков.

Используется техника процессуального наблюдения. Личность оценивается как субъект и феномен самоорганизации. Она погружена в пространство культурных, исторических, символических процессов. Оценивается структура, потенциал, уровень ментального, эмоционального интеллекта, языковая культура личности, её стремление к саморазвитию, осмыслению жизненных явлений, взаимодействие с символическими формами.

Лечебный эффект метода творческой психолингвистической психотерапии заключается в коррекции блоков, комплексов, неэффективных жизненных программ, становлении системы эмоциональной регуляции; укреплении энергетики тела. Сформировать душевную организацию — это значит воспитать сопротивляемость живому, тонкость восприятия сигналов, свободу фантазии, мышления, богатство чувств, поисковую активность, иммунитет личности к нарочитым конфликтогенам (сарказму, упрекам, игнорирующему отношению). Важно вернуть доверие к собственной внутренней мудрости, наслаждение жизнью, умение исследовать реальность, видеть мир глазами других, различать различные проявления любви.

Организованный дискурс даёт возможность обсудить разносторонность понятий, неоднозначность проявлений, широкий диапазон состояний души. Терапевт руководит процессом, использует те или иные технологии, исходя из душевного, физического, эмоционального состояния участников творческого процесса.

ЦТП — психотерапевтический метод, построенный как творческая, личностно окрашенная, языковая игра на психолингвистической основе, где главным организационным элементом является эмоциональная, структурно-функциональная, художественная проработка дыхательно-энергетических звукообразов в семантическом пространстве алфавита, с особым вниманием к произношению звуков, атмосфере образов, комплементарному дыхательному процессу, сквозному действию и психотерапевтическому дискурсу.

Практическое занятие «Языковая интерактивная игра»

Семенова А.И. действительный член ППЛ РФ, член комитета модальностей Лиги, автор метода и руководитель модальности «Целебная творческая психолингвистика» в ППЛ РФ (Россия — Австралия), член комитета модальностей, официальный преподаватель и супервизор практики Международного класса ППЛ РФ; e-mail: Semenova_alla@mail.ru

Языковые психолингвистические игры являются школой самоосмысления, самопознания, способом самоидентификации. Рассмотрим их функциональные элементы.

1. Работа с заданной мыслеформой, создание образа звука (принцип визуализации, стимуляция ассоциативно-образной памяти).

2. Создание творческой атмосферы (состояния эмоциональной вовлечённости, заинтересованности, психологической безопасности, соучастия, причастности, мягкого фокуса внимания, энергетической насыщенности).

3. Изучение структурно-функциональной модели звукообраза. Проработка природного, звукового, игрового образа для

каждого звука алфавита на основе их психобиотипирования (7—9 звуков за одно занятие).

4. Организация творческого процесса (поиск образа звука и форм самовыражения «я в образе»). Использование артистической психотехники.

5. Кооперация действий участников игры и индукция творческого состояния.

6. Внимание темпоритмическим и интонационно-тембровым особенностям голоса при произнесении нарастающих звуков алфавита, с осознанием дыхательной модуляции, работы органов артикуляции, участием резонаторов тела.

7. Организация сквозного действия, в котором воображаемый образ звука, сопутствующие эмоции и ощущения, дыхание, движение и артикуляция в законченном действии синхронны, взаимно комплементарны.

8. Поддержка ассоциативно-образного и дивергентного мышления (один стимул — разные варианты спонтанных ответных реакций).

9. Техники релаксации, визуализации, игровые техники, элементы арт-терапии. Используются разные способы усиления выразительности действия, мультимедийные технологии, ролевые игры, психологические разминки.

10. Организация постоянного диалога участников при обсуждении мысленного образа, приходящих ощущений, тонких дифференцированных движений, подсознательно планируемых действий, текущих эмоциональных откликов и давних ассоциаций.

11. Использование «принципа логической трансформации понятий по вертикальной шкале» Г.Алдера: от укрупнения обсуждаемых явлений и мотиваций до тщательной детализации производимых действий. Задачи могут быть физические, элементарно- и сложно-психологические, философские. Например, по ходу процесса обсуждаются понятия смирения, любви, свободы, и тут же «как научиться разговаривать едва заметными выразительными движениями кистей и пальцев рук».

12. При освоении звукообразов изучается масса психотехник. Наиважнейшей из них является техника озвученной, комплементарной, резонансной дыхательной гимнастики.

13. Основным принципом работы является тщательнейшая физическая проработка каждого рабочего элемента и осознание его смысла.

Работа с процессом дыхания в целебной психолингвистике

Семенова А.И. действительный член ППЛ РФ,
член комитета модальностей Лиги,
автор метода и руководитель модальности
«Целебная творческая психолингвистика»
в ППЛ РФ (Россия — Австралия),
член комитета модальностей,
официальный преподаватель и супервизор
практики Международного класса ППЛ РФ;
e-mail: Semanova_alla@mail.ru

В психолингвистических языковых играх используется психотехника созвучного, резонирующего, комплементарного дыхания. Дыхание формируют под влиянием ментальных и эмоциональных состояний, переживаемых в процессе осознания атмосферы звукообраза, его ритмов, его энергии. Работая в психосемантическом пространстве алфавита, мы связываем акт дыхания с произнесением звуков родной речи. Звуки алфавита (мозаика его) — естественный фактор для инициации и направления дыхательного процесса. В ответ на стимул (мыслетому), под влиянием внутреннего чувства, мы меняем темпоритм, упругую силу дыхания, интенсивность, плавность, направление дыхательного потока, его глубину и протяжённость, энергетическую насыщенность. Ритм внутреннего действия и осознанного движения созвучны дыхательному процессу. Внимание направлено на флюктуацию колеблющегося воздушного потока на выдохе, аэродинамические, вибрационные, резонансные процессы дыхательного тракта.

Целебная творческая психолингвистика и звуковая дыхательно-энергетическая гимнастика саморегуляции

Семенова А.И. действительный член ППЛ РФ,
член комитета модальностей Лиги,
автор метода и руководитель модальности
«Целебная творческая психолингвистика»
в ППЛ РФ (Россия — Австралия),
член комитета модальностей,
официальный преподаватель и супервизор
практики Международного класса ППЛ РФ;
e-mail: Semanova_alla@mail.ru

Дети осваивают азбуку языка родной речи. С древних времён существовали сакральные (священные) алфавиты, основанные на принципе фольклорного, языческого, наивного Космизма. Например, скандинавские, германские, славянские руны. С развитием представления о человеке — микрокосме, обладающем теургической мощью, появился опыт создания Живой азбуки, основанной на творческом понимании и освобождении себя от пут неосознанности. Человек приобщается к космосу путём более совершенной саморегуляции, структурируя поступающую информацию и упорядочивая свои эмоции на живом примере работы со знаками и звуками азбуки. Арканы герметической школы созданы на основе древнееврейского языка. Эвритмия изучает специфику и ритмику немецкого алфавита. Работа с дыхательно-энергетическими звукообразами стала возможна благодаря силе, подвижности, гибкости русского языка.

Психофоносемантическая азбука — азбука родного языка, информация в которой упорядочена посредством сопоставления семиотической и семантической, знаковой и звуковой, понятийной структуры русского языка и типирования звуков в живом действии по инициации ими психобиологических реакций при проработке звукообразов. Создавая семантическое пространство алфавита, мы учимся работать в нём. При помощи языковых игр мы лингвистически конструируем реальность, осваиваем программу саморегуляции, формируем базальную систему эмоциональной регуляции.

Ребёнок качественно осваивает тонкие сигналы и реакции окружающих. В семантическом пространстве алфавита он знакомится как с неясными ощущениями, так и с основными цельными, эмоционально завершёнными состояниями. Осваивает физиологические пути и психологические приёмы достижения аффективно зрелых состояний. Это — этапы формирования знаково-символической системы. Первым этапом при сотворении стабильного внутреннего образа мира нужны упорядоченные сознанием, системно организованные эмоции и энергии. Придание особой значимости углублению сознания, упорядочиванию жизненных программ в раннем онтогенезе и нацеленность на формирование информационно-эмоциональной языковой системы является особенностью метода целебной психолингвистики. Доступ к жизненным ресурсам возможен, если энергия изначально правильно структурирована, если каждое чувство, каждая эмоция поняты полно и зрело, нашли своё место в жизненной личностной программе. Звуковая дыхательно-энергетическая гимнастика саморегуляции предоставляет душевной организации богатый и разнообразный строительный материал. Она даёт ребёнку уверенность в праве по-своему воспринимать мир.

Творческий поиск образа мира при лингвистическом конструировании реальности

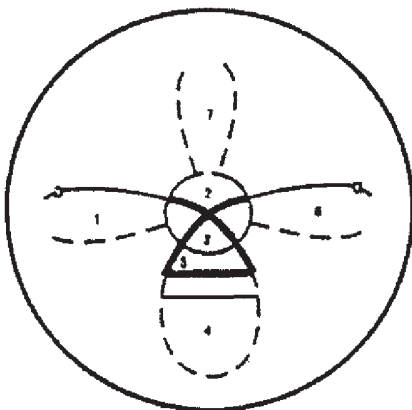
Семенова А.И. действительный член ППЛ РФ,
член комитета модальностей Лиги,
автор метода и руководитель модальности
«Целебная творческая психолингвистика»
в ППЛ РФ (Россия — Австралия),
член комитета модальностей,
официальный преподаватель и супервизор
практики Международного класса ППЛ РФ;
e-mail: Semanova_alla@mail.ru

Язык отражает и создаёт реальность, в которой живёт человек. В психолингвистической, семантической психологии мы структурируем личностное пространство звукообразами. Образ раскрывается в атмосфере, дыхании, движении, цельном, завершённом действии. В процессе работы мы изучаем способ восприятия реальности человеком. Работая с тонким проявлением реакций на разнообразные сигналы, мы изучаем систему предпочтений («пристрастность сознания») и воздействуем на жизненную программу человека (действуем на структуру через функцию). Используется принцип максимального приближения к смыслу при многомерном личностном анализе. В занятиях включены импровизационные техники и концептуально-понятийный, интерпретирующий подход. Работа со звукообразами даёт возможность в компактной форме передать весь адаптивный опыт человечества, наглядно показать преимущества, гибкие разнообразные пути и возможность творческого приобщения.

Освоение человеком знаково-символической, информационно-эмоциональной языковой системы сопряжено с лингвистическим конструированием реальности — творческим поиском и становлением в онтогенезе образа мира и себя в нём. Научкой и искусством обсуждается вопрос о творческом состоянии души, инструментах его развития в творческом процессе, особенностях творческой личности, творческом акте как имманентно присущем человеку качестве. Творческая поисковая активность включает человека в процесс самоидентификации, построения образа мира и внутренней информационной упорядоченности. В творческом процессе возможно осознание полноты жизни, работа с сигналами, организующими доступ в подсознание, к матрице долговременной семантической памяти (самосознания). Совершая творческую природу, мы способствуем внутренней перестройке, расширяем горизонты личности.

Голографическая информационная модель самоорганизации человека

Семенова А.И. действительный член ППЛ РФ, член комитета модальностей Лиги, автор метода и руководитель модальности «Целебная творческая психолингвистика» в ППЛ РФ (Россия — Австралия), член комитета модальностей, официальный преподаватель и супервизор практики Международного класса ППЛ РФ; e-mail: Semanova_alla@mail.ru



Эволюционная мандала:

1 — информационно-энергетическое поле коллективного бессознательного; 2 — поле Надсознания; 3 — поле обусловленного «Я»-сознания; 4 — поле индивидуального бессознательного; 5 — поле подсознания; 6 — поле свободного, созерцательного сознания; 7 — поле мирового, Вселенского сознания

Эволюционная мандала — это символический Крест в круге, со сферой в точке перекреста, как остановленное мгновение вечной Эволюционной спирали. Символизирует модель регуляции человека, как динамически заряженной системы; отношения сфер сознательной, бессознательной, Надсознательной, регуляции, с чёткими, континуальными и пространственными границами. Линия Круга и геометрическая фигура Креста в пространстве означают, что человек имеет пространственно-временную композицию и осознаёт своё автономное существование во Вселенной. Крест символизирует информационную квинтэссенцию живого: Вселенскую и земную ветви регуляции — двойное подчинение. Крест в динамике преобразуется в эволюционную спираль развивающегося жизненного процесса. Построенная по солнечному (планетарному) принципу гелиоцентрическая модель — это модель ключевой организации. Нижняя петля спирали символизирует «возмущающее отклонение», индуцируемое иммунной системой (метафизической системой Надсознания) для очищения от информационного хаоса и энергетического обновления.

В соответствии с этой моделью, вместо принятого в психологии трёхчленного деления феномена сознания, вводится семиричное деление динамически взаимодействующих полей сознания. Каждая из сфер сознания отвечает за свой организующий принцип, который можно описать. Взаимодействуют они между собой по определённым законам.

Интересно, что искусствоведы И.И. Силантьева и Ю.П. Клименко (2005 г.) изучая феномен перевоплощения актёра, анализируют иерархию 5 сфер сознания и их взаимодействие. «Возможности психической жизни индивида зависят от характерных особенностей её подструктур, динамических перемещений психических содержаний — скорости психических процессов, смены их ритмов и интенсивности; переходов и проникновений, вытеснения и актуализации — между её уровнями. Для владения памятью важна свобода перехода содержания с одного уровня на другой. Концентрация энергии внимания-осознания способствует переходу на другой уровень психики. Творчески измененное состояние сознания характеризуется актуализацией содержаний подсознательного и бессознательного.

Особенности формирования профессиональной идентичности клиентцентрированного психолога-консультанта в России

Скоробогатова Н.А. Московский государственный областной университет; e-mail: nastasia@nm.ru

До сих пор психологи-консультанты, в том числе и клиентцентрированные, испытывают значительные затруднения при описании, анализе и интерпретации собственной деятельности, в связи с чем растёт и потребность в осмыслении особенностей формирования их профессиональной идентичности.

Р.Хаттерер говорил о том, что для того, чтобы клиентцентрированный подход выжил и процветал, терапевтам необходимо отчётливо ощущать уверенность в своём подходе и свою идентичность внутри него. Многие сейчас выражают обеспокоенность по поводу того, что обучающиеся по клиентцентрированным программам новое поколение психотерапевтов нередко продолжают поиски своей идентичности и профессионального успеха, осваивая более эклектичную манеру проведения терапии, и видят преимущества в интеграции техник из различных подходов, зачастую в ущерб клиентцентрированным принципам.

Всё это неизменно приводит к размыванию профессиональной идентичности клиентцентрированных психологов, как следствие — к учащению употребления «медикалистской» терминологии при описании происходящего в ходе оказания психологической помощи «препарируемому пациенту», фактически к отказу консультанта брать на себя ответственность за происходящее в процессе оказания психологической помощи, прикрываясь «псевдообъективными» описаниями состояния клиента.

Размышляя о необходимых условиях эффективности клиентцентрированного метода оказания психологической помо-

ши, К.Роджерс во многом ответил на возникающие сегодня вопросы. Он обозначил, что на ход терапии оказывает влияние то, что делает терапевт, его взгляды, представления о себе и видение своей роли в консультативном процессе. По его мнению, необходимо уже на уровне обучающих программ предусмотреть возможность перемещения интереса с использования консультантом определённых техник, которыми он владеет или обязан владеть, в сторону философии (добавим — методологии), которая стоит за выбором техник в каждом конкретном случае.

Соответственно, с нашей точки зрения, одним из важных аспектов формирования профессиональной идентичности клиентцентрированного психолога-консультанта является уже на этапе обучения осмысленное принятие необходимости философского понимания клиентцентрированного взаимодействия, освоения техник КЦП, совершенствования психотерапевтического опыта. Только все обозначенные компоненты вкупе позволят сформироваться во внутренней реальности специалиста «образу процесса психологической помощи», который впоследствии будет разворачиваться в условиях реального терапевтического взаимодействия консультанта и клиента.

Человек в чрезвычайной ситуации. Из опыта работы психолога (Крымск, июль—август 2012 г.)

Соколов С.Е. *д.пс.н., директор программ по психологии развития и коррекции личности
«Некоммерческого Партнёрства содействия
разработке и реализации культурных,
благотворительных и образовательных
программ «Проект «Культура»
(НП «Проект «Культура»);
психолог-психотерапевт
психоаналитической ориентации.
Санкт-Петербург;
e-mail: sokolosi@rambler.ru; sokolov-se.ru*

Предпринята попытка анализа и обобщения опыта психологической реабилитации пострадавших от наводнения в Крымске летом 2012 г. Статья включает в себя три раздела, каждый из которых раскрывает отдельный аспект чрезвычайной ситуации (ЧС).

Первый раздел статьи посвящён анализу социально-психологических изменений, вызванных наводнением, трансформирующих смысловое пространство, систему ценностей и ценностные ориентации личности и отражающих «выпадение» личности из социального мифа, формирование патологической, в своей основе, мифологии ЧС. Наиболее значимым фактором, определяющим характер и степень этих изменений, является существующая модель отношений «личность—государство», структурообразующим в которых будет уровень сформированного партнёрства.

Второй раздел посвящён анализу психологического переживания горя, потери. Обосновывается вывод о том, что это переживание проходит несколько этапов, смена которых обусловлена временным периодом и психологической конституцией личности. В зависимости от личностного этапа «работы горя» перед психологом, оказывающим помощь, будут стоять разные задачи, влияющие на форму консультационной и реабилитационной работы в рамках ЧС.

Третий раздел статьи посвящён описанию практических моделей терапевтической работы в ЧС в зависимости от этапа «работы горя» (на примерах консультационно-реабилитационной работы в Крымске). Особое внимание уделено процессу организации терапевтической помощи в рамках ЧС, включая как формальную сторону организации процесса, так и его терапевтические аспекты, а также рассматриваются задачи и ограничения психологической помощи в рамках ЧС.

Формирование и репрезентация психологических знаний: проект «Живая книга. Личные алгоритмы экофасилитации»

Сухенко Я.В. *методист центра практической психологии
и социальной работы Полтавского областно-*

го

*института последипломного образования
им. М.В. Остроградского*

Из литературы известно, что формальное обучение обеспечивает 30% знаний, тогда как основную их долю — 70% люди получают в процессе неформального, а также информального, следовательно, увеличение доли двух последних весьма актуально. Все три типа обучения тесно связаны и могут рассматриваться как образовательная социальная экосистема.

Во взаимодополняющих условиях формального обучения (подготовка практических психологов в Институте последипломного образования УМО НАПН Украины), неформального — в школе экофасилитации профессора П.В. Лушина (<http://ecofacilitation.ucoz.com/>) и информального в одноимённой виртуальной группе (<http://www.facebook.com/groups/ecofacilitation/>) успешно апробирована и применяется оригинальная концепция и практика обучения экофасилитации.

Специфические ресурсы каждой из названных форм обучения, возможности доступа и использования их участниками обучения/проблемно-ориентированной группой (далее — ПОГ), а также особенности экофасилитативного сопровождения самого учебного процесса, обусловили возникновение (с акцентом на спонтанности и непредсказуемости) нового способа формирования и репрезентации знаний об экофасилитации. По конечному результату он был определён как *ПОГ-сорсинговый проект «Живая книга. Личные алгоритмы экофасилитации»*. В течение 5 мес. 25 соавторами была подготовлена и издана одноимённая книга. В ней описан их опыт освоения экофасилитативного пространства (через призму клиентского опыта и опыта консультанта), а также представлены авторские аналитические схемы и алгоритмы, отражающие особенности данного метода оказания помощи. Таким образом, путём коллективной творческой самоорганизации был сконструирован ответ на вопрос, который обусловил возникновение проекта: существует ли универсальный алгоритм экофасилитации?

Благодаря информальному обучению экофасилитации в виртуальной группе, а также возможностям ПОГ-сорсинга (на платформе docs.google.com), участие в создании книги (с различной степенью активности: от пассивного наблюдения до внесения предложений, замечаний и т.д.), приняли, по меньшей мере, ещё 90 чел. Их отзывы подтверждают эффективность и целесообразность данного способа обучения.

Психотерапия в комплексном лечении пациентов с психосоматическими расстройствами на курорте «Белокуриха»

Суховершин А.В. *Санаторий «Россия», 659900, Алтайский
край, г.Белокуриха, ул. Славского, 34;
e-mail: doctor_sav@mail.ru*

Совокупность психосоматических расстройств от транзиторных состояний социально-психологической дезадаптации с дисфункциями висцеральных систем до развернутых классических психосоматических заболеваний (ИБС, АГ, сахарный диабет, язвенная болезнь ЖКТ, нейродермит и др.) — обычно встречаемые «болезни цивилизации» на курорте. В их этиологии и патогенезе триггерную роль играют психогенные факторы при наличии иммуногенетических предпосылок. Аффективные расстройства — тревога и депрессия способствуют развитию психосоматических заболеваний, возникновению и стабилизации нейрогуморальных и локальных нарушений.

В санаторно-курортной практике наиболее часто выявляющим пациентами с лёгким депрессивным эпизодом, протекающим с соматическими симптомами (F32.01), «соматизированная» депрессия, а также пациенты со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F42.2). В санатории «Россия» на бальнеологическом курорте Белокуриха ежегодно получают лечение более 2500 больных с психосоматическими расстройствами.

вами, у 28% из них отмечается высокая коморбидность тревоги и депрессии.

Оптимальная модель оказания медицинской помощи психосоматическим больным — интегративный подход. Включение в комплексную терапию психотерапии, значительно повышает эффективность санаторно-курортного лечения. В современных экономических условиях при малых сроках пребывания отдыхающих на курорте применяется интегративная краткосрочная психотерапия в двух основных моделях: медицинской — влияние на состояние и функционирование организма больного в сфере психических и соматических функций, психологической модели — процесс психологической коррекции и обучения. Формы и методы психотерапии определяются нозологической принадлежностью патологии для выбора этиопатогенетического воздействия, индивидуально-психологическими особенностями пациента и личностной аутоидентификацией психотерапевта, ориентированы на оказание краткосрочной эффективной помощи (10–12 сеансов).

Цель психотерапии — помочь пациентам при психических и личностных расстройствах лёгкой и средней тяжести, содействие в разрешении проблем и преодолении психологических затруднений, в актуализации резервов личностного роста. В условиях курорта наилучший терапевтический эффект обеспечила интеграция симптомо-ориентированных и личностно-ориентированных методов психотерапии, где задействованы когнитивная, эмоциональная и поведенческая сферы пациента. При реконструктивной психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание на разных уровнях: понимание своего дезадаптивного поведения, осознание неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), осознание нарушенных мотивов и потребностей. Интегрирование методов когнитивно-поведенческого и экзистенциально-гуманистического направлений в систему личностно-ориентированной психотерапии значительно повышает эффективность психотерапевтических воздействий. Когнитивная психотерапия более направлена на коррекцию депрессивного искажения мышления, помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических опасений, придаёт личностный смысл лечебному процессу. При соучастии в генезе психосоматических расстройств неразрешённых интрапсихических конфликтов, эффективнее применение патогенетической личностно-реконструктивной психотерапии. Обучение пациентов методам саморегуляции, проведение психологических тренингов («ассертивное поведение», «психологические защиты») также имеет немаловажное значение.

При психосоматических заболеваниях с тревожно-депрессивными состояниями на курорте всё более широко используется клиническая трансперсональная психотерапия (КТП). По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии — КТП существенно влияет на патогенез депрессий, на все составляющие компоненты (настроение, инсомнию, астению, тревогу, соматические проявления) депрессивного симптомокомплекса. Преимуществом КТП является её эффективность при лечении пациентов с хроническим, многолетним течением болезненных невротических расстройств, терапевтически резистентных к медикаментозной терапии, в условиях субъективно малоразрешимой конфликтной психотравмирующей ситуации.

Нами изучалась эффективность КТП на курорте Белокуриха у больных психосоматическими заболеваниями, в структуре которых имелись депрессивные расстройства (МКБ-10: F32.0; F32.1; F33.01; F34.1; F34.8; F38). Под наблюдением находилось 75 чел., из них 48 женщин и 27 мужчин, средний возраст составил $45,6 \pm 1,3$ года, длительность заболевания — $7,4 \pm 1,5$ года. Основная группа — 45 чел. на фоне традиционной бальнеотерапии азотно-кремнистыми радоновыми ваннами, климатотерапии получали КТП. Группа сравнения — 30 чел., получали то же лечение, но без КТП.

Терапевтическое воздействие КТП осуществлялось с помощью введения больных в изменённые состояния сознания (ИСС), представляющие комплекс специфических переживаний и соматопсихических реакций пациента защитно-адапционного характера, отражающих глубинные процессы, сопряжённые с биографическим опытом личности, что в процессе психотерапии вело к целенаправленной трансформации тревоги и депрессии в другие естественные формы психической активности. Введение в ИСС достигалось путём предварительной психотерапевтической подготовки, специально подобранной

музыки и дыхательными упражнениями с умеренной гипервентиляцией. В процессе трансформации происходила глубинная личностная проработка психических травм, их переживание и интерпретация с символическим замещением в спонтанной визуализации, что являлось ведущим психотерапевтическим фактором. Отмечалось изменение отношения больного к себе и окружающему миру, собственным психологическим проблемам, что способствовало выработке конструктивных стереотипов поведения в социуме. Продолжительность лечения ограничивалась сроками пребывания пациентов на курорте — 21 день. Сеансы КТП проводились в группах по 7 чел., лечебный курс 7–8 занятий через день.

Критериями эффективности лечения служила оценка экспериментально-психологических данных в динамике: шкала диагностики депрессивных состояний Цунга и шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга—Ханина. При обследовании выявлены высокий уровень реактивной тревожности у 87% больных (средняя сумма баллов $49,5 \pm 0,8$), сильное беспокойство, тоскливое состояние. Сравнительный анализ данных психологического тестирования показал, что в основной группе среднее значение уровня депрессии по шкале SDS было к концу лечения достоверно ($p < 0,05$) ниже (соответственно 34,25 и 45,85), а средний показатель его динамики выше (средняя (М) изменения — соответственно 30,75 и 20,00), чем в контрольной группе. В результате проведения КТП получены более высокие, чем в контрольной группе, показатели рангового роста ценностей, связанных с активной жизненной позицией. Тестирование по Спилбергу—Ханину после лечения показало снижение уровня реактивной тревожности до умеренного (средняя сумма баллов — $30,1 \pm 0,5$) у 62% ($p < 0,05$) и низкого (средняя сумма баллов — $27 \pm 0,4$) у 21% ($p < 0,05$). В группе сравнения отмечалась тенденция снижения тревожности, но не достоверная.

Преимущество трансперсональной психотерапии в санаторно-курортной практике, как эффективного немедикаментозного метода коррекции тревожно-депрессивных состояний, состоит в её открытости к интеграции с другими психотерапевтическими подходами в комплексном лечении больных с психосоматическими расстройствами, что отражает современную тенденцию в развитии психотерапии.

Дианалитическое консультирование клиентов, переживающих горе

Троненко Н.В. аспирант кафедры общей психологии, факультет психологии Киевского национального университета им. Т. Шевченко, 01601, Украина, Киев, ул. Владимирская, 64; e-mail: niniat@mail.ru

В консультировании клиентов, переживающих горе, обращает на себя внимание их растерянность и беспомощность, вызванные болезненным чувством утраты. Основной момент этих переживаний — разрушение смысла продолжения жизни. Потеря близкого человека делит жизнь клиента на «до» и «после», позволяя рассматривать горе как прерыватель отлаженной, привычной жизни.

Для каждого клиента необходимо найти свою исцеляющую терапевтическую идею, в которой утрата представляла бы в ином ключе — как приобретение, позволяющее личности проявить себя в лучших качествах, стать сильнее, мудрее, терпимее, благороднее.

Подсказка для формирования терапевтической идеи содержится в индивидуальных аспектах понимания горестного события клиентом, обуславливающих симптоматику переживания горя.

Важным этапом консультирования является принятие клиентом факта того, что смерть сама по себе бессмысленна, но личность может придать ей смысл, вписать её в собственную историю как важную жизненную веху. Необходимость осмысления события смерти вытекает из неизбежности смерти как окончания жизни. Утешением становится память о недаром прожитой жизни, общении, делах, поступках, творениях.

Скрепление клиентом «до» и «после» в целостную картину собственной жизни происходит благодаря терапевтической идее, помогающей переосмыслить событие утраты таким образом, чтобы найти в нём жизнеутверждающий смысл, восстанавливающий целостную картину бытия личности.

Посттравматическая ситуация: взгляд изнутри. Методы психологической коррекции

Удодова О.А. преподаватель кафедры психологии
филиала КубГУ в Славянске-на-Кубани;
e-mail: F_F_2323@mail.ru

Рассмотрены психокоррекционные методы работы с людьми, находившимися в зоне чрезвычайной ситуации (на примере жертв наводнения в г.Крымске). Освещены приёмы работы с разными возрастными группами. Выявлена необходимость психологической работы с отсроченными реакциями на пребывание в травматической ситуации.

Катастрофа, произошедшая в Крымске, не оставила равнодушным никого из соотечественников. Это огромная трагедия, в результате которой у людей появляются тревога, страх, паника, отчаяние, нестабильное эмоциональное состояние, агрессия, и тем самым человек, не пострадавший физически, может нанести себе огромные психические и психофизиологические травмы. В данной ситуации очень важна психологическая помощь не только в первые дни после трагедии, но и в отсроченный период, когда люди начинают осознавать ценность утраченного имущества, несмотря на физическое благополучие.

В чрезвычайной ситуации невозможно использовать стандартные диагностические процедуры и методы психологического воздействия. Действия психолога определяются немедленно. Данная помощь необходима для психологической коррекции поведения и профилактики психосоматических расстройств.

В частности, в работе с взрослыми людьми нами были использованы оперативные методы нормализации психического состояния, такие, как беседа, разъяснение, убеждение, а также некоторые приёмы психодрамы.

Беседа проводилась в виде интервью в свободной форме, имела чёткую стратегию, но свободную форму. Разъяснение и убеждение было направлено на изменение оценки своего состояния и стимулирование активности личности человека. Приёмы психодрамы применялись для восстановления возможности взаимодействия с людьми.

В работе с детьми наиболее эффективными оказались методы сказкотерапии, приёмы драматерапии, рисуночные методики.

Методы сказкотерапии включали в себя сочинение детьми собственной сказки с ярким описанием её героев.

Приёмы драматерапии использовались через проигрывание наиболее травматичных для ребёнка моментов.

Рисуночные методики были использованы для установления эмоционального контакта с ребёнком, а также для выражения беспокоящей его проблемы.

Таким образом, действия, направленные на психологическую коррекцию позволили нормализовать состояние людей, находившихся в зоне чрезвычайной ситуации, и помогли им адаптироваться в данных условиях.

Психология репродуктивной сферы — новый этап развития перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в России

Филиппова Г.Г. ННОУ «Институт перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы»,
Москва, 115088, Шарикоподшипниковская,
4, корп. 1А; e-mail: filippova_galina@mail.ru

Современная перинатальная психология и психотерапия переживает активный этап своего развития, который выражается в дифференциации теоретических и практических подходов, а также в выделении новых областей практического приложения психологической и психотерапевтической помощи. Одним из новых направлений развития перинатальной психологии и психотерапии является психология репродуктивной сферы, которая объединяет в себе перинатальные проблемы взрослого человека, с одной стороны, и его готовность к осуществлению репродуктивной функции (т.е. зачатия, вынашивания, рождения и обеспечения условий для раннего постнатального развития ребёнка), — с другой стороны. Развитие современной науки характеризуется переходом с этапа дифференциации, на котором происходило выделение отдельных направлений, к этапу системной интеграции. В психологии и психотерапии это выражается в междисциплинарном подходе в теории и интегративном подходе в практике. В этом плане развитие перинатальной психологии и психотерапии отражает насущные проблемы общества, с одной стороны, и современные тенденции развития науки и практики, с другой. Перинатальная психология и психотерапия отражает в своём развитии интеграцию теоретических и практических проблем раннего развития ребёнка, материнства и отцовства, репродуктивного здоровья женщин и мужчин и обеспечение общего физического, психического и репродуктивного здоровья детей. Логическим следствием этих процессов является появление в перинатальной психологии и психотерапии нового интегративного направления, в котором отражено объединение всех этих аспектов — психологии репродуктивной сферы. В этом направлении интегрированы: перинатальные проблемы взрослого человека; влияние перинатальных проблем на репродуктивную функцию женщин и мужчин; связь перинатальных проблем родителей с перинатальными проблемами детей; трансгенерационная трансляция репродуктивных проблем; обеспечение здоровья и качества жизни родителей и детей; репродуктивное и общее физическое и психическое здоровье, психологическое благополучие и общее качество жизни будущих поколений. Такое развитие современной перинатальной психологии и психотерапии отражает современные запросы общества, науки и практики, и служит основанием для предложений к изменению названия модальности и добавления к ней этого нового, интегрирующего все области перинатальной психологии направления: перинатальная психология и психотерапия репродуктивной сферы.

Традиционные русские куклы как приём формирования мотивации материнства

Традиционные русские куклы как приём формирования мотивации материнства

Фурман Е.А. психолог, центр психологической поддержки
семьи «Гестия», 620014, Екатеринбург,
Юмашева 5-87; e-mail: Bembee@gmail.com

В каждой культуре существует целый спектр средств, связанных с передачей традиций, связанных с материнством. На сегодняшний день в связи с изменением положения женщины в современном обществе, смешением различных культур и этнических групп, частичной или полной потерей традиционного жизненного уклада меняется и отношение женщины к беременности и родам. Для того чтобы оценить особенности мотивационной сферы материнства у современной женщины по сравнению с традиционными, необходимо отследить особенности передачи опыта и мотивации материнства внутри культуры. Для славянской культуры одним из средств передачи такого опыта являются народные куклы и связанные с ними обряды. Кукла имеет множество функциональных значений — это и способ познания мира, и носитель представлений и ценностей данной культуры. Образ куклы обычно антропоморфный, и чаще всего женский. Существовало чёткое разделение кукол по функциональному статусу: дети, девки и бабы. Обряды, связанные с куклой-«девкой», в большинстве связаны с замужеством и ведением хозяйства. Обряды, выстроенные вокруг куклы-«бабы», почти всегда связаны с репродуктивной функцией. Можно условно выделить несколько функций, влияющих на мотивационную сферу материнства: информационная, духовная и семейная. В информационной функции можно выделить: бытовую — обучающую (позволяла формировать знания и навыки, необходимые в семье и материнстве) и мировоззренческую. Духовная функция предполагает проявление в сознании связей между миром живого, мертвого и божественного. Формирование межпоколенческих связей обеспечивается за счёт следующих функций: формирования связи с предками, создания образа семьи, формирования репродуктивных мотивов и материнской компетентности. Представляется вероятным, что изучение древних традиционных практик, их адаптация к современным условиям будут способствовать формированию духовных и семейных ценностей, мотивации материнства, материнской компетентности, а также гармонии и любви во взаимодействии мать—ребёнок.

Особенности позиции психолога при консультировании в случае переживания горя в ситуации перинатальных потерь

Чижова М.А. *НОУ Институт перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы, 105064, Москва, Малый Казённый пер., 2/1, стр.2; e-mail: Marina-Chizhova@yandex.ru*

Психологическая работа в ситуации эмоционального напряжения без осознания специалистом и самим клиентом общих целей приводит к тому, что отношения из терапевтических становятся отношениями жертвы-клиента и спасителя-психолога, который, при эмоциональном выгорании легко превращается в преследователя-психолога.

Вместе с тем, консультирование при переживании горя в ситуации перинатальных потерь (самопроизвольный выкидыш, потеря ребёнка на разных сроках беременности, в родах и после родов) — особый вид консультирования, в котором стандартный подход к терапевтическому контракту не может быть эффективным. Клиент в этом случае находится в остром состоянии, при котором не обладает необходимым ресурсом для заключения стандартного терапевтического контракта между ним и психологом. Такая ситуация требует особого, нестандартного, терапевтического контракта между психологом и клиентом. Осознание особенностей этого соглашения позволяет сделать работу специалиста эффективной для клиента и безопасной для психолога.

Мы предлагаем следующие параметры терапевтического контракта в случае работы с переживанием горя.

1. Главной задачей в этой ситуации является восстановление психического равновесия клиента и его способности войти в своё ресурсное состояние.

2. Психолог как профессионал, осознающий закономерности процесса переживания горя обладает ведущей ролью в этой ситуации, объективирует состояние клиента и осознанно направляет клиента к следующему этапу переживания.

3. Любое терапевтическое вмешательство может быть осуществлено только в рамках актуальной картины мира клиента, без форсирования осознания травматических факторов, вне зависимости от адекватности этой картины мира объективной реальности.

4. Психолог не должен присоединяться к картине мира клиента и каким-либо образом искажать действительность, теряя объективность. Задача психолога — быть стабильным поддерживающим фактором, который принимает травмирующую клиента картину мира, и готов обсуждать те её стороны, которые готов обсудить клиент.

5. После достижения клиентом ресурсного состояния, достаточного для работы в рамках обычного терапевтического контракта, он должен быть перезаклещён в случае необходимости продолжения работы.

Этот же подход должен применяться в других случаях консультирования в кризисных ситуациях

Психодиагностический подход к изучению уровня социальной фрустрации у больных алиментарным ожирением

Чугунов Д.Н. *к.пс.н., психолог, Санкт-Петербург*

Современные статистические данные показывают, что до 30% населения в той или иной степени страдают избыточной массой тела в диапазоне от нескольких лишних килограммов до ожирения 3 и 4-й степени, когда снижение веса становится прямым показанием для сохранения жизни. В соответствии с этим, лишний вес вызывает напряжение адаптационных ресурсов организма и множественную фрустрационную реакцию, связанную со сложностями в удовлетворении потребностей, в том числе связанных с социальной сферой.

Социальная фрустрированность (СФ) — специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов. *СФ рассматривается как следствие невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей*, значимость которых определяется самосознанием, системой жизненных целей и ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения

проблемных и кризисных ситуаций (Л.И. Вассерман с соавторами, 2004). При этом, важно отметить что удовлетворение соответствующих потребностей наиболее приемлемым образом субъективно выражается в позитивных эмоциональных переживаниях, а не удовлетворение (т.е. фрустрация), способствует появлению негативных эмоций. Таким образом, эмоции выполняют свою сигнальную функцию, указывая на степень удовлетворения потребностей.

Согласно имеющимся в литературе данным, ожирение и избыточная масса тела очень часто сочетается с тревожными и депрессивными расстройствами, что также указывает на фрустрированность и невозможность реализации актуальных потребностей. А в соответствии с биопсихосоциальным подходом к проблеме ожирения, можно более детально описать взаимодействие различных многоуровневых факторов, в соответствии с чем на разных этапах заболевания могут последовательно и/или одновременно проявляться разные причины: биологические в виде сопутствующих заболеваний и нарушения обменных процессов, психологические в виде системы внутренних переживаний, эмоциональных состояний и когнитивных установок, а также социальные в виде системы взаимоотношений личности (по В.Н. Мясищеву) со значимыми другими. Возможность удовлетворения основных базовых потребностей в имеющемся социальном контексте определяет уровень адаптированности к имеющимся условиям. Однако в силу разных причин (неразвитые коммуникативные навыки, проекция прошлого негативного опыта, жёсткое социальное давление, социальные стереотипы, созависимые отношения, и т.п.) описанные механизмы не обеспечивают достаточный уровень удовлетворённости, что также провоцирует негативное психоэмоциональное состояние, усугубляя его.

В целях более детального изучения описанных механизмов нами было проведено исследование, в котором приняло участие 117 чел. (105 женщин, 12 мужчин) пациентов клиники по снижению веса, средний возраст $38,9 \pm 1,23$ года. Средняя масса тела — $95,59 \pm 1,69$ кг. Средний объём талии — $105,13 \pm 1,45$ см. Ожирение 1-й степени — 31,1%, 2-й степени — 27,8%, 3-й степени — 20%, четвёртой степени — 21,1%.

Был использован комплекс психодиагностических методик, в том числе методика «Уровень социальной фрустрированности УСФ» (Л.И. Вассерман с соавторами), основанная на анализе базовых блоков социального функционирования:

- удовлетворённость отношениями с родными и близкими (жена/муж, родители, дети, родственники);
- удовлетворённость ближайшим социальным окружением (друзья, коллеги, начальство, противоположный пол);
- удовлетворённость своим социальным статусом (образование, уровень профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой, в целом);
- удовлетворённость социально-экономическим положением (материальное положение, жилищно-бытовые условия, проведение свободного времени и отдыха, своим положением в обществе);
- удовлетворённость своим здоровьем и работоспособностью (физическое здоровье, психоэмоциональное состояние, работоспособность и образ жизни, в целом).

Согласно диагностическим критериям методики УСФ, вся выборка была разделена на 2 части, с наличием (65 чел.) и отсутствием (52 чел.) выраженной социальной фрустрации. Ниже представлены данные первой группы. УСФ в порядке возрастания: отношения с родителями (1,81), отношения с детьми (1,92), отношения с друзьями (2,31), отношения с коллегами по работе (2,31), отношения с вышестоящими по работе (2,44), уровень профессиональной подготовки (2,58), удовлетворённость своей работой, в целом (2,58), отношения с родственниками (2,64), сфера профессиональной деятельности (2,75), взаимоотношения с мужем/женой (2,78), взаимоотношения с противоположным полом (2,86), жилищно-бытовые условия (2,86), положение в обществе (2,97), образование (3,28), материальное положение (3,33). Наиболее фрустрированы: работоспособность (3,47), психоэмоциональное состояние (3,86), образ жизни (3,86), проведение свободного времени (4), физическое состояние (4,06). Очевидно, что основные мотивы снижения веса тела связаны с желанием улучшить здоровье, повышением фона настроения и структурированием свободного времени.

Полученные данные могут быть использованы для формирования и выбора психотерапевтических мишеней, а также

диагностики успешности психотерапевтических интервенций в динамическом измерении. Одним из вариантов снижения УСФ по предложенным аспектам социального функционирования может быть, в том числе поиск соответствующих увлечений и более полная самореализация актуальных потребностей, и как следствие уменьшение механизмов дефлексии (переключения, смещения) и пищевого замещения. Также представляется перспективным дальнейшие сопоставительные и катарсические исследования пациентов, принявших участие в исследовании.

Медитация как современная психотерапевтическая практика

Шмаков В.М. психолог, психотерапевт единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы и единого Всемирного реестра, действительный член ППЛ, официальный преподаватель международного уровня, аккредитованный супервизор ППЛ. Медицинский центр «Наркомед плюс», Челябинск; e-mail: shmvm@rambler.ru

Обобщён авторский опыт трёх научно-практических психотерапевтических экспедиций ППЛ в Индию в контексте медитативных практик. Предложена их классификация. Рассматривается роль психотерапевтической медитативной практики в выработке индивидом навыков саморегуляции, управления эмоциями и душевным состоянием.

Ключевые слова: психотерапия, медитация, релаксация, саморегуляция, психосоматические заболевания.

Реализация духовной парадигмы в психотерапии предполагается не только через теоретический аспект, но и через практику применения усвоенного знания. И прежде всего через психотерапевтическую помощь людям в реализации их духовного запроса в повседневной жизни — обретении целостности, здоровья и счастья. В настоящее время человек в большинстве случаев страдает от болезни, причиной которых является душевное беспокойство и тревога. Отсюда следует формула жизнестойкости — снижение необоснованных страхов и управление своим эмоциональным состоянием. Люди обладают всеми умственными способностями для улучшения качества своей жизни и активного долголетия.

Медитация — отличный способ саморегуляции, сохраненный на востоке и пришедший к нам вновь. Сейчас уже научно подтвержден факт целостного изменения психофизического состояния человека после медитации. Энергия сознания может быть и созидательной и разрушительной. Медитация используется для того, чтобы увеличить ментальную энергию и направить её в правильное русло. По сути, медитация — это один из способов нахождения в безопасном измененном состоянии сознания (состоянии транса) для того, чтобы обрести контроль над своими мыслями, чувствами и эмоциями. И только в медитации происходит ограничение чрезмерной активности ума, устанавливается предел волнениям и тревогам, препятствующим самореализации и улучшению качества жизни.

Медитация — это, прежде всего инструмент формирования или изменения сознания и расширения ментальных способностей. Такая тренировка будет полезна во всех отношениях: сознание будет более бдительно, более спокойно и пронизательно. Пожалуй, это лучшая практика саморегуляции эмоциональных состояний, которую психотерапевт может использовать в интегративном подходе, работая «в метафоре клиента», для предупреждения эмоциональных «выгораний» и как следствие — профилактики психосоматических заболеваний.

Имеется множество психологических эффектов от медитации. Отступают ограничения, порожденные собственными страхами ранее не дававшими возможность в полной мере реализовать близость, открытость, расширить сферу эмоционального взаимодействия. Именно страхи, тревожность и эмоциональный дефицит являются разregулирующей причиной здоровой психосоматической взаимосвязи. Медитация снижает тягу к зависимому и созависимому поведению, употребление алкоголя и наркотиков, силу необоснованных страхов и фобий. Ремиссионные периоды при зависимом поведении

индивидов значительно увеличиваются, а депрессивные эпизоды уреживаются. Медитативная практика способствует улучшению отношений и взаимопонимания. У практикующих медитацию людей снижается тревожность, а позитивные эмоции начинают преобладать.

Многим людям такие практики могут помочь избавиться от разрушающих форм зависимого поведения, если потребность в практике станет новой привычкой и естественной необходимостью. Новый навык подкрепляет новое поведение, а новое поведение, в свою очередь, мотивирует к обретению новых навыков. И, пожалуй, самый важный подкрепляющий момент — то, что клиент может «взять» с собой и воспользоваться этим тогда, когда есть необходимость.

В индийской медицине медитация используется параллельно с европейскими методами лечения практически всех соматических заболеваний, как поддерживающая, подкрепляющая и способствующая быстрому восстановлению здоровья психотерапевтическая практика. Целебный эффект медитации заключается в особой нейрофизиологии состояния за счёт редукции мыслительной и физической активности. Дыхание становится поверхностным и неглубоким. Потребность в кислороде уменьшается. В медитации могут появляться неожиданные глубокие вздохи, вздрагивания, микродвижения тела. Внешне проявляющиеся реакции, произвольные мышечные движения можно интерпретировать как некуюотреагированность, как завершенность каких-либо процессов или как внешнее проявление психического движения по упорядочиванию и перерефракментации субъективного опыта. Вырабатываются нейромедиаторы, способствующие улучшению душевного состояния и телесного здоровья.

В большинстве психотерапевтических методик рекомендуется практиковать медитацию на фоне глубокого мышечного расслабления. Но называть медитацией направленный извне процесс сценарной психотерапии или релаксации не совсем верно. Можно рассматривать подготовительный этап — с помощью голоса психотерапевта, музыки или мантры только как фасилирующий, направляющий и помогающий войти в медитативное состояние. А непосредственно сама медитация — это, прежде всего, глубоко индивидуальный психосоматический процесс.

Различают множество видов медитативных состояний и способов их достижения. В авторской классификации медитаций используется буддистский и индуистский подход. Это обусловлено не только их мировоззренческой близостью, но и самой сутью медитативных практик. Буддизм же в большей степени характерен философско-знательским и мировоззренческим аспектом психологии сознания. Цель медитативной практики в данном ключе, прежде всего — тренировка сознания.

По целям и задачам различают следующие виды медитаций:

- однотоочечная медитация;
- аналитическая медитация;
- трансцендентальная медитация;
- тантрическая медитация.

Существуют статические и динамические способы достижения медитативного состояния. Однако и статическую однотоочечную медитацию также можно считать одновременно и динамической в контексте внутренней психодинамики, многоуровневости внутреннего психического движения.

Рассмотрим подробнее основные виды медитаций. В однотоочечной медитации достигается состояние «остановленности» сознания «в одной точке», когда наступает прекращение внутреннего диалога и не происходит каких-либо изменений или исследований. Чем длительнее временной диапазон «между мыслями», тем эффективнее однотоочечная медитация. Безусловно рождается только тогда, когда область влияния собственного эго уменьшается до размеров точки, когда нет ни предпочтений, ни отрицаний, ни положительных, ни отрицательных переживаний, которые в обычном состоянии сознания и создают всплески эмоций. Состояние внутренней радости, внутренней гармонии, прежде всего, предопределено умением управлять, «играть» величиной разнонаправленных векторов приятных и неприятных. С практикой погружение может идти дальше, глубже и глубже, когда безопасным образом уходит контроль времени и пространства, и можно достигать трансцендентного состояния (трансцендентальная медитация).

Аналитическая же медитация наступает после достижения состояния «одноточечности». Внимание сознания концентрируется на какой-либо цели, вопросе или ситуации для анализа. В особом состоянии сознания может обретаться ясность взаимосвязи причин (условий) и следствий, раскрывается суть внутренних ограничений, обретается психотелесная целостность из-за их осознания и достижения межсубличностной целостности в результате такой внутренней работы. При этом эффективность анализа обусловлена задействованием особых возможностей интеллекта и гораздо большей «различающей осведомленности» сознания.

В тантрической медитации используется воображение, визуализация образов. Концентрации сознания помогает сосредоточенный взгляд на внешний образ или объект. Сосредоточенное удержание сознания на каком-либо объекте, без отвлечений, в соединении со спокойной подвластностью ума и тела называют безмятежностью. Можно достигать визуализации образов и с закрытыми глазами. В начале практики важным навыком является телесно-чувственная осознанность, когда взор человека обращён «внутрь себя». Это помогает погружаться в медитативное состояние ещё глубже.

В медитации человек научается опыту прекращения блужданий и отвлечённости своего ума, обязательно приводящего его к сомнению. Рассредоточенность ума — это, прежде всего рассредоточенность ментальной энергии в достижении желаемого. Нет других более эффективных способов дисциплинировать свой ум, а вслед за ним тело (поступки) и речь (слова). Практика медитации безусловно способствует восстановлению конгруэнтности и аутентичности личности. Безопасным способом происходит переработка фрагментов субъективного внутреннего опыта, а ясность, обретенная в состоянии медитативного транса, позволяет расширить границы собственных ментальных ограничений. Это позволяет природно-безопасно обновлять неэффективные поведенческие стратегии и психологические защиты.

Есть ли правила медитации? Каковы типичные ошибки во время медитации? Хорошее правило — постепенно увеличивать медитацию по времени. «Ошибкой» же является отвлечение сознания от цели или от объекта медитации. Можно отнести этот момент к естественному сопротивлению, однако его следует рассматривать уважительно и индивидуально. Ещё одно важное правило: не следует ставить медитацию самоцелью. Простая для запоминания формула медитации гласит так — «...приведите свой ум домой, отпустите его дома и расслабьтесь!». И можно «приводить свой ум домой», к его подлинной природе через практику медитации.

Для медитации лучше всего подходит утреннее время, когда сознание ещё не утомлено. Место для медитации лучше выбирать там, где меньше шума и больше возможности для уединения. Рекомендуются удобная поза. Можно делать медитацию сидя на стуле или лежа, так чтобы голова была слегка приподнята. Важно устроиться так, чтобы длительно не менять позу и, не отвлекаясь на неудобство расположения тела. Хорошо медитировать в «позе лотоса», чтобы спина была устроена прямо, правая ладонь снизу, левая лежит в правой. И обе они расположены на уровне пупка. Глаза могут быть прикрытыми, а внутренний взгляд сосредоточен на кончике носа. Можно медитировать с закрытыми глазами, но лучше когда глаза всё время открыты. Цель такого отношения — научиться переносить состояние осознанности на повседневную жизнь, а символично — мы не избегаем реальности, не «прячем голову в песок», не закрываем глаза на мир, явления, события жизни, какими бы они ни были.

Важно сосредоточиться на дыхании. Пусть любые возникающие мысли и эмоции приходят и уходят, ни за что не цепляясь. Когда ум обхват беспокойством — лучше смотреть вниз, вдоль линии носа под углом 45 градусов перед собой. Когда же он вял и сонлив, лучше смотреть вверх. Как только сознание успокоится, а ясность понимания начнет нарастать, можно поднять взгляд, широко открыв глаза, вглядываясь в пространство перед собой. Внутреннее равновесие переходит на равновесие в дыхании, дыхание становится спокойным, ровным и глубоким, как и становятся спокойными мысли. Это позволяет ещё глубже погрузиться в медитацию. Если контроль возвращается, можно вновь и вновь обращать его на дыхание. И важно не «давать» уму никаких команд.

Как часто и сколько долго практиковать медитацию? Если отмечаются неосознаваемое чувство беспокойства, раздражение или напряжение в отношении ситуации или других людей —

следует продолжать. Есть буддистская метафора о частоте и продолжительности практики. Представьте себе печь. Она служит для того, чтобы создавать тепло. Если вы бросаете в печь слишком много дров, то печь может повредиться.

Как переносить обретенные навыки состояния на свою повседневную жизнь? — Только через осознанность проживания каждого момента жизни, здесь и сейчас! Медитация начинается и продолжается всегда, когда сердце наполнено безусловной любовью и милосердием! Гнев, причина страданий многих людей — не постоянное качество сознания, свойство которого стремиться к своему развитию и совершенствованию. Не выраженный и не растворённый гнев накапливается, является причиной многих телесных проблем и, его можно нейтрализовать только практикой открытости, принятия и любви к другим людям. Человек может «зашторивать» свет в себе многими желаниями, плохими привычками и гневом. Если же убрать штору с абажура — свет станет очень ярким!

В целом, медитация — это искусство жизни. Мы можем не замечать простые проявления медитативного состояния, когда мы любим, слышим голоса приятных нам людей, когда занимаемся творчеством, общаемся с детьми, когда отдыхаем на природе, встречаем ранним утром солнце на рассвете, когда поливаем цветы, впитывая их аромат, или напеваем любимую мелодию. Медитация — самый лучший и бесценный дар, который мы только можем преподнести себе в этой жизни!

Рассматривая медитацию в духовном аспекте психотерапии, следует особенно отметить, что для достижения наилучших результатов, необходимо обязательно получать знания о медитации и навыки только у квалифицированного специалиста, психотерапевта или мастера, наставника. Мастер уже прошёл весь путь практики и знает все его особенности, и человек не будет идти сам путём проб и ошибок. А самое важное — это личное непосредственное взаимодействие с учителем в его благотворном поле, передача состояния и опыта, реальное духовное влияние.

Список литературы

1. Бхагаван Шри Сатья Саи Баба. Летние ливни в Бриндаване. Курс лекций по индийской культуре и духовности. — М.: Амрита-Русь, 2004. — 240 с.
2. Далай-лама, Согьял Ринпоче. Медитации на каждый день. — М.: 2005. — 192 с.
3. Далай-лама, Раджив Мехротра. Далай-лама. Всё, что вы хотели спросить у Далай-ламы / Пер. с англ. А. Позгоровой. — М.: Эксмо, 2011. — 256 с.
4. Макаров В.В. Экспедиции души. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2008. — 191 с.
5. Макаров В.В., Макарова Г.А. Экспедиции души: психотерапия, духовность (Путевые заметки экспедиций в Индию). — М.: Академический Проект, 2012. — 314 с.
6. Макаров В.В., Макарова Г.А. Прогулки с Фрейдом. — М.: ПЕРСЭ, 2004. — 462 с.
7. Макаров В.В. Всемирная психотерапия. — М.: ОППЛ, 2006. — 436 с.
8. Психотерапия: Ежемесячный научно-практический журнал. — М.: Гениус Медиа, 2010.
9. Пандит Шрирам Шарья Ачарья. Кто Есмь Я? / Пер. с англ. Суржан. — Шри Ведмата Гаятри Траст, Шантикудж, Харидвар, Уттаракханд. Индия, 2010. — 87 с.
10. Шмаков В.М. Тексты практического психолога. Путевые заметки о путешествиях в Индию, Гималаи, Тибет. — Челябинск: ООО «Еманжелинский Дом печати», 2012. — 112 с.

Практика сократовского диалога в дианализе

Шульц О.Е. Донецкий Национальный медицинский университет, Донецк, Украина;
e-mail: oleg_shultz@mail.ru

Дианализ — это модальность психотерапии, зарегистрированная Общероссийской Профессиональной психотерапевтической лигой (ОППЛ) в 2004 г. Дианализ создан в 1998 г. профессором, д.м.н. Владимиром Юрьевичем Завьяловым как *методология* практической психотерапии и психологического консультирования для русскоязычных психотерапевтов и их клиентов. Формулой дианализа является примирение неизбежных противоречий в жизни личности. Техники работы обобщены в пяти «формах» дианализа. Формы — это устойчивые, уни-

версальные способы работы с сознанием клиента, методы выявления, понимания и обработки содержания психической деятельности. Разрешение проблемы в дианализе происходит путём нахождения временного локального синтеза противоположных тенденций. При этом неполный синтез противоречий порождает симптом, а нахождение локального синтеза — «терапевтическую идею». Метод Сократа, названный в честь классического греческого философа, является одной из форм обсуждения и дискуссии между людьми с противоположными точками зрения на основе вопросов и ответов, чтобы стимулировать критическое мышление и прояснить идею. Это диалектический метод, который используется для выявления неявных определений в убеждениях собеседников, чтобы помочь им углубить своё понимание. По примеру Сократа, дианалитик в процессе оказания помощи не пользуется готовыми знаниями, а добывает их вместе со своим клиентом (выводное знание). В дианализе техника сократовского диалога применяется, по большей части, во второй форме консультирования, Дискуссии, или терапии определённости, когда отказ от предварительного знания о клиенте как этическая заповедь Сократа формулируется в дианализе как «беспредикатное принятие личности». Дианалитик ставит клиента в позицию учёного-исследователя, направляет спор к смысловому тупику, к парадоксу, из которого только один выход — говорить по существу, отбросив различные прикрития, т.е. мыслить самостоятельно.

Исследование эффективности программы развития метатеоретического мышления психотерапевта

Щербина Л.Ф. докторант факультета психологии
Киевского национального университета
им. Тараса Шевченко, 01601, Украина,
Киев, ул. Владимирская, 64;
e-mail: krlyuda@gmail.com

Программа развития метатеоретического мышления психотерапевта создана автором на основе модели метатеоретического мышления психотерапевта и концепции его развития

Программа апробирована в рамках обучающего проекта «Школа дианализа» (2008—2012 гг.). В начале и в конце программы проводилось исследование участников экспериментальной группы по выбранным критериям. На протяжении этого же времени проводилось исследование контрольной группы, в которую вошли психотерапевты, не обучающиеся в подобных программах.

Были выбраны основные и дополнительные критерии эффективности программы. Основные критерии:

- повышение уровня сбалансированности эпистемологических стилей психотерапевта, что отражается в «равновесном» эпистемологическом профиле;
- использование в ситуации профессионального взаимодействия с клиентом механизмов метатеоретического мышления — здравого смысла, формальной логики, алогизма, диалектической логики и мифологии, реализующих профессиональную установку на организацию совместного с клиентом мышления вне известных теорий личности и психотерапии;
- увеличение среди мыслительных свойств доли характеристик «идеального мышления», выведенных в результате теоретического анализа, а именно: точности, реалистичности, диалектичности, полноты, креативности, генеративности, самостоятельности, критичности, рефлексивности, организованности, целеустремлённости, гибкости.

Вспомогательными являются следующие критерии развития метатеоретического мышления психотерапевта:

- редукция проявлений профессионального выгорания;
- рост уровня профессиональной удовлетворённости.

Связь метатеоретического мышления с профессиональным выгоранием и профессиональной удовлетворённостью психотерапевта объясняется тем, что метатеоретическое мышление является составной ортобиоза как системообразующего условия долголетней работоспособности человека.

По всем критериям обнаружены значимые различия между показателями участников экспериментальной и контрольной группы. Также получены данные, свидетельствующие о различиях в показателях участников экспериментальной группы в начале и в конце программы развития метатеоретического мышления психотерапевта.