

Главный редактор
журнала «Психотерапия»
МАКАРОВ В.В.
Президент Профессиональной
психотерапевтической лиги,
заведующий кафедрой психотерапии
и сексологии ГБУ ДПО РМАПО
д.м.н., профессор

Зам. Главного редактора
ИРИШКИН А.А.
руководитель Сообщества RusPsy

Редакционная коллегия:
БЕЛЯНИН В.П.
БЕРМАНТ-ПОЛЯКОВА О.В.
БУРНО М.Е.
ДМИТРИЕВА Н.В.
ДОМОРАЦКИЙ В.А.
ЗАВЬЯЛОВ В.Ю.
ЗАЦИРИНСКАЯ О.В.
КАТКОВ А.Л.
КОЧЮНАС Р.Б.
РЕШЕТНИКОВ М.М.
ТУКАЕВ Р.Д.
ТХОСТОВ А.Ш.
УЛЬЯНОВ И.Г.
УМАНСКИЙ С.В.
ШЕВЧЕНКО Ю.С.

Адреса редакции:
а) 109280, Москва, 2-й
Автозаводский пр., 4. Кафедра
психотерапии
Тел. (495) 675-45-67
б) 125315, Москва, ул. Балтийская,
дом 8, офис 344. Издательство
«Гениус Медиа»
Тел. (495) 518-14-51;
genius-media@mail.ru
Ген. директор ИРИШКИН Д.А.

При перепечатке материалов
согласование с издательством
обязательно.

Подписные индексы на журнал
«Психотерапия»
по каталогу «Роспечать»: 82214
по каталогу «Пресса России»: 45793

Для справок: (495) 518-14-51,
forum-admin@ruspsy.net
© Издательство «Гениус Медиа»
Тираж 500 экз

Ежемесячный научно-практический журнал

ПСИХОТЕРАПИЯ

№ 9 (141), 2014 г.

**Международный конгресс «Отечественные традиции и новации
в психотерапии, практической и консультативной психологии»
Москва, 17–19 октября 2014**

Содержание номера

ТЕОРИЯ. ФИЛОСОФИЯ. МИРОВОЗЗРЕНИЕ

БУРНО М.Е.

О развитии отечественного метода «Терапия творческим самовыражением (М.Е. Бурно)»
и Характерологической креатологии в последние годы в России2

САНДОМИРСКИЙ М.Е.

Интеграция клинического и психологического подходов в психотерапии
психосоматических расстройств: диагностический аспект14

ОБЗОРЫ. ЛЕКЦИИ. ДОКЛАДЫ

СГИБОВ В.Н., КОЧЕРГАНОВ П.Н., БОБРО К.В.

Взаимодействие специалистов полипрофессиональной бригады в комплексном лечении
пограничных психических расстройств в амбулаторных условиях21

НАРИЦЫН Н.Н.

Перспективы и задачи отечественной психотерапии в свете работы с системой «человек—среда»25

КИРИЛЛОВА Е.И.

Интенциональный анализ психотерапевтического дискурса30

МЕТОДИКА. МЕТОД. МОДАЛЬНОСТЬ

ФИЛИПОВА Г.Г., ПЕЧНИКОВА Е.Ю.

От перинатальной психотерапии – к репродуктивной психологии:
современные тенденции развития модальности36

ДОКУЧАЕВ В.В., ДОКУЧАЕВА Л.Н.

Традиции и новации в родологическом консультировании42

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЛАВРОВА Н.М., ЛАВРОВ В.В.

О преодолении последствий эмоционального охлаждения супругов и о природе эмоции любви46

ИЗ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

ЖИВАЕВА Ю.В., Н.А. ЗОЛОТАРЕВА

Возможности реализации коррекционной работы в форме тренинга по формированию
компонентов жизнестойкости у людей, имеющих диагноз онкологического заболевания53

МАНУХИНА Н.М.

Мастерская быстрой психологической помощи57

ТАРАСОВА Е.В.

Факторы, влияющие на нарушения «границ» в клиент-центрированной психотерапии65

МИТРУШИНА Н.А.

Психологическая помощь в принятии беременности71

МАЛАХОВА А.Н.

Методика диагностики личностных особенностей детей «Дом сказочного героя»74

СЕМЕНОВА А.И.

Опыт формирования системного мышления врача-супервизора76

БОРИСЕНКОВА М.В.

Использование метода арт-терапии в работе с воспитанниками дома-интерната
по преодолению трудностей в установлении контакта83

ТОЧКА ЗРЕНИЯ. ДИСКУССИИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА

Тезисы выступлений на Международном конгрессе «Отечественные традиции и новации в психотерапии,
практической и консультативной психологии» 17–19 октября 2014.

Список участников: от А до Е включительно85



О развитии отечественного метода «Терапия творческим самовыражением (М.Е. Бурно)» и Характерологической креатологии в последние годы в России

БУРНО М.Е.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, вице-президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, Москва, Россия.

Полный текст пленарного доклада на международном конгрессе «Отечественные традиции и новации в психотерапии, практической и консультативной психологии» (Москва, 17—19 октября 2014)

Метод родственен природе и культуре страны, отвечает личностным особенностям многих российских дефензивных, депрессивных пациентов (тягостное, тревожное переживание своей неполноценности). Недавно метод стал впервые применяться в помощи молодым инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в детской психиатрии, в паллиативной онкологии. О новом в Характерологической креатологии (естественно-научный подход к изучению творчества и жизни, исходя из природных особенностей характера).

Ключевые слова: терапия творческим самовыражением (М.Е. Бурно), детский церебральный паралич, паллиативная онкология, детская психотерапия.

Трудно сказать, сколько лет проживут в своих нынешних основах Терапия творческим самовыражением (ТТСБ) и открытая ещё в работах Эрнста Кречмера, развивающаяся сегодня Характерологическая креатология (ХК) [5]. Не сомневаюсь лишь в том, что ТТСБ, такая, как она есть сегодня, — поистине российский, не привозной, не переодетый, как бывает, в российскую одежду иноземный метод. Он вышел из нашей Природы и нашей Культуры, как уже отмечал это ещё четверть века назад [1]. Метод неразделимо связан с душевными, духовными особенностями очень многих наших нуждающихся в психотерапевтической помощи пациентов. Это нозологически разнообразные тревожные, депрессивные расстройства с переживанием своей неполноценности, неясной вины, душевной разлаженности, запутанности. Прежде всего, видим тут пациентов, страдающих тяжёлой психастенической и психастеноподобно-шизотипической патологией, а также шизофренических психастеноподобных больных без острой психотики [6]. И в самых тяжёлых шизофренических, не занавешенных галлюцинациями и бредом, картинах нередко обнаруживаются в своей гротескности национально-психологические дефензивные свойства неловких непрактичных россиян наряду с агрессивными свойствами других россиян, практичных и уверенных в себе. Но в нашей психотерапевтической помощи нуждаются, прежде всего, пациенты не агрессивные, а дефензивные, переживающие свою несостоятельность. Дефензивная неуверенность в себе, рассеянность, грустная нерешительность, склонность запутываться в «простом» (для многих) мире, неловкость вместе с доброй мечтательностью, размышляющей совестливостью, одухотворённой самобытностью, порою шутливостью и неожиданной смекалкой — всё это обнаруживает ти-

пично русское, даже шире — российское (и, может быть, в известной мере, восточно-славянское). Это вошло и в наш детский фольклор в своих насмешливо-здоровых формах с тёплым к этому отношением. Например. «Егорушка-Егор / Полез через забор, / За гвоздь зацепился, / Висит-голосит: / - Снимите с забора / Бедного Егора!» Или. «Иванушка-простота / Купил лошадь без хвоста, / Поехал жениться, / Привязал корытце, / Корыто мотается, / Жена улыбается». И ещё. «Ехала деревня / Мимо мужика, / Вдруг из-под собаки / Лают ворота, / Выбегла дубина / С мальчиком в руках, / А за ним тулупчик / С бабой на плечах» [17]. См. также характерные примеры из «взрослого» фольклора [6, с. 415-417]. В душевно сложных, одухотворённых случаях (с переживанием своей вины перед теми, кому хуже, с по-русски гамлетовской аналитически-сомневающейся неспособностью решительно действовать и, в то же время, не без отваги, когда, наконец, пересилил себя) эта реалистическая (не символическая) дефензивность свойственна с давних пор типичной российской интеллигенции [6, с. 381-388].

Однако практически всегда (и без особой личностной сложности) переживание своей неполноценности стихийно побуждает дефензивных россиян реалистически, в разнообразном творческом самовыражении, пытливо разбираться в этой своей слабости, искать в себе хоть что-то сильное. И, в самом деле, сила слабости генетически гнездится в этих, порою не от мира сего, дефензивах. Она есть нередкая тут способность к неожиданному живому незаурядному земному обобщению, недюжинному нравственному чутью, углублённому грустному движению души (к примеру, и в наших песнях), к самоотверженной человеческой жалостливости к страдающим, даже только обиженным кем-то.



Главное здесь – реалистически, по-земному, размышляющая, сомневающаяся душевность, и это тут часто сильнее теоретизирования, концепций. Концептуальная работа души (в том числе, концептуальная порядочность) основана, прежде всего, на теоретических положениях, на теоретически-разумной, прежде всего, интеллектуальной, справедливости.

А для многих реалистически-дефензивных, жалостливых пациентов скромное душевное сочувствие к тому, кому плохо, нередко выше, сильнее концепции, закона или красочной мандалы.

Всё это являет противовес, с одной стороны, склонности к психотерапевтическим концепциям западных пациентов, а с другой – к склонности восточных неславянских пациентов к аутистической острой чувственности, яркой символичности.

Терапия творческим самовыражением (в нашем понимании – ТТСБ) существенно помогает реалистически-дефензивным пациентам постичь своё сильное, обрести неповторимую вдохновенно-творческую жизненную дорогу-опору.

Думается, благодаря всему этому и сложилась в России эта небольшая, но своя, отечественная, психотерапевтическая школа [3– 9, 12–16, 18–19, 31–32, 37–38, 40, 49, 51–52]. Она, конечно же, имеет глубинные классические клинико-психотерапевтические [6, с. 23–53] и национальные (в известной мере, восточно-славянские) корни. По-видимому, однако, ТТСБ может существенно помочь и некоторым западным пациентам, созвучным нашим пациентам своей, особенной, западной, дефензивностью. Вспоминаю в связи с этим, как в Вене в 1999 году, после моего доклада на Международном конгрессе, со слайдами (там была и фотография уютной психотерапевтической гостиной), ко мне подошла интеллигентная венская дама средних лет и грустно сказала, что русское лечение в этой душевно тёплой гостиной, о котором рассказывал, серьёзно помогло бы её депрессивной, дефензивной маме, она бы поправилась, но в Австрии и сейчас нет такого лечения [2].

ТТСБ в нашей стране занимаются не только врачи, но и психологи, специалисты по социальной работе, педагоги, склонные к естественно-научному мышлению, особому изучению творчества – исходя из свойств характера, клиники творящего [6, с. 316–327].

Наш Центр в структуре Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ, ППЛ) и Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) старается собирать сведения о работе в нашем духе, публикации о краткосрочном и длительном применении метода в разных областях медицины и здоровой жизни [42].

Здесь расскажу лишь о тех некоторых исследованиях в ТТСБ и ХК, опубликованных в последние годы, которые, по-моему, побуждают к освоению, развитию новых насущных областей в творческом пространстве нашего дела.

А. Исследования в ТТСБ

1. Работа с обделёнными детьми в Новокузнецке (Н.Б. Сосновская, И.Ю. Курбатова, Н.А. Холопенко)

Региональное новокузнецкое отделение Центра ТТСБ и ХК в структуре ППЛ и РМАПО – самое совершенное в стране своей практической и научной работой и самое давнее (уже со своей историей) из сегодняшних российских региональных отделений. 15 мая 2003 г. в Новокузнецке это отделение вместе с местным Институтом повышения квалификации (ИПК) провело первую научно-практическую конференцию: «Терапия творческим самовыражением и практическая психология» (председатель – Алёна Сергеевна Манюкова, старший преподаватель кафедры психологии ИПК). О работе новокузнецкой в ТТСБ в прошлом немало публикаций [40].

Из Новокузнецкого Центра психолого-педагогической помощи (муниципальное казённое учреждение, директор – Наталья Борисовна Сосновская) в 2013 г. вышла статья (Холопенко Н.А., Курбатова И.Ю., Сосновская Н.Б. [49]) «Особенности применения Терапии творческим самовыражением в области социальной защиты», обобщающая сложившийся уже в городе, в этой области, опыт работы. В социально-реабилитационных центрах и приютах Кузбасса живёт множество сирот, детей родителей, лишённых родительских прав, детей из дурных (асоциальных) семей – ребят неразвитых, тревожных, с переживанием неполноценности, агрессивных, некультурных. Сотрудники Центра стали заниматься и с этими детьми элементами ТТСБ в социальных детских учреждениях. Вместе с ребятами в уютно-праздничной обстановке (самовар, свечи, слайды, музыка) они усиленно изучают характеры друг друга и знаменитых художников, писателей, дабы пытаться усиленно создавать своё, творческое, сообразное своему складу. Характерологически разыгрывают сказки. Происходит поиск своей неповторимости в кругу одного и того же характера, поиск ценности каждого ребёнка, воспитывается уважение к людям, не похожим на тебя. Происходит общение «с духовно-близким, «созвучным» себе в природе, человеческой культуре» (с.229). Ребята постепенно, через скованность, молчание, недоверие, начинают раскрываться, выражать каждый по своему отношению к происходящему. Этому способствует живая заинтересованность психолога детьми. Дети это чувствуют. Авторы (психологи) отмечают следующее. «Удивительно то, что, рассматривая картины, дети иногда очень точно и тонко подмечают черты характера художников, их создававших. Строгость напряжённо-авторитарных, доброту и мягкость синтонных, «как во сне или в сказке» – у замкнутого углублённых. В глазах детей возникает интерес, когда ребята начинают понимать, принимать и чувствовать природные особенности своего характера» (с. 230). Многие из них трогательно равнодушны к уютно-праздничной обстановке гостиной. Радостно удивляются, что это всё для них.



*2. Работа с инвалидами в Новокузнецке
(Н.А. Холопенко, И.Ю. Курбатова, Н.Б. Сосновская,
К.В. Тельминова)*

В статье, о которой говорил выше, отмечено, что с 2011 года метод стал применяться в Библиотечно-информационном центре для инвалидов в работе с «группой молодёжи — инвалидов с детства» (в том числе детский церебральный паралич). Это происходит в конференц-зале Библиотеки имени Н.В. Гоголя (психолог Ирина Юрьевна Курбатова). «Для многих членов группы открылась новая неизведанная полоса культуры и творческого собственного отношения к этой культуре, к себе самому, появилось желание относиться к миру и к людям иначе, то есть с позиций творческого индивидуального мироощущения, духовного преобразования себя и мира, в котором живёшь. Очень важной переменной в жизни каждого участника стало изменение отношения к другим людям. Несмотря на достаточно давнее знакомство друг с другом членов группы, они впоследствии отметили в отзывах и анкетах, что на самом-то деле произошло открытие друг друга, поскольку внутреннего мира, сокровенных эмоций и подлинных ценностей «давних знакомых» они раньше не знали». В результате этой работы отмечены: «рост спонтанности и самовыражения в высказываниях и действиях; возрастание саморефлексивного отношения к себе; появление искреннего интереса к другим людям; самоограничения для выслушивания других участников; открытие в себе самих новых потребностей, чувств, поведенческих реакций». Почти за два года занятий одни участники группы потянулись писать и публиковать своё, другие — изучать биографии художников в духе занятий в группе, третьи — к тому, чтобы обрести в жизни свои творческие радости, четвёртые — измениться к лучшему внешне. И т.д. (с.232-233).

Специалист по социальной работе Центра психолого-педагогической помощи (из того самого, из которого вышла эта статья) Кира Вадимовна Тельминова пишет мне в письме (25 февраля 2014 г.), с согласием опубликовать это, о группе психолога того же Центра Наталии Анатольевны Холопенко в колледже для инвалидов следующее. «У нас замечательные, вдумчивые ребята, инвалидность, в основном, нарушения опорно-двигательного аппарата». И вот группа дала возможность молодому человеку выразить вслух «неприятие своей телесной инвалидности»: для него душа (характер) свободна от тела. «У меня возникает вопрос — как тогда изучать и принимать свой характер, если не принята ситуация инвалидности? Для меня это определённая раздробленность — принимать себя как бы частично, закрывая глаза на собственные ограничения. <...> Это очень важный вопрос, сугубо личный, я не думаю, что можно разработать некий универсальный алгоритм принятия. Скорее к этому можно прийти занимаясь в группе, работая над собой, развивая себя в повседневной жизни, развивая именно в интересном тебе творческом направлении. Поэтому считаю, что ТТСБ при включении его в процесс

социальной реабилитации и социализации инвалидов может дать максимальную степень результативности. Осмелюсь предположить, что не только работа в группе, но и именно «бытие по себе», к которому приходишь через группу, и даёт личности развиваться свободно».

«Принятие инаковости — осознание характерологических особенностей себя и другого, — пишет К.В. Тельминова уже в своей статье в 2012 году [46], — способствует иному восприятию инвалидности. <...> Человека, ограниченно-го физически, так же ограничивают стереотипные представления и психологические барьеры, не дающие ему выразить себя. Поэтому изучение характеров и творческое самовыражение, являющееся основным результатом работы в группе <...>, способствует преодолению психологических и как следствие социальных барьеров, делая процесс вхождения инвалида в общество простым и естественным» (с.298). В работе нынешнего (2014) года [47] исследовательница полагает, что «изучение и принятие своего характера может иметь продолжение в принятии своего внешнего образа, своего тела, что <...> чрезвычайно важно в ситуации инвалидности» («индивидуальная работа с зеркалом, с видеокамерой, включающая смену образов, принятие своих физических особенностей»). «Одна из участниц группы по ТТСБ» рассказывает следующее. «Меня образы, я как бы примеряла и различные характеры. И когда я, наконец-то, дошла до своего естественного образа, я поняла, как верно вписан именно мой характер в мой образ, что если я чувствую себя спокойно, ДЦП не то что бы отступает, его проявления становятся не столь болезненными, режущими взгляд. <...> То есть, становясь собой, я становлюсь, в каком-то смысле, здоровее физически. У меня появилась уверенность в своей внешности, да ДЦП, иногда напряжение, спастика, но это Я!» (с.7). Даже в популярных газетных (для всех) очерках К.В. Тельминовой разбросаны серьёзно помогающие нашему делу живые пояснения. «Вновь и вновь, сталкиваясь с другим человеком, удивляемся, почему он рад, увидев всего лишь распускающуюся ромашку, отчего то, что приводит нас в недоумение, вызывает у него восторг?!» [43]. «Ирина Юрьевна (психолог И.Ю. Курбатова — М.Б.) создала в группе необыкновенную атмосферу — каждый участник мог попробовать себя в роли ведущего занятия. Выбор того или иного произведения или личности для создания своей лекции говорит о многом. Так, рассказывая о любом музыканте, актёре, участник группы, изучая его творчество, мог глубже понять особенности своего характера, почувствовать созвучие с ним, а главное — ещё отчётливее увидеть себя и других» [44]. Группа. «Интересно, что совершенно стёрта граница физических ограничений ребят. Это уходит на второй план, но проявляется характер, возникает потребность творить и действовать сообразно своему, шире открывшемуся миру, созвучному тому, что вдохновляет» [45].

По существу, думаю, мне, возделывается совершенно новое поле работы метода в социальной реабилитации инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата.



3. ТТСБ с душевно больными детьми (Ю.В. Позднякова, Москва)

И это – новое поле. Педагог-художник, тоже член ППЛ, Юлия Валерьевна Позднякова обобщает свой шестилетний опыт работы по методу с детьми с хроническими душевными расстройствами в детском отделении ФГБУ Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития России [37]. Задачу свою автор видит «в том, чтобы оживать с помощью лечебного творчества душевную жизнь детей с расстройствами настроения, с тревожно-депрессивными (в широком смысле) расстройствами, вызывать по возможности хотя бы моменты вдохновения, смягчающего эти расстройства, научить обращаться к помощи творчества при спадах настроения, помочь найти свою, нужную людям, творческую дорогу». Существо метода в отличие от арт-терапии автор видит в том, что, побуждение к творческому самовыражению здесь происходит «исходя именно из особенностей клинической картины, включающей личностную почву пациента». Понятно, педагогу-художнику с тяготением к клиницизму приходится здесь советоваться с лечащими врачами. «Художественная студия-класс» наполнена «произведениями художников и творческими работами детей». Вот, например, ребёнок с «душевной рассыпанностью» приходит в класс. Этой «рассыпанностью» («разлаженностью») «объясняется неспособность сосредоточиться на каком-либо занятии, суетливость, амбивалентное отношение к окружающему». В «атмосфере творческой свободы» ребёнок в поисках защиты «может «цепляться» душой за самое разное творчество, пусть перескакивая с дела на дело, но в этой на первый взгляд неупорядоченной деятельности происходит творческий поиск». «Моя задача – поддерживать его желание искать себя, предлагать разные возможности самовыражения...». «Начиная с выбора между открытками-репродукциями, с моей просьбой отложить в сторону из стопки картинок то, что хотя бы немного взволнует, может быть, немного поднимет настроение, на что хочется смотреть. Или это портреты разных людей, детей («с кем бы подружился»), «кто бы тебя понял», «с кем было бы хорошо», «какого учителя хотелось бы»). Или фотографии животных, тоже «с кем подружился бы», «с кем похож чем-то». Сухие осенние листья или живые растения в вазочке с водой, коллекция камней, раковин, разнообразные представители растительного царства – веточки, мхи, лишайники, семена и жёлуди, шишки, кора деревьев, каштаны... Важно, чтобы то, из чего выбираем, было выразительно разное, окрашенное своеобразием, не безликое, не трафаретное. В Природе, разных природных «физиономиях», в произведениях искусства – как раз то, что нам нужно: индивидуальности, на которые отзывается созвучием душа, а значит, в этот момент живёт. Бывает, захочется нарисовать то, что выбрал, камень или цветок, или просто обвести карандашом осенний лист и потом раскрасить его как угодно, как хочется. В других случаях идём дальше: просим ребёнка или подростка выбрать из предложенного

природного всё, что захочется, что по душе ему, и потом разложить это выбранное на столе или на листе бумаги так, как хочется, чтобы самому понравилось, как лежит, как-то по-своему положить. Можно таким образом составлять свою «картинку» и из цветных бумажек, пуговиц, игрушек, используя всё это одновременно. На такую простую «картинку» легче решиться, чем пробовать рисовать, не умея. Чтобы помочь решиться, сама иногда рядом делаю то же самое, как бы показывая, в чём вижу здесь смысл, как это делается, выбирая сама созвучное, раскладывая, поправляя себя, комментируя свои действия, проявляя своё желание собрать именно по-своему, выразить важное для себя» (с. 46-47).

Отмечу, что уже немало лет восхищаюсь способностью многих российских исследовательниц и исследователей (из Сибири, Москвы, других городов) вот так одухотворённо-проникновенно, по-русски тепло, применять, развивать метод и всею душой писать об этом. Мне трудно нарушать их тексты своими пересказами. Убеждён, что большие цитаты, собранные в статье, в основном, из малодоступных изданий, имеют, прежде всего, практический смысл. В них рассказывается, как именно следует делать наше дело.

Далее Ю.В. Позднякова, не менее выразительно-тепло, в сущности, помогая читателю психотерапевтически любить больных детей, без чего невозможно им по-настоящему помочь, описывает некоторые конкретные бесценные, высоко квалифицированные (простите казённое выражение) приёмы работы, сложившиеся в её самоотверженно-праздничной практике. Могу, к сожалению, здесь только перечислить их. Это: 1) «привязывающие к жизни переживания»; 2) «история в рисунках»; 3) «рисование на стекле»; 4) «изучение характеров»; 5) «кукольные представления». В заключение автор замечает, что в результате комплексной лекарственно-психотерапевтической помощи она видит, что «кое-что в улучшении состояния детей связано с методом», который она применяет. «Многие ребята светлеют, как-то распрямляются, почувствовав творческую силу в своей дефензивной, меланхолической слабости, для кого-то творчество и в дальнейшем становится светлым островком в болезни; многие говорят, как бы им хотелось, чтобы и в школе были такие занятия» (с. 49). Уже вышло не менее насыщенное и прекрасное в своей скромности продолжение этой статьи [38].

4. ТТСБ в паллиативной онкологии (Т.В. Орлова, Москва)

Весной 2012 г. защитила кандидатскую диссертацию о применении своего варианта ТТСБ в паллиативной онкологии член ППЛ, доктор Татьяна Витальевна Орлова [32]. Сейчас Татьяна Витальевна, продолжая практическую работу в своей области, одновременно преподаёт врачам, в том числе, и свой вариант ТТСБ в паллиативной медицине в Государственном медико-стоматологи-



ческом университете им. А.И. Евдокимова. Это – наша, отечественная, помощь многим российским пациентам со свойственными им, особенно в терминальных состояниях, дефензивными переживаниями. Данный вариант ТТСБ помогает обрести духовную опору, преодолеть страх смерти. Существо варианта «состоит в изучении пациентами в процессе посильного творческого самовыражения особенностей их мироощущения с целью обретения ими элементов творческого воодушевления (вдохновения), укрепления убеждённости в том, что прожитая жизнь имеет свою ценность и смысл, а также с целью улучшения их отношений с близкими людьми и персоналом отделения...» (с. 21). Эта одухотворённая, с живыми практическими подробностями, работа, по-моему, должна стать настольной книгой специалистов, работающих для того, чтобы, если случится, помочь многим в стране умереть по-своему, светло, достойно, по-русски.

Обращаю здесь внимание на одно важное размышление-переживание Т.В. Орловой по поводу особой группы характерологически-аутистических (обычно душевно здоровых, во всяком случае, до генерализации опухолевого процесса) пациентов [31]. Автор поясняет следующее. «Психотерапевтическая помощь людям с аутистическим (замкнуто-углублённым) характером, имеющим в своей основе идеалистическое мирозерцание с его ощущением подлинной реальности Духа и его первичности по отношению к Материи, отличается от помощи пациентам с материалистическим мироощущением, для которых подлинной реальностью является Материя. Типичная для российского национального характера психастеноподобность нередко делает российских аутистов с их душевной ранимостью, тревожной мнительностью и неуверенностью в себе похожими на сенситивных материалистов <...>. Здесь не наблюдается явной аутистической отрешённости от земной реальности с убеждёностью, что самое главное начнётся после смерти, а то, что сейчас, – не слишком значимо или даже «чем хуже, тем лучше, потому что страданиями тела повторяю путь Христа». Для [таких – М.Б.] реалистоподобных аутистов при всей подлинности для них Духовной реальности в процессе психотерапии важно почувствовать и увидеть одухотворённость Материи, наполниться радостью земного, что даёт им ощущение полноты жизни» (с. 53). Автор убедительно-живо рассказывает, как именно помочь им в их последние месяцы-дни.

*5. Сегодняшний реалистический
психотерапевтический театр-сообщество
психиатра-психотерапевта И.Ю. Калмыковой
(Москва)*

За годы работы кандидата медицинских наук, преподавателя нашей кафедры, исполнительного директора ППЛ, Инги Юрьевны Калмыковой с психотерапевтическим театром (частица ТТСБ) – другими, более тяжёлыми, стали пациенты нашей кафедрально-диспансерной амбулатории [9,18]. Другим стал и Театр, но,

прежде всего, потому, что всегда была другой по своему психотерапевтическому складу сама И.Ю. Калмыкова в отличие от нас с Елизаветой Юльевой Будницкой («старый Театр» [4]).

Сегодняшние пациенты-актёры, пожалуй, ближе к наивному детству, чем прежние, в основном, шизотипические: меньше взрослой углублённой сложности (хотя и это порою есть в их неожиданных духовных подарках), более тяготения к весёлым сценам, хорошему бодрому, сближающему пациентов пению, танцам, больше девичье-юношеской мило-разлаженной, беспомощной боязни любви. Впрочем, всё это в театральных занятиях, так же, как и в «старом Театре», опирается на характерологические (в широком понимании) основы, побуждение к более или менее осознанному обретению своей самособойности. И.Ю. Калмыкова отмечает по этому поводу следующее [19]. «Всё больше эндогенно-процессуальных душевно-милых, глубоко разлаженных пациентов с дефектом, без отчётливой дефензивности. <...> Остаётся и этих пациентов побуждать исполнительным творчеством чувствовать себя более собою и, благодаря этому, становиться живее, одухотворённое», «открывая в себе душевные, духовные свои богатства». «Наши пациенты, как и следовало ожидать, оказались менее управляемыми на репетициях и ещё слабее запоминающими тексты выступлений». Но и они своей послешубной сравнительно сохранной аффективностью, «недовольством своей депрессивной вялостью, апатией» весьма тянутся к терапии реалистическим Театром. Автор описывает следующие особые приёмы работы в «новом Театре». 1. Более сердечное, нежели в прежних случаях, «отношение психотерапевта к пациентам-актёрам, собирающее, упорядочивающее их разлаженный аффект». 2. Более открытое звучание земной любви в психотерапевтических текстах для репетиций и выступлений. Именно психотерапевтическая любовь как творческое вдохновение для себя и другого человека, «высвечивающая и укрепляющая границы «Я»», – важнейшее в этой реабилитации. Эта любовная «чувственная самособойность, возникающая <...> не только у пациентов-актёров, но и у пациентов-зрителей, как бы «перекрывает» дефект, оздоравливая личность. Творческое вдохновение всегда здорово». 3. В «новом Театре» возможно играть, «читая текст, по временам отрываясь от него для небольших сцен с как можно более живым действием» (с. 30-31).

Важнейшей чертой Театра И.Ю. Калмыковой считаю и заметное «психиатрическое усиление», в сравнении со «старым Театром», содержания сцен, инсценировок рассказов, которое побуждает пациентов-актёров играть не только себя, но и психотерапевтов, психиатров, психиатрических медсестёр, санитаров. Это произошло, прежде всего, по желанию пациентов-актёров и даёт возможность им почувствовать и понять людей, с которыми приходится встречаться, помогает уважать их за их добро, видеть, быть может, их слабые, даже неважные и смешные черты, понимать их происхождение



и, по-возможности, понимая, прощать. Это побуждает пациентов, кстати, интересоваться психиатрической психотерапией, посильно изучать её и быть, в какой-то мере, психотерапевтами в жизни (с родственниками, знакомыми). Всё это способно и смягчать страдания пациентов от психиатрической обстановки, если в остром состоянии они оказываются в больнице.

6. ТТСБ и повторные суициды у женщин (В.В. Васильев, Удмуртия)

Доцент Ижевской государственной медицинской академии Валерий Витальевич Васильев с многолетним опытом работы в ТТСБ отмечает в 2011 году в своей докторской диссертации о женщинах с психическими расстройствами и повторными суицидами [10], – отмечает важное о ТТСБ. «Следует особо отметить, что все участвовавшие в исследовании пациентки с шизофренией и «расстройствами шизофренического спектра (50 чел. – М.Б.) получали психотерапию методом терапии творческим самовыражением (автор конкретно указывает на наш метод – М.Б.), что даёт нам право рекомендовать именно этот метод для профилактики суицидов у женщин, страдающих данной патологией». ТТСБ (конечно же, не в остром состоянии, а по миновании его) «может существенно повысить социальную адаптацию пациента и способствовать формированию критического отношения к своей болезни, что, без сомнения, оказывает значительный антисуицидальный эффект [11, с. 44–45].»

7. О книге П.В. Волкова «Психологический лечебник: Разнообразие человеческих миров. Руководство по профилактике душевных расстройств» (Москва)

В 2013 году под этим названием вышло наиболее полное переработанное издание этого психотерапевтически-профилактического тома, созданного врачом-психотерапевтом и психологом Павлом Валерьевичем Волковым [12]. Автор отмечает в Предисловии следующее. «Одним из главных профилактических направлений является использование книги в рамках метода терапии творческим самовыражением (ТТС) по М.Е. Бурно. Руководство пронизано стремлением помочь человеку найти себя и своё место в жизни, отталкиваясь от особенностей своего характера, - с этим неразрывно связаны и вопросы грамотной профориентации. Руководство может использоваться как учебное пособие для проведения и подготовки к занятиям ТТС, помогая «как ведущему, так и участникам группы» (с. 15). В данном руководстве, в отличие от моего учебника «О характерах людей» [7] - для психотерапевтов и тех, кому помогаем, — «взят за основу» не естественно-научный (клинический) подход, а «клинико-экзистенциальный подход (с. 18). Автор сообщает, уже в глубине книги, что у него «родился свой клинико-экзистенциальный вариант ТТС», о котором расскажет в будущем (с.547). Возможно, эта подробная, гораздо более современная сво-

им материалом, нежели мой учебник, написанная мастерски-моложаво, изящная книга Павла Валерьевича, вместе с её продолжением, серьёзно обогатит не только экзистенциальную психотерапию, но и наш метод.

Б. Исследования в Характерологической креатологии (ХК)

ХК (родственный ТТСБ естественно-научный подход к изучению творчества (в широком, жизненном, понимании), исходя, прежде всего, из природных душевных особенностей человека), развивалась, как отметил уже выше, из работ Э. Кречмера и затем из ТТСБ - врачами, психологами, педагогами, философами, искусствоведами. Различаем в ХК область практики (ТТСБ здоровых) и область научных исследований.

Область практики – это, например, воспитательно-содержательная работа в духе ТТСБ с душевно здоровыми детьми в детском саду [33-34,40], работа со школьниками в школе [15, 40], со студентами [15], христианская психогигиена [15-16]. Речь тут идёт, в известной мере, о воспитании (в широком понимании) и о помощи, прежде всего, людям, склонным к дефензивным переживаниям в пределах душевного здоровья.

Природные особенности характера, от которых мы тут отправляемся (в ход идут даже характеры зверей из народных сказок), неразделимы, особенно у людей, с их национальными особенностями, окрашивающими общечеловеческие характеры. Дмитрий Сергеевич Лихачёв [1, с.72, 136] писал, что народное творчество проявляет, проясняет нравственные национально-психологические особенности народа и основанная на этом прояснении любовь читателя, слушателя, зрителя к своему народу не уживается с ненавистью к другим народам, воспитывает уважение к иному особенному народно-нравственному, оживляет интернациональные добрые чувства. Именно нравственные особенности народов, выраженные в народном творчестве, связывают народы друг с другом. Передаю размышления Д.С. Лихачёва так, как их понимаю.

Далее – о конкретных практических исследованиях последних лет в практической ХК, помогающих найти, прежде всего, дефензивному человеку, своё вдохновенно-творческое место в жизни, свой жизненный смысл.

1.ТТСБ в кадетском корпусе (Н.И. Галеева, педагог-психолог «Московского казачьего кадетского корпуса» им. М.А. Шолохова)

Нина Ивановна Галеева в 2011 году [13] рассказывает следующее. «Программа «Моделирование психолого-педагогической системы социокультурной адаптации кадетов средствами творческого самовыражения в условиях кадетского корпуса» основана на методе терапии творческим самовыражением (ТТС) М.Е. Бурно. Программа является лауреатом конкурсов «Грант Москвы» в области наук и технологий в сфере образования в 2009 г., ди-

пломантом Всероссийского открытого конкурса «Педагогические инновации – 2010» и победителем 2 Всероссийского конкурса психолого-педагогических программ «Новые технологии для «Новой школы»». Программе присвоен гриф «Рекомендовано Федерацией психологов образования России» с вручением авторского свидетельства. В систему моделирования психолого-педагогической системы входят 7 элективных курсов: «Психология в музыке», «Основы научно-исследовательской деятельности», «Характерология в креатологии», «Духовно-нравственная православная культура», «Великие и знаменитые», «Все мы разные», «Студия творческого самовыражения». Обращение к культуре, искусству и творчеству даёт возможность выстроить собирательный образ психологически устойчивого, здорового, а также нравственного, культурного, духовного человека. Культура, искусство, творчество выступили основным условием творческого самовыражения человека.

Реализация Программы <...> создаёт условия для получения опыта эмоционально-ценностного восприятия произведений искусства, опыта самовыражения через творчество и художественно-творческую деятельность, собственных впечатлений от творческой деятельности» (с. 37). Например, «в процессе прохождения курса («Все мы разные» - М.Б.) проводятся серии научно-исследовательских работ, творческих заданий и упражнений на осознание своей культурной принадлежности, что позволит расширить этническое самосознание кадетов». Разделы курса – «Психология народов мира»; «Национальный характер»; «Психология межэтнических отношений»; «Психология характеров российских этносов»; «Характер казака». И т.д. (с. 40). Основой данного психолого-педагогического подхода являются природные особенности характера, который как созвездие стойких свойств души не может быть плохим или хорошим у любых народов. Другое дело – более или менее выраженная предрасположенность к нравственности или безнравственности у отдельных людей с самыми разными характерами. И там, где нет этой органически-сильной природной предрасположенности ко злу, - там самое благотворное влияние производит нравственное воспитание.

Работы Н.И. Галеевой, по-моему, есть современная насущная попытка творческого воспитания (в том числе, с помощью ХК) благородных современных «чеховских» и «булгаковских» российских офицеров, способных, благодаря духовной обогащённости, с любовью к Родине и верой в Добро, защищать свой народ.

2. Акмеологический вариант ТТСБ (А.А. Филозоф, психолог, член ППЛ, доцент Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж).

Александр Анатольевич Филозоф [48] разработал акмеологический вариант ТТСБ как «помощь дефензивным людям в достижении вершины своего личностного становления (акме) сообразно с природой своего

характера (характерологического радикала), возраста и пола». Весьма способствовало созданию этого варианта и то, что западные «психологические модели психотерапии нередко плохо соотносятся с особенностями российской ментальности и оказываются малоэффективными в работе с дефензивными (в пределах душевного здоровья – М.Б.) людьми, испытывающими острую потребность в искреннем эмоциональном участии психолога (психотерапевта) и одновременно негативно воспринимающими аутистические психологические концепты и манипуляционные приёмы воздействия, составляющие существо большинства западных психотерапевтических школ» (с.36). «Главным пространством становления личностного акме» автор считает ««дело жизни» дефензивного человека, которое он для себя находит в процессе творческого поиска (в соответствии с природными особенностями своего характера), своего светлого (хотя, может быть, и скромного) целебного смысла в жизни (также тесно связанного со своей индивидуальной природой – тревожно-сомневающейся, хронически-субдепрессивной и т.д.)» (с. 39).

Сегодня, думаю мне, так важно быть зрелым, мудрым – особенно для людей, имеющих власть над другими людьми.

3. О «простом и понятном, лёгком и наглядном» вхождении в ТТСБ и ХК с помощью американских мультипликационных сериалов. Метод К.Е. Горелова, Москва.

Московский психиатр, психотерапевт, учёный секретарь центра ТТСБ и ХК в ППЛ, Кирилл Евгеньевич Горелов [14] в своём психотерапевтическом творчестве исходит из сегодняшней печальной незаинтересованности большинства молодых людей чтением серьёзной художественной литературы. Кажется, это было ещё не так давно – во времена школьного изучения русской классики и чтения советских толстых журналов (в том числе, «Иностранки») с обсуждениями в комнатах и на кухне. Кирилл Евгеньевич предлагает опираться на то характерологически-телевизионное, «простое и понятное, лёгкое и наглядное», что широко привлекает и молодёжь, и взрослых.

Остроумно, в их жизненном поведении, описывает Кирилл Евгеньевич эти американские характерологические типы. Например, «замкнуто-углублённую» Дарью Моргендорфер, её младшую сестру – «демонстративную, инфантильно-ювенильную» Квин, «органического» грубоватого Гомера Симпсона, «простоватого толстяка» Питера Гриффина. Я сам немного смотрел их прежде по телевизору вместе с внуком, «концептуалистом» Васей, который всем этим искренне наслаждался. Конечно, это тоже характеры в своём творческом самовыражении. Знакомство с ними, в самом деле, помогает вхождению в наше дело. Автор отнюдь не советует ограничиться этой по-своему остроумной характерологией. Он полагает, что надо идти глубже – к постижению,



проясняющему «всю глубину, все оттенки изучаемых характерологических радикалов и открывающему весь терапевтический потенциал работы их индивидуальных творческих механизмов». «Всё это нужно, но уже позже» (с. 10).

Таким образом, «без некоторого упрощения, особенно поначалу, нам здесь не обойтись!» (с. 11). Автор имеет немалый стаж психиатрической, лечебно-психотерапевтической, консультативной и преподавательской (с психологами) работы. Конечно, его оригинальная разработка ТТСБ ценна для нас (особенно для аутистических дефензивов) уже идёт в дело. Отмечу только, что этот мультипликационно-характерологический американский прагматизм (концепция внутри практики) сродни американски-прагматической (в противовес естественно-научному опыту жизни) классической характерологии врача и психолога Уильяма Шелдона (1889-1977) [50]. У Шелдона (в отличие от Гиппократов, Э. Кречмера, Ганнушкина) особенности характера происходят не из источника-тела, а только (как это психологически-математически вычислено) соответствуют этим особенностям тела.

Многим россиянам, входящим в ТТСБ и ХК через более простое (например, в детском саду), сколько могу судить, национально понятнее, роднее, органичнее будет, например, земная характерология героев наших народных сказок: природные характеры Волка, Лисы и т.д. Да и сами российские мультипликационные образы (даже не сказочных животных, а образы человеческие, «городские») полнокровнее (больше живой плоти (чувства первичности тела) и, значит, тепла или сердечности в теле и из тела). Порою, правда, и российский мультипликационный образ отдаёт для реалиста концепцией, символом и не помогает россиянину-реалисту достаточно полно прочувствовать суть живого характера. Тут снова напоминает о себе правда жизни: люди всё же разные, по-разному устроены и потому по-разному чувствуют мир и себя. Но так и должно быть.

В конце концов, можно, не переходя в классическое естественно-научное мироощущение, родственное классическому гиппократову клиницизму, идти, развиваться и далее по дороге мультипликационно-карикатурной, с элементами символики (если не целиком символической) ТТСБ.

Впрочем, трудно сказать, будет ли это тогда вариант ТТСБ. Может быть, всё-таки, до известной границы, будет. Поскольку всё же идём тут от картины (хотя и не природного) характера, от схематически-символической (в случае лечения) клиники, хотя естественно-научное (и, в том числе, клиническое) мироощущение нарушается аутистически-идеалистическим строем мысли-чувства. Этот строй не разрешает Природе быть ни главным стихийным руководителем мира, ни главным врачом в случае болезни.

В руководство и врачевание вступает Дух или каким-то образом делится тут власть.

Итак, всё больше россиян знакомятся с американскими характерологическими мультипликационными типами, в том числе, в начале изучения ТТСБ и ХК и благодаря современной ценной работе доктора Горелова. Для каждого своё. Это наш незывлемый принцип.

4. Новая модель бессознательного (В.П. Руднев, Москва)

Широко известный нашей интеллигенции член ППЛ, философ Вадим Петрович Руднев, уже давно своими глубокими, неожиданными работами удивляющий, воспламеняющий размышляющих о жизни читателей, в книге «Новая модель бессознательного» (2012) [41] даёт своё необычное понимание бессознательного. Для меня невозможно отделить это новое понимание бессознательного от ХК. Вот суть размышления Вадима Петровича. «Бессознательное – это не такое понятие, которому можно дать классическое определение через общий род и частное различие. Бессознательное всегда другое, оно ускользает от нас. Бессознательное у каждого своё» (с.2). В ответ на это и многое другое в книге, в большой мере, соглашаясь, скажу следующее. Да, моё бессознательное – это только моё природное характерологическое, личностное (в широком понимании) бессознательное. Оно постоянно ускользает от меня. Что-то иногда лишь мельком подгляжу. Моё бессознательное неотделимо от моего характера (личности). Оно несравненно богаче, сложнее, глубиннее моего, лишь в некоторой мере, осознанного характера (личности). Среди знаменитых исторических фигур книг В.П. Руднева, людей, которым их бессознательное, по причине их иной природы, открылось побольше, чем мне моё, чувствую-понимаю себя тупоумным малознайкой, но всё же знаю, что и у них ускользает. Мы говорим в ТТСБ, в ХК: каждый из нас силён и одновременно ограничен собою. Теперь уточним – силён, ограничен и своим характерологическим (личностным) ускользящим бессознательным тоже, бессознательным, в котором мерцают и характер и характерологические радикалы.

5. ХК в экономике (доцент К.М. Мижерова, Москва)

Писал уже о прежних работах в этой области доцента-экономиста и психолога, члена ППЛ Ксении Марковны Мижеровой и её учеников (Х.Ш. Лорсановой, 2010; Ю. Паленковой, 2010; О.П. Подварко, 2010) – студентов Плехановского экономического университета [5, 29, 35, 36]. В 2013 г. вышла работа К.М. Мижеровой [30] «Современная экономика и характеры людей». Ксения Марковна полагает, что национально-психологическая особенность народа, по-своему расцветивающая характеры людей в стране, серьёзно и определённым образом обнаруживает себя в экономике. Например, прагматической национально-психологической особенности американцев противостоит относительная не-

прагматичность, непрактичность, неконцептуальность основной массы россиян, живущих вне расчётливости, но с душевным теплом, сердечностью, совестливостью, склонностью к более или менее сложным психологическим реалистическим размышлениям, мечтаниям. Особенности российской души лежат в основе непревзойдённой в мире российской культуры (особенно сердечной, глубинно-психологической прозы), но, к сожалению, «затрудняют построение цивилизации». То есть проникновение науки и техники до мелочей в жизнь всех людей для удобства и всяческой заботливой защиты в современной трудной жизни. Конечно, это не значит, что «всякий россиянин обломовски мечтательно-непрактичен, но такова коренная особенность, тенденция российской ментальности в общем». Поэтому «нам необходимы свои дороги к своей Цивилизации», и ХК «способна помочь нащупать эти дороги». Статья побуждает читателя тревожно размышлять о следующем.

Пришло, пришло сегодня для нас время экономически по-своему подниматься – подниматься без подробного подражания Западу, инородного для России. Подниматься по своей самобытной российской лестнице-дороге, со своей, тоже неумолимой, дисциплиной, но как-то с душой, со своим вдохновением, распределением работ – сообразно характерам людей. Сообразно отношению людей с разными природными особенностями к материальной и духовной выгоде. И уж, во всяком случае, должно быть неотвратимо малое или большое наказание каждому за лень и преступление.

6. ХК о модернизации в России в связи с российским характером. (Национальная модель развития России (философ, политолог Г.Ю. Канарш, Москва))

Григорий Юрьевич Канарш, кандидат политических наук, старший научный сотрудник Института философии РАН, член ППЛ, по-моему, уже сегодня является несомненным руководителем и собирателем научных сил в научно-общественном поле ХК. Это подтверждается, прежде всего, его философски и социологически содержательными трудами [20-26, 28]. См. также материалы сайта «Естественно-научные исследования творческого процесса».

Здесь расскажу о размышлениях Г.Ю. Канарша в предпоследней его работе [27]. Автор, подтверждая выше отмеченное К.М. Мижеровой, пишет, что «почти все исследователи русского национального характера единодушны в подчёркивании такого свойства русских, как невыраженность качеств прагматизма, типичных для многих западных народов, как и народов Восточной Азии».

Григорий Юрьевич полагает, что «это составляет одну из причин того, что в России с трудом приживаются многие достижения западной цивилизации, включая «нормальный» (т.е. живущий по своим строгим правилам) рынок, как и правовое государство и политическая

демократия». Возможно, – допускает автор, – у нас нет требуемой для всего этого «особой душевной дисциплины», присутствие которой на Западе М.Вебер объяснял «воспитывающим воздействием протестанской этики». Г.Ю. Канарш, «дополняя Вебера», объясняет это «природно-характерологически», то есть невыраженностью аутистически-характерологического (в широком, здоровом, понимании).

Поэтому автор склонен согласиться в том, что «России в меньшей степени подходит тот строй, который сложился на Западе и сегодня складывается за его пределами»: для нас «мало характерна та самая особая концептуальная, идеалистическая практичность и проистекающая из неё строгая душевная дисциплина, «работолюбие»». «Более подходящим для нас, вероятно, были бы тот или иной вариант левой, или лево-консервативной, политики, с её особым вниманием к нуждам простых людей, вопросам образования, науки, культуры».

Но для этого ещё следует создать «соответствующие политико-правовые условия (включая формирование гражданского общества, его российского варианта, общественный контроль за властью – как на федеральном, так и региональном и местном уровнях, верховенство закона), и что, может быть, самое сложное – серьёзно изменить духовно-нравственный облик современного российского общества» (с. 91-93).

На первый взгляд, можно подумать о том, что всё это достаточно общо, известно многим людям, смело, искренне размышляющим о судьбе России.

Но мне думается, что в сказанном выше уже заложено – что именно практически для всего этого надобно делать. Недаром автор, будучи гуманитарием, изучал много лет ТТСБ, ХК и оказался природой своей предрасположенным к этому изучению.

Дело в том, что большинство россиян – в самом деле, люди сердечные, порою смекалистые, отважные, склонные «уважить», бескорыстно помочь, но дефензивно-инертные. С известной застенчивостью и малоспособные к упорно-автоматическому монотонному труду, вообще к любому труду, не освещающему душу и потому быстро надоедающему, огорчающему, порою побуждающему к выпивке.

У нас и в старину несравненно реже, нежели в других, аутистически-прагматических, странах, встречались, в том числе, рабочие и крестьяне, которые не умели плохо работать, потому что для них душевная любовь к делу была на втором плане, а главное – во что бы то ни стало достойно выполнить свою работу вовремя, не опозориться. Зато о прекрасных результатах нашего вдохновенного труда (даже с похмелья, как у лесковского Левши) – так много, в том числе, и в наших народных сказках. Если нет от природы «особой концептуальной идеалистической (аутистической –М.Б.) практичности и проистекающей из неё строгой душевной дисциплины» (Г.Ю. Канарш), то необходимо «особое внимание к нуждам простых людей, вопросам образования, науки,



культуры» (Г.Ю. Канарш). Почему? Зачем? А затем, чтобы с детства, с детского сада и школы, по возможности, воспитывать россиян, особенно дефензивных, с помощью ХК (а если нужно, то порою и психотерапевтически в нашем духе), дабы помочь найти, подсказать каждому его природную предрасположенность к какому-то своему вдохновенно-творческому (в широком понимании) общественно-полезному делу.

Тут и там мы уже, думается, стихийно тянемся к этому: работы о ТТСБ и ХК в детском саду; появились даже, как бы сами собою, работы в Самарском отделении нашего Центра о подготовке родителей дошкольников и воспитателей детских садов к таким занятиям (Светлана Михайловна Павлова [33, 34]).

Наконец, Министерство образования РФ рекомендует в качестве учебно-методического пособия книгу Маргариты Владимировны Поповой о преподавании психологии в школе [39], в которой излагается и «Метод творческого самовыражения» для школьников, основанный на ТТСБ (с. 191–196).

Тут необходимо вспомнить следующее. Незабвенный украинский врач, доцент Евгений Антонович Поклитар (1924–2009) опубликовал в конце жизни свою концепцию об общественно-преломлённой, обращённой к Человечеству ТТСБ – «Характерологическая терапия творческим самоутверждением».

Поначалу я относился ко всему этому недоверчиво [6, с. 397-400]. Однако с годами всё отчётливее вижу правду жизни, выживания в концепции Поклитара – во всяком случае, для большинства восточных славян с их задушевной дефензивностью. Евгений Антонович много лет был целебно одухотворён нашим делом. Александр Анатольевич Филозоф (см. выше), в сущности, основывается на работах Поклитара, которые есть один из краеугольных камней ХК.

Конечно же, для всего этого вхождения ХК в жизнь людей ещё следует создать «соответствующие политико-правовые условия» (Г.Ю. Канарш). Но, быть может, и Характерологическая креатология, в практической своей части способная, хотя бы в элементах, помогать человеку с детских лет в посильном творческом самовыражении заинтересовываться своим в жизни и становиться собою, сообразно своим природным особенностям, со своим содержательным вдохновением и смыслом в душе, – может быть, и ХК скромно послужит России. Нам, россиянам, в большинстве своём, присуща земная инертная душевность, склонность грустить, мечтательно размышлять и нередко маяться без вдохновения (в том числе, боевого, спортивного). Нам трудно работать сосредоточенно и упорно по-западному, «ананкастически», «как часы», без своего света в душе.

Ещё первое издание своей монографии о Терапии творческим самовыражением (1989) [1] закончил словами о том, что всё это может пригодиться для психологии, педагогики, профориентации «с существенной выгодой для общества в целом» (с. 287).

Заключение

Таким образом, почти все эти варианты ТТСБ и ХК последних лет, о которых здесь рассказывал, проникнуты российской одухотворённо-материалистической (реалистической) или идеалистически-реалистоподобной национальной особенностью, в сущности, составляющими мироощущенческую основу ТТСБ и ХК.

Эта основа, уточню, несёт в себе, во-первых, природную склонность большинства россиян к естественно-научному, реалистическому, одухотворённо-материалистическому или идеалистически-реалистоподобному мироощущению.

Не просто стремление к культуре, а природное земное чувствование культуры, клинических картин, характеров (в том числе, характеров знаменитых художников, учёных) – как исходящего (происходящего) из природы, в том числе, природы человека, как источника (с само собою понятным наполнением природного духа общественным содержанием). Это обнаруживается даже при господстве чувства изначально духовного над характерологическим у людей аутистического склада.

Такого рода мироощущение может предрасполагать к религиозной вере, хотя чаще не глубокой, а по-доброму сказочно-земной, реалистоподобной. И, во-вторых, национальная основа ТТСБ и ХК несёт в себе, тоже природную, традиционную, подогреваемую переживанием своей неполноценности (хотя порою и с выплесками агрессивной сверхкомпенсации) нашу земную склонность к заботе о страдающих, к общественной полезности (даже в самом незаметно-скромном творческом самовыражении).

Речь идёт о помощи нуждающемуся в ней, помощи, к которой ищем свою дорогу в своём творческом самовыражении, свою любовь и свой смысл.

Без этих двух начал (исходя из земного чувствования во всех земных человеческих делах и стремления к общественной полезности), по-моему, нет ни подлинной ТТСБ, ни подлинной практической ХК. Тогда возникает нечто другое, может быть, не менее важное. И так, видимо, должно и быть.

Список литературы:

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.
2. Бурно М.Е. Краткие записи о Втором всемирном конгрессе по психотерапии в Вене «Миф, сон, реальность» (4-8 июля 1999 г.). Личные впечатления // Независимый психиатрический журнал. – 1999. - № 3. – С. 83-84.
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2006. – 800 с.
4. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). – М.: Академический проект; Альма Матер, 2009. – 719 с., ил.



5. Бурно М.Е. О «Характерологической креатологии» и «психотерапии здоровых» // Психотерапия. – 2011. – № 10. – С. 54-62.
6. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). – 4-е изд.; испр. и доп. – М.: Академический Проект, Альма Матер, 2012. – 487 с., ил.
7. Бурно М.Е. О характерах людей. Изд. 5-е. Учебное пособие по психотерапии. – М.: Академический Проект, 2013. – 639 с.
8. Бурно М.Е. Целебные крохи воспоминаний. К живой истории московской психиатрии и психотерапии и о многом другом. Пособие по психотерапии. М.: Институт консультирования и системных решений, 2013. – 552 с.
9. Бурно М.Е., Калмыкова И.Ю. О повышении (посветлении) качества душевной жизни больных шизообразной психозом: Учебное пособие. – М.: МЗ и СР РФ, ГОУ ДПО «РМАПО Росздрави», 2009. – 36 с.
10. Васильев В.В. Особенности суицидального поведения у женщин (клинико-социальный и профилактические аспекты): Автореф. дис. докт. мед. наук: 14.01.06. / Гос. научн. центр соц. и суд. психиатр. М., 2011. – 35 с.
11. Васильев В.В. Эффективность психотерапии в профилактике повторных суицидов у женщин, страдающих психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2011. – № 2 (57). – С. 43-45.
12. Волков П.В. Психологический лечебник: Разнообразие человеческих миров. Руководство по профилактике душевных расстройств. – М.: Этерна, 2013. – 640 с.
13. Галеева Н.И. Метод терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в социокультурном пространстве кадетского корпуса в психолого-педагогической практике // Психотерапия. – 2011. – № 2. – С.37-41.
14. Горелов К.Е. Психотерапевтический метод ТТС (М.Е. Бурно) и принципы Характерологической креатологии в лечебной, консультативной практике и преподавании // Медицинская психология в России. – 2012. – №6 (17) (www.medpsy.ru)
15. Избранные труды Одесской школы Терапии творческим самовыражением / Под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. – Одесса: «Астропринт», 2007. – 232 с.
16. Избранное. Выпуск второй. Одесская школа Терапии творческим самовыражением / Под ред. Е.А. Поклитара. – Одесса: Приложение к журн. «Новое в науке и практике», 2009, 1. – 95 с.
17. «Как у наших у ворот...» Потешки, песенки, заклички, пестушки, приговоры, игры, загадки и скороговорки. Для чтения взрослыми детям / Составитель Н. Астахова. – М.: ООО «Белый город», 2010. – С. 115, 120, 309.
18. Калмыкова И.Ю. Опыт применения краткосрочного варианта Терапии творческим самовыражением в лечении больных шизообразной психозом в межсубное время // Психотерапия. – 2009. – № 5. – С. 29-31.
19. Калмыкова И.Ю. О сегодняшнем реалистическом психотерапевтическом театре-сообществе // Психотерапия расстройств психического спектра. Под ред. Н.Л. Зуйковой. – М.: РУДН, 2014. – С.30-31.
20. Канарш Г.Ю. Социальная справедливость: философские концепции и российская ситуация: монография. – М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2011. – 236 с.
21. Канарш Г.Ю. Об одном из вариантов естественно-научного подхода в социальном знании // Знание. Понимание. Умение. – 2012, № 3. – С. 70-77.
22. Канарш Г.Ю. Об одном из вариантов естественно-научного подхода в социальном знании (Окончание. Начало в № 3 за 2012 г.) // Гуманитарные науки: теория и методология. – 2012. – № 4. – С. 15-20.
23. Канарш Г.Ю. Маркс и философия естественно-научного материализма // Тайны человека. DOI : 10.7256 / 1999-2793. 2013. 9.8866. – С. 1244-1257.
24. Канарш Г.Ю. «Национальные менталитеты»: новый междисциплинарный электронный проект // Психотерапия. – 2013. – № 9 (129). – С.79.
25. Канарш Г.Ю. «Естественно-научные исследования творческого процесса»: об итогах создания специализированного сайта по характерологической креатологии // Новый энциклопедизм: материалы конференции Института фундаментальных и прикладных исследований Московского гуманитарного университета 15 февраля 2013 года [Текст] : сб. научн. трудов / отв. ред. Вл.А. Луков, Ч.К. Ламажая; Моск. гуманит. ун-т, Ин-т фонд. и приклад. исследований. – М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2013. – С. 52-63.
26. Канарш Г.Ю. От «индивидуальных» характеров – к национальным // Культура и общество. – 2013. – № 3. – С. 93-98.
27. Канарш Г.Ю. Глава 6. Национально-психологические предпосылки модернизации // Социально-философский анализ модернизации: теории, модели, опыт [Текст] / Рос. академ. наук, Ин-т философии; Отв. ред. В.Г. Федотова. – М.: ИФ РАН, 2013. – С. 80-93, литература - 210-213.
28. Канарш Г.Ю. Прошлое и будущее национальной идеи в России // Вестник Российской академии наук, 2014, т. 84, № 5, с. 441-447.
29. Лорсанова Х.Ш. (Научн. руков. К.М. Мижерова). О национально-психологических особенностях народов и отражение их в экономике // XXIII Междунар. Плехановские чтения. Тезисы докладов студентов. – М. ГОХ ВПО «РЭА им. Г.В. Плеханова», 2010. – С. 245-246.
30. Мижерова К.М. Современная экономика и характеры людей // Современная экономика: концепции и модели инновационного развития: материалы V Международн. научно-практич. конференции 19 февраля 2013 г., в 2-х книгах. Кн. 2: М.: ФГБОУ ВПО «РЭУ им. Г.В. Плеханова», 2013. – С. 76-80.
31. Орлова Т.В. Клинический случай применения терапии творческим самовыражением Бурно (ТТСБ) у пациентки с отказом от противоопухолевого лечения // Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация». – 2011. – № 1. – С. 53-58.
32. Орлова Т.В. Краткосрочный вариант терапии творческим самовыражением Бурно в паллиативной онкологии. Автореф. дис. на соискание уч. Степени к. м. н. – М., 2012. – 24 с.
33. Павлова С.М. Изучение потребности общения с искусством как этап Терапии творческим самовыражением // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-его Всероссийского съезда психологов. Т. 6. – СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та, 2003. – С.225-228.
34. Павлова С.М. Характерологическая креатология в детском саду (профилактический вариант терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно) // Образование и психическое здоровье: Сборник научных статей и докладов участников Поволжской научно-практической конференции 11-12 ноября 2008 г. – Самара. Региональный социологический центр, 2009. – 150-153 с.
35. Паленкова Ю. (Научн. руков. К.М. Мижерова). Особенности экономики России // XXIII Междунар. Плехановские чтения. Тезисы докладов студентов. – М.: ГОХ ВПО «РЭА им. Г.В. Плеханова», 2010. – с. 251-252.



36. Подварко О.П. (Научн. руков. К.М. Мижерова). Влияние национальной психологии на экономику. Там же, с.252-253
37. Позднякова Ю.В. Шестилетний опыт применения Терапии творческим самовыражением в детском психиатрическом стационаре // Психотерапия. – 2013. - № 3. – С. 46-49.
38. Позднякова Ю.В. Применение Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в художественно-психотерапевтической работе с тревожно-депрессивными детьми и подростками // Психотерапия. – 2014. - № 4 (136). – С. 49-51.
39. Попова М.В. Психология как учебный предмет в школе: Учебн. – методич. пособие. – М.: Гуманит. изд. центр Владос, 2002. – 288 с.
40. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под. ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. – М.: Академический Проект, ООПЛ, 2003. – 880 с., ил.
41. Руднев В.П. Новая модель бессознательного. – М.: Гнозис, 2012. – 288 с.
42. Справка (дополняемая) из Центра Терапии творческим самовыражением (М.Е. Бурно) – ТТСБ и ХК (характерологическая креатология) в структуре ООПЛ (2013) // <http://ttc-burno.narod.ru/>
43. Тельминова К.В. Встречи с собой // Инвалид (газета). – 2011. – март, № 3. – С.6.
44. Тельминова К.В. «Старайтесь во всём находить своё...» // Инвалид (газета). – 2012. – апрель, № 4. – С.3.
45. Тельминова К.В. Почувствуй своё «Я» // Кузнечный рабочий (газета). – 2012. - № 39, 5 апреля. – С.6.
46. Тельминова К.В. Метод ТТС как фактор, способствующий социальной адаптации инвалидов // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сб. материалов международных научно-практических конференций / Под. общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб.: СПб ГИПСР, 2012.- С. 296-299.
47. Тельминова К.В. Работа с образом в ситуации инвалидности как один из вариантов применения метода Терапии творческим самовыражением (М.Е. Бурно) // Профессиональная психотерапевтическая газета. – 2014. - № 4 (137) апрель. – С. 6-7.
48. Филозоп А.А. Акмеологический вариант Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно // Психотерапия, 2012, № 1. – С. 36-40.
49. Холопенко Н.А., Курбатова И.Ю., Сосновская Н.Б. МКУ «Центр психолого-педагогической помощи». Особенности применения терапии творческим самовыражением в области социальной защиты // социальное развитие современного российского общества: достижения, проблемы, перспективы. Сб. научн. трудов. – Минобр. и науки РФ, ФГБОУ ВПО «Сибирский гос. индустр. ун-т. – Новокузнецк, 2013. – С. 226-233.
50. Шелдон У. Анализ конституциональных различий по биографическим данным // Психология индивидуальных различий (Хрестоматия по психологии) / под. ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: АСТ: Астрель, 2008.- С. 421-434.
51. Burno M.Ye. Therapy by means of Creative Self-expression by M. Burno – TCSEB as the Russian native method-school of Therapy by means of Spiritual Culture // World Journal Psychotherapy. – 2011. - № 1 (4). – P. 45-49.
52. Burno M.Ye. Native psychotherapy in Russia // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2005. – Vol. 7. – № 1. - P. 71-76.

On the development of our national method of Therapy by means of creative self-expression (M.Ye. Burno) and the Characterological creatology in the last years in Russia.

BURNO MARK YE.

Professor, Dr. med., Dr. Sc. Department of Psychotherapy and Sexology of the Russian Medical Academy of Post Education (Moscow),
Vice-President of the Russian Professional Psychotherapeutic League

The relationship of this method to the nature and culture of the country with some personal peculiarities of many Russian depressive patients (hard anxious suffering because of their inferiority complex) is stressed in this article. The article also tells how this method began to be used (for the first time and in its own way) to the young invalids with violation of bone apparatus. The method became part of the help to our children's psychotherapy, palliative oncology. The article tells about the Characterological creatology (natural-scientific approach to study of Creation and Life by means of study of different characters).

Key words: *therapy by means of creative self-expression (M.Ye. Burno), invalids with violation of bone apparatus, palliative oncology, children's psychotherapy.*



Интеграция клинического и психологического подходов в психотерапии психосоматических расстройств: диагностический аспект

САНДОМИРСКИЙ М.Е.

преподаватель Института групповой и семейной психотерапии, Москва,
к.м.н., психотерапевт Европейской регистрации, действительный член ППЛ,
член Общероссийского совета по психотерапии и консультированию

Рассмотрен диагностический аспект интеграции клинического и психологического подхода к психотерапии психосоматических расстройств. Описана модель системного стресс-индуцированного генеза психосоматических расстройств, интегрирующая клиничко-физиологические и психологические представления на основе двухкомпонентного механизма регрессии. Благодаря объединению представлений об онтогенезе аффективной регуляции и вегетативного обеспечения эмоций поясняется роль раннего опыта в формировании индивидуального психосоматического профиля и нозологической предрасположенности. Анализируются результаты вегетативного тестирования для оценки психосоматических функциональных состояний, дифференциальной диагностики функциональных и органических нарушений. Описывается построение комплексного психосоматического теста на базе соматической тестовой конвергенции и его применение для дополнения дифференциально-диагностической ДТП-триады.

Ключевые слова: психосоматика, психотерапия психосоматических расстройств, интеграция, психодиагностика, вегетативный тонус, функциональные состояния

Одной из основополагающих тенденций развития современной психотерапии выступает интеграция ее различных методов и направлений, в рамках целостного подхода к человеку, его психике в условиях нормы и патологии, постулируемого в биопсихосоциальной модели G. Engel [1]. В общем случае, это объединение двух подходов - клинического и психологического, необходимость которого наиболее наглядно выступает в области психотерапии психосоматических расстройств (ПСР). Само по себе понимание двойственной природы патогенеза ПСР, по A. Mitscherlich [2] диктует необходимость двустороннего, комплексного подхода к психосоматическому пациенту - как клинического (соматического), так и психологического. На практике это реализуется в формате «двойного ведения» [3], когда пациент одновременно получает помощь и медицинскую, оказываемую клиницистом, и психологическую, соответственно усилиями психолога, причем все работающие с ним специалисты взаимодействуют друг с другом.

Именно такой системный подход, не взаимоисключающий, а взаимодополняющий (не «или-или», а «и-и»), создает фундамент для оказания наиболее эффективной, комплексной помощи.

Однако, в настоящее время в большинстве случаев ПСР положение складывается иначе: вместо кооперации клинической и психологической помощи - их конкуренция [4]. Однако, если раньше «монополия» в сфере тера-

пии ПСР принадлежала медицине, то теперь, в условиях реформирования здравоохранения, происходит «отток» из лечебных учреждений психосоматических пациентов. Все чаще они обращаются вместо медицинской помощи к психологической, либо альтернативной (целительство, традиционные оздоровительные практики). Это отражает неготовность общества оказывать полноценную, комплексную помощь страдающим ПСР.

С одной стороны, это связано с растущей неудовлетворенностью населения медицинской помощью, ее оцениванием в глазах пациентов (на фоне рыночных отношений). С другой, как это ни парадоксально - с недостаточной психологической культурой этих пациентов, переоцениванием возможностей психологической помощи в отрыве от клинической и как следствие, нереалистичными ожиданиями.

Кроме того, отсутствие должной связи психологической практики и клинической медицины усугубляется недостаточно глубокими представлениями части практикующих психологов о психофизиологических, объективных основах формирования ПСР (как этиологии, так и патогенеза). Порой эти представления и вовсе иллюзорны, когда метафоры, пусть и высказанные литературно-известными авторами, воспринимаются как реальность, а домыслы - как научные факты.

Результатом становится, к сожалению, частая для психологов-психотерапевтов недооценка степени тяжести



ПСР, ошибочная органических нарушений как функциональных. Нередко также конверсионные и микроконверсионные симптомы [5] в психологической литературе смешиваются с обычными психосоматическими, соответственно на последние неоправданно экстраполируется возможность катартического «мгновенного исцеления», характерного для конверсии. В результате, психосоматический пациент получает необоснованный, иллюзорный прогноз течения болезни. В дальнейшем его в лучшем случае ожидает фрустрация, в худшем же – ятрогенная, если больной под влиянием ложных ожиданий, искаженной картины болезни воздерживается от лечения, показанного по медицинским канонам (и порой облигатно необходимого по жизненным показаниям).

Первым шагом, направленным на предупреждение подобных негативных ситуаций, может стать соответствующая психосоматическая диагностика. В психологическом сеттинге, конечно, речь идет не о диагностике инструментальной (хотя будущее, конечно, принадлежит последней, в частности QEEG, HRVA, fMRI), а о профильной психодиагностике.

При выборе психодиагностических инструментов для исследования ПСР, когда ставится задача интеграции клинического и психологического подходов, мы сталкиваемся с методологической трудностью оценки психосоматического состояния.

А) В клинических тестах по большей части игнорируется психоэмоциональный аспект состояния пациента. В качестве примеров можно привести Гиссенский тест соматических жалоб [6] или опросник SF-36.

Б) В психологических же тестах, как правило, отсутствуют клинические аспекты – детальная, хотя бы и субъективная, оценка состояния отдельных органов и систем организма, значимая для анализа ПСР. В качестве подобных инструментов, применявшихся для психодиагностики пациентов с ПСР, можно упомянуть SCL-90 [7] или тест УНА «Уровень невротической астении» [8].

Исходя из описанного выше принципа «двойного ведения», психосоматическая психодиагностика должна быть комплексной, совмещающей представления как клинического, так и психологического подхода.

В интегративном аспекте, диагностическая задача не сводится лишь к анализу тех или иных частных симптомов ПСР, или же конкретных нозологических единиц, либо оценке отдельных личностных особенностей психосоматических пациентов.

Необходимо выявить то общее, что лежит в основе различных ПСР, их неспецифические проявления, составляющие объективную основу для формирования специфических соматических симптомов.

Как известно, в психофизиологии принято анализировать неспецифические компоненты актуальных психофизических состояний. Это так называемые функциональные состояния, или уровень активации мозговых структур, образующий тот фундамент, на котором и протекает конкретная психическая деятельность человека

[9]. Одной из составных частей общих ФС выступают психосоматические функциональные состояния (ПФС). С этой точки зрения, можно говорить о лежащих в основе патогенеза ПСР патологических или неадаптивных психосоматических функциональных состояниях, отражающих различные формы рассогласования состояния организма (степени психоэмоционального и физиологического напряжения) с требованиями внешней среды. Подобные неадаптивные состояния представляются как подмножество континуума ПФС, выходящее за границы нормы адаптации.

Оценить ПФС с точки зрения нормы или патологии возможно по состоянию вегетативной регуляции, поскольку именно вегетативная нервная система является связующим звеном между мозгом и остальными органами и системами организма, реализующим телесные проявления эмоциональных реакций.

Именно последние и лежат в основе психосоматических заболеваний, традиционно рассматриваемых как «болезни неотреагированных эмоций» (термин Г.Ф. Ланга).

В последнее время среди ПСР выделяются аффективно-индуцированные («чикагская семерка» Ф. Александра), в формировании которых негативные эмоции выступают в качестве этиологического фактора [10] и аффективно-опосредованные, применительно к которым роль эмоций сводится к патогенетической [3].

При этом вегетативная регуляция с психологической точки зрения составляет тот личностно-неспецифический фон ПФС, на котором реализуется патогенное, повреждающее действие эмоций, связанное с контейнированием неотреагированных аффектов, «замораживанием» связанных с их вегетативным обеспечением физиологических сдвигов.

С физиологической же точки зрения вегетативный психосоматический статус, или вегетативное ПФС (ВПФС) составляет органно-специфическое отражение проявлений универсальной реакции напряжения, индивидуальный набор телесных «мишеней» стресса.

По аналогии с представлением об эмоциональных состояниях, как эмоциях, проявляющихся течение достаточно длительного времени [11], вегетативные ПФС можно рассматривать в качестве относительно стабильных, медленно меняющихся компонентов функциональных состояний.

Мы исследовали применимость (содержательную и операциональную валидность) для диагностики ВПФС психовегетативного опросника (ПВО), разработанного ранее [12] на основе диагностических таблиц А.М. Вейна и соавт. [13] и ранее использовавшегося в клинических целях, для оценки степени выраженности вегетативных, психосоматических нарушений [14], а также пограничных психических расстройств [15].

Вначале рассмотрим ВПФС группы здоровых лиц (контрольная выборка) в сравнении с группой пациентов, страдающих хроническими ПСР.



Сравнение вегетативного статуса обследованных в группе больных ПСР и контрольной группе

Таблица 1

Органы и системы организма		Вегетативный тонус, баллы	
		Больные ПСР M±m (n=292)	Здоровые M±m (n=275)
Кожа	ПС	1,033 ±0,035	0,835 ±0,036**
	С	0,939 ±0,036	0,665 ±0,034***
Терморегуляция	ПС	2,250 ±0,132	1,801 ±0,126*
	С	1,176 ±0,096	0,911 ±0,0934
Жажда	ПС	0,432 ±0,045	0,393 ±0,045
	С	1,005 ±0,052	0,831 ±0,054*
Аппетит	ПС	0,520 ±0,049	0,312 ±0,042**
	С	0,813 ±0,055	0,774 ±0,056
Сердечно-сосудистая система	ПС	0,986 ±0,056	1,512 ±0,109**
	С	1,615 ±0,052	0,889 ±0,048***
Вестибулярная система	ПС	2,158 ±0,079	0,458 ±0,065***
Дыхательная система	ПС	0,750 ±0,051	0,437 ±0,046**
Желудочно-кишечный тракт	ПС	1,887 ±0,067	0,629 ±0,043***
	С	1,269 ±0,071	0,118 ±0,026***
Мочевыделительная система	ПС	0,531 ±0,069	0,124 ±0,037***
	С	1,348 ±0,090	0,293 ±0,055***
Сон	ПС	3,491 ±0,101	2,742 ±0,117**
	С	2,953 ±0,109	2,002 ±0,113***
Работоспособность	ПС	2,483 ±0,068	1,535 ±0,079***
	С	1,440 ±0,065	1,182 ±0,070*
Характерологические	ПС	1,269 ±0,038	0,811 ±0,034***
Изменения	С	1,358 ±0,042	0,817 ±0,037***
Итого ВНД	ПС	7,243 ±0,136	5,088 ±0,148***
	С	5,751 ±0,143	4,001 ±0,135***
Парасимпатический тонус	ПС	17,789 ±0,324	11,588 ±0,294***
Симпатический тонус	С	13,916 ±0,265	8,482 ±0,199***
Разница ПС и С тонуса		4,920 ±0,851	4,391 ±0,710
Вегетативный тонус, всего		31,489 ±0,489	20,115 ±0,389***

Обозначения: С - симпатический тонус, ПС - парасимпатический тонус
Достоверность различий: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, *** $p < 0,001$.

1. Сравнение вегетативного психосоматического статуса для группы здоровых лиц (контрольная выборка) и лиц, страдающих хроническими психосоматическими заболеваниями

Контрольную группу составили 275 человек (114 мужчин и 161 женщина), средний возраст $27,17 \pm 0,77$ года (мужчины $27,97 \pm 0,99$ лет, женщины $26,81 \pm 1,02$ лет, статистически достоверных различий по возрасту между гендерными подгруппами не выявлено).

В группу обследованных с ПСР вошло 292 человека (из них 126 мужчин, 166 женщин), страдающих хроническими ПСР (вне обострения): вегетативная дистония, гипертоническая болезнь II стадии, бронхиальная

астма, хронический бронхит, вазомоторный ринит, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, холецистит и дискинезия желчевыводящих путей, хронический панкреатит, колиты (СРТК), сахарный диабет, тиреоидит, ревматические болезни.

При сравнении вегетативного тонуса в группе больных отмечается достоверное превышение по сравнению с группой здоровых парасимпатического тонуса в отношении регуляции дыхательной и вестибулярной системы. Амфотонический тип повышения вегетативного тонуса в группе больных по сравнению с группой здоровых отмечается в отношении регуляции сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы.

При анализе надсегментарных проявлений вегетативной регуляции парасимпатический тонус в группе больных достоверно выше в отношении терморегуляции и аппетита, симпатический тонус - в сфере водно-солевого обмена.

Амфотоническое преобладание вегетативного тонуса в группе больных по сравнению со здоровыми отмечается в отношении состояния кожи, сна работоспособности, характерологических изменений, а также в целом тонуса надсегментарной вегетативной регуляции.

Результатирующие характеристики психовегетативной регуляции: в группе у больных значительно выше как парасимпатический тонус ($17,789 \pm 0,324$, у здоровых $11,464 \pm 0,294$; $p < 0,0001$), так и симпатический тонус ($13,916 \pm 0,265$, у здоровых $8,482 \pm 0,199$; $p < 0,0001$).

Соответственно у них выше и суммарный вегетативный тонус (у больных $31,489 \pm 0,489$, у здоровых $19,991 \pm 0,392$; $p < 0,001$).

Таким образом, в группе больных с ПСР по сравнению с группой здоровых отмечается достоверное повышение вегетативного тонуса по большинству показателей.

Последнее закономерно и отражает универсальный стрессовый механизм патогенеза ПСР, с присущей ему системной организацией.

В психосоматическом аспекте он может рассматриваться как целостная совокупность: а) сегментарных,



Таблица 2

**Сравнение вегетативного статуса обследованных мужчин
в группе хронического стресса и контрольной группе**

Органы и системы организма		Вегетативный тонус, баллы	
		Хронический стресс	Здоровые
		M±m (n=288)	M±m (n=275)
Кожа	ПС	0,685 ±0,033	0,609 ±0,065
	С	0,782 ±0,039	0,517 ±0,063**
Терморегуляция	ПС	1,769 ±0,121	1,652 ±0,209
	С	1,252 ±0,111	1,137 ±0,182
Жажда	ПС	0,550 ±0,049	0,209 ±0,063**
	С	1,069 ±0,052	1,026 ±0,097
Аппетит	ПС	0,759 ±0,055	0,309 ±0,076**
	С	0,983 ±0,056	0,773 ±0,101
Сердечно-сосудистая система	ПС	0,719 ±0,052	0,362 ±0,092**
	С	1,202 ±0,053	0,597 ±0,084***
Вестибулярная система	ПС	1,510 ±0,089	0,733 ±0,140**
Дыхательная система	ПС	0,679 ±0,047	0,233 ±0,059***
Желудочно-кишечный тракт	ПС	1,191 ±0,068	0,453 ±0,084***
	С	1,023 ±0,069	0,216 ±0,058***
Мочевыделительная система	ПС	0,614 ±0,073	0,480 ±0,152
	С	1,582 ±0,091	0,469 ±0,120**
Сон	ПС	2,138 ±0,099	1,962 ±0,187
	С	2,079 ±0,108	0,882 ±0,129***
Работоспособность	ПС	2,227 ±0,074	1,599 ±0,143**
	С	1,460 ±0,078	1,401 ±0,124
Характерологические изменения	ПС	0,911 ±0,041	1,002 ±0,075
	С	0,914 ±0,040	0,752 ±0,075
Итого ВНД	ПС	5,277 ±0,150	4,563 ±0,278*
	С	4,453 ±0,169	3,036 ±0,199***
Парасимпатический тонус	ПС	13,752 ±0,362	9,124 ±0,453***
Симпатический тонус	С	12,346 ±0,334	7,771 ±0,348***
Разница ПС и С тонуса		-0,187 ±0,869	0,929 ±1,212
Вегетативный тонус, всего		26,098 ±0,593	17,040 ±0,590***

Обозначения: С - симпатический тонус, ПС - парасимпатический тонус
Достоверность различий: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, *** $p < 0,001$.

локальных вегетативных нарушений, затрагивающих «органы-мишени» стресса (в модели Н. Selye), и б) нарушений надсегментарных, генерализованных, описанных W. Thiele как психовегетативный синдром [16].

Диагностика ВПФС позволяет выявить органно-специфические нарушения вегетативной регуляции, связанные с формированием ПСР.

В психологическом рассмотрении их индивидуальная совокупность выступает в значительной мере личностно-специфической, отражая стереотипы эмоционального реагирования и набор предпочитаемых психологических защит, вместе с набором телесных симптомов составляющие индивидуальный психосоматический профиль пациента.

Таким образом конкретизируются представления о психосоматических типах по F. Dunbar [17], с переходом от описательной таксономии к объяснительной.

В то же время в клиническом аспекте диагностика ВПФС не является нозологически-специфической, поскольку ее результаты не могут быть патогномоничными для отдельных заболеваний.

Здесь объектом рассмотрения выступают не нозологические единицы, а нозологические группы, объединяемые не по этиологической общности расстройств, а по их телесной локализации. Этой информации достаточно как для психокоррекционной работы, так и для «наведения мостов» между психологами и клиницистами, координации их усилий при курации общих пациентов.

Нозологическая неспецифичность диагностики ВПФС связана также с тем, что поскольку нарушения вегетативной регуляции отражают в первую очередь функциональные изменения, то выявляемые отклонения могут быть проявлением не только клинически манифестированных заболеваний, но и временных, донозологических состояний, связанных со стрессом.

Соответственно вышеописанное сравнение состояния вегетативной регуляции у здоровых лиц и психосоматических пациентов целесообразно дополнить анализом ВПФС группы, промежуточной между предыдущими – лиц, не страдающих ПСР, но находящихся в состоянии хронического эмоционального стресса.

2. Исследование вегетативного психосоматического статуса для лиц, находящихся в состоянии хронического стресса

Проведено исследование ВПФС мужчин (288 человек, возраст $27,14 \pm 0,49$ лет), находящихся в состоянии хронического стресса, связанного с особенностями социальной среды (пенитенциарный стресс) продолжительностью от полугода до нескольких лет, в сравнении с соответствующей выборкой мужчин, пребывающих в обычных социальных условиях (288 человек, возраст $27,14 \pm 0,49$ лет).

При этом, если группу сравнения можно рассматривать как практически здоровых, то состояние обследо-



ванных в первой группе, несмотря на отсутствие соматических жалоб, вследствие высокой интенсивности и значительной продолжительности стресса, можно квалифицировать как донозологическое, или состояние предболезни, в терминологии Р.М. Баевского [18].

При сравнении в группе, подверженной стрессу, отмечено достоверное превышение парасимпатического тонуса по сравнению с контрольной группой со стороны вестибулярной системы, дыхательной и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта. Превышение симпатического тонуса по сравнению с контрольной группой наблюдается для желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и мочевыделительной системы, кожи. При анализе надсегментарной вегетативной регуляции, отмечено превышение парасимпатического тонуса по сравнению с контрольной группой со стороны таких надсегментарных проявлений ПВС, как жажда, аппетит, работоспособность. Симпатический тонус по сравнению с контрольной группой повышен в отношении сна.

Результирующие показатели вегетативной регуляции в обеих группах достоверно отличаются, в группе хронического стресса закономерно выше уровень тонуса вегетативной регуляции ВНД (парасимпатический $5,277 \pm 0,150$ против $4,563 \pm 0,278$ в контрольной группе; $p < 0,05$ и симпатический $4,453 \pm 0,169$ против $3,036 \pm 0,199$ в контрольной группе; $p < 0,001$). Так же различаются общий парасимпатический тонус ($13,752 \pm 0,363$ и $9,124 \pm 0,453$ в контрольной группе; $p < 0,001$) и общий симпатический тонус ($12,346 \pm 0,334$ и $7,771 \pm 0,348$ в контрольной группе; $p < 0,001$). Соответственно различается и суммарный (тотальный) вегетативный тонус ($26,098 \pm 0,593$ против $17,040 \pm 0,590$ в контрольной группе; $p < 0,001$).

Таким образом, в группе обследованных, находящихся в состоянии хронического стресса, обнаруживается достоверное превышение уровня вегетативного тонуса по сравнению с группой здоровых по основным компонентам ВПФС (со стороны регуляция сердечно-сосудистой, вестибулярной и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, а также надсегментарной вегетативной регуляции), отражающее телесные проявления неспецифической адаптивной реакции.

Заключение

Необходимость системной оценки стресс-индуцированных ПСР и нарушений вегетативной регуляции, как их «фундамента», связана с тем, что и те, и другие по своей природе являются именно системными расстройствами, даже когда проявляются в виде отдельных, изолированных телесных симптомов [19]. Концепция стресса как общей адаптационной реакции подразумевает целостное реагирование, тотальную мобилизацию организма (реакцию напряжения), опирающуюся на анатомо-функциональную организацию системы вегетативной регуляции. Система управления

функциями организма в целом представляется как единый, целостный контур управления, построенный по принципу многоуровневой иерархической организации [20]. Соответственно на фоне стресса, мобилизации адаптационных ресурсов происходит централизация висцеральной вегетативной регуляции, как показано Р.М. Баевским [18]. Она может быть представлена как регрессия, возврат к более ранним паттернам организации функционирования, в двух аспектах: филогенетическом и онтогенетическом [14].

Следствием генерализованного стрессового напряжения становится однонаправленное для различных органов и систем изменение вегетативного тонуса в сторону повышения, наиболее выраженное в отношении «проблемных» функциональных систем. Последние могут рассматриваться как «слабые звенья» системы (*locus minoris resistentiae*), в которых прежде всего и происходит срыв адаптации, развитие болезни. Генез таких локусов уязвимости имеет как органическую основу (конституционально-генетическую либо приобретенную), так и психологическую. Это в первую очередь психосоматические констелляции Ф. Александера [10], связанные с ранним опытом стереотипы телесно-эмоционального реагирования. Здесь необходимо подчеркнуть именно телесный аспект аффективных проявлений, вспоминая мысль З. Фрейда: «Эго изначально преимущественно телесно». Из данного тезиса исходит одна из основных концепций патогенеза ПСР, описывающая механизм десоматизации-ресоматизации, по М. Schur [21].

Активация регрессионных стереотипов под влиянием стресса происходит вначале по инстинктивному [22], безусловно-рефлекторному механизму (филогенетическая регрессия). Вслед за тем регрессия может возникать уже по ассоциативному [14], условно-рефлекторному механизму (онтогенетическая регрессия), связанному с ранним психотравматичным опытом и усиливающим как эмоциональные реакции, так и их физиологические проявления сверх необходимого, за пределами адаптивной нормы. Таким образом, именно в «слабых звеньях» организма регрессия усиливается, приводя к трансформации нормальных телесных проявлений эмоций в болезненные симптомы.

Таким образом, опираясь на понимание патогенеза ПСР как синергии врожденных (безусловно-рефлекторных), так и приобретенных (условно-рефлекторных) механизмов на общей регрессионной основе, мы приходим к обоснованию необходимости комплексной диагностики ПСР в процессе их психотерапевтической коррекции, объединяющей как клинический, так и психологический подход. В клиническом аспекте, это традиционные критерии, дифференциации стресс-индуцированных нарушений [23], или ДТП-триада («до начала», «в течение» и «пост фактум»):

а) связь манифестации или обострения ПСР с предшествовавшим стрессом (стресс-корреляционный аспект);



б) «ножницы симптомов», избыточная выраженность субъективных симптомов по сравнению с объективными (соматоформный аспект);

в) динамический временной критерий, улучшение состояния после психотерапии или психофармакотерапии (ex juvantibus).

В психологическом аспекте – описанная диагностика телесных проявлений стресса (реакции напряжения), которые могут быть связанными как с донозологическими, так и с клиническими психосоматическими симптомами, с уточнением в структуре последних вероятного вклада функциональных и органических нарушений. Подобная углубленная интерпретация может осуществляться:

1. В связи с общим состоянием пациента (трактовка требует от психолога формирования элементов клинического взгляда на пациента).

2. В связи со степенью вегетативных нарушений, обнаруженных в отдельных органах и системах организма: повышение вегетативного тонуса применительно к отдельным «проблемным» органам/системам, по типу амфотонии или дистонии, с выходом за пределы определенного на контрольной выборке доверительного интервала.

3. По совокупности проявлений, выявленных в нескольких звеньях организма: повышение общего вегетативного тонуса (умеренное, выраженное или резкое, соответственно описанным ранее градациям [14].

4. В зависимости от дополнительных симптомов.

С целью получения необходимой для дифференциальной диагностики ПСР дополнительной информации, целесообразно совместить ПВО с комплементарными опросниками на основе принципа соматической тестовой конвергенции: «разные тесты – идентичные вопросы». Несмотря на большое разнообразие вопросов, входящих в психосоматические тесты, все они по сути описывают одно и то же феноменологическое поле. Это общее конечное анатомически упорядоченное множество телесных симптомов, объем которого на несколько порядков меньше, чем множества психологических явлений, доступных для диагностики. Различные тесты отличаются друг от друга лишь полнотой описания этого множества (перечнем включенных симптомов) и их интерпретацией (психологической, клинической). Таким образом, психосоматический континуум выступает как общее поле, на котором неизбежно происходит «телесная конвергенция» психодиагностических инструментов. В процессе формирования комплексного психосоматического теста (КПСТ) в него были включены, наряду с ПВО, описания симптомов, присутствующих в ряде диагностических инструментов, с привязкой к универсальной шкале ответов по Lykert [24]:

1. Для дифференциальной диагностики в соматическом аспекте добавлены Гиссенский опросник соматических жалоб (клиническая группировка симптомов) и вопросная часть комплексной автоматизированной

системы массовых осмотров населения КАСМОН, разработанной ЦНИЛ Рижского медицинского института и утвержденной приказами МЗ СССР №777 от 30.05.1986 и №350 от 12.03.1986 г. [25]. Таким образом профили патологии, диагностируемые КАСМОН, составляют клиническую часть вегетативного профиля ВПФС.

2. Для углубления диагностики в психологическом аспекте, в первую очередь детальной оценки соматизации (и связанных с ней психопатологических синдромов), а также соматоформных расстройств, включены симптомы, присутствующие в SQL-90-г и SOMS [26].

На основании сочетания дифференциально-диагностическая оценка вероятных органических или функциональных нарушений:

а) При минимальной интенсивности нарушений вегетативного тонуса, и напротив, отчетливой выраженности отдельных профилей патологии (по расчетным значениям профильных диагностических сумм) можно предполагать преобладание органических изменений.

б) В случае повышенного уровня соматизации эмоций (SQL-90-г) и высоких значений по шкале соматоформных расстройств (SOMS) вероятно превалирование функциональных нарушений.

Литература:

1. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model // The American journal of psychiatry. — 1980 — Vol. 137, №5. — Pp. 535—543.
2. Mitscherlich A. Hindernisse in der sozialen Anwendung der Psychotherapie // Psychoe - 1954/55. — V.8. — Pp. 284-305.
3. Сандомирский М.Е. Психосоматика: интеграция клинического, психологического и традиционного духовно-оздоровительного подходов // Психотерапия. Приложение: Матер. Межрегион. научно-практ. конф. «Настоящее и будущее психотерапии и психологического консультирования на Юге РФ» 27-29 ноября 2009 г. — С. 17-21
4. Сандомирский М.Е., Демин А.Н. Новые технологии психологической помощи пациентам с психосоматическими расстройствами // Психотерапия. — 2011. - №10. - Материалы Международного конгресса «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация» Москва 7-9 октября 2011 г. — С.31
5. Сандомирский М.Е. Микроконверсионные расстройства: взгляд клинический и психологический // Психотерапия. — 2011. - №10. - Материалы Международного конгресса «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация» Москва 7-9 октября 2011 г. — С.30
6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
7. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семей-



ном контексте (на модели соматоформных расстройств) // Медицинская психология в России. - 2011. - №1(6).

8. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Исурина Г.Л. и соавт. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротической астении (УНА). Методические рекомендации. - СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. - 20 с.

9. Данилова Н.Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний: Учеб. пособие. - М.: Изд-во МГУ, 1992. - 192 с.

10. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение. - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. - 336 с.

11. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. В 2-х тт. - М. - Екатеринбург, 2000.

12. Сандомирский М.Е. К вопросу о методике исследования вегетативной нервной системы в клинике внутренних болезней // Практические методы повышения эффективности оздоровления детей. - Уфа: 1986. - С. 73-74.

13. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. - М.: Медицина, 1981. - 320 с.

14. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия. - М.: КЛАСС, 2005. - 562 с.

15. Бесчасный А.А., Сандомирский М.Е., Никифоров С.Г. Анализ взаимосвязи нарушений вегетативного тонуса и личностных изменений как показателя дезадаптации у психически больных // Психосоматические расстройства и вопросы психотерапии. / Тез. конф. - Уфа: Изд. БГМИ, 1991. - 103 с. - С. 67-69.

16. Thiele W. Psycho-vegetative Syndrome // Ment. Welt. - 1966. - V.1. - Pp. 9-13

17. Dunbar F.H. Psychosomatic diagnosis. — New-York-London, 1948. — 506 p.

18. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. - М.: Медицина, 1997. - 265 с.

19. Сандомирский М.Е. Системные механизмы вегетативных нарушений // Теория и практика разработки и внедрения средств автоматизации технологических и производственных процессов. Тез. докл. V Республ. межотрасл. науч.-тех. конф. Уфа: УАИ, 1989. - 124 с. - С. 112.

20. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 1979. - 298 с.

21. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization // Psychoanalysis study of the child. - N.Y.: Int. Univ. Press. - 1955, Vol.10. - Pp. 110-164.

22. Маришук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. - СПб.: ИД Сентябрь, 2001. - 259 с.

23. Сандомирский М.Е. Психосоматика – модный диагноз? // Наша психология. - 2011. - №11(56). - С.104-106

24. Сандомирский М.Е. Перечень психосоматических симптомов. // Вестник интегративной психологии. - 2014. - Вып. 12 - С. 186-190

25. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 30 мая 1986 г. №770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения»

26. Rief W., Hiller W. Screening für somatoforme Störungen: SOMS. - Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 2008.

Integration of clinical and psychological approaches in psychotherapy of psychosomatic disorders: diagnostic aspect

SANDOMIRSKY MARK EVG.

Institute for Group and Family Psychotherapy, Moscow

Integration of clinical and psychological approach to psychotherapy of psychosomatic disorders is considered, mainly in diagnostic aspect. The system model of stress-induced psychosomatic disorders genesis is described. It's main principle is integrating of clinical, physiological and psychological view on the basis of two-component regression mechanism. The role of early experience in shaping individual psychosomatic profile and nosological predisposition is explained by combining views on the affective regulation development and autonomic emotions support. Results of autonomic testing in order to assess functional psychosomatic disorders are discussed, thus obtaining criteria for differential diagnosis of functional and organic symptoms. Construction of an integrated psychosomatic test on the basis of somatic test convergence is described, and its application in addition to diagnostic BNF-triad as well.

Keywords: psychosomatics, psychotherapy of psychosomatic disorders, integration, psychodiagnostics, autonomic tone, functional states



Взаимодействие специалистов полипрофессиональной бригады в комплексном лечении пограничных психических расстройств в амбулаторных условиях

СГИБОВ В.Н. [1], КОЧЕРГАНОВ П.Н. [2], БОБРО К.В. [3]

[1] академик РАЕН и РАМТН, д.м.н., профессор, главный психотерапевт г.Пензы, директор Научно-практического центра «Психотерапия», действительный член ППЛ, психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы (Пенза)

[2] академик РАМТН, к.м.н., врач-психиатр, зам.директора Научно-практического центра «Психотерапия», действительный член ППЛ, (Пенза)

[3] медицинский психолог высшей категории, руководитель психологической службы Научно-практического центра «Психотерапия», действительный член ППЛ, (Пенза)

Данная публикация представляет опыт и анализ различных наблюдений, сделанных за годы работы в области психического здоровья в амбулаторных условиях. На протяжении последних тринадцати лет авторы этой статьи - врачи-психиатры, психотерапевты и клинические психологи - активно взаимодействуют в оказании комплексной медико-психологической помощи больным с пограничными психическими расстройствами в амбулаторных условиях. В статье раскрыта структура организации комплексной психотерапии больных с пограничными психическими расстройствами в негосударственном Научно-практическом центре «Психотерапия». Помощь пациентам осуществляется полипрофессиональной бригадой специалистов.

Ключевые слова: Научно-практический центр «Психотерапия», полипрофессиональный бригадный метод лечения, комплексная терапия больных с пограничными психическими расстройствами.

Задачи совершенствования лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи больным с пограничными психическими расстройствами находятся в центре внимания специалистов данного профиля. [1]

Психотерапия сегодня представляет собой деятельность в постоянно изменяющихся условиях, направленную на адаптацию людей к различным жизненным ситуациям и создание более благоприятной среды для повышения качества их жизни.

Современная российская психотерапия интегрировала в себе многие направления, методы, методики, технологии и техники психологического воздействия на человека и группу, что позволяет ее характеризовать как мультимодальную (Макаров В.В., 2004), или интегрированную психотерапию (Карвасарский Б.Д., 2003).

Это направление в последние годы интенсивно развивается наряду с психоаналитическим, поведенческим и гуманистическим направлениями в мировой психотерапии. Развитие мультимодальной отечественной клинической психотерапии проявилось, в частности, признанием ее значительной роли в развитии Европейской ассоциации психотерапии.

Одним из принципов мультимодальной психотерапии является органичное использование различных (иногда даже конкурирующих между собой) теоретических представлений и технологий разных модальностей психотерапии.

В настоящее время характерным проявлением интегрированности отечественной психотерапии является все более широкое использование в практике здравоохранения медицинской (клинической, врачебной) и психологической (неврачебной, гуманитарной, философской по своей природе) моделей психотерапии.

На практике это проявляется привлечением медицинских психологов к участию в проведении психотерапии, психокоррекции, реабилитации и психопрофилактики и другим мероприятиям по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса. [7]

Одним из приоритетных направлений этой системы является переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной (полипрофессиональной, бригадной) модели оказания специализированной помощи лицам с нарушениями психического здоровья.

В данной модели акценты смещаются от психофармакотерапии к психотерапевтическим методам, основанным на психологических механизмах воздействия на организм и личность пациента, от посещений, наполненных исключительно индивидуальными формами работы с пациентом к разработке индивидуальных лечебно-профилактических программ, включающих в себя (в том числе) и различные формы групповой психотерапевтической работы.

Эффективное взаимодействие врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе является в последнее время



одной из актуальных проблем организации работы учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Современные представления о биопсихосоциальной сущности болезни диктуют холистический (целостный) подход к больному, который предполагает сотрудничество разных специалистов в единой бригаде на этапах лечебно-диагностических мероприятий и реабилитации.

В.Н. Краснов (2001) сформулировал направление реформирования психиатрии на основе комплексной биопсихосоциальной модели психического здоровья: от профессиональной самодостаточности к полипрофессиональному взаимодействию, от врача-психиатра к специалистам по психическому здоровью, от внутрибольничной работы к «полевой» работе, сочетающей организационную и просветительскую деятельность.

Как считает Б.А. Казаковцев (2001), необходимо активнее искать пути по эффективной организации деятельности полипрофессиональных бригад и использованию новых методов психосоциальной реабилитации пациентов.

Актуальность организации бригадного взаимодействия в отечественной службе охраны психического здоровья обуславливается недостаточным учетом организаторами психиатрической помощи современных социальных и психологических факторов.

Данные научных исследований ряда авторов (И.Я.Гурович, А.Б.Холмогорова, 2002) также подтверждают необходимость биопсихосоциального подхода к решению проблемы психического здоровья.

В настоящее время происходит реорганизация практической помощи больным пограничными психическими расстройствами в направлении большей комплексности и интеграции усилий разных специалистов и введении полипрофессионального бригадного метода ее работы, широком применении психотерапии, создании системы дифференцированной социальной работы, как важной составной части помощи психически больным (И.Я.Гурович, Я.А. Сторожакова, 1998).

Полимодальность и интегрированный характер психотерапевтического воздействия проявляется в системе государственных учреждений здравоохранения и в крупных психотерапевтических центрах негосударственных форм собственности, оказывающих этот вид специализированной помощи. Научно-практический центр «Психотерапия» — это многопрофильное негосударственное лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее научную, медицинскую и образовательную деятельность. На протяжении последних тринадцати лет нами накоплен определенный опыт взаимодействия специалистов полипрофессиональной бригады в комплексном лечении пограничных психических расстройств в амбулаторных условиях на базе Научно-практического центра «Психотерапия».

В центре работают медицинские психологи, врачи-психотерапевты, психиатры, психиатр-нарколог, не-

вролог, логопед, а также представители традиционной медицины: рефлексотерапевт, специалисты по медицинскому массажу и ЛФК [2]. На основании накопленного клинического опыта нами предложена концептуально-методическая модель комплексной, поэтапной, дифференцированной терапии больных с пограничными психическими расстройствами с использованием многопрофильной бригады специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь (Сгибов В.Н., Николаев В.М., 2005). [4]

Лечение сочетает в себе дифференцированность и комплексность с направленностью на индивидуальные случаи заболеваний, представленное сочетанием трех терапевтических методов — биологического, психологического и социального. Ведущим подходом в диагностике и лечении больных с пограничными психическими расстройствами специалистами Центра является клиническая психотерапия. [3]

В центре «Психотерапия» используется полипрофессиональный бригадный метод лечения больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями.

Во главе бригады специалистов стоит опытный врач-психотерапевт, который составляет индивидуальные лечебно-реабилитационные программы каждому пациенту и координирует работу бригады.

В процессе терапии и реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами участвуют: клинический психолог и специалист по социальной работе, которые прошли дополнительную подготовку по психотерапии и вопросам терапевтического сотрудничества. Данные специалисты составляют основу терапевтической бригады.

При бригадной форме работы врач-психотерапевт, клинический психолог и социальный работник, а при необходимости другие специалисты (психиатр-нарколог, невролог, логопед, рефлексотерапевт, специалисты по медицинскому массажу и ЛФК), рассматривают вопросы клиники, диагностики, прогноза, лечения и реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами с позиции своих специальностей, взаимно дополняя друг друга.

Это дает возможность разработать для каждого больного индивидуальный план лечения, включая весь необходимый комплекс медицинских, психологических и социально-реабилитационных мероприятий (индивидуальная, семейная, групповая психотерапия, социотерапия, терапия средой и др.).

Первым этапом бригадного ведения больного является постановка функционального диагноза.

Функциональный диагноз формулируется с учетом результатов комплексного исследования состояния больного, который позволяет наиболее полно представить характер нарушений психического и социального функционирования, а также выявить имеющиеся у пациента и его социального окружения возможности преодоления накопившихся проблем [5].



Следующий этап – разработка на основе функционального диагноза программы оказания помощи. Психотерапия проводится в соответствии с клиническими показаниями, которые для каждого больного устанавливаются коллегиально врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и клиническим психологом по согласованию с другими участниками лечебно-реабилитационного процесса. [5]

Частота и длительность совещаний бригады устанавливаются с учетом клинического состояния пациента, особенностей его психологического и социального функционирования. Такие совещания приводят к формированию общей стратегии и тактики, обеспечивают взаимную информацию каждого специалиста обо всех проводимых в отношении пациента мероприятиях и дают более полную картину динамики состояния больного.

Врач-психотерапевт выявляет синдромальный и нозологический диагноз и разрабатывает индивидуальную терапевтическую программу лечения. Психосоциальный аспект лечебно-реабилитационной программы разрабатывается врачом-психотерапевтом, психиатром совместно с клиническим (медицинским) психологом с учетом клинических данных.

На этапе диагностики терапевтическая бригада специалистов осуществляет проведение первичного исследования больного каждым специалистом по своему профилю.

Врач-психотерапевт осуществляет сбор анамнеза, клиническое исследование (психопатологическое, неврологическое, соматическое и при необходимости – параклиническое) и несет ответственность за лечение больного в целом. [6]

Медицинский психолог проводит экспериментальное психологическое и патопсихологическое исследование (изучение структуры личности, наличие и степень выраженности акцентуации, особенности личностного реагирования, специфику механизмов психологической защиты и адаптации, особенности психологических механизмов возникновения и развития заболевания, симптомообразования, особенности реализации личностных возможностей, наличие и характер мотивации к участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях, возможности компенсаторных механизмов и др.).

Специалист по социальной работе проводит социальное обследование по месту жительства и работы (изучает степень социальной адаптации, особенности семейной и внесемейной сфер общения, трудовую занятость, степень трудоспособности, сохранность профессиональных навыков, уровень инвалидизации и др.).

Полученные данные обсуждаются специалистами полипрофессиональной бригады с целью установления «многоосевого диагноза».

Совещания бригады проводятся не реже одного раза в неделю. В соответствии с этим, каждый из участников формулирует свою задачу, соотносимую с задачами других, а при последующих обсуждениях сообщает о достиг-

нутых результатах, проводится разбор индивидуального случая работы полипрофессиональной бригады.

Данные, имеющие существенное значения для установления диагноза и для разработки программы лечебно-реабилитационных мероприятий, заносятся в персональную медицинскую документацию пациента – унифицированную карту изучения и учета больных с пограничными психическими расстройствами в раздел «многоосевой диагноз».

На этапах лечения и реабилитации врач-психотерапевт, психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе совместно реализуют мероприятия индивидуальных психотерапевтических программ.

Сотрудничество специалистов на этих этапах предполагает:

- 1) проведение клинических совещаний, на которых анализируется ход реализации индивидуальных терапевтических программ;
- 2) проведение мероприятий по реализации индивидуальных терапевтических программ специалистами самостоятельно;
- 3) ведение и анализ персональной документации;
- 4) анализ эффективности терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Содержательная сторона проводимых психотерапевтических, психокоррекционных и развивающих мероприятий (конкретные методические элементы индивидуальной психотерапевтической программы) определяется спецификой клинического состояния пациента, а также механизмами (патогенетическими, психологическими и др.), обуславливающими возникновение и развитие заболевания, особенностями социальной адаптации больного и его социального функционирования. [4]

Следует учитывать, что содержание терапевтической программы отражает характер, уровень и специфику профессиональной подготовки многопрофильной бригады специалистов, индивидуальный стиль проводимой ими терапии.

Врачами-психиатрами ЛПУ еще недостаточно осознана необходимость комплексной психотерапевтической работы, обычно сводимой к отдельным индивидуальным сеансам. Создание психотерапевтической среды в ЛПУ, комбинация индивидуальной и групповой работы, терапии занятостью, средой, творческим самовыражением – это далеко не полный перечень задач, которые должны решать полипрофессиональные бригады, ориентированные на психотерапию.

В нашей работе имеет большое значение постоянный контакт специалистов бригады, их профессионализм, осведомленность о методах исследования, лечения и реабилитации, понимание смысла того, что делает другой член бригады для достижения поставленных задач.

Таким образом, развитие бригадного подхода в комплексной терапии оптимизирует лечение больных с пограничными психическими расстройствами.

В настоящее время большое значение имеет психотерапия, осуществляемая частнопрактикующими специалистами и психотерапевтическими центрами, организованными вне государственной системы здравоохранения. Врачи, которые работают вне государственной системе здравоохранения, заботятся о повышении рентабельности и экономичности психотерапевтической помощи, активно внедряют в практику достижения современной науки. Взаимное признание и уважение, перестройка мышления на основе системной биопсихосоциальной модели нервно-психической патологии, соблюдение равноправных партнерских позиций – это необходимые условия для становления бригадной работы в службе охраны психического здоровья населения и повышения ее эффективности. Современные исследования подтверждают необходимость биопсихосоциального подхода к решению проблемы психического здоровья

Литература:

1. Сгибов В.Н., Савельев В.П., Орлов В.В., Панина А.В., Декало Е.Э. Организация бригадной многоуровневой работы психотерапевтического отделения //Сборник статей Областной научно-практической конференции «Вопросы судебной экспертизы и принудительного лечения психически больных» - Пенза, 2011. – С.142-148
2. Сгибов В.Н., Ялдыгина А.С., Кочерганов П.Н., Лан И.Л., Бобро К.В. Комплексный подход в терапии тревожно-фобических расстройств в амбулаторных условиях //Сборник XVI юбилейной научно-практической конференции с участием регионов России на тему:

«Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных», посвященной 35-летию ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава – Пенза, 2012. - С. 330-333

3. Сгибов В.Н., Кочерганов П.Н., Бобро К.В. Комплексный подход к лечению пограничных нервно-психических расстройств в негосударственном научно-практическом центре «Психотерапия» //Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». – Москва, № 12 (108) 2011. – С. 20-25

4. Сгибов В.Н., Николаев В.М., Взаимодействие специалистов полипрофессиональной бригады в комплексном лечении пограничных психических расстройств. // Методические рекомендации. - Пенза, 2005. - С.18

5. Сгибов В.Н. Организация психотерапевтической помощи в негосударственном центре психотерапии // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации». – М., 2002. – С.31-33.

6. Сгибов В.Н., Антропов А.Ю. Комплексная поэтапная дифференцированная терапия соматоформных расстройств с использованием многопрофильной бригады специалистов, в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь // Рационализаторское предложение № 224. – Пенза, 2002.

7. Баранова Г.Н., Беребин М.А. Организация и содержание психотерапевтической и медико-психологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях для взрослого населения // Клинико-организационное руководство. – Челябинск, 2005. - С. 34.

Interaction of the experts of the multiprofessional brigade in the complex treatment of the border psychic disorders on an outpatient basis

SGIBOV V.N. [1], KOCHERGANOV P.N. [2], BOBRO K.V. [3]

- [1] Academician of the Russian Academy of Medico-Technical Science and Natural Science, Doctor of Medical Science, Professor, Head psychotherapist of Penza, Director of the Research and Practical Centre "Psychotherapy", Full Member of the Professional Psychotherapeutic League, psychotherapist of the Unified Register for Professional Psychotherapists of Europe, (Penza)
- [2] Academician of Russian Academy of Medico-Technical Science, Ph.D. in medical science, Deputy Director of the Research and Practical Centre "Psychotherapy", Full Member of the Professional Psychotherapeutic League, (Penza)
- [3] medical psychologist, head of the psychological service of the Research and Practical Centre "Psychotherapy", Full Member of the Professional Psychotherapeutic League, (Penza)

This publication presents the experience and analysis of the various observations made over the years in the field of mental health on an outpatient basis. Over the past thirteen years, the authors of this article - psychiatrists, psychotherapists and clinical psychologists - actively cooperate in the delivery of comprehensive medical and psychological care to patients with border psychic disorders on an outpatient basis. The article deals with the organizational structure of the complex therapy of the patients with border psychic disorders in the Research and Practical Centre "Psychotherapy". The patients' treatment is carried by the specialists of the multiprofessional brigade.

Keywords: Research and Practical Centre "Psychotherapy", Multiprofessional teamwork, Complex therapy of the patients with border psychic disorders.



Перспективы и задачи отечественной психотерапии в свете работы с системой «человек—среда»

НАРИЦЫН Н.Н.

практикующий врач-психотерапевт, психоаналитик, действительный член Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической лиги, Общероссийского совета по психотерапии и консультированию, Европейской Ассоциации Психотерапевтов (ЕАР), Европейской Конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП); официальный преподаватель и супервизор практики Межрегионального класса ППЛ, обладатель сертификата Всемирного совета по психотерапии

Данный доклад – это попытка автора проанализировать перспективы современной российской психотерапии (с ее гуманистическими корнями и богатым научным опытом) и дальнейшую специфику ее развития с учётом изменения сегодняшних реалий, социального общения, личностного мышления и т.п., в том числе с учётом особенностей работы с нестандартными личностями и неоднозначности границ «болезнь-здоровье» и «норма-патология» в данной области.

Ключевые слова: психотерапия, психиатрия, болезнь, здоровье, норма, нестандартная личность.

Говоря о перспективах чего бы ни было, начинать желательно с хронологии и закономерностей предыдущего развития. Особенно если речь идёт о психотерапии, и в частности – о психотерапии российской. Ведь, как известно, наука эта достаточно молода, а в нашей стране официально появилась совсем недавно: а неофициально она возникла много раньше официального срока (1988 год), и до того существовала под эгидой и в рамках психиатрии.

Поэтому прежде всего предлагаю некую таблицу хронологии: как развивались психиатрия и психотерапия в разных доофициальных формах на протяжении всего развития человечества.

Хронология

1.	Последние несколько миллионов лет	Инстинктивная медицина	Высшие животные, включая приматов (само- и взаимопомощь)
2	Примерно 500 тыс. лет	Первобытная психотерапия	Появление речи у палеоантропов (шаманы и колдуны)
3	10-15 тыс. лет	Древняя идеология, религия	Земледелие, древние цивилизации (храмовые жрецы)
4	2-2,5 тыс. лет	Современная идеология и религия (наставление на путь истинный)	Монотеизм (священники)
5.	100-150 лет	Современная новейшая идеология (наставление на правильный путь)	Научная медицина, ангажированная властью (заидеологизированные светские врачи)

Медицина – одна из древнейших профессий, но мало кто отмечает, что начатки ее возникли ещё до появления «человека разумного». Психотерапия же, вероятно, появилась уже после возникновения речи; первыми ее

представителями были колдуны и шаманы. Затем эстафету психологической и психотерапевтической помощи перехватили жрецы древних религий Египта, Индии и Греции. Однако смею предположить, что психиатрия в современном варианте сформировалась после возникновения устойчивого ручного земледелия (хотя сам термин «психиатрия», предложенный Иоганном Кристианом Рейлем, появился только в 1808 году). Служители религиозных культов постепенно всё активнее стали заменять оказание помощи страждущим (лечение) попытками изменить поведение своих последователей, создавая идеологию. Но в ранних религиях политеизма трудно усмотреть наличие морали, бинарности в разделении добра и зла и т.п. Исследуя мифы древних Индии, Египта и Греции, мы находим описание как бы наблюдаемых со стороны поступков различных героев и похожих на них по поведению богов без каких-либо оценочных выводов. Мораль и идеология начали формироваться с развитием монотеистических религий. Формируется понятие души (психос) и то, как этой душе должно поступать. Устанавливаются нормы и стандарты душевного поведения. Всё, что не укладывается в прокрустово ложе этих стандартов, объявляется ненормальным. Со времён возникновения таких особенностей религиозного подхода и начинается расхождение русской и западноевропейской (североамериканской) психиатрии и психотерапии: можно сказать, что окончательно произошло оно сравнительно недавно, вместе с отходом православия от других христианских конфессий. Сложности понимания этих отличий создают трудности понимания западными душеведами (журналистами, политиками, психологами и психиатрами) «загадочной русской души». Корни расхождения в подходе к лечению психиатрических заболеваний и к психотерапии начинаются с отдаления православия от других разновидностей христианства. В православии всегда отводилась особая роль Богородице, и как следствие –



женщине-матери. Это отразилось и на культуре в целом, и на отношении к детям, а также к больным, сирым и убогим людям. К душевнобольным сформировалось особое отношение, их называли «божьи люди», часто они брались под охрану монастырей. Этот факт в истории раннего православия хорошо проиллюстрировал Тарковский в своём фильме «Андрей Рублёв» (1966). Только в 1706 году новгородский митрополит Иов построил в Колмовском монастыре под Новгородом дом для подкидышей и отдельную инвалидную больницу, где содержались и лица с психическими расстройствами: до этого времени душевнобольные люди находились непосредственно при монастырях среди монахов. За это время постепенно сложились основные правила монастырской психиатрии: «призрение (наблюдение) и не насилие» потом надолго стали основными в российских и светских психиатрических клиниках.

Одним из примеров такого отношения к душевнобольным может стать история Преображенской психиатрической больницы им. В.А. Гиляровского, основанной ещё в 1808 году и по сути продолжившей традиции монастырской медицины. Мог ли находящийся в «психушке» пациент где-нибудь в другой стране стать столь уважаемым и почитаемым сильными мира сего, как Иван Яковлевич Корейша? За свои 44 года пребывания в больнице он приобрёл славу не только русского юриста, но и ясновидящего-прорицателя. Также в пример могу привести клиническую базу своей альма матер – Буршевскую психиатрическую лечебницу, открытую ещё в 1884 году. Это была первая в России специально построенная светская лечебница-колония для душевнобольных. Первокласная организация психиатрического дела в этой больнице получила высокую оценку психиатрической общественности того времени.

Несколько иное дело было в странах, где в основу религии и культуры заложен культ Создателя, Бога-Отца. Этот культ распространяется и на внутрисемейные эталоны поведения. Проявление слабости осуждается, а любые отклонения от общепринятого психического поведения приписываются влиянию однозначно негативной потусторонней силы. Таких людей называют «одержимыми бесом» или «бесноватыми». Домедицинская психиатрия в данных социумах сводилась к насильственному «изгнанию бесов», а то и к физическому уничтожению как больных людей, так и всех нестандартно мыслящих личностей. Душевнобольных запирали в клетках, сажали на цепь и показывали добропорядочной публике, причём не бесплатно. Одна из подобных клиник в Лондоне под названием Бедлам даже приобрела нарицательное значение. «Лечение души», перед которым меркнет мракобесие инквизиции, достигло апогея в Германии на рубеже XIX–XX веков, во многом предвосхитив формирование фашистской идеологии. Так, в 1850 году психиатру С.-Т. Гроддеку присудили докторскую степень за диссертацию, озаглавленную «Демократическая болезнь: новая форма безумия».

Влиятельный в своих кругах специалист Рихард фон Краффт-Эбинг открыл «политическое и реформаторское расстройство». А психиатр П.-И. Мебиус пришёл к выводу, что женщинам свойственна «психологическая дефектность».

В 1892 году Краффт-Эбинг сказал: «Как раньше, так и сегодня мы знаем людей, которые, будучи не удовлетворены существующими общественными институтами, намереваются улучшить мир или создать нечто новое на месте старого... Они выступают в роли лидеров революций, основателей политических партий... и они делают себя и других несчастливymi. Это болезнь, и инкубационный период её долгий, зачастую он начинается в детстве». Вскоре коллега Гроддека Адольф Гоппе выразил мнение, что сознательный отказ от воинской службы – это «несомненное проявление этической ущербности». И вообще, любой, кто отказывается от военной службы по религиозным мотивам, является ненормальным и «больным». Здесь я хочу выделить слово ненормальный – понятие, которое на многие годы стало определяющим в диагностике психических заболеваний. Но об этом чуть позже. А пока добавлю, что в 1920 году два деятеля науки, психиатр Альфред Хохе и юрист Карл Биндинг, опубликовали краткий доклад на тему «Право уничтожать жизни, не достойные жизни», в котором доказывали, что в определенных случаях приход смерти следует ускорять. Основные положения этого 62-страничного трактата таковы.

1. Страдания смертельно больного или раненого человека можно сократить с помощью медицинского препарата.
2. Такое ускорение смерти – не убийство, а, «в сущности, лишь лечебная процедура». (Это положение позднее использовали нацисты в оправдание своих программ уничтожения людей.)
3. Врач должен иметь право применять эвтаназию к любому человеку, находящемуся без сознания, не страшась каких-либо судебных санкций.
4. Существуют люди, бесполезные для общества, прежде всего – пациенты «учреждений для идиотов».
5. Неизлечимых идиотов, не способных дать согласие ни на продолжение жизни, ни на смерть, следует убивать. «Их смерть никого не опечалит, кроме, может быть, их матерей или опекунов... Когда мы достигнем большего прогресса, мы, вероятно, будем спасать этих бедных людей от самих себя».

Хохе и Биндинг оправдывали убийства безнадежных людей, которые должны были совершать врачи, в том числе экономическими соображениями: «Неизбежные затраты, связанные с ускорением смерти людей, были не обременительны, пока мы процветали; сейчас ситуация иная, и нам надо что-то делать». Подобные «теоретические исследования» послужили основой программы умерщвления «Т-4», в рамках которой было уничтожено 70 273 человека с различными формами психических за-



болеваний. Вот один из примеров её применения: немецко-фашистские оккупанты в период с 4 июля 1942 года по январь 1943 года расстреляли на территории одной только психлечебницы под Воронежем 720 советских граждан, в том числе 700 душевнобольных, находившихся на излечении в больнице — мужчин, женщин и детей; двух лечащих врачей Грузь Софью Ефимовну и Резникову Елизавету Львовну с полуторамесячным ребёнком, 13 раненых советских военнослужащих, взятых в плен, и пять мирных жителей, угнанных из г. Воронежа.

Советский период, как известно, знаменит возникновением «карательной» психиатрии и директивной психотерапии, а также представлениями, будто с помощью психиатрии людей можно «переделать в угоду правящей линии». После известных событий октября 1917 года в нашей стране началось интенсивное внедрение прозападных идей (особенно немецких) в практику психиатрии. Формально это началось ещё с Петра III и его указа в 1762 году о постройке доллгаузов, от нем. toll — безумный, сумасшедший, и haus — дом («Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгаузы, — а впрочем быть по сему»), а также с передачи признания за душевно больными от монастырей светским учреждениям на западный манер. Претворение в жизнь этого указа сильно застряло из-за недостаточного финансирования. А после 1917 г. всё прежнее из серии «признание и не стеснение» было объявлено «поповским» и опять-таки заменялось западным, часто немецким, принудительным строительством нового человека. Несогласных (недостаточно согласных) в годы военного коммунизма расстреливали или переделывали в психиатрических клиниках различными методами: от душа Шарко до инсулиношоковой и электрошоковой терапии. Можно считать чудом, что советская психиатрия не дошла до применения лоботомии. Почему-то считалось, что если инакомыслящего хорошенько встряхнуть, он станет думать, как все, или как угодно власти. На щит были подняты имена западноевропейских психиатров: поначалу без разбору, всех отметившихся на слуху у политиков. К примеру, так к нам попали и идеи психоанализа. Но потом началась жёсткая селекция психиатрических идей в соответствии с Генеральным Курсом. Здесь мы не можем не вспомнить с благодарностью старую российскую психологическую и психиатрическую интеллигенцию. В своё время И.С.Кон меня предупреждал, что быть упомянутым в публикациях не обидно, обидно не быть упомянутым, так что прошу прощения у тех, кого не назвал, но вот хотя бы несколько имён. В.М.Бехтерев (1857-1927), врач, психиатр, психотерапевт. Чего стоит его выступление на открытии Первого съезда Русского союза психиатров и невропатологов в 1911 году, в котором он отмечает, что единственное место непритеснения — это психиатрические больницы. И.Д. Ермаков (1875-1942), врач-психиатр, психоаналитик: благодаря его трудам Россию называли второй родиной психоанализа. Б.В.Зейгарник

(1900-1988), которая в годы железного занавеса сохранила психологию как науку. А.Р.Лурия (1902-1977), пример того, как в условиях полного отрицания психоанализа можно развивать по сути психоаналитическое мышление у своих студентов. В.Е.Рожнов (1918-1998), врач-психотерапевт, доктор мед.наук, профессор, руководил кафедрой психотерапии ЦОЛИУВ (в наст. время РМАПО) и с 1972 года под видом критики читал цикл лекций по классическому психоанализу, а в годы перестройки активно поддерживал возрождение психоаналитического движения в новой России. А.И.Белкин (1927-2003), который вывел русский психоанализ из подполья. А.И.Амбрумова (1914-?), врач, доктор наук, суицидолог, организатор первого в России анонимного телефона доверия: про неё говорили, что она не боялась членов Политбюро и даже членов КГБ не боялась. Разные люди по-разному продвигали и сохраняли традиции старой русской психотерапевтической школы, передавая их своим ученикам.

Приведу ещё один пример непростой работы психиатра в тоталитарном государстве. Середина семидесятых. На военно-врачебной экспертизе скромный тихий подполковник. Неплохая успеваемость в школе. Одна неуязвка, в комсомол не вступает, а регулярно посещает церковь и поёт там в церковном хоре. Ненормально! И вот в рабочий полдень, за чаем, среди коллег зав. экспертизой говорит: «Мы все понимаем, что парень совершенно здоров. Но в заключении пишем: шизофрения, бред религиозного воздействия. Этот диагноз не мешает ему получить высшее образование в духовной семинарии, а отсутствие диагноза — это смертный приговор от дедовщины в Советской Армии». А скольких таких «инакомыслящих» спасли тогда психиатры от тюрьмы и каторжного труда в ГУЛАГе!

Выше я много говорил то о психиатрии, то о психологии. И вроде бы пока не ясно, кто же нуждается в психотерапевтической помощи, больные или здоровые? В том и сложность вопроса, что часто решение строится на вышеупомянутой бинарности: нормальный — ненормальный. И не только на бытовом уровне. В такой тонкой субстанции, как душа человека (психика), много ещё непонятого, сложного, запутанного, так что иногда легче принять шутку об отсутствии здоровых и присутствии недообследованных. Однако становится не до смеха, когда политики берутся управлять душами людей на свой лад, превращая науку в фарс, а врачей в марионеток. О сложности понятия «здоровье» и «психотерапия здоровых» я говорил на международном конгрессе «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых» в октябре 2011 г; материал моего доклада «Проблемы определения понятия «психотерапия здоровых» и специфика его практической реализации» опубликован в журнале «Психотерапия» №10, 2011 г.

Как уже говорилось, часто в вопросах психического здоровья опираются на понятие нормы как на некоторую аксиому. Но в этом случае «ненормальным» также



становится, к примеру, каждый, кто не разделяет некоторых общепринятых установок. Так попробуем же определиться с понятием «норма».

Самым частым вариантом (назовём его – обыденная норма) считает себя и своё ближайшее окружение среднестатистический добропорядочный гражданин, если он с этим окружением не конфликтует. Всё остальное – ненормально: к примеру, ненормальны все приезжие. Близко к этому экспертное представление о норме: когда некий гражданин признаёт себя, возможно с поддержки других заинтересованных граждан, экспертом. В психоанализе обычно в подобных случаях рекомендуют пройти личностный психоанализ у своего супервизора, так как обычно убеждение «Всё, что у меня – то норма, а всё остальное – ненормальность» часто бывает выражением непроработанных собственных проблем личности. Есть ещё норма, определяемая действующими законами и не запрещенными властями традициями (назовём её – декретная норма). Смертная казнь через забрасывание камнями в некоторых странах обществом принимается и считается нормальным. Есть и вполне научное, во многих случаях поддающееся измерению, понятие «среднестатистическая норма». Однако применять в медицине этот критерий чревато. Известный по древнегреческим мифам разбойник Прокруст пытался подобным образом «править» людей и сам был навсегда «выправлен» греческим героем Тесеем. И вообще использование в медицине «среднестатистической нормы» давно породило шутивную поговорку про «среднюю температуру по больнице». Но если воспользоваться статистикой и для более наглядной картины примерно распределить людей по способностям, интеллектуальным возможностям и прочим «стандартам мышления» на известной кривой Гаусса, то на ее пике естественным образом окажутся те люди, которые подходят к вопросам жизни, как правило, довольно стандартно и чаще всего в основном по критериям «списочного счастья» (хотя здесь необходимо учитывать еще и то, что переходы от пика к краям на кривой Гаусса плавные, и не всегда есть чёткие критерии дифференциации «стандартной личности и нестандартной»). А по краям кривой оказываются те, кто «в норму не вписывается»: с одной стороны – люди с теми или иными «дефектами личности», а с другой – с нестандартными способностями, интеллектом и мышлением. И большинству окружающих бывает сложно по внешним наблюдениям отличить одну крайность от другой.

Если представлять это графически (рис.1), то «нормальную среднестатистическую личность» можно обозначить обычным ровным кружком. Личность, страдающую той или иной психической патологией – кружком с некоей «выщерблинкой»: так как болезнь образует некий дефект, как бы «выгрызает» часть полноценной личности. А третий вариант – личность с нестандартными способностями – изобразим кружком с «добавкой». И как легко заметить, оба «крайних вари-

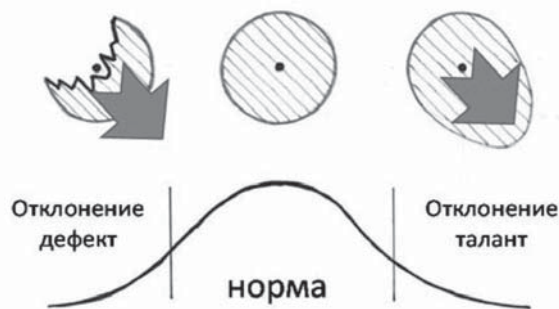


Рис.1

анта» будут внешне отличаться от стандартного кружка, только не все могут понять – чем именно: минус-симптоматикой (увидеть отсутствие чего либо часто очень не просто) или добавочными способностями. В силу этой путаницы личности «со смещением», причём всё равно с каким, нередко имеют существенные проблемы с социальной адаптацией и восприятием в социуме. Даже при отсутствии заболевания и дефекта любая нестандартность мышления обычно не мешает сделать жизнь человека запредельно сложной, а окружающим признать его сумасшедшим. Известный пример из литературы – Чацкий из «Горя от ума» Грибоедова, а из реальности – до сих пор называемый некоторыми земляками «городским сумасшедшим» уроженец г.Калуги К.Э.Циолковский. А одна моя клиентка, родственница которой в своё время пострадала от советской карательной психиатрии за свои отличия от «среднестатистического большинства», иррационально боялась того же по отношению к себе (поскольку «в психушку» родственницу когда-то сдали именно члены семьи) и во многом в силу этого страха, неосознанно носила в кошельке мою визитку. Только потом мы выяснили, зачем: чтобы, если вдруг у кого-то возникнут претензии «ты ненормальная, ты не как все, тебя надо лечить и мы тебя заберём на лечение», была возможность эту визитку показать и сообщить, что «у меня есть свой психотерапевт, и он не считает меня больной, обратитесь к нему».

Таким образом, говоря о специфике современной российской психиатрии, психологии и психотерапии, хотелось бы отметить следующие моменты.

Первое – откровенный дефицит с одной стороны и, парадоксально, малая востребованность с другой стороны именно консультативной помощи: во многом потому, что ещё пока окончательно не изжито наследие «советской карательной психиатрии».

Многие до сих пор боятся пользоваться всеми услугами, содержащими корень психо-, и боятся в первую очередь те, кто оказывается, согласно вышеупомянутому графическому представлению, в «правой части кривой Гаусса»: люди нестандартные, талантливые, но откоро-



венно не укладывающиеся в так называемый среднестатистический мейнстрим.

Бояться в основном потому, что обиденный социум раз за разом объявляет им, что они ненормальные, и стоит им обратиться за помощью – их немедленно «заберут в психушку». Горькая ирония ситуации в том, что именно здоровые люди с нестандартным мышлением особенно нуждаются в консультативной, сотруднической, аналитической психотерапии. Фактически мы имеем ситуацию, когда среднестатистическое большинство присваивает себе функции определения вышеназванной «экспертной нормы». Но вернёмся к тому моменту, что обычно тяготение к «установлению экспертной нормы» подчас отражает наличие собственных проблем индивидуума. Но если такую тенденцию проявляет абсолютное среднестатистическое большинство – то получается, что вторым моментом, который хотелось бы озвучить, становится ситуация «здоровый человек в не совсем здоровом (проблемном) социуме, каковой социум считает этого человека психически больным». А также – актуальность и сложность психотерапевтической работы с данной проблематикой.

Грустно говорить об этом, но тем не менее подобные прокрустовы принципы сегодня иногда берутся на вооружение некоторыми психологами и психотерапевтами; что также не может не отражаться на росте уровня настороженности в отношении психологии и психотерапии вообще, особенно со стороны представителей «правой части гауссианы». Условно говоря, если за психотерапевтической помощью в социальной адаптации сегодня обращается человек, который откровенно не вписывается в «общепринятые устои» – к примеру, не стремится обзавестись семьёй и/или детьми, не стяжает богатства, не хочет власти или других «общепринятых ценностей», – то на консультации он довольно часто рискует столкнуться с навязываемым ему предложением «всё-таки стать как все и захотеть того, чего хотят все,

и таким образом перестать конфликтовать с социумом: а если ему этого не хочется – то с этим нежеланием и будем работать, чтобы его исправить».

То есть похоже, что расхождение старой русской и западной психиатрии и психотерапии сейчас идёт в обратном направлении: западная всё явственнее стремится к гуманистическим ценностям, а в российской намечается тенденция возврата к прежним западным и перенатым советским карательно-исправительным установкам. И сейчас крайне важно остановить эту тенденцию, сохранить наши гуманистические традиции и развить их в соответствии с прогрессивными современными тенденциями. Поскольку в современном мире одним из условий выживания становится развитие логики и интеллекта, а чем выше интеллектуальный уровень отдельных граждан, тем подчас сложнее их адаптация, и тем выше востребованность ими консультативной, аналитической, и в том числе психоаналитической помощи.

Реальность осложняется самой нелинейностью такого понятия, как человеческий разум, а также многогранностью и многомерностью таких понятий, как личность, характер человека, его жизненные мотивации и внутренние мотивы в свершении тех или иных поступков. У людей с нестандартным мышлением (по сравнению с приверженцами «стандартных» ригидных и архаичных традиций) больше шансов адаптироваться к быстро меняющимся условиям завтрашнего дня, однако соответствующая их запросам психологическая и психотерапевтическая помощь будет для них не только не лишней, но и крайне необходимой. То есть можно сказать, что психотерапия будущего в сегодняшней России – это консультативная помощь здоровым людям; при том, что понятие «здоровье», в том числе здоровье психическое, будет определяться не по устаревшим рамкам и нормам. И что вообще понятие «норма», как жёсткое ограничение, может быть постепенно выведено за границы психотерапевтической и психиатрической работы.

Prospects and challenges of domestic psychotherapy in the light of work with the «man-environment» system

NARITSYN NIKOLAI

A practicing psychotherapist, psychoanalyst, full member of the Russian Professional Psychotherapeutic League All-Russian Council for Psychotherapy and counseling European Association for Psychotherapy (EAP) European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapy (CPT); official teacher and supervisor practices Interregional class PPL certificate holder of the World Council for Psychotherapy

This report - is the author's attempt to analyze the prospects of modern Russian psychotherapy (with its humanistic roots and rich academic experience) and the specifics of its further development, taking into account the changes of today's realities, social networking, personal thinking and the like, including taking into account the peculiarities of the with unusual personalities and ambiguous boundaries «disease-health» and «norm-pathology» in this area.

Keywords: psychotherapy, psychiatry, disease, health, norm, non-standard personality



Интенциональный анализ психотерапевтического дискурса

КИРИЛЛОВА Е.И.

Национальный исследовательский университет—Высшая школа экономики, Москва, Россия

В статье представлены авторская методика интен-анализа психотерапевтического дискурса и обсуждение результатов исследования глубинного психологического содержания психотерапевтической речи К.Роджерса, полученные с использованием данной методики. Она включает в себя словарь и классификацию речевых интенций психотерапевтической речи, маркеры интенций, инструкцию экспертам. Важным результатом данного исследования явилось определение в речи К.Роджерса ведущей роли интенции помощи в понимании клиентом самого себя; в рефлексии взаимоотношения клиента, в установлении контакта клиента со своими внутренними ресурсами, жизненными силами, внутренним «я». Мы также пришли к выводу о том, что специфика психотерапевтической речи К. Роджерса заключается в ее интенциональной направленности на объект «Самосознание клиента».

Ключевые слова: психотерапевтический дискурс, интен-анализ, речевые интенции психотерапевта, Карл Роджерс.

Речь играет первостепенную роль в работе практических психологов и психотерапевтов. Вопросам изучения речевого психотерапевтического взаимодействия было уделено немало внимания в современных научных исследованиях (Hill, 1978; Hill, Thames, Rardin, 1979; Hill, Grady, 1985; Калмыкова, Чеснова, 1996; Frenzel, Keil, 2001; Ягнюк, 2001; Калина, 2002; Бондареко, Кондратюк, 2008 и др.). Вместе с тем, интенциональному составу речи психотерапевта должного внимания не уделялось.

Психотерапевтическое взаимодействие мы рассматриваем как дискурсивную практику. Под речевой интенцией понимаем намерение высказаться. Речь психотерапевта может считаться профессиональной тогда, когда он, во-первых, выражает в психотерапевтических высказываниях те намерения, которые способствуют реализации целей клиента и, во-вторых, когда он выражает интенции психотерапевтического метода, проверенного и обоснованного научными исследованиями и практикой.

Первым этапом исследования было выявление речевых интенций психотерапевта в психотерапевтическом дискурсе. Под психотерапевтическим дискурсом мы понимаем диалоги психотерапевта и клиента. Методом, релевантным целям нашего исследования явился метод интен-анализа, разработанный в лаборатории психологии речи и психолингвистики Института психологии Российской Академии Наук Т.Н. Ушаковой и соавторами. Метод интен-анализа позволяет исследовать глубинное психологическое содержание речи в аспекте содержания намерений, лежащих в основе продуцируемой речи и проявляющихся в словах. Общая методическая организация процедуры интен-анализа состоит в последовательном оценивании группой экспертов авторских высказываний избранного текста «с одной заданной и стабильно удерживаемой точки зрения:

чем вызвано данное высказывание, какова его целевая направленность, зачем оно нужно говорящему». Была разработана специальная техника выявления и квалификации заложенных в анализируемый текст интенций (Ушакова Т.Н., Павлова Н.Д. и др., 2000).

Она включает два операциональных шага:

Вчитывание в текст, определение содержания «текстового пассажа» и выявление интенции, лежащей в его основе. В тех случаях, когда интенции были ясны, текст оставался без изменения. Если очевидность интенции не улавливалась, то производилось переформулирование отрезка текста при соблюдении следующих правил: максимально сохранялся смысл исходного текста, который выражался как можно более кратко; не допускалось введение ассоциативной расширяющей смысл лексики; опускались второстепенные уточняющие выражения и характеристики; отдельные языковые фрагменты, в сжатой форме обозначающие включенные элементы содержания, отчленились и выводились для отдельной квалификации.

Экспертная квалификация интенции, лежащая в основании анализируемого высказывания.

Исследуя тексты диалогов психотерапевта и клиента (1703 высказывания психотерапевтов) данным методом, нами было выявлено 30 разнокачественных речевых интенций психотерапевта. Все интенции представлены в словаре интенций.

Словарь речевых интенций психотерапевта

1. **Акцентирование** — усиление каких-либо особенностей поведения или чувств клиента.
2. **Анализ** — разбор темы или ситуации клиента:
 - переноса;
 - сновидений.



3. Возвращение в ситуацию «здесь-и-сейчас» — переключение внимания клиента на актуальные психические процессы, состояния, переживания и взаимоотношения, происходящие в данном месте в настоящий момент времени.

4. Гипотеза — предположение о жизненной ситуации, причинах поведения, детско-родительских отношениях, ранних нарушениях структуры личности клиента и т.д.

5. Давление — стремление поучать, наставлять.

6. Диагностика — проверка того, насколько подходит клиент для психотерапии, а также контроль психотерапевтического процесса.

7. Интерес — потребностное познавательное отношение терапевта к тем или иным особенностям поведения, чувств, переживаний клиента.

8. Конфронтация — выражение собственного отношения терапевта к выявленным противоречиям в поведении, установках, чувствах, отношениях клиента.

9. Кооперация — выражение отношения, направленного на привлечение клиента к участию в совместных действиях или констатация совместных действий терапевта с клиентом.

10. Обобщение — попытка терапевта сделать вывод или подвести итог относительно ситуации клиента.

11. Обращение внимания на неконгруэнтность — сосредоточение фокуса внимания терапевта на поведении клиента, не соответствующем его переживаниям, на том, что вызывает внутренние и внешние конфликты в жизни клиента.

12. Объективирование — выделение наиболее значимого содержания внутреннего мира клиента как некоего объекта для совместного исследования.

13. Организация терапии — обсуждение места, времени, оплаты консультационных и терапевтических сессий; сообщение клиенту о завершении времени сессии, договор о следующей встрече, заключение психотерапевтического контракта.

14. Оценивание — положительное или отрицательное суждение психотерапевта о чем-либо.

15. Передача ответственности — обозначение психотерапевтом своей роли в общении с клиентом и степени своих возможностей в оказании помощи.

16. Побуждение — призыв к какому-либо действию, принятию точки зрения.

17. Поддержка — выражение одобрения, поощрения, присоединения.

18. Помощь — содействие в понимании клиентом самого себя (так ли на самом деле он считает, как говорит); в рефлексии самоотношения клиента (обозначении того, как клиент относится к своим чувствам, к самому себе); в поиске смыслов; в установлении контакта клиента со своими внутренними ресурсами, жизненными силами, внутренним «я».

19. Понимание — ощущение ясной внутренней связанности, организованности рассматриваемых явлений; их логическое упорядочивание, ясное «видение» причинно-следственных связей; понимание как «схватывание» отношений и ситуации клиента.

20. Предоставление самостоятельности — передача клиенту права, возможности что-нибудь сделать самому в психотерапевтическом процессе, например, самому выбрать тему, способ обсуждения проблемы и т.д.

21. Принятие безоценочное — позволение клиенту обладать теми чувствами, которыми он обладает, придерживаться тех позиций, которых он придерживается, быть тем, кем он является.

22. Самовыражение конгруэнтное — открытое честное предъявление терапевтом клиенту своих актуальных переживаний и чувств.

23. Самораскрытие — сообщение терапевта клиенту о своем жизненном опыте, демонстрация его схожести с опытом клиента.

24. Символизация — означивание содержания внутренней жизни клиента, называние образов, эмоций, телесных ощущений клиента.

25. Сравнение — установление сходства или различия в отношении тех или иных особенностей поведения, чувств, обстоятельств клиента.

26. Стремление — выражение терапевтом собственных актуализированных влечений, желаний, намерений, интересов, идеалов, склонностей и т.п.

27. Толкование смысла — объяснение чего-либо, предоставление клиенту иной возможности понимания его чувств, поведения или проблем.

28. Увязывание нынешней ситуации с прошлым — нахождение связи между теперешними проблемами клиента и предшествующими обстоятельствами его жизни.

29. Фокусирование на чувствах и переживаниях — стремление терапевта способствовать установлению контакта клиента со своими чувствами и переживаниями.

30. Эмпатия — сопереживание и понимание чувств клиента.

Далее интенции классифицировались и были объединены нами в три категории: познавательную, диалогическую, помогающую. Каждая интенциональная категория представлена классами интенций. Основания классификации интенций разработаны с учетом положений: системного подхода (Ананьев, 2008; Ломов, 1984; Шадриков, 1984 и др.), теорий личности (Рубинштейн, 2003а, 2003б; Роджерс, 2002 и др.), психолингвистических теорий общения (Searle, 1999; Леонтьев А.А., 2008 и др.), теории рефлексии (Алексеев, 2002; Семенов, 1982, 2009 и др.), классификации интеллектуальных операций (Шадриков, 2006), метода интен-анализа речи (Ушакова, Павлова, 2000; Ушакова, 2006), а также ряда психотерапевтических методов (Бьюдженталь, 1998; Keil, 1997; Роджерс, 1999, 2004; Ялом, 1980).



**Классификация интенций
психотерапевтической речи**

Объекты направленности интенций	Категории интенций	Классы интенций	Интенции
Ситуация клиента	Познавательные	Воспринимающие	Фокусирование на чувствах и переживаниях
		Операциональные	Анализ
			Гипотеза
			Оценивание
			Понимание
			Сравнение
			Толкование смысла
			Увязывание нынешних событий с прошлым
		Рефлексивные	Акцентирование
			Обобщение
			Обращение внимания на неконгруэнтность
			Объективирование
			Символизация
Клиент как субъект общения	Диалогические	Контактные	Возвращение в ситуацию «здесь-и-сейчас»
			Диагностика
			Интерес
			Кооперация
			Конфронтация
			Организация терапии
			Побуждение
			Поддержка
			Передача ответственности
		Внеконтактные	Давление
Самосознание клиента	Помогающие	Развивающие	Помощь
			Предоставление самостоятельности
			Принятие безоценочное
		Сущностные	Самовыражение конгруэнтное
			Самораскрытие
			Стремление
			Эмпатия

Познавательная категория содержит три класса интенций: воспринимающие интенции представляют собой стремления психотерапевта воспринять чувства и переживания клиента; операциональные интенции обеспечивают психотерапевту когнитивное понимание того, что происходит с клиентом; рефлексивные интенции отражают стремление психотерапевта выразить свои мысли, связанные с ситуацией клиента.

Диалогическая категория включает в себя два класса интенций: контактные интенции, которые способствуют установлению психологического контакта психотерапевта с клиентом, тогда как внеконтактные интенции прерывают контакт.

Помогающая (собственно психотерапевтическая) категория состоит из двух классов интенций: развивающие интенции, способствующие развитию самосознания. Сущностные речевые интенции психотерапевта способствуют личностному росту и самоактуализации клиента.

Необходимо отметить, что интенциональность психотерапевтической речи имеет направленность на три объекта: «Ситуация клиента», «Клиент как субъект общения», «Самосознание клиента».

Интенциональная направленность на «Ситуацию клиента» позволяет психотерапевту работать с внутренними и внешними содержаниями клиента – это, прежде всего, когнитивный аспект работы с той информацией, которую предоставляет клиент.

Здесь работа с клиентом заключается в том, что психотерапевт проводит анализ, оценивает, сравнивает, объясняет, увязывает нынешние события с прошлым и строит гипотезы, тем самым, он помогает клиенту структурировать его представления о своей жизненной ситуации.

Такая направленность дискурса психотерапевта в целом снижает тревогу клиента и позволяет ему лучше ориентироваться в том, что с ним происходит.

С объектом направленности «Ситуация клиента» связаны речевые интенции психотерапевта такие как акцентирование, обобщение, символизация, названия которых отражают их содержание, а также психотерапевт намерен выделить объект для совместного исследования (интенция объективирования). Психотерапевт обозначает внутренние конфликты, происходящие в клиенте и достигает этого, обращая внимание на его неконгруэнтность, что в целом, делает проблему еще более рельефной.

Интенциональная направленность психотерапевта на объект «Клиент как субъект общения» дает возможность психотерапевту погрузить клиента в контекст психологического консультирования и психотерапии, а также установить психологический контакт с клиентом.

Интенциональная направленность на объект «Самосознание клиента» является специфической и собственно психотерапевтической, как и сам объект на-



правленности. На развитие самосознания направлена помощь психотерапевта клиенту в понимании самого себя, рефлексии самоотношения, в поиске новых смыслов, установлении контакта со своим внутренним «я». Психотерапевт также в рамках сессии предоставляет клиенту что-либо сделать самому, например, выбрать тему, способ обсуждения проблемы и т.д., тем самым клиент в процессе психотерапии обретает новый опыт, в результате чего изменяется его самоотношение, отношение к другим и к миру в целом – происходит развитие клиента.

Помогающие речевые намерения психотерапевта содержатся также в интенциях принятия безоценочное, эмпатия, самовыражение конгруэнтное, самораскрытие и стремление.

Они исходят из индивидуальности самого психотерапевта и обращены к индивидуальности клиента.

Создание нами методики исследования психотерапевтического дискурса дало возможность проведения второго этапа эмпирического исследования, суть которого состоит в выявлении и идентификации интенционального содержания психотерапевтической речи К.Роджерса.

Методика содержит в себе словарь из 30 психотерапевтических интенций, классификацию интенций, маркеры интенций, инструкцию экспертам по применению методики, форму для заполнения результатов.

В целях понимания научной рефлексии психотерапевтической практики К. Роджерса мы провели интен-анализ его психотерапевтической речи (Кириллова, 2008; Кириллова, Орлов, 2010).

Предметом данного эмпирического исследования стали три терапевтических случая, которые в свое время были опубликованы самим К. Роджерсом в качестве образцов своей психотерапевтической работы в каждом из трех периодов профессиональной психотерапевтической деятельности, иллюстрирующим три периода становления психотерапии К. Роджерса: недирективная психотерапия: случай Герберта (1942); клиентоцентрированная психотерапия: случай Глории (1965); человекоцентрированная психотерапия: случай Джен (1986). В общей сложности было проанализировано 729 высказываний психотерапевта.

Обсуждение результатов исследования

Обсуждая результаты, полученные в исследовании, отметим уменьшение среднего количества интенций, проявленных К. Роджерсом в ходе психотерапевтических сессий в различные периоды его психотерапевтической практики.

В психотерапевтической речи К. Роджерса уменьшается также количество операциональных интенций. Такой показатель не означает, что психотерапевт мень-

ше анализирует, сравнивает информацию и не строит гипотезы. В психотерапевтическом процессе К. Роджерс уменьшает такую интенциональную активность, поскольку она не способствует динамике продвижения клиента в понимании своего внутреннего мира и установлению психотерапевтического контакта. Данные формы речевой интенциональной активности реализуются психотерапевтом уже после самих психотерапевтических сессий в текстах, посвященных рефлексии собственной деятельности.

Анализируя далее интенциональный состав психотерапевтической речи К. Роджерса, необходимо отметить, что в сессиях с Гербертом мы выявили интенцию диагностики, однако в сессиях с Глорией и Джен она отсутствует.

Объясняется это тем, что случай Герберта – продолжительная психотерапевтическая работа К. Роджерса, в которой ему необходимо было проводить диагностику: подходит ли клиент для психотерапии. В сессии с Глорией обращает на себя внимание тот факт, что интенция фокусирование на чувствах и переживаниях – одна из значимых интенций данного подхода – составляет всего лишь в 3,8 % из всего интенционального состава высказываний психотерапевта – это результат того, что Глория сама, открыто проявляет свои чувства и открыто говорит о них.

На основании данных нашего исследования можно сделать вывод о том, что больше половины интенций речи психотерапевта в человекоцентрированный период работы К. Роджерса концентрируется на объекте «Самосознание клиента».

В сессии К. Роджерса с Джен, типичной для человекоцентрированного этапа развития психотерапии, действительно, на первый план выходят именно такие интенции как принятие безоценочное, самовыражение конгруэнтное и эмпатия, составляющие основу данного метода.

Важный результат нашего исследования состоит в том, что первую позицию в рейтинге интенций, характерных для клиентоцентрированной и человекоцентрированной психотерапии, занимает интенция помощь: 25,5 % и 22,0 % соответственно.

Необходимо подчеркнуть, что сам К. Роджерс не включает внутреннюю рефлексивную работу психотерапевта по содействию клиенту в понимании самого себя; в помощи клиенту в рефлексии его самоотношения; в поиске смыслов клиента; в установлении контакта клиента со своими внутренними ресурсами, жизненными силами, внутренним «я» (что собственно и составляет суть интенции помощи клиенту) в контекст 6 основных условий роджерианской психотерапии, ни в триаду факсилитирующих личностных установок терапевта.

Дифференцированное рассмотрение интенции помощь (клиенту в понимании самого себя, в рефлексии самоотношения, в поиске смыслов, в установлении



контакта со своим внутренним «я») обнаруживает основной психологический смысл данной интенции. Данный смысл состоит в налаживании и углублении аутокоммуникации клиента, в его продвижении в само-исследовании в направлении к внутреннему «я». Тем самым обнаруживает себя основная тенденция в развитии психотерапии К. Роджерса, высвечивающая своего рода зону ее ближайшего развития, ее главную перспективу.

Данная перспектива состоит в преобразовании человекоцентрированной психотерапии в такую ее форму, которую следует обозначить как сущностноцентрированную или эссенциальную (Орлов и др., 2007)

Если подавляющее большинство современных последователей К. Роджерса стремится развить созданную им терапевтическую форму в направлении использования «промежуточных переменных», различного рода интервенций, эклектических заимствований и ревизий исходных представлений, то, как показывают результаты нашего исследования, эволюция самой роджерсианской психотерапии идет по совершенно иному пути.

Психотерапия К. Роджерса в процессе своего аутентичного развития движется по линии рафинирования своей исходной интенциональной направленности: от терапевта (в недирективный период развития) к клиенту (в клиентоцентрированный период развития), а затем к человеку в клиенте и психотерапевте (в человекоцентрированный период развития).

В заключении обозначим перспективы применения авторской методики интент-анализа психотерапевтического дискурса для проведения в дальнейшем:

- сравнительного анализа интенционального состава речи психотерапевтов различных направлений современной психотерапии;
- исследования речевых интенций начинающих психологов-консультантов и психотерапевтов с целью супервизии их профессиональной деятельности;
- исследования интенционального плана речи психотерапевта с целью выявления реализации его потребностей;
- изучения интенциональной гендерной специфики речи психотерапевтов;
- поиска интенциональных критериев различения сфер психотерапии и психологического консультирования, психотерапии и коучинга;
- исследования динамики интенциональной составляющей речи в различных терапевтических практиках и на различных стадиях психотерапевтического процесса.

Разработанная нами методика интент-анализа психотерапевтического дискурса и полученные с ее помощью результаты могут быть применены в исследовательской, консультативной/психотерапевтической и супервизионной практике с целью повышения компетентности психологов-консультантов и психотерапевтов.

Библиография:

Алексеев Н.Г. (2002). Рефлексия и формирование способа решения задач. Москва: КП и СТП.

Ананьев Б.Г. (2008). Психология и проблемы человекознания. Москва: МПСИ.

Бондаренко А.Ф., Кондратюк Н.С. (2008). Русская традиция в поисках истоков // Психотерапия. № 6. С. 7-16.

Бьюдженталь Дж. (1998). Наука быть живым: диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической психотерапии. М.: Класс

Калина Н.Ф. (2002). Анализ дискурса в психотерапии // Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. № 3.

Калмыкова Е. С., Чеснова И.Г. (1996). Анализ нарративов пациента: ССРТ и дискурс-анализ // Московский психотерапевтический журнал. № 2.

Кириллова Е.И. (2008). Психологический анализ речи психотерапевта // Познание в структуре общения. Под ред. В.А. Барабанщикова, Е.С. Самойленко. М.: Институт психологии РАН. С. 349-356.

Кириллова Е.И., Орлов А.Б. (2010). Интент-анализ психотерапевтической речи К. Роджерса. Случаи Герберта, Глории и Джен. // Консультативная психология и психотерапия. № 4. С. 134-165.

Лэнгле А. (2005). Терапевтический случай нахождения собственного я (применение метода персонального экзистенциального анализа) // Психология. Журнал Высшей школы экономики. Т. 2. № 2. С. 81-98.

Леонтьев А.А. (2007). Психология общения. Москва: Смысл

Леонтьев А.А. (2008). Прикладная психолингвистика речевого общения и массовой коммуникации. Москва: Смысл.

Лихтенберг Дж., Лачманн Ф., Фосседж Дж. (2003). Клиническое взаимодействие: теоретические и практические аспекты концепции мотивационных систем. М.: Когито-Центр.

Ломов Б.Ф. (1984). Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука.

Орлов А.Б., Лэнгле А, Шумский В.Б. Экзистенциальный анализ и клиентоцентрированная психотерапия: сходство и различие // Вопросы психологии. 2007. № 6. С. 21-36.

Роджерс К.Р. (1999). Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография. М.: ЭКСМО-Пресс,

Роджерс К.Р. (2002). Клиент-центрированная психотерапия. М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс.

Роджерс К.Р. (2004). Человекоцентрированный/клиентоцентрированный подход в психотерапии. // Психологическое консультирование и психотерапия: сб. статей. М.: Вопросы психологии. С. 154 –165.



Рубинштейн С.Л. (2003а). Бытие и сознание. Человек и мир. СПб.: Питер.

Рубинштейн С.Л. (2003б). Основы общей психологии. СПб.: Питер.

Семенов И.Н. (1982). Методологические проблемы системного исследования организации мыслительной деятельности // Системные исследования. Методологические проблемы. (Ежегодник-1982). М.: Наука. С. 301-319.

Семенов И.Н. (2009). Системно-методологическая и историко-научная рефлексия как средства прогресса психологии // Прогресс психологии: критерии и признаки / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Д. Марцинковской, А.В. Юревича. – М.: Институт психологии РАН.

Серль Дж. (1999). Классификация иллокутивных актов // Зарубежная лингвистика / Под ред. В.А. Звегинцева, Б.А. Успенского, Б.Ю. Городецкого. М. Ч. 2. С. 229-254.

Ушакова Т.Н., Павлова Н.Д. и др. (2000). Слово в действии. Интент-анализ политического дискурса. СПб.: Алетейя,

Ушакова Т.Н. (2006). Психоллингвистика. Москва: PER SE.

Шадриков В.Д. (1982). Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. М.: Наука.

Шадриков В.Д. Интеллектуальные операции (2006). М.: Университетская книга, Логос.

Ягнюк К.В. (2001). Сессия Карла Роджерса с Глорией: анализ вербальных вмеша-тельств: [электрон. ре-

сурс] // Журн. практ. психол. и психоан. № 1 [<http://www.psyjournal.ru>].

Hill, C.E. (1978). Development of a Counselor Verbal Response Category System. Journal of Counseling Psychology. N 25. PP. 461-468.

Hill, C.E., Thames, T.B. & Rardin, D.K. (1979). Comparison of Rogers, Perls and Ellis on the Hill Counselor Verbal Response Category System. Journal of Counseling Psychology. N 26. PP.198-203.

Hill, C.E. & O'Grady, K.E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. Journal of Counseling Psychology. N 32. PP. 3-22.

Frenzel P., Keil W., Shmidt P., Stülzl N. (Hg.). (2001). Klienten - Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas.

Keil W. (1997). Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie, in Person N1. PP. 5-13.

Kirschenbaum H., Henderson V. (1989). The Carl Rogers Reader. Boston: Houghton Mifflin Company.

Rogers C.R. (1965) Client-centered therapy, Film № 1. In Everett Shostrom (Ed.), Three approaches to psychotherapy. Santa Ana, Calif.: Psychological Films, Stiles, W. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic technique. // Psychiatry. Vol. 42. February

Rogers Carl R. (1942/1972) Counseling and Psychotherapy. – Boston: Houghton Mifflin Company.

Yalom I.D. (1980). Existential Psychotherapy. N.Y.: Basic Books,

От перинатальной психотерапии – к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности

ФИЛИППОВА Г.Г. [1], ПЕЧНИКОВА Е.Ю. [2]

[1] — д.психол.н., профессор, ректор Ин-та перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы, зав. каф. психологии развития и акмеологии Моск. гуманитарного ун-та, профессор кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Московского медико-стоматологического университета;

[2] — Генеральный директор, Медико- психологическая клиника ООО «Семья с плюсом», руководитель модальности перинатальная психотерапия и психология и психология репродуктивной сферы, г. Москва

За четверть века перинатальная психология и психотерапия прошли ряд этапов своего развития от работы с беременными и диадой до системного подхода к психологическим проблемам репродуктивной функции семьи. Секция перинатальной психотерапии была организована в ОППЛ в 2004 году. В 2007 году комитетом модальностей ОППЛ была утверждена модальность «Перинатальная психотерапия». Развитие перинатальной психологии и психотерапии и включение в проблематику этого направления вопросов репродуктивного здоровья семьи послужило основанием изменения названия модальности. В 2012 году решением комитета модальностей ОППЛ было утверждено новое название модальности: «Перинатальная психотерапия и психология и психология репродуктивной сферы». Дальнейшее развитие этого направления было связано с актуальными запросами практики в области нарушений репродуктивной функции семьи, психологической неготовности к родительству и использования вспомогательных репродуктивных технологий. Произошла интеграция этих областей в единое направление, которое занимается разными этапами репродуктивного цикла и разными психологическими аспектами репродуктивной функции. Проблема репродукции стала общим профессиональным полем для психологов, а репродуктивный цикл – общим для этой области объектом науки и практики. В результате в современной психологии выделилось самостоятельное направление, которое можно обозначить как репродуктивная психология. Репродуктивная психология объединяет психологические аспекты осуществления репродуктивной функции и раннего развития человека, включая проблемы нарушения репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: перинатальная психотерапия, репродуктивная психология.

Рождение и развитие новой междисциплинарной отрасли науки подчиняется общим законам развития систем - законам последовательно сменяющих друг друга этапов дифференциации и интеграции.

Сначала выделяются новые предметы исследований и практики, которые ощущают свою недостаточность и неполноту в рамках своей первоначальной научной области. Они начинают искать новую информацию для решения своих вопросов, которая обнаруживается в смежных науках и дисциплинах, где также идет процесс поиска дополнительных знаний для плодотворного развития новых направлений.

И тогда возникает взаимный интерес и на стыке заинтересованных сторон появляется новая область знаний. В процессе ее развития также происходит дифференциация частных предметов, которые впоследствии интегрируются для системного изучения своего предмета. Логика этого развития обусловлена взаимосвязанным действием двух факторов. Один из них – это запрос практики, которая ставит новые вопросы перед теори-

ей и методологией научной области, заставляет решать насущные проблемы, возникающие в обществе. Другой фактор – это логика развития самого научного знания. Открывая одну закрытую дверь, мы обнаруживаем за ней целый ряд следующих: каждое научное открытие ставит следующие задачи, стимулирующие дальнейшее развитие науки. И периодически следующая дверь означает выход на новый предмет исследования, а значит – появление новой научной области.

Этот процесс мы наблюдаем на протяжении четверти века (с начала 90-х годов прошлого столетия) в развитии нашей модальности [1, 10]. Изучение закономерностей раннего развития человека и влияния этого развития на его личность и жизненную историю начиналось в разных областях психологии.

В начале и середине XX века детская психология (которая теперь относится к психологии развития) занималась закономерностями онтогенеза, а связь проблем взрослого человека с его детством была предметом психоанализа. Во второй половине XX века появилась



перинатальная психология, в которой объединилась проблематика закономерностей раннего развития и последствий этого развития в психике взрослого человека. Следующим шагом стало обращение к условиям раннего развития личности, которые создаются матерью. В недрах перинатальной психологии появился интерес не только к родам и пренатальному периоду, но и к матери, которая вынашивает и рождает ребенка, определяя во многом его будущее как личности.

Такой ракурс хорошо соотносился с психоаналитической парадигмой и диадическим подходом, на которых традиционно базировалась перинатальная психология [10]. В результате выделилась психология материнства, включающая в себя психологию беременности и онтогенез материнской сферы женщины, и за ней последовала психология отцовства [7].

Логически этот подход сочетался с психологией родительства – как составной части психологии детско-родительских отношений. Проблематика этого направления обсуждалась на научных заседаниях начиная с 1997 года, когда появились первые секции пренатальной и перинатальной психологии на конференциях и конгрессах, и первые ассоциации перинатальной психологии в России (за рубежом несколько раньше – с конца 80-х годов) [1, 10].

Новый этап развития перинатальной психологии ознаменовался появлением в начале нашего столетия устойчивого словосочетания «перинатальная психология и психология родительства».

Это нашло свое отражение опять же в названиях секций и симпозиумов на научных мероприятиях, а также в появлении первого в России научно-практического журнала «Перинатальная психология и психология родительства», который выпускался с 2003 по 2010 годы (главный редактор – Филиппова Г.Г.). В этот же период появляются научные секции в главных психологических сообществах страны: в Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиге (2004 г. секция перинатальной психотерапии – руководитель Печникова Е.Ю.) и в Российском Психологическом Обществе (2002 г. секция перинатальной психологии – руководитель Филиппова Г.Г.).

Ведущими региональными отделениями являются Москва и Санкт-Петербург (руководитель Добряков И.В.). В 2007 году перинатальная психотерапия была признана модальностью в ОППЛ., что послужило внутренним толчком к ее дальнейшему развитию [5, 10].

Следующий этап дифференциации нашей модальности был связан с новым запросом практики. С начала XX века во всем мире и в России началась эпоха демографических проблем, проявлением которых стало нарастающее нарушение репродуктивного здоровья населения.

Появился запрос на психотерапию при нарушениях течения беременности, бесплодии и невынашивании

беременности, а несколько позже и при нарушениях репродуктивной функции у мужчин. Активное развитие вспомогательных репродуктивных технологий в медицине также способствовало обращению психологов и психотерапевтов к вопросам нарушений репродуктивного здоровья [3, 4, 6, 8, 9, 14]. Развитие теоретических подходов в перинатальной психологии, психологии родительства и других смежных областях психологии позволило выделить и обосновать новый предмет науки и практики – психологию репродуктивной сферы человека. Репродуктивная сфера определяется как организация всех систем жизнедеятельности человека для осуществления репродуктивной функции.

В репродуктивной сфере выделяются психологическая и физиологическая составляющие, обосновывается их взаимосвязь.

Нарушения репродуктивного здоровья рассматриваются как психосоматическое проявление нарушений в репродуктивной сфере женщин и мужчин. Теоретической основой этого подхода является теория функциональных систем и учение о доминанте, в сочетании с классическими и современными подходами в психоанализе и перинатальной психологии [11, 12].

Этот этап развития модальности также отразился в проблематике научных заседаний и ряде других значимых проявлений. В 2004 году была организована первая медико-психологическая клиника «Семья +», в которой разрабатывался комплексный медико-психологический подход к лечению нарушений репродуктивного здоровья и поддержке репродуктивной функции семьи (создатель и генеральный директор клиники Печникова Е.Ю.).

В 2007 году появилось первое в России учебное заведение по данному профилю: НОУ «Институту перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы» (создатель и ректор Филиппова Г.Г.).

С 2011 года выходит новый электронный научно-практический журнал «Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы» (главный редактор – Филиппова Г.Г.).

Результатом новых тенденций развития этой области психологии и психотерапии стало переименование модальности, которая стала называться «Перинатальная психотерапия и психология и психология репродуктивной сферы» (2012 г.) [12, 13].

За этот период наша модальность активно включилась в проблемы репродуктивного здоровья семьи и общества в целом как с психосоматической стороны, так и с чисто психологической. Все большее внимание стало уделяться психологической неготовности к родителству, возникающим проблемам в диадических отношениях. Сравнение психологических особенностей женщин с диагнозом «бесплодие», «выкидыши», «невынашивание беременности», женщин, оттягивающих рождение детей до позднего репродуктивного возраста, а также тех,



кто сознательно отказывается от рождения детей, выявило сходство в их психологической неготовности к родительству [2, 8, 11]. Это послужило основанием для выделения двух составляющих репродуктивного здоровья – физиологической и психологической [12]. В ряде диссертаций обоснованы представления о психосоматической природе нарушений репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин, что привело к появлению термина «репродуктивная психосоматика» [9].

Еще одним направлением стала проблематика нарушений раннего развития ребенка, которое происходит при разных формах искажений детско-родительских отношений. Эти нарушения возникают в результате психологической неготовности родителей к рождению и воспитанию детей.

Психологическая неготовность к родительству выражается в несформированной мотивации рождения детей и в низкой родительской компетентности, что ведет к тенденции родителей предоставлять маленькому ребенку неадекватную его возрасту «свободу выбора», некритичному использованию экстремистских методик воспитания и обучения и т.п.

В результате возникают нарушения в развитии эмоционально-волевой и коммуникативной сфер ребенка, появление новых форм аутистических расстройств, что в последние годы активно обсуждается на научных конференциях [8].

Возникают вопросы также относительно психического развития детей, родившихся при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Учитывая закономерности онтогенеза родительской сферы, можно говорить о нарушении трансгенерационной передачи психологической составляющей репродуктивного здоровья – мотивационного и операционального компонентов родительства.

Эти явления в современной науке и практике послужили основанием для нового этапа интеграции всех направлений, которые занимаются разными аспектами рождения и развития человека с одной стороны – и тем, как это рождение и развитие обеспечивается женщинами и мужчинами, родителями ребенка – с другой стороны. На основании этого мы можем говорить о новом этапе развития нашей модальности. Переход на этот новый этап также отразился в тематике научных мероприятий 2013-2014 годов.

Анализ материалов симпозиумов и секций научных конференций и конгрессов, прошедших в 2013 и 2014 годах, на которых обсуждались вопросы перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы, показал, что сформировалась устойчивая связь нескольких областей психологии и смежных наук, ориентированных на проблемы воспроизводства – рождения и воспитания детей, и репродуктивной функции женщин и мужчин – как способности к рождению и воспитанию детей.

В этот круг входят три основных области, плотно пересекающиеся между собой:

Перинатальная психология, объединяющая в себе:

- раннее развитие ребенка
- родительское (материнское и отцовское) отношение и поведение – как создающее условия раннего развития ребенка
- влияние условий раннего развития на дальнейшее детство и жизнь взрослого человека: на его личность, психосоматику, репродуктивное здоровье и родительство

Психология родительства, включающая:

- материнство и отцовство как часть личности взрослого человека
- проблемы реализации материнства и отцовства
- онтогенез материнства и отцовства

Психология репродуктивной сферы, охватывающая проблемы, связанные с реализацией репродуктивной функции:

- место и роль репродуктивной функции в жизни человека и общества
- структура репродуктивной функции женщин и мужчин
- взаимосвязь нарушения сексуальной и родительской частей репродуктивной сферы
- психологические аспекты нарушений репродуктивного здоровья
- системный онтогенез репродуктивной сферы
- психологическая помощь при лечении бесплодия женского и мужского
- психологические аспекты вспомогательных репродуктивных технологий

Таким образом в современной отечественной психологии произошло объединение перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы, связанных с ранним развитием ребенка - и с проблемами родителей в рождении и воспитании детей. Они интегрировались в единое направление, которое можно обозначить как репродуктивная психология. В этом направлении объединяется проблематика перинатальной психологии, психологии родительства и психологии нарушений репродуктивного здоровья. В рамках этого направления рассматриваются особенности и условия раннего развития ребенка, изучаются психофизиологические основы репродуктивной функции женщин и мужчин, а также психосоматические аспекты нарушений репродуктивного здоровья.

Интеграция обозначенных направлений основывается на том, что осуществление репродуктивной функции объединяет в себе все вопросы, связанные с психологической и физиологической готовностью родителей к рождению и воспитанию ребенка, и вопросы, связанные с самым ранним развитием всех составляющих челове-



ка – физиологической, психической, личностной, социальной, а также с развитием его репродуктивной сферы.

Важным фактором взаимосвязи обозначенных направлений является то, что в их проблематике тесно смыкаются общие проблемы онтогенеза, проблемы онтогенеза родительства, онтогенез общей психосоматики и репродуктивной психосоматики.

В результате появляется две взаимосвязанные проблемы:

1. Нарушение раннего развития – перинатального и диадического периодов – является общим источником всех проблем физиологического и психического развития человека.

2. Нарушение раннего развития является специфической причиной нарушения репродуктивного здоровья в широком смысле – как психологической составляющей репродуктивной функции (родительское поведение), так и физиологической (нарушение органов репродуктивной системы).

Постоянное взаимообогащение знаний и практики этих направлений привело к устойчивому представлению о двух основополагающих положениях.

Во-первых, о том, что репродуктивное здоровье включает две составляющих: психологическую (наличие адекватной мотивации рождения детей и адекватного родительского поведения) и физиологическую (возможность зачатия, вынашивания и рождения здорового ребенка).

Во-вторых определило понимание нарушений физиологической составляющей репродуктивного здоровья как психосоматического проявления, выражающего конфликт между стремлением к рождению ребенка и психологической неготовностью к реализации родительской роли.

Изучение психологической неготовности к родительству позволило выявить различные формы ее проявления (поведенческую, ценностно-смысловую, психосоматическую) и факторы, ее обуславливающие (особенности онтогенеза, индивидуально-личностные особенности, искажение полоролевой идентичности, паттерны семейных отношений, неготовность жизненных обстоятельств и т.п.) [2, 7, 11].

На основании вышесказанного можно сделать заключение, что произошло объединение тех направлений психологии, которые занимались разными этапами и аспектами реализации репродуктивной функции. Это с одной стороны разные этапы репродуктивного цикла: онтогенез репродуктивной сферы (как подготовка к реализации полового и родительского поведения для осуществления репродуктивной функции); выбор партнера и половое поведение, необходимое для зачатия; беременность и роды; выращивание и воспитание ребенка (материнство и отцовство); развитие ребенка как будущего женщины и мужчины, матери и отца (онтогенез репродуктивной сферы).

А с другой стороны это разные психологические аспекты реализации репродуктивной функции: психофизиологические, ценностно-смысловые, гендерные, поведенческие, психосоматические и т.п. Такое объединение изучения разных психологических аспектов реализации репродуктивной функции в единое направление стало возможным вследствие развития и упрочения системного подхода в современной науке и интегративного подхода в современной психологической и психотерапевтической практике. Именно это позволило объединиться в единое поле всем психологическим направлениям, которые занимаются проблемами репродукции.

Такое объединение основывается на том, что осуществление репродуктивной функции объединяет в себе все вопросы, связанные с психологической и физиологической готовностью родителей к рождению и воспитанию ребенка, и вопросы, связанные с самим ранним развитием всех составляющих человека – физиологических, психических, личностных, социальных.

Обозначенный подход позволяет увидеть логическую связь проблем раннего онтогенеза, являющихся предметом перинатальной психологии – осуществления родительства, которое само создает условия для развития ребенка в раннем онтогенезе и является предметом психологии родительства – и особенностей реализации репродуктивной функции, которые являются предметом психологии репродуктивной сферы.

Именно эта взаимосвязь определяет взаимный интерес специалистов к знаниям и опыту друг друга, необходимость объединяться в единое информационное пространство и профессиональное поле деятельности.

Можно сказать, что появился новый объект изучения и практического приложения в современной психологической науке и психотерапевтической практике – это психологические аспекты репродукции человека – в котором каждое направление выделяет свой предмет, но для полноты его понимания стремится к интеграции со смежными направлениями, выделяющими в этом объекте свои частные предметы.

А это в свою очередь означает необходимость выработки общего научного языка, а значит и общей методологической позиции и сопоставления научных подходов.

На основании этого можно говорить о том, что проблема репродукции стала общим профессиональным полем для психологов, а репродуктивный цикл – как все, что связано с воспроизводством в широком смысле – общим для этой области объектом науки и практики. В таком случае для этой межсистемной области психологии предметом становятся психологические аспекты реализации репродуктивной функции.

На основании этого можно говорить о выделении самостоятельного междисциплинарного (объединяющего разные области психологии) направления в современ-



ной психологии, пересекающегося также со смежными науками - медициной, психосоматикой, философией, педагогикой. Проблематику этого направления составляют три взаимосвязанных поля:

- психология и психофизиология раннего развития (пренатальный, перинатальный и диадический этапы развития) – в котором закладывается все, что повлияет на будущую жизнь человека и его способность к воспроизводству;

- психология репродуктивной сферы женщин и мужчин, которая с одной стороны направлена на обеспечение условий развития ребенка, а с другой стороны сама является следствием раннего онтогенеза родителей (включая психологию материнства и отцовства, психологию беременности родов, онтогенез репродуктивной сферы);

- нарушения репродуктивного здоровья (психологической и физиологической его составляющих), как следствие нарушений онтогенеза (включая репродуктивную психосоматику как психосоматическое проявление неготовности к родительству).

Логически в эту проблематику включается более широкий круг нарушений репродуктивной функции: девиантное родительство, сознательный отказ от родительства, аборт, сексуальные перверсии, неосознанное сопротивление родительству, этические вопросы вспомогательных репродуктивных технологий и т.п.

Обозначенные проблемы позволяют сделать следующие выводы:

1. В результате интеграции перинатальной психологии, психологии родительства и психологии репродуктивной сферы в современной психологии выделилось самостоятельное направление, которое можно обозначить как репродуктивная психология.

Репродуктивная психология объединяет проблематику, связанную с психологическими аспектами осуществления репродуктивной функции и раннего развития человека, включая проблемы нарушения репродуктивного здоровья.

Одним из направлений репродуктивной психологии является проблематика, связанная с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

2. В репродуктивной психологии разработаны теоретико-методологические основы представлений о психологической составляющей репродуктивной функции человека, опирающиеся на эволюционно-системный подход, учение о функциональных системах и доминанте, психосоматический подход, классические и современные теории раннего развития.

В этой области сложился свой категориальный аппарат, ориентированный на комплексность знаний, междисциплинарные связи и применение интегративного подхода в практической психологической работе.

Список литературы:

1. Добряков И. В. Перинатальная психология. - СПб.: Питер, 2010. - 272 с.
2. Захарова Е.И. Ценность материнства у современных женщин и практика осуществления родительской деятельности. / Современная российская семья: психологические проблемы и пути их решения: монография – Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом «Астраханский университет». - 2013 – С.73-86
3. Печникова Е.Ю. Особенности психотерапии в бесплодии и невынашивании. // Профессиональная психотерапевтическая газета. - 2011. - №11 ноябрь. - Материалы международного конгресса «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация». Москва, 7-10 октября 2011 г. - с. 31.
4. Печникова Е.Ю. Перинатальная психотерапия: сплетение проблем общества, психологической науки и психотерапевтической практики. // Профессиональная психотерапевтическая газета. - 2012. - № 10 (119) октябрь. - Материалы Международного конгресса «Психотерапия, практическая и консультативная психология: сплетение судеб». 4-7 октября 2012 года, Киев, Украина. - С. 40.
5. Печникова Е.Ю., Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психотерапия в России: современное состояние и перспективы развития. // Психотерапия. - 2007. Специальный выпуск: Материалы 4 Паназиятского конгресса «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен», Екатеринбург, 2007г. - с. 173-179.
6. Печникова Е.Ю., Филиппова Г.Г. Перинатальная психотерапия и репродуктивное здоровье семьи: интеграция подходов и расширение границ науки и практики. // Психотерапия. - 2013. - №11 (131). Материалы Объединенного Евроазиатского Конгресса по психотерапии «Психотерапия без границ: прошлое настоящее будущее» 5-7 июля 2013г., Москва. - Выпуск №5. - С. 92.
7. Резников А.Г., Пищак В.П., Носенко Н.Д., Ткачук С.С., Мыслицкий В.Ф. Пренатальный стресс и нейроэндокринная патология. - Черновцы: Медакадемия, 2004. - 351с.
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Концептуальная модель. - М.: Институт Молодежи, 1999. - 286с.
9. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы. // Журнал практического психолога. - 2003. - № 4-5. - С. 83-108.
10. Филиппова Г.Г. Психосоматический подход к нарушению репродуктивной сферы человека. // Материалы XV Межд. Конф. «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». Тезисы докладов. - РАРЧ. - 2005. - с. 94-95.



11. Филиппова Г.Г. Материалы к утверждению Перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в качестве модальности на Комитет модальности ОППЛ (16 декабря 2006 г., Москва), IX съезд ОППЛ и четвертый Паназиатский конгресс «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен» (17-20 мая 2007 г., г. Екатеринбург) // Перинатальная психология и психология родительства. - 2007. - №2. - с. 5-42.

12. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

13. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы – новый этап развития перинатальной психологии

и перинатальной психотерапии в России. // Профессиональная психотерапевтическая газета. – 2012. - № 10 (119) октябрь. -Материалы Международного конгресса «Психотерапия, практическая и консультативная психология: сплетение судеб». 4-7 октября 2012 года, Киев, Украина. - С. 41.

14. Филиппова Г.Г., Печникова Е.Ю. Перинатальная психотерапия и репродуктивное здоровье семьи: интеграция подходов и расширение границ науки и практики. // Психотерапия. – 2013. - №11 (131). - Материалы Объединенного Евроазиатского Конгресса по психотерапии «Психотерапия без границ: прошлое настоящее будущее» 5-7 июля 2013г., Москва. – Выпуск №5. – С. 92.

From perinatal psychotherapy to reproductive psychology: modern trend of modality

GALINA FILIPPOVA [1], ELENA PECHNIKOVA [2]

[1] Rector of the Institute of Perinatal Psychology and Psychology of Reproductive Sphere. Moscow, Russia

[2] General Director of FAMILY PLUS medical and psychological clinic, Leader of modality of the perinatal psychotherapy and psychology and psychology of reproductive sphere. Moscow, Russia

For a quarter of century perinatal psychology and psychotherapy passed through a number of stages from working with pregnant women and dyad to a systemic approach in work with psychological problems of the reproductive function of the family. Section of perinatal psychotherapy was organized in PPL in 2004. In 2007, the OPPL modalities committee has approve the «Perinatal psychotherapy» modality. Development of perinatal psychology and psychotherapy and the inclusion of the family reproductive health problems issues in agenda of this direction was the basis for changing the name of the modality. In 2012 the OPPL modalities committee approved the new name of the modality: «Perinatal psychotherapy and psychology and psychology of reproductive sphere.» Further development of this direction has been associated with the current demands of practice in the field of family reproductive function disorders, psychological unpreparedness for parenthood and the use of assisted reproductive technologies. These areas became integrated into a single direction, which deals with different stages of the reproductive cycle and different psychological aspects of reproductive function. The problem of reproduction has become a common professional field for psychologists. The reproductive cycle became a common object for this direction of science and practice. As a result in modern psychology stood out an independent direction which can be described as reproductive psychology. Reproductive Psychology integrates the psychological aspects of reproductive function and early infant development issues, including problems of reproductive health disorders.

Keywords: perinatal psychotherapy, reproductive psychology.



Традиции и новации в родологическом консультировании

ДОКУЧАЕВ В.В. [1], ДОКУЧАЕВА Л.Н. [2]

[1] — профессор, Президент Академии Родологии, Екатеринбург, Россия;

[2] — профессор Академии Родологии, Президент Профессиональной Лиги родологов, Екатеринбург, Россия

Почитание Рода - традиция древних славян. Отдавая должное традиции, Родология с позиции науки определяет Род как открытую биосоциальную систему и вводит понятия родовых и индивидуальных программ по удовлетворению потребностей человека. В статье на конкретном примере проанализирован конфликт между родовой и индивидуальной программами, который препятствует удовлетворению потребности клиента. Для коррекции неэффективных родовых программ использован родологический метод Докучаевых.

Ключевые слова: Род, родовая программа, индивидуальная программа, потребность, психологическая установка, личностный смысл, геносоциограмма, родология, родологический метод Докучаевых.

Родовая программа – алгоритм удовлетворения человеком его индивидуальной потребности предписанный ему Родом. Предписание Рода выстрадано поколениями. Со временем предписание – результат коллективного творчества поколений оформится в алгоритм удовлетворения потомком его конкретной индивидуальной потребности. Беспрекословное следование этому алгоритму, по мнению Рода, гарантирует потомку эффективное, безопасное удовлетворение потребности. Можно сказать, предписание есть традиция.

Индивидуальная программа - алгоритм удовлетворения человеком его индивидуальной потребности. Индивидуальная программа для каждого конкретного человека - уникальный сплав индивидуального и коллективного опыта, полученного в результате взаимодействия с окружающей средой при удовлетворении индивидуальной потребности. В результате эволюции этот сплав, помноженный на изначально биологическую природу человека, превратился в алгоритм, по которому человек удовлетворяет свои потребности. Можно сказать, индивидуальная программа есть сегодняшний день.

Предписание Рода со временем становится тормозом, который мешает потомку адекватно реагировать на перемены в окружающей среде. Находясь на острие контакта с окружающей средой, человек приобретает новый опыт, постоянно соотнося элементы индивидуальной программы с условиями сегодняшнего дня. Приходит время, когда потомок нарушает предписание Рода – назрел конфликт между Родовой и Индивидуальной программами. Конфликт традиции и сегодняшнего дня может привести к коррекции поведения конкретного потомка как в сторону лояльности Роду (вернись в свой Род – из программы коррекции, сохраненной в эпосе народов), так и в сторону разрыва с Родом (отпал от своего Рода – из программы диагностики, сохраненной в эпосе народов).

В любом случае в конфликте заложены возможности: адаптации Родовых программ к условиям сегодняшнего дня; диагностики и коррекции поведения потомка Рода.

Родология призвана разрешить конфликтную ситуацию, возникшую у потомка, таким образом, чтобы он использовал энергию конфликта для обретения своего

Рода. В результате человек возвращается в состояние гармонии, в котором более эффективно способствует положительной коррекции Родовой программы на благо потомкам своего Рода.

В славянской мифологии:

Род - прародитель богов и творец мира. Все, рожденное Родом, до сих пор несет в себе его имя: природа, родина, родители, родственники. Волхвы – люди, обладавшие тайным знанием и мудростью, большое значение уделяли Силе Рода. Они были связующим звеном между людьми и богами. Они пользовались заклинаниями, заговорами, которые звучали как стихи и были основаны на вере в таинственные силы природы и, которые работали за счет своих уникальных вибраций, изгоняя болезни и недуги. Древние славяне рассматривали мир как совокупность и взаимодействие трех уровней: Прави, Яви, Нави. В человеке они проявляются как дух, душа и тело. Исцеление подразумевало работу на всех трех планах. Методы Прави решали проблемы с недугами, заявляя, что: при отрицании законов Рода, сильной эмоциональной вовлеченности в страсти бытия, попирании духовных ориентиров, человек теряет главное – гармонию со своим божественным началом. В итоге нарушается целостность слаженной работы всех трех начал, ослабляя Явь и Навь, и приводя к болезням.

В родологии сегодня:

Род рассматривается как открытая, разумная, саморазвивающаяся биосоциальная система. Родолог - консультант, анализируя систему Рода консультируемого, приводит консультируемого к осознанию логики развития его конфликта с Родом. А затем консультант и консультируемый совместно формируют новые психологические установки, позволяющие корректировать Родовые программы. Воздействие на человека психологических установок в виде аффирмаций при активном их использовании может быть аналогично воздействию заклинаний и заговоров. Консультируемый, используя сформулированные установки, приводит в гармонию свои тело, душу, дух. Рассмотрим конкретный пример диагностики и коррекции конфликтной ситуации между Родовой и Индивидуальной программами, возникшей



при удовлетворении потребности стать социально активным богатым человеком (рис.1). Конфликтная ситуация сформулирована клиентом Орланом вопросами консультанту: Почему я не могу достичь желаемого финансового уровня, оставаясь социально активным человеком? Почему мне приходится постоянно контролировать моих подчиненных? Почему у меня постоянное беспокойство, что они сделают что-то не так? Реализуя потребность стать социально активным богатым человеком, Орлан постоянно наталкивается на сопротивление коллектива, который не позволяет перейти ему на более высокий финансовый уровень. На тот уровень, на котором

можно чувствовать себя обеспеченным хозяином – социально активным богатым человеком. У Орлана мечта: стать финансово состоятельным настолько, чтобы можно было позволить себе построить детский дом, обеспечить его квалифицированными кадрами и достойным уровнем материального обеспечения. Итак, Орлан реализует индивидуальную программу по удовлетворению своей потребности стать социально активным богатым человеком. Эта программа на опыте сегодняшнего дня даёт результат, который не устраивает Орлана. Следовательно, программа нуждается в коррекции. Запрос Орлана проявил конфликт Индивидуальной программы с Родо-

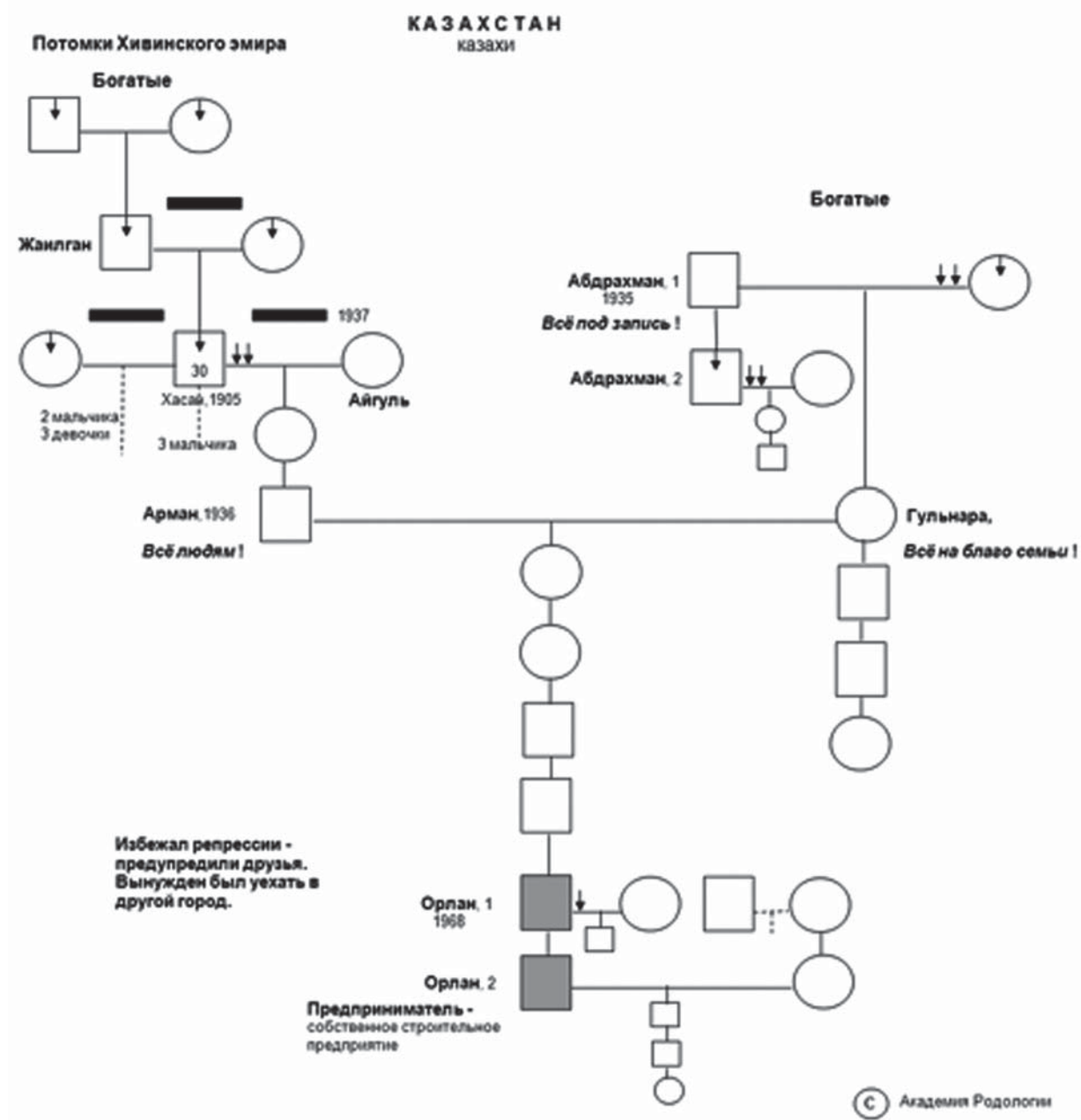


Рис.1. Сфокусированная геносоциогрaмма Рода Орлана

вой программой. При конфликте программ, чтобы привести клиента в гармоничное состояние, нужно ответить на несколько вопросов: 1. Каков алгоритм Родовой программы? 2. Насколько Родовая программа способствует удовлетворению Индивидуальной потребности Орлана? 3. Как активировать в Орлане Силу его Рода?

Отвечая на поставленные вопросы, воспользуемся родологическим методом Докучаевых, анализируя геносоциограмму (рис.1). Рассмотрим две родовых системы: Род отца и Род матери Орлана.

Род отца. Мужчины Рода отца – потомки Хивинского эмира. Прадед Жаилган сохранил богатство предков, но в 1928 г. был раскулачен и лишен всех приобретений. Дед Хасан стал красным командиром, в 1937 г. был репрессирован, сослан и погиб в лагерях. Отец Орлана Арман – секретарь парторганизации. Вся его жизнь в работе на благо других людей. Орлан вырос под лозунгом «Всё людям!»

Но до репрессий Родовая программа по удовлетворению потребности стать социально активным богатым человеком на протяжении нескольких поколений имела другой алгоритм: получить от своих предков их заслуги в виде социальной значимости и богатства; в трудолюбии, привлекая работников, сохранить, приумножить, полученное от предков; передать потомкам все свои наработки в виде социальной значимости и богатства.

Орлан, как потомок своего Рода в новых социальных условиях пытается реализовать Родовую программу мужчин Рода, но... бессознательно подбирает коллектив из таких людей, которым не может полностью делегировать полномочия. Он вынужден постоянно контролировать каждый шаг подчиненных.

Орлан имеет собственный строительный бизнес, выполняя строительные работы на важных государственных объектах. Тотальный контроль за каждым шагом членов своего рабочего коллектива обусловлен страхом, что на государственном объекте будет сделано что-то не так как нужно. Фактически в новых социальных условиях Орлан хочет стать социально активным богатым человеком. При этом он выстраивает свой бизнес с государственными структурами. Наследственные навыки и трудолюбие для достижения желаемого присутствуют.

Вот только: от предков получена социальная значимость, но не получено материального богатства и почему-то появился страх. Фактически Орлан, пытаясь удовлетворить индивидуальную потребность, почему-то не может воспользоваться подсказкой предков в виде алгоритма Родовой программы, хотя выглядит она более перспективно. Нурлан, как-бы, отпал от наработок своего Рода, сформированных Родом до репрессий.

Задаём законный вопрос: что же произошло? И получаем исчерпывающий ответ: Богатство предков было отобрано у прадеда – он не смог передать его потомкам, так как его лишили имени и он был превращен в нищего. Дед и отец Орлана, не получив богатства, начали развивать вторую составляющую наследства: предрасположенность к социальной значимости.

Дед стал красным командиром. Но был уничтожен структурой от имени народа.

Отец всю жизнь отдал работе, чтобы доказать свою социальную значимость. В результате удалось у сына развить эту составляющую наследства. Но почему-то у сына она оказалась тесно сопряжена со страхом.

Мы видим, что Родовая программа как статья социально активным богатым человеком видоизменилась. На протяжении трех поколений прадеда, деда, отца в Родовой программе менялся алгоритм под воздействием событий, происходивших в социуме: будешь социально значимым, если будешь день и ночь работать на благо людей; если посмеешь приобрести богатство, то у тебя его отберут и лишат тебя социальной значимости, как это произошло с прадедом; если станешь лидером, защищая других – социально значимым, то тебя лишат социальной значимости и уничтожат, как это произошло с дедом.

Социальная окружающая среда через социальные катаклизмы поправа законы, разорвала алгоритм Родовой программы и насытила её страхом.

Как не вспомнить наших Великих предков, возвращая Орлана в его Род. Методы Прави решали проблемы с недугами, заявляя, что: при отрицании законов Рода, сильной эмоциональной вовлеченности в страсти бытия, попирании духовных ориентиров, человек теряет главное – гармонию со своим божественным началом

Рецепт вернись в свой Род определяет лейтмотив, но не дает конкретной пошаговой программы коррекции для Орлана. Возвращая Орлана в его Род, нужно помочь ему поверить, что Род возложил на него великую миссию по восстановлению величия его предков.

На языке родологии у Орлана появилась возможность восстановить алгоритм Родовой программы его далеких предков. На этом пути нужно найти те шаги в алгоритме Индивидуальной программы, которые подверглись коррозии страхом. Ибо потребность стать социально активным богатым человеком активизируется у Орлана, но страх при реализации программы по удовлетворению потребности не даёт того эффекта, который получали его великие предки. Где тот раздел в алгоритме Индивидуальной программы Орлана, который нуждается в коррекции, чтобы разрешить конфликт Индивидуальной программы с Родовой программой его Рода?

Понятно, что потомок, сохраняя лояльность своему Роду, вынужден был соотносить свою Индивидуальную программу с Родовой программой. Но алгоритм Родовой программы уже изменился в результате тех событий, в пучину которых были ввергнуты прадед, дед и отец Орлана. Перемены были окрашены страхом смерти. Страх возник в результате психологических ударов, обусловленных раскулачиванием, политическими репрессиями. В первую очередь в Индивидуальной программе на перемены отреагировал раздел 5 личностного смысла, см. рис.2. Возникла последовательность событий: измененный личностный смысл – соответствующая ему новая психологическая установка – программа действия, отвечающая личностному смыслу. Именно эта цепочка





Рис.2. Индивидуальная программа – алгоритм удовлетворения индивидуальной потребности.

в алгоритме Индивидуальной программы оказалась инфицированной вирусом страха. В таком случае, какой же личностный смысл сформировался у Нурлана в Индивидуальной программе по удовлетворению потребности стать социально активным богатым человеком? Личностный смысл, как мы знаем, появляется у субъекта как результат отражения субъектом отношений, существующих между ним (субъектом) и тем объектом, на который его поступок направлен, как на свой непосредственный результат – мотив (цель);

В отношении богатства личностный смысл может быть интерпретирован так: быть богатым смертельно опасно (у прадеда богатство отобрали; дед, не смотря на свои заслуги красного командира, был уничтожен как сын бая). В отношении социальной значимости личностный смысл может быть интерпретирован так: быть социально значимым – делать все для людей. Форма выражения личностного смысла – психологическая установка, которая определяет готовность субъекта к совершению определенного вида деятельности. Опираясь на высказывания Орлана, его психологическая установка звучит следующим образом: работать на государственных объектах – значит быть социально значимым.

Констатируем, психологическая установка Орлана: отображает события, которые привели к деформации Родовой программы; ограничивает возможности стать социально активным богатым человеком; приводит к тому, что сотрудники по бизнесу подбираются не по деловым качествам, а из условия социальной благотворительности. Именно такой подход в выборе сотрудников приводит к ограничению возможностей в развитии Орлана и держит его в постоянном напряжении.

Вот так выглядит диагностика происходящего с Орланом, которую в эпосе народов называли просто: отпал от своего Рода. Тогда в программе коррекции логично сказать: хочешь стать социально активным богатым человеком? — Вернись в свой Род! Возвращение Орлана в Род на языке родологии будет означать: Родовая программа стать социально активным богатым человеком периода времени до раскулачивания должна быть восстановлена. Путь к реабилитации Родовой программы на первом этапе идет через снятие напряжения, обусловленного страхом смерти. Необходимо изменить личностные смыслы и соответствующие им психологические установки.

После реализации первого этапа Орлан почувствовал Силу своего Рода. Он принял свой Род во всем многообразии его проявления. У него появилась свобода в использовании навыков, качеств его предков. Он увидел

те ориентиры, достижение которых позволит ему эффективно удовлетворить потребность стать социально активным богатым человеком.

Род мамы. Дед Абдрахман прошёл социальные передряги без особых потерь. Он сумел передать своим потомкам под девизом всё в дом заработанное богатство. В Родовой программе при удовлетворении потребности стать богатым сформировался алгоритм: получить богатство в наследство; в трудолюбии под жестким контролем сохранить и приумножить полученное; передать потомкам.

Как мы видим, Род мамы принес Орлану то, что отняли у прадеда Рода отца. В переплетении Родовых программ Рода отца и Рода матери Орлану удалось с помощью родолога-консультанта выстроить успешный алгоритм Индивидуальной программы по удовлетворению потребности стать социально активным богатым человеком. Мы показали, что опыт наших предков не только не устарел со временем, но его рациональные зерна можно прорастить и сегодня. Развить методами науки и превратить в эффективный инструмент помощи современному человеку.

Литература:

Докучаев В.В., Докучаева Л.Н. Основы родологии: [учеб.-метод. пособие]/В.В.Докучаев, Л.Н.Докучаева.- 2-е изд., испр. и доп.- Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2014.- 212 с.

Traditions and Innovations in Rodological Consulting
V.V. Dokuchayev [1], L.N. Dokuchayeva [2]

[1] — PhD, Professor, President of Academy of Rodologia, Ekaterinburg

[2] — Professor of Academy of Rodologia, Ekaterinburg, President of the Professional League of Rodologists

Veneration of a Kin is an ancient tradition of the Slavs. Giving credit for this tradition, from a scientific perspective Rodologia defines Kin as an open biosocial system and introduces the concepts of kin and individual programs in satisfaction of human needs. The article contains a case study of a conflict between a kin program and an individual program blocking the satisfaction of a client's needs. The Dokuchayevs' Rodologia method was used in order to correct ineffective kin programs.

Key Words: kin, kin program, individual program, need, mental set, personal meaning, genosociogram, rodologia, rodologia method of the Dokuchayevs.



О преодолении последствий эмоционального охлаждения супругов и о природе эмоции любви

ЛАВРОВА Н.М. [1], ЛАВРОВ В.В. [2]

[1] — психотерапевт Европейского реестра, Центр системного консультирования и обучения «Synergia» г. Санкт-Петербург;

[2] — д.б.н., Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН

Цель работы заключалась в оценке факторов, влияющих на эмоциональное охлаждение супружеских отношений и противодействующих эмоциональному разладу, а также в рассмотрении природы любви и ее роли на ранних и последующих этапах брака. Проведенное интервью выявило мнения супругов относительно причин эмоционального охлаждения, а также их представления о природе любви и ее трансформации во времени. Кроме того, супруги высказывали мнения о влиянии секса на преодоление эмоционального разлада. Анализ мнений показал, что супруги, вступая в брак по любви, полагались на нее при согласовании возникавших противоречий. Эмоциональное охлаждение воспринималось супругами в качестве показателя, свидетельствовавшего о кризисе семьи. Преодоление кризиса обеспечивалось обращением к симпатии, которую супруги испытывали по отношению друг к другу, а также мобилизацией личной ответственности каждого из супругов. Все супруги отмечали положительное влияние регулярного секса, облегчавшего выход из кризиса. Природа любви и ее значение для взаимопонимания супругов рассматриваются в аспекте нейрофизиологических сведений о структурно-функциональной организации мозговых механизмов эмоциональной регуляции.

Ключевые слова: любовь, кризис супружеских отношений, природа эмоции, коммуникативная система, функциональный ресурс семьи, системная семейная терапия.

Введение

Начатая в древности дискуссия относительно сущности и природы любви не завершена и, по всей видимости, будет продолжаться в соответствии со взглядами новых поколений и прогрессом цивилизации. Однако мало вероятно, что будут изменяться основополагающие представления. Мнение о том, что сущность любви заключается в готовности взаимодействовать с партнером ради общих с ним целей, в той или иной мере присутствует и в высказываниях Аристотеля [2], и в новой философии, в частности, в работах Э. Фромма [12], полагавшего, что смысл любви состоит в обеспечении межличностного единения.

Наибольший интерес проблема любви вызывает, если рассматривать ее в плане супружеских отношений. Остаются открытыми вопросы о том, является ли любовь обязательным атрибутом гармоничного брака и как выглядит перспектива супружеских отношений в условиях эмоционального охлаждения.

Чтобы ответить на вопросы, надо выяснить закономерности изменения любви под влиянием времени и ситуационных обстоятельств с учетом того факта, что любовь не гарантирует стабильности брака.

Проведенные наблюдения, в частности [7], показали, что высоко выраженная эмоция служит фактором риска супружеских отношений, поскольку супруги, при-

выкшие достигать согласие в спорах за счет обращения к любви, теряют поддержку, когда она ослабевает.

Понимание природы любви углубляется с привлечением нейрофизиологических данных относительно особенностей организации мозговой деятельности в процессе регуляции эмоций. При этом важно правильно оценивать соотношение управляющих и исполняющих образований, разделяя причину и следствия.

Исследователи, как, например [14], обнаружили связь между выраженностью любовных переживаний и уровнем некоторых гормонов, после чего пришли к выводу, что биохимические факторы определяют способность любить. Но они упустили из вида, что изменение гормонального фона является вторичным по отношению к командам, поступающим из неспецифических отделов мозга, управляющих функциональным состоянием человека в соответствии с результатами анализа внешней обстановки и внутренней среды организма.

Сведения о неспецифических системах мозга [1, 5], ответственных за регуляцию эмоционального поведения, расширяют теоретическую базу, обеспечивающую ответы на поставленные вопросы.

Цель данной работы состояла в оценке факторов, влияющих на эмоциональное охлаждение супругов и в определении эффективных направлений психотерапии, способствующей мобилизации супругов на преодоление кризиса отношений, а также в рассмотрении нейрофи-



зиологических явлений, отражающих эмоциональность супругов. Решали следующие задачи: во-первых, сравнивали влияние факторов, провоцировавших угасание любви, во-вторых, оценивали эффективность психотерапевтических методов, направленных на мобилизацию любви и гармонизацию супружеских отношений, и, в-третьих, рассматривали природу любви в аспекте мозговых явлений.

Методика

Проводили опрос трехсот состоящих в браке клиентов, которые в течение 2000-2014 годов обращались в Центр системного консультирования и обучения «Synergia» за помощью в разрешении семейных конфликтов и в налаживании супружеских отношений. Выделили группу из 214 клиентов, отметивших наличие взаимной супружеской любви в начальный момент брака и полагавших, что эмоциональное охлаждение служит одной из причин кризиса супружеских отношений. В ходе интервью выясняли причины ослабления эмоции любви и обозначали противоречивые интересы, столкновение которых провоцировало конфликты. Полученные данные относительно причин эмоционального охлаждения супругов представили в таблице с обозначением части респондентов, отметивших причину. Каждый респондент мог указывать несколько причин, поэтому суммарный процент превосходит 100%. Эффективность причины оценивалась по составу респондентов, полагавших ее актуальной. Системная семейная психотерапия проводилась в соответствии с технологией [7] по этапам, представленным в табл. 1:

В завершение работы опрашивали клиентов, выясняя результат терапии, а также те обстоятельства, которые способствовали выходу из критической ситуации.

Результаты исследования и обсуждение

Опрос супругов, находившихся в кризисной ситуации, показал, что ¾ от их числа признавали наличие обоюдной супружеской любви в момент принятия решения о заключении брака. Остальные считали, что брак был заключен по согласию без страстной любви, но вместе с тем отмечали существование взаимного интереса и симпатии в начальный период брака. Все супруги признавали, что позитивные чувства в момент заключения брака служили фактором, способствовавшим взаимопониманию и препятствовавшим возникновению ссор. Угасание этих чувств создавало сложности в достижении взаимопонимания интересов и ожиданий и тем самым провоцировало обострение противоречий, перераставших в конфликты.

Выявленные в ходе опроса причины эмоционального охлаждения супругов представлены в табл. 2 с указанием состава респондентов, которые обозначили эти причины. Сопоставление факторов показывает, что взаимное непонимание позиций друг друга служило наиболее выраженным фактором эмоционального охлаждения, потому что было отмечено наибольшим количеством респондентов. Несмотря на многообразие ситуаций, в которых проявлялось нарушение взаимопонимания, удавалось выявить те, которые встречались чаще всего. И мужья, и жены, переживая эмоциональное охлаждение, выражали неодобрение по поводу нерациональной траты денег супругом, далее подчеркивали несовпадение мнений относительно воспитания детей, а затем –

**Перечень этапов системной семейной психотерапии
в условиях эмоционального охлаждения супружеских отношений**

Таблица 1

№	Решаемая задача
1.	Формулирование запроса на терапию с выяснением актуальных жизненных целей и вероятности их достижения в результате мобилизации личностных ресурсов
2.	Концентрация внимания на принципиальном моменте – запрос может касаться только собственных изменений, а не требований к чувствам и поведению партнера, а также к его партнерским обязательствам
3.	Осознание ключевого обстоятельства – необходимости построения новых отношений в процессе преодоления кризиса, принятие неотвратимости времени и невозможности восстановления прошлых отношений и, вместе с тем, понимание, что прежние позитивные и негативные чувства не исчезают без следа и влияют на построение новых отношений
4.	Составление генограммы семьи, определение стадии жизненного цикла семьи, диагностика функциональности семейной системы, а также степени выраженности кризиса по методике [6]
5.	Планирование и согласование сессий терапевтических интервенций с учетом данных диагностики состояния семейной системы и сформулированных гипотетических вариантов выхода из кризиса и гармонизации супружеских отношений
6.	Апробация обновленных принципов взаимодействия с партнером



Таблица 2

**Данные опроса супругов относительно причин
эмоционального охлаждения супружеских отношений**

№	Фактор нарушения любовной связи супругов	% ответов
1.	Переосмысление шкалы жизненных ценностей и мнения о супруге	47%
2.	Сексуальная неудовлетворенность	33%
3.	Информационный и эмоциональный стресс на службе (психоэмоциональное утомление)	24%
4.	Внесемейные интересы супругов	41%
5.	Усталость вследствие высокой физической нагрузки на службе	12%
6.	Нарушение взаимопонимания	79%
7э	Монотонность семейной жизни, утомительные семейные дела	36%
8.	Болезнь супруга	7%
9	Низкая личная ответственность супруга	58%
10.	Угасание эмоции со временем	37%
11.	Чувство, вызванное увлечением посторонним человеком	16%
12.	Изменение семейных обстоятельств (структуры семьи, уровня благосостояния)	26%

по поводу отношения к родственникам. Несоответствие эмоциональных настроений собеседников в большинстве случаев служило причиной нарушения взаимопонимания. Зачастую супруги, обладая общими интересами, не могли прийти к согласию и ссорились, потому что приписывали собеседнику противоположное мнение, хотя в реальности противоречия отсутствовали. Когда в процессе психотерапевтической сессии выяснялось, что супруги спорили в условиях совпадения принципиальных представлений, становилось очевидной причина спора. Она заключалась в нарушении взаимопонимания и в дефекте коммуникативной системы, которая обеспечивала обмен информацией.

Между супругами существовал коммуникативный барьер, который препятствовал согласованию контекстов. Нарушение вербальной коммуникации усугублялось неверным истолкованием невербальных посылок. Мимика, отражавшая удивление, воспринималась собеседником как выражение недовольства. Сексуальные контакты теряли позитивную эмоциональную насыщенность и приобретали форму физиологического отправления. Причем супруги могли не испытывать удовольствия, если вовлекались в секс по принуждению.

Вторым по значимости фактором угасания любви, как показал опрос, служила низкая личная ответственность. По сути, имелась в виду неудовлетворенность набором обязательств, которые признавались партнером. Принципиальный момент состоял именно в признании обязательств, потому что неисполнение обязательств с объяснением причины воспринималось как приемлемое оправдание. Поэтому согласование наборов обязательств супругов с подтверждением готовности их исполнять позитивно влияло на супружеские отношения.

По завершению психотерапевтических сессий часть супругов, порядка 2%, убедившись, что брак не имеет позитивной перспективы, принимала решение о раз-

воде, несмотря на то, что первоначально был запрос на гармонизацию супружеских отношений. Большинство супругов находило выход из кризисной ситуации и добивалось разрушения коммуникативных барьеров, которые препятствовали взаимопониманию. Рис. 1 иллюстрирует динамику супружеских отношений при обострении противоречий. В условиях высоко выраженной любви (1) разрешение конфликт и достижение согласия облегчается благодаря любви. После гармонизации супружеских отношений в результате системной семейной психотерапии (2) урегулирование конфликтов и подавление коммуникативных барьеров опирается на позитивные чувства. Супруги подтверждали, что приходили к взаимопониманию и согласию, когда признавали наличие симпатии к партнеру и осознавали личную ответственность за укрепление семьи. Секс использовался в качестве канала невербальных посылок, насыщенных положительными чувствами, и подавлял коммуникативные барьеры между супругами. В случае расторжения брака (3), когда обострение конфликтов и напряжение кризисной ситуации приводило к разрушению коммуникации, сексуальная неудовлетворенность стимулировала решение о разводе.

Анализ мнений, высказанных супругами в ходе интервью относительно влияния секса на подавление коммуникативных барьеров, дополнил представления о роли секса в невербальном общении супругов в рамках коммуникативной системы, обеспечивающей взаимопонимание. Для иллюстрации роли секса приведена схема на рис. 2, которая обращает внимание на коммуникативную значимость секса.

Авторы, отмечая положительное влияние секса на поддержание эмоциональной связи партнеров, наблюдали, в частности [9, 15], воздействие секса на разрядку негативных эмоций. Такая разрядка обладает оздоровительным эффектом, снимая последствия эмоцио-



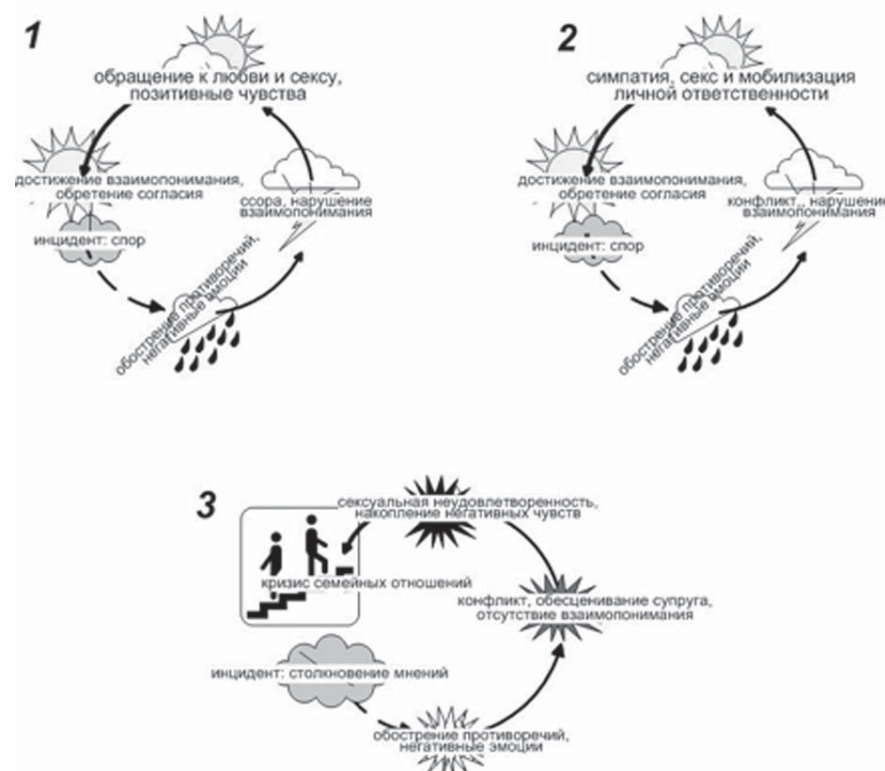


Рис. 1. Влияние семейных конфликтов на супружеские отношения в условиях взаимной любви и эмоционального охлаждения. Схема сверху слева (1) – уничтожение последствий споров и гармонизация супружеских отношений под воздействием любви и секса, сверху справа (2) – преодоление эмоционального охлаждения благодаря мобилизации позитивных мотиваций, внизу (3) – возникновение кризисной ситуации, провоцируемой конфликтом во взаимоотношениях супругов вследствие эмоционального охлаждения и низкой личной ответственности.

нального стресса. Здесь уместно отметить, что каждая эмоция, по сути, является настройкой на совершение целенаправленных стандартных действий. В условиях, когда приходится сдерживать проявление эмоции, она оказывает вредное влияние, потому что настройка не соответствует поступкам. Вред выражается в провокации психосоматического расстройства функций организма. Снятие настройки равнозначно разрядке эмоции. Существуют три способа экстренного снятия эмоционального напряжения. Имеется в виду смех, слезы и сексуальный оргазм. Предложена психотерапевтическая методика «ЗС», ориентирующая пациентов на использование этих способов для очищения от эмоционального стресса [7]. Можно полагать, что явление «катарсиса», о котором говорилось в работах Аристотеля [2] при обсуждении очищающего влияния эстетических переживаний, распространяется и на отмеченные типы разрядки. Секс заслуживает особого внимания, поскольку, с одной стороны, благотворно сказывается на функциональном состоянии организма, а с другой – увеличивает риск возникновения психических расстройств, если имеется его недостаток. Как показало специально проведенное исследование [5, 11], снижение уровня активации мозга, вызываемое уменьшением

сенсорного возбуждения, сопровождается появлением в поведении симптомов, характерных для истерии. Нарушение объясняется тем, что при дефиците внешнего возбуждения активация нейронов мозга возмещается за счет эндогенного повышения возбудимости. Слабые раздражители, не вызывающие в норме сильной реакции, превращаются в мощный стимул, вследствие чего поведение приобретает взрывообразный характер. Такое поведение типично для истерии, которая возникает в условиях количественного и качественного сексуального дефицита. Неудовлетворенность сексом определяется несоответствием ожиданий (в том числе, образом и поступками партнера) и реальностью коитуса, а также отсутствием симпатии к партнеру. Любовь не только повышает удовлетворенность сексом, но и служит источником активирующих влияний. Ожидание встречи с любимым супругом после длительной экспедиции не провоцировало нарушений, свойственных истерии [4]. И наоборот, неудовлетворительный секс с партнером в условиях эмоционального охлаждения служил предпосылкой расстройств.

Сексуальная неудовлетворенность, провоцируя негативный эмоциональный стресс, заставляет искать



Рис. 2. Мобилизация секса с целью гармонизации супружеских отношений.

Текст в рамке – перечень тех моментов супружеских отношений, которые находятся под влиянием секса. Текст в стрелках – направления мобилизации секса.

способы восполнения дефицита позитивных ощущений и переживаний. Переход от моногамных отношений к полигамным в поиске удовлетворения – это далеко не новый способ преодоления неудовлетворенности. Принято считать, что сексуальная услуга, предоставляемая на коммерческой основе, связана с появлением древнейшей профессии. Выяснение наиболее эффективных форм и ситуаций сексуального соития служило предметом исследования с древнейших времен, о чем свидетельствует, в частности, индийская практика «Камасутра». Современная сексология, отмечая раскрепощение сексуального поведения, прослеживает полигамные формы супружеских отношений. Имеются в виду, например, явления «свингерства» и «полиамурности». Не удалось найти достоверные статистические сведения относительно состава супружеских пар, отказывающихся от моногамии, а также относительно влияния отказа на устойчивость брака. Авторы публикаций, посвященных описанию полигамных отношений, по всей видимости, избегают обвинений в предвзятости и отсутствии толерантности и ограничиваются описанием случайных наблюдений без оценки последствия событий. Те данные, которые были получены при оказании психотерапевтической помощи супругам во время развода [7, 8], свидетельствуют о том, что нарушении моногамности служит фактором риска прочного брака. Анализ мнений супругов, обратившихся к психотерапии за помощью в гармонизации семейных отношений, показал, что сомнение в необходимости поддержания моногамности возникали у 3% респондентов, остальные были уверены в том, что супруги должны соблюдать верность

друг другу. Именно супружеская верность отмечалась в качестве обязательного условия преодоления эмоционального охлаждения.

Понимание обстоятельств угасания супружеской любви основывается на истолковании природы любви в качестве эмоции, которая мобилизует усилия, направленные на обретение партнера посредством активного самовыражения, а также на поддержание коммуникации и взаимодействия с партнером в процессе выполнения родительских функций [12]. То есть, любовь реализуется в сфере самовыражения и продолжения рода. В ряду множества попыток систематизации эмоций наиболее рациональной представляется та, что учитывает сложность эмоциональной организации и максимально концентрирует классификацию. Используемая в гештальт-терапии классификация предусматривает наличие нескольких основных эмоций, сочетание которых определяет эмоциональное состояние. Выделяются три категории негативных эмоций MAD, SAD и SCARED, а также две позитивные GLAD и SEXY [10]. Последняя категория включает в себя любовь – эмоцию, обеспечивающую снятие коммуникативного барьера и получение удовольствия от близости и взаимодействия с выбранным партнером.

Объяснение природы любви затрудняется из-за необходимости учитывать набор мотиваций и ожиданий, в виде которых она выражается. Как отмечено выше, любовь выражается в двух жизненных сферах и в ее основе лежат две ключевые потребности – продолжения рода и самовыражения [8]. Их сочетание усложняет понимание сущности любовных и сексуальных пережива-

Эмоции — это эволюционно отработанные и генетически закрепленные стандартизированные программы действий в стандартных поведенческих ситуациях отвергаемых/негативных и принимаемых/позитивных. В первом случае мозговые и соматовегетативные системы организма настраиваются на совершение действий по преодолению негативной ситуации с укреплением «зоны личной безопасности», а во втором — на поддержание позитивной ситуации и снятие коммуникативных барьеров.

Чувства (настроения, переживания, ощущения) — это особенности психического состояния, обусловленные актуальной эмоцией и воспоминанием эмоций.

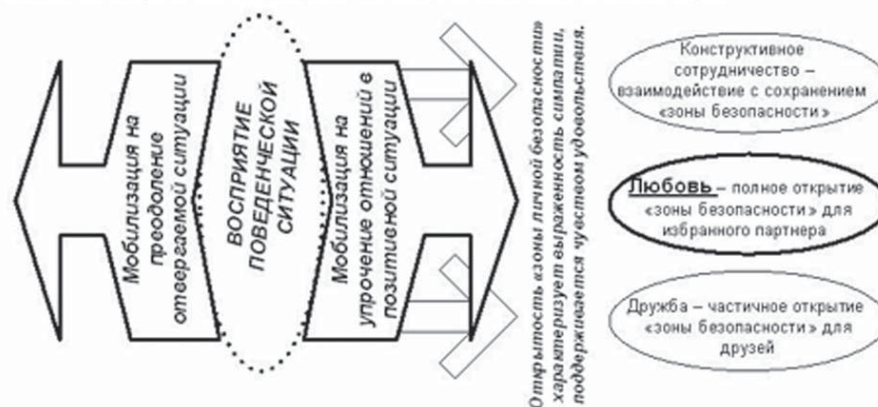


Рис. 3. Ситуационная обусловленность эмоций, обеспечивающих сопротивление вредным обстоятельствам, и симпатии, облегчающей коммуникацию партнеров.

ний. Кроме того, сложность обусловлена зависимостью любви от жизненной ситуации, от характерологических свойств личности, а также от особенностей партнера. В каждом случае любовь отличается неповторимостью, а попытки классифицировать ее типы, в том числе широко известная типология шести категорий (эрос, людус, сторге, прагма, мания, агапе) [13], свидетельствуют о многообразии форм и степени выраженности любовных переживаний. Схема, приведенная на рис. 3, иллюстрирует ситуационную обусловленность любви и определяет ее связь с чувственными переживаниями.

Изучение нейрофизиологических механизмов, обеспечивающих формирование любви, расширяет перспективу понимания ее природы. В мозге существует общий неспецифический системный источник всех эмоций [1], а не набор нервных «центров», ответственных за реализацию отдельной эмоции. Эмоциогенные образования мозга совмещены с теми, которые регулируют уровень активации в континууме сон-бодрствование. Структурной основой активационно-эмоционального комплекса служат лимбико-ретикулярные структуры, связанные с гипоталамико-надпочечниковой системой, обеспечивающей гормональную регуляцию поведения. Наблюдая изменение гормонального фона под влиянием любви, некоторые авторы полагали [14], что уровень гормонов определяет способность любить. Они игнорировали то обстоятельство, что гормональные изменения отражают реакцию неспецифических образований мозга, обусловленную анализом жизненной ситуации и прогнозом ее развития. Доказательство зависимости неспецифических систем от анализа ситуации было

получено в специально проведенном исследовании [4, 5, 11]. Обнаружено, что в анализаторных отделах коры больших полушарий мозга присутствуют нейроны, являющиеся представителями неспецифических систем мозга, и показано, что регуляция функционального состояния мозговых и соматовегетативных систем закономерно обусловлена анализом получаемой информации.

Приведенные данные позволяют понять причину снижения эмоциональности при нарушении взаимопонимания. По всей видимости, снижение было вызвано недостатком полезных достоверных сведений из-за барьера, препятствовавшего коммуникации.

В качестве негативных факторов, влияющих на эмоциональность отношений, супруги отмечали утомление (обстоятельства отмечены в пунктах 3, 5, 7, 10 табл. 2.), а также истощение эмоций вследствие совмещения двух и более (пункты 1, 4, 8, 11, 12 табл. 2) и угасания со временем (пункт 10 табл. 2).

Эмоциональный личностный ресурс ограничен и опустошается, если отсутствуют источники восполнения. Сексуальная неудовлетворенность (пункт 2 табл. 2) способствовала охлаждению эмоциональных отношений супругов, закрывая один из таких источников. Охлаждение эмоциональности и угасание любви могло восприниматься супругами как сигнал к завершению отношений и провоцировало развитие кризисной ситуации, которая, согласно предложенной классификации [6] определяется в качестве кризиса эмоционального разлада. Угроза распада семьи усиливалась, если охлаждение усугублялось накоплением в памяти супругов негативных переживаний.

Заключение

В комплексе факторов, влияющих на эмоциональное охлаждение супругов, были выделены два наиболее значимых: во-первых, нарушение взаимопонимания и, во-вторых, несогласованность наборов обязательств, что истолковывалось супругами в качестве свидетельства низкой личной ответственности партнера.

В начальный период брака супруги обладали взаимной симпатией, которая в большинстве случаев принимала форму любви. Угасание любви сопровождалось эмоциональным разладом и вызывало кризис супружеских отношений. Преодоление негативных последствий эмоционального охлаждения достигалось благодаря системной семейной психотерапии по двум направлениям: во-первых, посредством обращения к взаимной симпатии, поддерживаемой регулярным сексом, и, во-вторых, посредством консолидации партнерских отношений и, прежде всего – взаимопонимания и личной ответственности.

Если рассматривать любовь в аспекте обстоятельств, способствующих гармонизации брака, то ее сущность выявляется в виде эволюционно закрепленной готовности к созданию и поддержанию надежных отношений с партнером, который выбирается в соответствии с образом, вызывающим симпатию. Эмоция любви возникает под воздействием неспецифических мозговых образований, работа которых определяется анализом жизненной ситуации и направлена на удовлетворение потребностей самовыражения и продолжения рода. Зависимость эмоциональности от анализа ситуации и принятия правильных решений заставляет признать необходимость интеллектуальных усилий для того, чтобы сохранять положительную эмоциональность супружеских отношений с достижением согласия в спорах и с избеганием провокации негативных эмоций. Рекомендация опираться на интеллект в построении гармоничных супружеских отношений подкрепляются представлениями о связи любви и взаимопонимания, высказанными в прошлом [2, 3], а также результатами проведенных наблюдений.

Литература:

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. – М.: Наука. 1980. 360 с.
2. Аристотель. Риторика. Поэтика (пер. Цыбенко О.П.). – М.: Лабиринт. 2007. 256 с.
3. Домострой (ред. Яковлев В.). – СПб.: Изд. Д.Е. Кожанчикова. 1869. 208 с.
4. Лавров В.В. Мозг и психика. – СПб: РГПУ, 1996. 156 с.
5. Лавров В.В. Неспецифические системы мозга и их роль в формировании экспериментальной невротической патологии // Автореф. дисс. докт.биол.наук. М. 1997.
6. Лавров В.В., Лаврова Н.М. Кризисы семейной системы: критерии анализа и способы преодоления // Психотерапия. 2004. № 9. С. 32-39.
7. Лаврова Н.М., Лавров В.В. Семейная терапия: от простого к сложному. – СПб: Bridge. 2009. 73 с.
8. Лаврова Н.М., Лавров В.В., Лавров Н.В. Медиация: принятие ответственных решений. – М.: ОППЛ. 2013. 224 с.
9. Мартель Б. Сексуальность, любовь и гештальт. – СПб.: Речь, 2006. 192 с.
10. Перлз Ф. Гештальт-семинары. – М.: Инст. Общегуманитарных иссл. 2007. 352 с.
11. Слезин В.Б., Лавров В.В. Истерия и неврастения: различия дисфункции центральных регуляторных и эмоциогенных механизмов // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1992. № 3. С. 35-46.
12. Фромм Э. Искусство любить. Исследование природы любви (пер. Чернышевой Л.А.). – М.: Педагогика. 1990. 160 с.
13. Lee J.F. A typology of styles of loving// Person. and Soc. Psychol. Bull. 1977. Vol. 3. P. 173-182
14. Ortigue S., Bianchi-Demicheli F., Patel N., Frum C., Lewis J.W. Neuroimaging of love: fMRI meta-analysis evidence toward new perspectives in sexual medicine // The Journal of Sexual Medicine. V. 7 (11). 2010. P. 3541-3552.
15. Schenk J., Pfrang H., Rausche A. Personality traits versus the quality of marital relationship as the determination of marital sexuality // Arch. Sex. Behav. 1983. V. 12. P. 31-42.

About consequences of the emotional cooling of spouses and about nature of the love emotion

N.M. Lavrova [1], V.V. Lavrov [2]

[1] — psychotherapist of family system, Centre of system consultancy and education «Synergia»;

[2] — Ph.D., Pavlov Institute of Physiology, St-Petersburg, Russia

The aim of the work consisted in estimation of factors, influencing upon emotional cooling of spouses and counteracting emotional discord, as well as in consideration of the love nature and of love influence on early and on following stages of the marriage. The interview has revealed the opinions of the spouses for reasons of the emotional cooling, as well as their beliefs about love nature and its transformations at time. Besides, spouses have expressed the opinions about influence of the sex on suppression of the emotional discord. Analysis of the opinions has shown that spouses, marrying on love, have relied on love at coordination when contradiction appeared. Emotional cooling was perceived by spouses as factor, witnessed about crisis of the family. Suppression of the crisis was provided by address to sympathy, which spouses felt each to other, as well as by mobilization of personal responsibility of spouses. All spouses noted the positive influence of the regular sex, relieving output from crisis. Nature of love and its importance for rapport of spouses are considered in aspect of neurophysiologic knowledge about structural-functional organization of brain mechanisms of emotional regulation.

Keywords: love, crises of family, nature of emotion, communicative system, functional resource of family, system family therapy.



Возможности реализации коррекционной работы в форме тренинга по формированию компонентов жизнестойкости у людей, имеющих диагноз онкологического заболевания

ЖИВАЕВА Ю.В. [1], Н.А. ЗОЛОТАРЕВА [2]

[1] — старший преподаватель кафедры психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики последипломного образования ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

[2] — Студентка 3 курса факультета клинической психологии

В современном обществе возросло количество людей имеющих онкологические заболевания. И не многие из людей, столкнувшихся с этим заболеванием способны бороться с болезнью. Многие не могут также осознать перспективу дальнейшей жизни с этим заболеванием.

Жизненная стойкость личности – это интегральная характеристика человека, позволяющая сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития. Компоненты жизненной стойкости не только детерминируют характер личностной реакции на внешние стрессовые и фрустрирующие обстоятельства, но и позволяют эти обстоятельства обратить в возможности самосовершенствования [1].

Жизнестойкость представляет собой систему представлений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Компоненты жизнестойкости развиваются в детстве и отчасти в подростковом возрасте, хотя их можно развивать и позднее. Их развитие решающим образом зависит от отношений родителей с ребенком. В частности, для развития компонента участия принципиально важно принятие и поддержка, любовь и одобрение со стороны родителей. Для развития компонента контроля важна поддержка инициативы ребенка, его стремления справляться с задачами все возрастающей сложности на грани своих возможностей. Для развития принятия риска важно богатство впечатлений, изменчивость и неоднородность среды.

С. Мадди подчеркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессо-

генных условиях. Можно говорить как об индивидуальных различиях каждого из трех компонентов в составе жизнестойкости, так и о необходимости их согласованности между собой и с общей (суммарной) мерой жизнестойкости [2].

Способы поведения в трудных жизненных ситуациях имеют индивидуальный характер и у взрослого человека становятся устойчивыми личностными образованиями, основу которых составляют психологические механизмы самоконтроля и саморегуляции.

В отечественной психологии проблема жизненных ситуаций, и особо-трудных и экстремальных жизненных ситуаций разрабатывается многими авторами, опирающимися на такие понятия, как копинг-стратегии, стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, посттравматическое стрессовое расстройство: это Ф.Е. Василюк, Ц.П. Короленко, В. Лебедев, М. Ш. Магомед-Эминов, К. Муздыбаев, Н.Н. Пуховский, М.М. Решетников, Н.В. Тарабрина и другие. Но данная проблематика по большей части рассматривается в направлении профилактики психических нарушений, возникающих в результате воздействия экстремальных факторов [1].

Туберкулез — тяжелое хроническое инфекционное заболевание, совсем недавно уносившее многие сотни и тысячи жизней. Развитие медицины и появление противотуберкулезных препаратов открыли широкие возможности для лечения этого заболевания.

Сложность лечения туберкулеза обусловлена длительностью госпитализации и наличием большого количества предубеждений и ложных представлений о туберкулезе как о тяжелом «заразном» неизлечимом заболевании. Сообщение об этом заболевании некоторыми больными воспринимается как катастрофа, как трагедия. У таких больных возникает депрессивное состояние как реакция на болезнь, на помещение в больницу, на ожидание сложных обследований, на отрыв от привычной обстановки. У многих больных возникает



страх, что после заболевания они могут оказаться в изоляции, их будут остерегаться сотрудники, родственники, соседи. Все указанные сомнения должен разрешить врач при первых беседах и при сообщении о диагнозе и необходимости лечения в условиях стационара.

В большинстве случаев больные правильно воспринимают факт болезни, несмотря на более или менее выраженную психогенную реакцию, принимают необходимое лечение. Иногда наблюдается полное отрицание болезни. Такие больные представляют большие сложности, так как отказываются от обследования и лечения, не соблюдают санитарно-гигиенических правил и могут стать источником заражения своих близких [2].

Часто родственники из-за ложного стыда и страха обидеть близкого им больного человека также не соблюдают гигиенических норм, подвергая себя и своих детей опасности заражения туберкулезом. Особенности психического склада больных туберкулезом неоднократно находили отражение в художественной литературе, подчеркивалась особая чувствительность, отрешенность, сентиментальность, истощаемость, эмоциональная лабильность.

Описание указанных особенностей относится в основном к до антибактериального периода. Психические нарушения, наблюдаемые в настоящее время у больных туберкулезом, складываются из нарушений, которые возникают в связи с самим болезненным процессом, из психогенных наслоений, связанных с длительным пребыванием в стационаре и побочных влияний антибактериальной терапии. На характер указанных расстройств оказывают влияние дополнительные вредности и личностные особенности.

Так, в отрицании факта болезни большое значение имеет злоупотребление алкоголем и появление анозогнозии не только симптомов туберкулеза, но и других соматических расстройств. [2]

Наиболее типичным психическим нарушением при туберкулезе является соматическая астения, которая может иногда возникать раньше соматических расстройств. Как правило, преобладает физическая астения. У некоторых больных на фоне астении появляются аффективные нарушения, ситуационно обусловленные. Они могут проявляться подавленными настроением, угрюмостью, отгороженностью, иногда чрезмерной тревожностью.

На фоне астении могут возникать ипохондрические жалобы и истерические реакции. Во взаимоотношениях с врачом иногда больные проявляют негативистическую реакцию, отказываются от обследований, бывают злобные и раздражительные или фиксированные на болезненных ощущениях.

Такие больные жалуются на расстройства сна, частые пробуждения, обильные сновидения неприятного содержания. В этот наиболее трудный для больного период происходит адаптация к новым условиям,

интрапсихическая обработка случившегося и поэтому именно в это время большое значение имеют психотерапевтические беседы и санитарно-просветительная работа в отделении. У некоторых больных на фоне резкой астении появляются приподнятое настроение, говорливость, двигательное беспокойство, недостаточная оценка своего состояния. Повышенное настроение, как правило, быстро сменяется капризностью, гневливостью или безразличием. На все указанные аффективные проявления оказывает влияние резкая астения, поэтому они крайне нестойки [1].

Астено-анатическое состояние выражается общей слабостью, безучастностью, апатичностью, речевой и моторной заторможенностью. Беседы в этом состоянии для больного крайне утомительны, больные часто отвечают односложно, недовольным тоном, просят оставить их в покое, при настойчивых требованиях обслуживающего персонала вступить в контакт у них могут наблюдаться кратковременные реакции недовольства и раздражительности, которые быстро затухают из-за выраженной астении.

При улучшении соматического состояния более отчетливы явления раздражительной слабости. Больные становятся раздражительными, обидчивыми, слезливыми, легко засыпают и просыпаются, часто жалуются на отвлекаемость и нарушения памяти, испытывают затруднения при чтении, выполнении мелких и точных движений. В этом состоянии они чаще жалуются на то, что им мешают яркий свет, шум, громкие разговоры. При длительном стационарном лечении указанные расстройства сохраняются на протяжении всего пребывания в стационаре, сменяясь астено-эйфорическим или астено-апатическим состоянием при обострении и угнетении туберкулезного процесса.

У некоторых больных на фоне более или менее выраженных астенических нарушений возникают стойкие изменения характера, связанные, кроме соматогенных факторов, еще с длительной психотравмирующей ситуацией. Эти состояния могут расцениваться как патологические развития личности в связи с туберкулезным процессом. Психические проявления при этом разнообразны: истерические реакции, навязчивые опасения, сомнения, подозрительность, паранойяльная настроенность, сверхценные образования.

В некоторых случаях паранойяльность проявляется в недоброжелательном отношении к врачам, в обвинении врачей, которые якобы «с преступной халатностью» лечили их ранее и тем самым привели к неблагоприятному исходу болезни. Недоброжелательность и подозрительность могут распространяться на родственников, которые якобы специально держат их в больнице. Такие больные высказывают мысли о супружеской неверности. Таким образом, особенностью личности больных туберкулезом легких является повышенная эмоциональная нестабильность не только в жизненно важных ситуациях, но и в условиях будничных жизненных на-



грузок, воспринимаемых ими как душевные катастрофы. Установлено, что туберкулезом заболевают преимущественно лица дефензивной (пассивно-оборонительной) структуры личности: слабовольные, нерешительные, душевно и физически инертные, робкие, склонные к сомнениям и самообвинениям, виновности.

Жизненная стойкость личности выступает наиболее универсальным фактором сопротивления жизненным невзгодам. Экспериментально выявлено, что именно эта черта характера – основа открытого и энергичного противостояния стрессовым событиям и кризисам [3].

Большое количество исследователей рассматривает жизнестойкость в связи с проблемами преодоления стресса, адаптации-дезадаптации в обществе, физическим, психическим и социальным здоровьем. Сам С. Мадди рассматривает открытый им феномен гораздо шире, включая его в контекст социальной экологии, считая, что это качество является основой жизнестойкости не только индивидуальной, но и организационной. Развитие личностных установок, включаемых им в понятие «жизнестойкость», могло бы стать основой для более позитивного мироощущения человека, повышения качества жизни, превратить препятствия и стрессы в источник роста и развития.

А главное – это тот фактор, внутренний ресурс, который подвластен самому человеку, это то, что он может изменить и переосмыслить, то, что способствует поддержанию физического, психического и социального здоровья, установка, которая придает жизни ценность и смысл в любых обстоятельствах.

С нашей точки зрения, речь в изложенных концепциях идет не о разных подходах к проблеме психологической устойчивости и жизнестойкости человека, а о разных уровнях анализа этого процесса: от адаптации к самодетерминации и реализации своего жизненного предназначения.

Цели и задачи реабилитации лиц больных туберкулезом практически не отличаются от общепринятых на сегодняшний день целей и задач в психологии развития личности. Но, учитывая, что личность больная туберкулезом и перенесенная болезнь в процессе совершенствования подвержена влиянию различных видов депривации, необходимо выстроить программу психологической реабилитации таким образом, чтобы охватить основополагающие аспекты этой личности, и направить реабилитационное воздействие на позитивное развитие ее когнитивной, эмоциональной и конативной (поведенческой) сфер.

Цель разработанного нами тренинга: развитие и формирование компонентов жизнестойкости.

Вовлеченность (commitment) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от соб-

ственной деятельности. В противоположность этому, отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

Контроль (control) представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому – ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

Принятие риска (challenge) – убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, – неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности, обедняющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.

Задачи, решаемые на тренинге:

1. Развитие способности к самопознанию личности
2. Осознание участниками тренинга собственных мотивов достижения целей
3. Проработка проблемы защитных механизмов психики.
4. Формирование позитивного мышления.

В результате проведения диагностики контрольной группы исследуемых, мы получили следующие результаты.

На основе результатов исследования, мы выделили контрольную и экспериментальную группу. Экспериментальную группу составили исследуемые, с показателями ниже, чем у контрольной. С ними был организован тренинг.

В ходе анализа результатов повторной диагностики выявлено следующее, по шкале «Вовлеченность», можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 40 % исследуемых, что свидетельствует о том, что человек получает удовольствие от собственной деятельности. И это дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Для 20 % характерны низкие показатели. Это характеризует отсутствие удовольствия в собственной деятельности, что порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

По данным шкалы «Контроль», мы можем констатировать, что для 60 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, характерно то, что они способны повлиять на результаты и само течение стрессогенных ситуаций. В исследуемой нами выборке для 40 % исследуемых, у которых выявлены высокие баллы, и для них свойственна убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован.



Результаты исследования по шкале «Принятие риска», свидетельствуют о том, что: для 40 % исследуемых, характерны средние баллы. Они рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, готовы действовать в отсутствии надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности, обедняющим их жизнь. Исследуемых, для которых характерны высокие баллы выявлено 60 %, это говорит о том, что все, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного.

Для определения статистической достоверности различий между данными выборок нами был проведен расчет t-критерия Стьюдента. Полученное эмпирическое значение t по шкале «Жизнестойкость» (2,7) находится в не зоне значимости ($t_{кр.}=2,78$; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической недостоверности различий между выборками. Значение t по шкале «Вовлеченность» (2,3) находится в зоне не значимости ($t_{кр.}=2,78$; $p < 0,05$), что говорит о статистической недостоверности различий между выборками. Полученное значение t по шкале «Контроль» (2,7) находится в зоне значимости ($t_{кр.}= 2,78$; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической не значимости. Эмпирическое значение t по шкале «Принятие риска» (1,5) находится в зоне значимости ($t_{кр.}=2,78$; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической не значительности. На основании результатов статистической обработки мы можем прийти к заключению о том, что даже при повышении процентного соотношения результатов исследования у исследуемых экспериментальной группы, статистический анализ выявляет незначимость различий между показателями первичной и повторной диагностик. Данный факт может свидетельствовать о том, что для формирования компонентов жизнестойкости необходимо проводить организованную, планомерно реализуемую коррекционно-профилактическую работу (о чем свидетельствуют имеющиеся в науке результаты исследований. Напри-

мер в диссертационном исследовании М.И. Логиновой «психологическое содержание жизнестойкости личности студентов», определена эффективность реализованного тренинга направленного на формирование компонентов жизнестойкости, который проводился на протяжении четырех месяцев). Мы считаем позитивным результатом проведения тренинговой работы увеличение процентного соотношения средних и высоких показателей жизнестойкости у онкологических больных.

Список литературы:

1. Джидарьян И.А., Антонова Е.В. Проблема общей удовлетворенности жизнью: теоретическое и эмпирическое исследование // Сознание личности в кризисном обществе. М., 1995. С. 76-94.
2. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации / Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В.Ломоносова. Вып. 1 / под ред. Б.С.Братуся, Д.А.Леонтьева. М.: Смысл, 2002. – 325с.
3. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63с.
4. Линч М. Базовые потребности и субъективное благополучие с точки зрения теории самодетерминации. / Психология. Журнал высшей школы экономики. Том 1, №3. 2004. С. 137-142.
5. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение // Психологический журнал. – 2003. – Том 24. - № 6. – С. 27 - 36.
6. Шевеленкова Т.Д. Исследование личностного способа существования человека в современном мире (опыт гуманистического направления в зарубежной психологии) / Сб.: Психология личности в условиях социальных изменений - М., Институт психологии РАН, 1993.- С.21-37.



Мастерская быстрой психологической помощи

МАНУХИНА Н.М.

кандидат психологических наук, медицинский психолог, индивидуальный и семейный консультант, профессиональный коуч (PC ICF), супервизор, преподаватель практической психологии, автор и ведущий ряда обучающих и развивающих тренинговых программ; доцент кафедры Организационной психологии Московского института экономики, статистики и информатики (МЭСИ); руководитель Центра Открытия Новых Возможностей (ЦОНВ) «Потенциал»

Данная статья представит опыт использования команды при оказании быстрой психологической помощи. В течение семи лет (2007-2014 гг.) автор проводит при участии команды специалистов психологическую помощь индивидуальным клиентам и семьям в объеме одной-трех встреч. Статья раскроет перед вами особенности работы психолога с использованием разработанной автором Универсальной Модели краткосрочной психологической помощи (УМ КПП). Будут продемонстрированы системные эффекты, возникающие при участии в консультировании команды специалистов. В статье вы узнаете о процессе подготовки краткосрочных консультантов посредством их участия в команде помогающих специалистов.

Ключевые слова: краткосрочная психологическая помощь, универсальная модель, команда, система, подготовка краткосрочных консультантов.

Немного истории

Курс, который длится уже с 2007 года, называется по имени автора: «Мастерская Натальи Манухиной». Вначале него у меня мало что получалось. Прочитав в книжке Ахола и Фурман [1; 2] про то как работать с помощью команды, я загорелась этим проектом. Однако столкнулась с такой же трудностью, какая была у Бориса Мастерова, на тренинге, который он проводил в 2000 г. для нас, сорока психотерапевтов города Москвы, показывая подход, ориентированный на решение с применением команды. Команда здесь – это специалисты, которые выполняют задание основного ведущего, Мастера. Он проводит беседу с клиентом и организует обсуждение по теме, которая является значимой для клиента. Тема должна быть одновременно сдвигающей его на позитивное мышление относительно своей ситуации таким образом, чтобы он мыслил больше не о проблеме, не о тех мучениях, которые она ему приносит, а о том решении, которое он хочет получить. То есть о результате, желанном для него, если проблема исчезнет. Вот это и есть подход, ориентированный на решение.

Сложность оказалась в том, что сами специалисты они тоже из той реальности, из которой приходят клиенты. То есть и они, соответственно, мыслят и научены работе с проблемой, фокусируясь именно на ней: на том, что произошло, выявление причин и даже поиск виноватых. Таким образом, у них также присутствует, как мы его называем, «клиентское мышление». И оно не способствует переходу на ориентированный на решение взгляд. Поэтому оказалось, что команду надо спе-

циально учить, как обычные и быть готовым к тому, что люди, специалисты будут фрустрироваться и не хотеть выполнять команду тренера говорить только в ориентированном на решение ключе. Для меня было удивлением, когда я с восторгом читала книгу Ахола и Фурман (все так интересно и все понятно, ясно, логично), что обучение, которое они предлагают, представляет собой двух годичный курс, наполненный сплошной практикой работы в подобной команде.

В своей собственной работе я эту практику ввела вначале в своей тренинговой обучающей программе «Краткосрочное психологическое консультирование», которую запустила в декабре 2007 года, и который как программа существует и до сих пор. И в ней в один из тренинговых дней полдня отводится на подобную работу с клиентом при участии команды, состоящей из студентов программы. Однако этого оказалось очень мало для обучения командному взаимодействию, и я запустила еще один курс с тем, чтобы заниматься только подобной работой. Назвала этот курс «Мастерская Натальи Манухиной», так как ведущей в ней всегда являюсь я.

Первый год Мастерская проводилась в открытом формате для посещения и клиентов, и специалистов. Клиенты получали бесплатную консультацию: единственную или несколько, о чем я с ним договаривалась во время первой встречи. Специалисты также могли приходить на одну, вторую подряд или с любой периодичностью на несколько встреч. Однако для клиентов, приходящих на повторную встречу, оказалось значимо, чтобы присутствовали психологи, которые были на первой, а не только новые для них специалисты.



Поэтому в дальнейшем я стала объявлять целостный курс для специалистов: вначале на полгода, а затем на весь учебный год. Так у нас в команде оказались те, кто присутствует постоянно и те, кто вливается в нее по ходу или приходит на один раз: «посмотреть и познакомиться с вами».

Постепенно, накапливаясь из года в год, образовалась группа специалистов, которые участвовали в командной работе на Мастерской один, два и более сезонов. Это позволило выявить различные системные эффекты взаимодействия в команде и их влияние на процесс оказания краткосрочной помощи клиентам Мастерской.

Теперь мы с членами команды ищем и создаем новые способы взаимодействия между собой, варианты проведения встреч с клиентами, а также форматы обучения специалистов. По свидетельству участников Мастерской в ней они получили для своего профессионального роста намного больше, чем на любых специальных курсах и программах. Речь идет, во-первых, об их присутствии при моей реальной краткой работе с клиентами, во-вторых, о системном характере воздействия команды специалистов на ситуацию клиента и его состояние, и в-третьих, о получаемом уникальном опыте командного взаимодействия с коллегами.

Активность и профессиональное авторство членов команды возрастает с каждым новым клиентом, а особенно при участии в работе новой команды, когда они приходят на второй или третий год в Мастерскую. Эта статья – результат исследования, которое никто не заказывал. Это плод моих наблюдений, опытов и экспериментов в процессе поиска наилучших путей как для оказания максимально результативной быстрой психологической помощи клиентам, так и для подготовки хороших краткосрочных консультантов. Ведь фактически я по-прежнему веду работу и с клиентами, и с командой: нахожу фокус сдвига внимания для команды, даю задание, несу ответственность за все, что происходит с клиентом и с его ситуацией, и ответственность за то, что происходит с командой при этой работе. И вот последнее-то и оказалось тоже очень интересным материалом, о чем я и хочу рассказать в этой статье. То есть не столько о той работе, которая проводится с клиентом, а о той, которая происходит с членами команды.

Процедура Мастерской

Все начинается со сбора команды. Объявляется набор на курс «Мастерская Натальи Манухиной», и специалисты звонят мне с вопросами о его содержании. Главными ключевыми моментами в нем, как уже указывалось выше, являются два. Во-первых, группа специалистов присутствует при моей встрече с клиентами, находясь в том же помещении. Специалисты получают, таким образом, возможность посмотреть работу более опытного коллеги. Во-вторых, им предоставляется время и пространство для высказываний по поводу ситуации кли-

ента непосредственно в его присутствии. Так каждый из них вносит свой вклад в консультирование каждого клиента, но не непосредственно, а в составе команды специалистов. Вся процедура организуется и регламентируется тем, кто ведет основную беседу с клиентом, и которого мы называем мастером.

Возможность присутствовать при работе мастера привлекает многих коллег. Меньше отдают они себе отчет, насколько важным для них окажется опыт работы в команде, которого не имеет к тому моменту никто. Однако мне за семь лет существования Мастерской известно, как много они получают для своего профессионального роста именно в процессе командного взаимодействия. Поэтому курс заявлен как обучающий практике краткосрочной психологической помощи. Специалисты приглашаются сразу на весь учебный год, состоящий из двух семестров: с сентября по декабрь и с января по май. Однако первое занятие проходит как ознакомительное, в конце которого каждый принимает решение, годится ли ему такой формат работы и обучения. Из оставшихся формируется группа специалистов, которая постепенно осваивает коллегиальную работу. В течение курса обычно появляются еще психологи, которые либо присутствуют единственный раз, либо остаются и вливаются в команду. Главными условиями для этого являются согласие с форматом работы, в том числе присутствие на всех занятиях, и соблюдение правил командного взаимодействия, уже выработанных до их появления.

В качестве клиентов мы принимаем людей в различном составе: индивидуально, семьями, группами. Приглашение клиентов осуществляется всеми возможными путями. Кроме рекламы мероприятия Мастерской, сами члены команды приглашают желающих получить консультацию сразу у нескольких специалистов во главе с опытным мастером, что обычно клиентам не доступно по материальным и организационным причинам. Кроме того, до сих пор эти консультации для клиентов были бесплатными. Часто сами клиенты, уже побывавшие на Мастерской, присылают к нам своих знакомых, коллег, родственников. Рекомендуют эти консультации своему окружению и выпускники Мастерской и программы «Краткосрочное психологическое консультирование» прошлых лет, познакомившиеся на них с этим форматом помощи. Все больше случаев, когда клиенты приходят по рекомендации тех, кто не был у нас, но слышал от кого-либо об эффективности наших консультаций.

Клиент звонит мастеру, который отвечает на все его вопросы относительно порядка прохождения консультации. Клиент сообщает о сути своей проблемы. Они обсуждают, в каком составе лучше прийти клиенту (одному или с другими участниками его ситуации), и договариваются о конкретном дне и времени встречи. Обычно на одного клиента мы закладываем два часа. Из них час-полтора идет непосредственно консультация, и полчаса команда обсуждает собственные вопросы и состояния.



Первое занятие с командой мастер проводит как демонстрационное, где в качестве клиентов выступают сами участники. Фактически оно представляет собой тренинг с подробным разбором всех шагов процедуры Мастерской. В процессе него проявляются основные эффекты подобного формата работы, обсуждаются и устанавливаются правила взаимодействия, необходимые для его обеспечения.

Каждое последующее занятие начинается с получасового общения специалистов, где они вспоминают прошлые встречи, говорят о своем сегодняшнем состоянии, мастер сообщает все ему известное о клиенте, обсуждают аспекты краткосрочной практики, которые хотят отработать сегодня.

Мастер встречает клиента, знакомится с ним сам и знакомит с командой. Она к тому времени уже находится в консультационном зале, занимая положение полукруга у места, где усаживаются клиент и мастер. Вся процедура записывается на видео, согласие на которое клиент дает по телефону и подтверждает теперь, в начале беседы.

Первичная часть консультации посвящена трем задачам, которые осуществляет мастер в беседе с клиентом:

1. создать атмосферу максимального доверия для клиента,
2. выявить актуальный запрос клиента: что его беспокоит, что он хочет изменить и как, его ожидания от данных специалистов,
3. сформулировать вопрос команде, ответ ее членов на который поможет осуществить сдвиг в его осмыслении своей ситуации в нужную ему сторону, что позволит ему совершить действия по изменению своей жизненной ситуации.

Первая часть самая большая, от получаса до часа, в течение которой клиент знакомится с мастером и группой присутствующих специалистов. Он знакомит их со своей ситуацией, называет проблему, с которой пришел и свое состояние в ней, обозначает желанные результаты, вернее два: конечный, полного избавления от проблемы, и от данной работы, с командой мастера на данной встрече. Первая часть является самой важной, ключевой. В ходе ее должен сформулироваться вопрос, на который предлагается ответить команде.

Вопрос должен быть сформулирован очень четко и быть одним единственным, который все члены команды понимают и принимают к рассмотрению. Соответственно, мастер переспрашивает несколько раз, все ли понятно команде. Чем меньше вопросов она задаст, тем лучше. Хуже, если команда или члены команды не понимает или понимает не так, как это сформулировал клиент. И это бывает, потому что психологи часто сразу же пытаются переформулировать по-своему, точнее вносят сразу свое понимание в то, как надо отвечать, что слышит клиент, вместо того, чтобы просто отвечать на вопрос и выполнять инструкцию, которую клиент вме-

сте с мастером сформулировал для команды. Этот момент оказался очень часто труден для большинства специалистов, потому что они активные и самостоятельные личности, и им выполнять эти указания просто так, без всякого обсуждения, просто выполнять и все, особенно первое время, очень сложно. Для всех активных людей естественно вносить что-то свое, и как-то это интерпретировать, переделывать, трансформировать. Здесь же нужно просто выполнить то, что говорит мастер, сформулировав это вместе с клиентом. Нужно просто подчиниться. Дело в том, что признание того, что подчинение может быть благом без обсуждения, правильно оно или не правильно, является довольно сложным моментом для большинства специалистов. Результат принятия формулировки Мастера и содержание самой формулировки находятся на разных логических уровнях. Создание идеальной формулировки – это первичный уровень. Отношение к формулировке – это вторичный уровень. Выполнение задания, используя формулировку – третий, то есть более высокий логический уровень в системе мышления клиента, реорганизация которой и осуществляется с помощью командной работы специалистов.

Второй этап работы мастерской – это работа команды. Когда мастер задал свой вопрос, сформулированный клиентом, то все начинают на него отвечать. Для этого все члены команды садятся в замкнутый круг, таким образом, чтобы он образовал замкнутую систему, и тогда клиент оказывается за пределом круга команды, как бы подслушивающим, что они говорят. Получается «эффект замочной скважины», при котором к звучащим словам специально прислушиваются и воспринимают информацию, как идущую со стороны. Как мы убедились, в этом случае клиент гораздо больше слышит и воспринимает. Когда о нем говорят в третьем лице, естественно слух настораживается, и он слышит лучше. Главное, чтобы мастер, сидящий вместе с клиентом за кругом, не допускал диалогового общения клиента с членами команды. Он не позволяет также клиенту вмешиваться и сразу отвечать членам команды на их реплики. Он следит, чтобы члены команды не обращались к клиенту во втором лице, т.е. на «вы/ты», а говорили о нем только в третьем: он, она, они, или говорили о нем, называя его имя, соблюдая вежливость. Получается, что клиент слушает о себе, получая целый поток информации. Ответы, слова команды должны соответствовать конкретно заданному вопросу: ни в коем случае не отклоняться в сторону, не раскрывать другую тему, не относиться к другому вопросу или гипотезе специалиста о причинах проблемы клиента.

Так, если требуется назвать те качества, которые позволяют клиенту оставаться в данной ситуации, то это не должны быть качества, которые, например, мешают ему справляться с ней. Или если задано назвать конструктивные шаги клиента, то в словах членов команды не должны быть чувства, переживания самого специ-



алиста, которые он испытывал, слушая самого клиента. Если же, наоборот, задано, чтобы психологи поделились своими переживаниями, которые у них возникали во время слушания, то есть рефлексировали свое состояние и озвучили это во время слушания рассказа клиента, то это должны быть именно их переживания, но ни в коем случае не мнения о ситуации, или той же компетентности клиента. Если это, например, часто звучащий вариант, когда спрашивают какие из озвученных клиентами вариантов поведения, ресурсов в меньшей мере оказали воздействие на ситуацию, то это ни в коем случае не должны быть советы или рекомендации, а должно звучать именно то, что члены команды услышали при рассказе клиента. То есть команда договаривается, что она выполняет очень четко то задание, которое дает мастер, и которое команда принимает безоговорочно. Ни о каком переформулировании, или выполнении другого задания вместо того, которое мастер сформулировал с клиентом, а члены команды приняли, речи быть не может. Потому что это вызывает распад эффекта цельной системы команды.

Когда члены команды подменяют задание на что-то иное, клиент оказывается перед ситуацией споров и разночтений, что чаще всего отражает его собственную ситуацию. И как мы уже обнаружили, подобные стремления поспорить с мастером или с другими членами команды, или и то и другое, возникает у эмоционально чувствительных членов команды ровно тогда, когда точно такие же конкурентные отношения присутствуют в системе клиента с его стороны, или со стороны окружения. Поэтому можно говорить о том, что команда является, волей или не волей, зеркалом той системы, о которой они сейчас слышали из рассказа клиента.

И зная этот эффект, мы как раз беремся нашей командой построить и показать иные отношения между нами, чем это было в системе клиента. Ровно такие, какие ему будут больше всего помогать. Эффект сплоченности единого мнения, настроенности на решение одной и той же задачи, согласие с ролями, на которые договорились - что мастер вместе с клиентом выбирают вопрос, а члены команды на него помогают ответить, — это как раз то, что в полной мере отсутствует в системе наших клиентов. Иначе бы они не оказались перед нами с вопросами о неблагополучии в своей системе взаимоотношений.

Итак, мы договариваемся с членами команды предварительно об условиях соблюдения правил, которые будут безусловно помогать любому клиенту. Все фразы команды соответствуют только ответу на тот вопрос, соответствуют выполнению той формулировки, которая прозвучала, как заданная клиентом. Все высказывания, которые произносят члены команды, звучат в позитивистском ключе. И это мы тоже специально отрабатываем. Но они не являются ни в коем случае критикой или выискиванием недостатков, если на то нет специального задания, что бывает крайне редко. Все члены коман-

ды произносят свое высказывание, как прибавление к мнению других, как будто они просто накидывают множество разных мнений.

Третий этап самый короткий и представляет собой заключительную часть беседы клиента с мастером. Мастер просит назвать то, что откликнулось клиенту из сказанного командой. Обычно тот называет два-три пункта. Далее мастер предлагает сказать, что клиент может применить сразу и что именно он берется сделать для изменения своей ситуации к лучшему. В нашей практике мастер записывает в течение второго этапа слова всех членов команды, чтобы потом отдать этот материал клиенту. На третьем он добавляет и слова клиента. Таким образом, клиент уходит с консультации, имея в руках записанный план своих дальнейших действий с рекомендациями команды специалистов по его лучшей реализации.

Иногда, не со всеми клиентами, мы добавляем четвертый этап, предложенный Майклом Уайтом [5] для деконструкции терапевтической ситуации. Тогда клиент и мастер садятся вместе с командой в единый круг, чтобы поделиться своими впечатлениями и переживаниями по поводу участия в только что прошедшем мероприятии. Как мы обнаружили с клиентами, которые приходят к нам на повторные встречи, важно также, чтобы каждый в этом кругу сказал, что ему дала данная встреча для его жизни. Если же возможно, то мы говорим и о том, куда и когда применим полученное. Так команда демонстрирует клиенту процесс реализации намеченного, вовлекая его своим примером. Однако для самих членов команды важно, что они также в результате каждой работы с клиентами Мастерской намечают и осуществляют позитивные изменения в своей профессиональной и личной жизни.

Заключительным этапом Мастерской является обсуждение проведенной работы уже после ухода клиента. Здесь создает пространство для свободного отреагирования своих эмоций, высказывания впечатлений, обсуждения возникших вопросов всех членов команды, включая мастера. Кроме того, происходит просмотр видео-записи всей процедуры, в ходе которого специалисты могут увидеть себя и всю команду со стороны.

Универсальная модель краткосрочной психологической помощи

Большинство клиентов приходит с ожиданиями получения мгновенной помощи. Они не настроены на повторные посещения психолога. Но даже если клиент и планирует в дальнейшем пройти психотерапию или имел такой опыт раньше, на Мастерской исходно договор идет лишь о единственной встрече. Однако незнакомая обстановка и много присутствующих людей смущает и сковывает большинство клиентов. Необходимо, чтобы общение как можно быстрее стало доверительным и открытым. Поэтому с первых минут мастер уста-



навливают контакт с клиентом таким образом, чтобы он максимально быстро освоился, стал расположен открыто рассказывать и искренне предъявлять себя и свою актуальную ситуацию. Для создания такой атмосферы используются специальные техники психологического консультирования. Из них ведущими являются приемы наблюдения, присоединения и слушания [3].

В процессе своей профессиональной деятельности автору много лет пришлось работать в условиях ограниченного числа встреч с клиентами. Постепенно сложился преимущественный формат работы в одну-три встречи. В процессе более чем 18-летнего исследования и применения на практике наиболее эффективных психотерапевтических методов и подходов, автором была разработана Универсальная модель краткосрочной психологической помощи (УМ КПП) [4]. Она содержит четыре базовых и семь дополнительных принципов, которые структурируют процесс помощи и профессиональную позицию краткосрочного специалиста таким образом, что его деятельность становится высоко результативной. Перечислим их:

- 1) актуальность: работа производится только с самым значимым в данный момент для клиента и доступным для изменения им в его жизненной ситуации,
- 2) системность: исследуются все уровни системы взаимоотношений клиента, задействованные в актуальной ситуации и необходимые для ее изменения,
- 3) фокус: выявляются как проблемные для клиента аспекты и элементы его системы, так и разрешающие его актуальную ситуацию,
- 4) здесь-и-сейчас: изменения производятся те, которые клиент может осуществить непосредственно в процессе консультирования и в ближайшее время после него,
- 5) превращение клиента в автора его жизни: клиент является создателем и участником своей ситуации, а не жертвой обстоятельств или других людей,
- 6) краткая помощь начинается с завершения: только зная желанный клиенту результат, можно организовать быстрое продвижение к нему,
- 7) развитие и расширение: помощь клиенту в процессе развития через выявление уже им достигнутого и добавление того, что поможет ему расширить свои возможности
- 8) используются «линзы» различных подходов: для достижения целей КПП ничто не отвергается, а выбирается и гибко используется наиболее подходящее,
- 9) используется социальный контекст ситуации: учитываются системы специалиста, клиента, их отношений и среды, в которой организуется процесс КПП,
- 10) активный стиль специалиста: он выбирает вид своей деятельности, наиболее отвечающий запросу клиента, и активно его осуществляет,
- 11) специальная профессиональная подготовка: специалист мыслит и действует в краткосрочном ключе,

имея специальный опыт обучения и участия в подобном процессе, поэтому признает его достаточность и эффективность.

Итак, исходя из принципов УМ КПП, для организации максимально быстрого включения клиента в процесс изменения его проблемной ситуации, нужно связать между собой исходную и конечную точки его пути. Важно, чтобы они стали проявлены и для самого клиента, и для помогающей ему системы: мастера и команды специалистов. Поэтому начало беседы включает следующие аспекты, которые необходимо выявить Мастеру, чтобы процесс помощи был реально краткосрочным и быстрым:

1. выявить актуальную ситуацию клиента, относительно которой строится его запрос о помощи,
2. обозначить наиболее благоприятный результат, ради которого клиент обратился и готов работать над изменением своей жизненной ситуации,
3. какой результат он хотел бы получить непосредственно за время данной встречи.

Эти три аспекта определяют рамки контракта работы на данной встрече. Опираясь на них, мастер и клиент двигаются в поиске ресурсов, возможностей и способностей клиента и его окружения для разрешения его проблемной ситуации. Согласно принципам УМ КПП, ничего не может быть уничтожено или отвергнуто, т.к. в течение жизни за чем-то создавалось системой клиента, и значит, было кому-то для чего-то нужно в свое время. Теперь у клиента появились новые задачи, для решения которых нужно разработать новые подходы и стратегии, развить до этого мало используемые способности. Важно выявить исходный, проблемный фокус внимания, который довлеет в данный момент над клиентом. Далее необходимо исследовать систему клиента, его окружение, чтобы прояснить, кто и каким образом поддерживает проблемную ситуацию клиента, и как, с другой стороны, побуждает его к изменениям. Клиент – часть своей системы взаимоотношений, которая продвигаясь по своему жизненному циклу, ставит перед клиентом новые задачи. Поэтому он заявляет о своей проблеме как ее представитель, ищущий помощи на новом этапе. Клиент, который сам по себе живая, психо-биолого-социальная система, является реально частью нескольких систем: семьи, культуры, страны. Взаимопересечение задач каждой и создает проблемную ситуацию. Ввиду своей масштабности она не может быть проработана сразу целиком, поэтому выделяется актуальная, важная и доступная клиенту, ее часть, в которой выбираются несколько фокусов, которые обеспечивают сдвиг внимания клиента с проблемы на шаги по поиску ее решения. Доступные для этого средства, способы и части систем клиента и команды консультантов составляют тот социальный контекст, в котором организуется данная психологическая помощь.

Исходя из рамок контракта на данную встречу, Мастер выбирает наиболее подходящий вид своей помо-



гающей деятельности [4]. Чаще всего в описываемом формате Мастерской мы проводим консультирование или коучинг. Однако иногда состояние клиента таково, что ему необходима скорее психотерапия. В случае же присутствия семьи или группы людей их запросы могут быть удовлетворены лучшим образом с помощью супервизии или медиации. Напомним, что в любом случае речь идет пока о единственной встрече.

Мастер, определившись, чем именно будет он заниматься с данным клиентом, выбирает также психотерапевтический подход и соответствующий набор техник и методов [3]. При этом он постоянно находится в активной позиции, позволяя себе быть гибким в использовании, и если необходимо, в изменении инструментария для работы с клиентом. Неизменным остается его профессиональная позиция краткосрочного специалиста: он уверенно поддерживает клиента в осуществлении изменений его мышления непосредственно на этой встрече, здесь-и-сейчас.

Команда также должна иметь подготовку или хотя бы представление о принципах УМ КПП. Согласие работать именно в краткосрочном ключе – обязательное условие, которое каждый член команды принимает для себя как основное. Только тогда он сможет включиться в процесс своей профессиональной подготовки краткосрочного консультанта. При любых сомнениях, несогласиях или грузе прошлого опыта, и обучения и практики, специалист оказывается перед целой чередой трудностей. Преодолевать их и получить дополнительную квалификацию «краткосрочника» или остаться в парадигме привычного мышления – его личный выбор.

Команда специалистов: доверие, система, развитие

В случае описанного формата Мастерской мы имеем целостную систему оказания краткой психологической помощи. Повторим основные ее этапы: мастер с командой готовят правила взаимодействия с клиентом и между собой; мастер работает с клиентом; команда специалистов отвечает на вопрос клиента; клиент выбирает самые сдвигающие его ситуацию идеи специалистов и намечает ближайшие свои действия; мастер и команда проводят анализ встречи и отмечают сдвиги клиента, членов команды, мастера, динамику развития их помогающей системы.

Когда мы работаем на Мастерской, у нас оказывается не один специалист, а система, составленная из мастера и команды, что обеспечивает возможность посмотреть на ситуацию клиента с разных ракурсов. В этом случае от Мастера требуется не столько помощь в решении ситуации этого клиента, а выход на возможность для команды показать другие ракурсы, чем видит сам клиент и видит их мастер. То есть дать возможность выявить еще некоторые дополняющие аспекты. Фактически он помогает создать ситуацию, при которой команда сможет

стать дополнительным ресурсом для клиента. И в этом случае работа мастера как консультанта совершенно меняется. У него первая часть работы фокусируется на том, чтобы выявить актуальное состояние клиент, как можно более многогранно и ярко, раскрыть систему взаимоотношений и жизни, которая сейчас у клиента задействована. Причем максимально раскрыть ее так, чтобы члены команды могли ее обнаружить и отразить потом, по-разному каждый. А в итоге мастер должен выйти на такой запрос, который клиент сформулировал бы как «что он хочет от данной команды». То есть что ему еще, кроме того, что они уже обнаружили со специалистом-мастером, было бы важно и чего ему не хватает для благоприятного изменения его проблемной ситуации и/или улучшения состояния.

Взаимодействие между членами команды строится таким образом, чтобы они могли дополнять мнение друг друга, не конкурируя, а развивая доверие к себе через доверие к другим, и доверие к другим через доверие к себе. То есть позволяя понятие «дополнение» вводить как главный ракурс взаимодействия в команде. Это как раз то, что обычно является ключевым и самым сложным для клиентов в большинстве случаев в разных жизненных ситуациях. При этом мы говорим «клиенты», а можем говорить «для любых людей», в том числе для самих членов команды.

В большинстве профессиональных сообществах любые супервизорские процессы основываются на здоровых конкурентных отношениях, на оспаривании, на доказательствах, на выдвижении гипотез, их опровержении, приведении доводов и поиске единственного правильного мнения или совокупного, но исходя из того, что есть и неправильные мнения. Здесь этот постулат сразу убирается и подводится к тому, что мнение любое правильное, и в нем всегда может быть хоть крошка чего-то того, чего нет в других мнениях. Таким образом, это поиск скорее множества точек зрения, чем поиск единственно правильной. В этом подход к работе команды является кардинально отличающимся от других подходов. Действительно, для такой тренировки оказался необходим достаточно длительный период.

Я считала, что вполне обойдусь календарным годом. Но во-первых, в календарный год не получается работать все двенадцать месяцев, а чисто из-за занятости (из-за профессиональной, из-за личных отношений) сами специалисты могут присутствовать на Мастерской только в течение так называемого учебного года. А дальше начинают накладываться отпуска, праздничные дни. И это не только и не столько из-за клиентов, а именно из-за членов команды, потому что сама команда является функциональной при определенном числе людей в ней. Так, мы обнаружили, что если есть пять человек, то это, пожалуй, тот минимум, который существует и необходим. Объем статьи не позволяет отразить все выявленные мной системные эффекты, поэтому аспект различной численности команды здесь рассматриваться не



будет. Полный анализ работы Мастерской будет представлен в новой книге автора, которая в данный момент готовится к публикации.

Когда Мастерская вышла на двухгодичный уровень, мы получили возможность приглашать большее число клиентов на повторные встречи. Собственно это еще один фактор, который побудил говорить о продуктивности именно двух годичного обучения специалистов на этой Мастерской. Потому что из тех 20-ти встреч, которые мы организуем за один год, если у нас есть повторные встречи, естественно мы можем провести работу лишь с десятью клиентами, если давать им лишь одну повторную встречу. А мы иногда предоставляем им еще третью встречу. Встречи мы назначаем обычно через две-четыре недели клиентам, чтобы у них была возможность поработать над своей ситуацией. Значение повторных встреч зависит от того, какова ситуация клиента, и насколько он готов быстро двигаться, подключать свои ресурсы: других членов семьи или другие отношения, которые ему важны и значимы для данной ситуации. Таким образом, количество клиентов, с которыми мы можем успеть поработать за год, уменьшается. Поэтому опыт у специалистов оказывается также ограниченным по работе с конкретными случаями. Більший и более разнообразный опыт получается у специалистов, если они работают еще и в разном составе команды, что происходит не за один год, а за несколько.

Сейчас хочу сказать о том, что происходит со специалистами на втором году, когда они начинают взаимодействовать вместе с теми, кто пришел первый год. И только на фоне новичков они обнаруживают свой сдвиг и признают его: о том, что они в значительной степени продвинулись в понимании и работе, которая здесь проводится. В первую очередь это проявляется в том, что они перестают работать только персонифицировано. Они используют уже созданные за первый год доверие к себе и к команде, к мастеру, методу и формату. Фокус смещается на то, что новички делают те же самые ошибки, что и они делали сами, и это приносит им значительное облегчение. Они понимают, что не они сами «дураки-неумехи», а эти просчеты происходят закономерно у большинства людей. Когда в команде присутствуют те, кто уже прошел первичный этап, команда в целом быстрее и эффективнее использует важнейшие навыки краткой помощи: умение позитивно видеть ситуацию клиента, сдвигаться на решение, обнаруживать, что члены команды могут дополнять мнение друг друга, а не конкурировать или оспаривать. Тогда они оказываются реально гораздо большей поддержкой клиенту, чем один мастер.

Во второй год начинается осмысление работы именно системной. То есть выявляется то, что работает команда именно как система. И эти явления начинают замечаться только здесь. Как бы мастер ни говорил об этом на первом году обучения, система является очень сложным понятием для восприятия, потому что фокус

внимания самих специалистов больше сфокусирован в первый год на себе, на развитии доверия: друг к другу, к своим высказываниям, т.е. к самим себе. И в этом происходит практически весь первый год обучения. Только на втором году приходит позволение себе сдвинуть свой фокус внимания на те системные процессы, которые организуются работой команды: то влияние, которые оказываются на клиента, и те явления, которые происходят от того, как те или иные члены команды взаимодействуют друг с другом. Например, когда кто-то начинает делать замечания другим, как реагируют на это клиенты. Или когда взаимодействие между членами команды бывает замедленное, заторможенное, неуверенное. Или клиенты заявляют «страшные проблемы», которые являются трагичными или сложными для всех или большинства членов команды. Это могут быть утраты, разводы, измены, сложные конфликтные ситуации на работе, то есть это может быть что-то, что настолько сильно аукнется у членов команды, захватывает тоже их жизнь, что они оказываются менее эффективными, чем при других клиентских ситуациях.

И тогда эти явления замешательства становятся заметны именно для тех членов команды, которые работают в этом формате второй год. Им уже есть с чем сравнивать: какая работа производилась при других клиентских ситуациях и при другом поведении команды. Они могут это замечать, сравнивать и соответствующим образом менять свое реагирование.

То есть они становятся более функциональными, продуктивными в различных ситуациях. Не только в происходящих с клиентами, не только заявленных клиентом проблемах, но еще и в связанных с разным состоянием самих членов их группы, этой команды. То есть когда у кого-то из членов команды происходят сложные ситуации, или когда новички начинают реагировать как-то не так. Например, конкурировать с другими членами команды или с мастером.

Участники второго года эти явления могут отслеживать и обращать внимание на их, например, непродуктивность. Они являются, таким образом, фактически теми, кто дополняет или корректирует работу всей команды вместе с мастером, используя при этом уже свой опыт взаимодействия в команде в прошлом году, а не только опыт мастера и доверие к нему.

То есть второй год характеризуется взаимным обучением команды между собой и является, по свидетельству членов команды, более продуктивным для освоения собственно краткосрочной работы, понимания и обращения внимания, как работает система помощи, а также УМ КПП, предложенная мной как модель работы в краткосрочном формате. Происходит более осознанное выявление и передача опыта новичкам. Интересно, что клиенты такой команды также, кроме желанных результатов, оказываются способны гораздо быстрее менять свою систему взаимоотношений, обеспечивая себе и ей необходимую помощь.



Заключение

В данной статье отражены отдельные аспекты опыта автора по организации и проведению тренинговой программы «Мастерская Натальи Манухиной», которая имеет следующие цели:

- 1) оказание высоко результативной краткосрочной помощи отдельным лицам и семьям в объеме одной-трех встреч,
- 2) использование для повышения эффективности системы помощи в составе мастера и команды специалистов,
- 3) осуществление профессиональной дополнительной подготовки краткосрочных консультантов, 4) создание саморазвивающейся системы помогающих специалистов.

Отражены исторические этапы становления курса Мастерская, а также системные процессы, которые вы-

явились за семь лет его существования. Особый акцент в статье сделан на явления, которые происходят внутри команды специалистов на первом и втором году их участия в процессе оказания краткосрочной помощи посредством формата Мастерской.

Список литературы:

1. Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия.- С-Пб., 2000
2. Ахола Т., Фурман Б. Терапевтическое консультирование. Беседа направленная на решение.- С-Пб., 2001
3. Манухина Н.М. Инструменты краткосрочной практики.- М., 2014
4. Манухина Н.М. Снайперское консультирование: основы метода.- М., 2012
5. Майкл Уайт «Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию»- М., Генезис, 2010

Workshop quickly psychological help

MANUKHINA NATALYA

Ph.D., clinical psychologist, individual and family consultant, a professional coach (PC ICF), supervisor, instructor of Applied Psychology, author and leader of a number of teaching and development of training programs; Associate Professor, Department of Organizational Psychology of the Moscow Institute of Economics, Statistics and Informatics (MESI); Head, Centre of opening new possibilities (CONP) «Potential»

This article will present the experience of using the command when providing psychological help fast. For seven years (2007-2014 gg.) Author conducted with the participation of a team of specialists psychological help individual clients and families in the amount of one to three meetings. The article will reveal to you the work of psychologist features developed by the author using a universal model of short-term psychological assistance (UM SPA). Will be demonstrated systemic effects arising from participation in the advising team of specialists. In the article you will learn about the process of the preparation of short-term consultants, through their participation in a team of experts to help.

Keywords: short-term psychological assistance, universal model, the team system, preparation of short-term consultants.



Факторы, влияющие на нарушения «границ» в клиент-центрированной психотерапии

ТАРАСОВА Е.В.

медицинский психолог, Городское Бюджетное учреждение здравоохранения
Нижегородской области «Городская клиническая больница №39»

Рассматривается актуальность темы о нарушениях «границ» терапевтами в психотерапии в России. Представлены определения понятия «границы» у психологов и психотерапевтов. Обозначаются виды нарушения «границ». Рассматриваются факторы риска, приводящие к нарушению «границ» в клиент-центрированной психотерапии и релевантность их обозначения при обучении будущих терапевтов. Рассматривается роль принятия, прикосновений, искренности в нарушении «границ» в терапевтическом процессе.

Ключевые слова: клиент-центрированная психотерапия, «граница», нарушения «границ» в терапевтическом процессе, прикосновения, искренность.

Проблема нарушения «границ» и этических аспектов является актуальной в современной психотерапии в России. Тема очень многогранна и требует современного изучения, разработки, поскольку исследований в сфере нарушения «границ» терапевтами с учётом особенностей психотерапии в России проведено значительно мало. Стоит обратить внимание при подготовке будущих клиент-центрированных терапевтов на приведенные в статье факторы риска, которые приводят к разрушению терапии. Хотя, в статье приведены факторы, приводящие к нарушению «границ» в психоаналитической терапии, их можно использовать и к КЦП (клиент-центрированная психотерапия) в силу аналогичных процессов и механизмов формирования отношений от размытых несексуальных границ к нарушению сексуальных «границ».

Последователь основателя клиент-центрированной психотерапии Карла Роджерса - Вольфганг Кайль отмечает релевантность роли профессионализма в психотерапии: «с профессиональной, равно как и этической точки зрения, не позволительно делать вид, что личностно-ориентированная терапия может осуществляться без методической компетенции или без профессиональных коммуникативных навыков» [5]. В.Кайль настаивает на том, чтобы в клиент-центрированной терапии была теоретическая база, способная помогать грамотному взаимодействию с клиентами: «Я призываю выражать клиническую эффективность личностно-ориентированной психотерапии и особенно помогать практической реализации личностно-ориентированной терапии за счет использования адекватных и теоретически обоснованных средств» [5].

В России «нарушив профессиональную этику, специалисты продолжают практиковать, повторяя свои ошибки уже с новыми пациентами, которые в свою очередь не только страдают от этих действий, но и не могут

получить достойной компенсации за причиненный им вред, поскольку им попросту некуда обратиться», отмечает член Общества психоаналитической психотерапии в Москве, К.Немировский [3, с.13]. В России существуют этические комитеты, нуждающиеся в разработке, усовершенствованиях в сфере реабилитации терапевтов и защите клиентов от неквалифицированных действий.

Представления о понятии «граница»

Проблема психологических границ лежит в контексте многих психологических исследований относительно человеческого «Я». Этот феномен занимал значительное место в трудах гуманистических и экзистенциальных психологов.

Первым вводит «границу» в свои теоретические размышления К. Левин. Граница в его теории выступает в значении раздела областей «психологического поля» индивида – поля реализации его возможностей в данном жизненном пространстве [7].

Виктор Тауск (Victor Tausk) в своей работе «О возникновении «аппарата влияния» при шизофрении (1918) был первым, кто ввел понятие границ Я, определяя их как собственное осознание уникальности и отделенности от других. Понятие «границы Я» Тауска стоит рассматривать скорее как метафору отделенности от других, чем как структуру. Федерн (Federn, 1952) определяет границы как функцию и свойство постоянно меняющегося Я. Хартманн (Hartmann, 1991) понимал границы «в мышлении» как измеряемую сторону личности. Джекобсон (Jacobson, 1964) ввела разграничение объекта самости как кардинального шага, необходимого для объединения репрезентации самости и объекта, а также направила обсуждение в сторону межличностных внешних границ и их интернализованных аспектов. Лэндиз



(Landis, 1970) исследовал проницаемость (тонкость) и непроницаемость (прочность) границ, которые он считал внутренней функцией Эго. В статье об отношениях любви Кернберг (Kernberg, 1977) с системной позиции говорит о «выходе за границы» в этих отношениях. Выход за границы Я – субъективное трансцендентное переживание [3, с.22-43].

Если мы говорим о психологически здоровой личности, то выделяем способность гибко регулировать свои границы и выходить за их пределы.

Если же границы становятся жесткими, ригидными и не позволяют творчески приспосабливаться к окружающей действительности, а взаимодействие с людьми сводится на минимальный уровень, тогда мы можем говорить о патологической организации личности [7].

Виды нарушения «границ» в психотерапии

Нарушения «границ» в отношениях терапевта с пациентом могут принимать самые разные формы и систематизируются в соответствующей литературе (Gutheil, Gabbard, 1993) по следующим рубрикам: «время», «место и пространство», «деньги», «подарки», «одежда», «язык», «физический контакт». Черда нарушающих границу поступков, приводящих к этическим проблемам, может иметь такую последовательность (Gabbard, 1989): переход в общении с пациентом на «ты»; далее вторжение в терапевтический диалог бесед личного или житейского характера; потом небольшой телесный контакт (например, похлопывание по плечу, объятия, массаж); затем прогулки вдвоем за стенами кабинета; сеансы во время обеда, иногда с алкоголем; поход в кино и иные социальные мероприятия; и, наконец, контакт сексуальный. Примеры размытости границ весьма многообразны. Это разного рода «треугольники» отношений (когда, например, терапевт и пациент имеют общего друга); более сложные варианты, когда, например, психотерапевт-супервизор, проводя групповое терапевтическое занятие, объединяет в одну группу молодого терапевта вместе с пациентами последнего.

«Двойственными» (или множественными ролевыми) называются такие отношения, в которых психотерапевт, помимо профессиональной, выступает еще по крайней мере в одной роли по отношению к пациенту (например, состоит с ним в браке). Об опасности установления двойственных или множественных ролевых отношений с пациентами писали еще классики психоанализа, предостерегая от лечения родственников, друзей, знакомых. Печально известен в этой связи случай отнюдь не платонических отношений Юнга с Сабиной Шпильрейн (Carotenuto, 1982; Kerr, 1993) [9].

Существует перечень признаков, составленный Бостонской Организацией по прекращению злоупотреблением в терапии [10]. Публикация признаков, указывающих на факт нарушения «границ» в терапии, не только

в специализированных журналах, но и на сайтах для клиентов, в СМИ, в офисах и кабинетах психотерапевтов будет способствовать своевременному обращению за помощью и обеспечению безопасности терапевта и клиента.

Факторы, влияющие на нарушения «границ» в психотерапии

Нарушения «границ» могут быть обусловлены многообразием факторов, как особенностями личности, так и историей общества в целом. Константин Немировский отмечает, что «представления о личности, ее роли, отношениях и границах в нашей стране формировались в особом культурно-историческом контексте», поэтому для людей характерна «недосепарированность, расщепление на плохое и хорошее, духовное и плотское оставляет человека в инфантильной идентификации преимущественно с материнским объектом...пространство не заполнено ничем индивидуальным, а содержит лишь неинтериоризированные общие идеи...» [3, с. 9], откуда «границы» личности размыты, что приводит к их нарушению в психотерапии, где «реабилитация нарушивших этику специалистов гораздо важнее, чем их наказание» [3, с. 12].

Рассматривая причины нарушения «границ» российскими психотерапевтами, стоит отметить ряд негативно влияющих факторов: экономический фактор: часто будущий терапевт не в состоянии потратить на личную терапию нужное количество часов по причине финансовой нестабильности, дорогостоящих услуг супервизоров, тренеров, что приводит к травмирующим последствиям нарушения «границ» в работе с клиентом.

Образовательный фактор: будущий специалист не получает нужного количества навыков или в процессе курса обучения проходит личную терапию у неквалифицированных психотерапевтов, тренеров, супервизоров.

Ситуация, когда терапевт очень долгое время не посещал специальное обучение, повышающее квалификацию, приводит к тому, что теряются навыки конструктивного взаимодействия и устойчивости в ситуациях «разыгрывания» в терапии.

Многое в нарушении «границ» зависит и от личности самого терапевта, неадекватное восприятие себя и своей деятельности, тот факт, что зачастую практикующие терапевты не считают, что им необходима супервизия, помощь коллег, приводит к нарушению этических норм.

Внешние травмирующие факторы: «стресс после развода, смерть близких, серьезные финансовые потери или профессиональные проблемы и другие неприятности, которые у аналитика, как и у любого живого человека, могут нарушить обычное функционирование Эго, супер-Эго и самости, а также привычные паттерны объ-



ектных отношений. Хотя нам хотелось бы верить, что завершённый личный анализ является профилактическим средством от таких нарушений, как сексуальные отношения между аналитиком и пациентом, практика говорит об обратном. Фрейд сомневался в том, что анализ может защитить человека от трудностей, которые появляются на последующих этапах жизненного цикла его взросления (Freud, 1937)» [3, с.155]. По этим причинам терапия снижает свою эффективность и превращается в другую форму отношений, которая не помогает клиенту, а зачастую наносит вред.

Ни личный анализ, ни годы психоанализа, ни годы психоаналитического тренинга не могут застраховать от подобных катастроф. Все, кто подробно изучал это явление, обнаружили обескураживающую истину: каждый из нас потенциально уязвим для разного рода перехода границ, в том числе сексуальных (Gabbard, 1994a, 1994b; Margolis, 1994; Schoener, Milgrom, Gonsiorek, Luepker, Conroe, 1989) [3, с.120].

Факторы риска в КЦП

Именно в клиент-центрированной психотерапии, где отношения осуществляются за счет «принятия, понимания и человеческой Встречи» появляется особый риск нарушения «границ».

Принятие и прикосновение в КЦП

Первоначально Роджерс обозначил свою психотерапию как «недирективную», что означало отказ от рекомендаций предписывающего плана и веру в способность клиента самому решать свои проблемы, если создается соответствующая атмосфера — атмосфера безусловного принятия [1, с.75]. В задачи терапевта входило не только создание атмосферы; важнейшую роль играла открытость самого терапевта, его движение в направлении понимания проблем клиента, проявление этого понимания [1, с.75].

У В.Франкла, основателя логотерапии, была противоположная точка зрения в отношении принятия: «Если мы будем принимать людей такими, какие они есть, мы сделаем их хуже, — говорит В. Франкл, сам при этом ссылаясь на великого Гете. — Если мы будем обращаться с ними как с теми, кем они хотят быть, то мы приведем их туда, куда их следует привести». Вся логотерапия ориентирована на это «быть — мочь» (цит. по Ливехуду, 1994. — С. 175).

Как видно, проблема «принятия» и даже «понимания» другого человека не так уж и проста [1, с. 76].

В русской традиции слово «принимать» обязывает ко многому.

Например, в толковом «Словаре русского языка» С. И. Ожегова (1975) приводятся и такие значения этого

слова: «согласиться с чем-нибудь, отнестись к чему-нибудь положительно»; «признать, счесть»... Но в русском языке есть и другое слово — «понять», что не всегда предполагает «признания» и «положительного отношения», например, «понять» негодя. Поэтому мы считаем, что проще (во избежание всяких недоразумений и спекуляций при «толковании») было бы несколько переформулировать этот принцип: «Психолог просто обязан понять каждого доверившегося клиента» [1, с.250].

Если провести дальнейший семантический анализ слова «принимать», обращаясь к «Толковому словарю» В.И. Даля, слово «принимать» обозначает как например «принять подарок», «принимать гостей, встречать и привечать», «принять младенца от купели, быть восприемником, — ницею, крестным», «принимать вид, образ, являться в образе чего» [4]. Многообразие значений слова «принять»: «брать и получать», «принять что», «приемлю» [4] подчеркивает, что само слово «принимать» может нести в своём содержании оттенок проявления власти («брать и получать»). В толковом «Словаре русского языка» С.И.Ожегова слово «принять» в значении «воспринять» в свою очередь обозначается в словаре как «ощутить, распознать органами чувств. Зрительные образы, звуки, запахи, прикосновение» [8], что указывает в содержании слова «принять» на физическое прикосновение, контакт.

Таким образом, сама формулировка слова «принять» может субъективно восприниматься как нарушения «границ» посредством прикосновений, физического контакта, что может быть ступенью «скользкого пути» с постепенным размыванием несексуальных границ. Важно сделать акцент при обучении психотерапевтов на том, что «когда у Роджерса речь идет о такой установке терапевта, как «безусловное позитивное принятие», следует иметь в виду, что она относится к чувствам «клиента» и отнюдь не предполагает одобрения всего его поведения. Имеется в виду признание права на какую угодно гамму собственных чувств без риска потерять уважение психолога, терапевта» (Петровская, 1982. — С. 36) [1, с. 250]. При этом человек (клиент) может обладать действительно отвратительными качествами и «безусловное позитивное принятие» такого клиента выглядело бы просто самообманом (у К. Роджерса поэтому и сказано — «не предполагает одобрения всего его поведения») [1, с. 251]. Этот принцип нуждается в особом комментарии, т.к. в его содержании уязвимая часть для нарушения «границ» в КЦП.

Многие терапевты пытаются принять клиента в любых его проявлениях. Фактором риска таких взаимоотношений, если не учитывать: «не предполагает одобрения всего его поведения» (К.Роджерс), может быть прием подарков, прием поведения, нарушающего границы взаимоотношений в психотерапии, в том числе и принятие потребности клиента в близком контакте,



когда сам клиент просит, чтобы терапевт прикоснулся, взял за руку.

Краткий фрагмент из главы «Нарушения сексуальных границ» книги Габбарда Г., ЛестерЭ. «Психоаналитической границы и их нарушения» (2014) отражает пример нарушения «границ»: «Кейсмент (Casement, 1985) описывает пациентку, которая попросила взять ее за руку. В детстве после ожога она перенесла операцию. Во время операции мать держала ее за руку. Но, потеряв сознание, выпустила её руку.

Вначале он согласился взять ее за руку, но затем после исследования в самоанализе своего контрпереноса он отказался от этого обещания.

Он понял, что если возьмет ее за руку, то вступит с ней в сговор стать лучшим родителем, который сможет восполнить несостоятельность ее настоящей матери» [3, с. 184-185]. В отдельных случаях многие профессиональные границы можно перейти при наличии достаточных оснований.

Неоднократное держание за руки и частые встречи вне рамок анализа сбивали с толку, травмировали и в конечном счете разрушили аналитический процесс и саму пациентку, о которой идёт речь в описании другого случая (случай доктора К.) [3, с.185]. Прикосновения, проявления власти со стороны терапевта приводят к ретравматизации личности клиента, ПТСР, изменению самооценки, зависимым формам отношений, депрессивным расстройствам, теряется способность к доверию, что снижает качество жизни клиента.

Филлис Гринэйкер (Phyllis Greenacre, 1966) пишет о том, что причиной такого нарушения границ: благосклонности чаще возникают у зарекомендовавших себя опытных аналитиков. Она связывает этот феномен с нарциссическими слепыми пятнами, которые находятся под защитой изоляции [3, с.186]. Специалисты «считающиеся себя достигшими такого положения в своей области, что обычные правила не имеют к ним отношения.» [3, с.186], что вполне может проявляться и у терапевтов КЦП, как и у многих знаменитых терапевтов, тренеров и супервизоров других направлений психотерапии.

Роль любви в нарушении «границ» в КЦП

К. Роджерс главную проблему психотерапии связывал с тем, «что может сделать психотерапевт, дабы в конце концов сообщить клиенту, что он любим» (любим не в смысле «эроса», а в смысле «агапе», то есть любви, которая не требует ничего взамен — по К. Роджерсу). При этом сам К. Роджерс считал, что для решения этой задачи «не имеет особого значения не только теория, но и техника» (цит. по Кану, 1997. — С. 41) [1, с.243].

В исследовании, проведенном Гартреллом и Герман, сообщается, что 65% терапевтов считают любовь глав-

ным мотивом. 92% из этих терапевтов полагают, что пациентка любила его. Однако именно отсутствие любви приводит к такому ранящему и разрушительному способу обращения с собственной властью [2, с.270-271].

В работе с аналитиками, которые вступили в сексуальные отношения с пациентами, красной нитью проходит переоценка любви и её силы для исцеления у терапевта и пациента. Любовь может как убить, так и исцелить.

Когда нам кажется, что мы можем полюбить своих пациентов больше, чем их родители, следует признать себе в том, что мы рискуем стать жертвой песни сирены о волшебной силе любви, о которой нас веками предупреждают поэты. Леон Олтман (Leon Altman, 1977) писал: «Потребность отрицать ненависть вполне могла быть причиной нашего желания уделять так много внимания любви, возлагая на неё значительные ожидания. Стремление получить от любви больше, чем она может дать, способно исказить нашу работу... Рвение, проявляемое терапевтом в этом направлении, как и в любом другом, неразумно... Любвью всего не излечишь (р.43)» [3, с.155-156].

И как быть в этом случае, если непременно условием эффективной психотерапевтической помощи должна быть, по мнению многих специалистов, так называемая «дистанция» между психологом и клиентом? [1, с.243].

Ю.Джендлин предлагает следующие действия при работе с клиентом, который просит прикосновений, выражает любовь:

«К примеру, я не допущу, чтобы пациент касался или обнимал меня. Я остановлю его, но такими приветливыми словами и жестами, которыми бы я встретил любое позитивное желание более тесной близости или физического контакта. Отстраняя пациента от себя рукой, я посмотрю ему в глаза и скажу, что хорошо отношусь к физическим прикосновениям и рад им, даже если не могу себе этого позволить. (В такие моменты я понимаю, что, возможно, отчасти сам придаю этим действиям позитивный смысл. Возможно, в этом движении пациента сейчас больше враждебности, чем теплоты. Однако потребность любого человека в физическом или сексуальном контакте всегда содержит в себе теплое и здоровое начало, и я могу его распознать.)» (Gendlin, 1967b, p. 397) [6, с.28].

Такой вариант интервенции выражает теплоту, заботу о клиенте и не нарушает «границы» в терапии.

Откровенность и искренность как факторы, провоцирующие нарушения «границ» в КЦП

Откровенность, искренность, которые предусмотрены как техники, способствующие конгруэнтности терапевта могут приводить к нарушению «границ» в КЦП.



У.Виртц отмечает, что «после первоначального ужаса, что ее терапевт — идеализированный и недостижимый человек — вдруг обретает человеческие аспекты и сообщает многое о себе, у клиентки исчезает ее депрессивное настроение.

Теперь она ощущает новый смысл жизни, ведь она так нужна!

На этом этапе процесса терапевт еще может сослаться на то, что он ведет себя так открыто и искренне в рамках традиции гуманистической психологии.

Возможно, его также успокоит, если он прочитает, что все, что происходит в терапии, выражает отношения и не является переносом.

Самораскрытие служит, в его понимании, большей целостности отношений. Почти незаметно оба скользят ко все большей интимности...» [2, с.268].

Таким образом, в основе теории и методологических разработок гуманистической психологии содержатся суждения, которые на определенном этапе могут оправдать действия терапевта, далее это будет способствовать всё большей размытости «границ».

Роджерс разрешает этот вопрос, давая на него весьма мудро самый общий ответ: «...когда это уместно» (Rogers, 1962, р. 417). В том же духе высказывается и психоаналитик Вачтел: «Мне бы очень хотелось, чтобы существовали строгие и ясные правила относительно того, когда именно оказываются полезными такие откровения терапевта. К сожалению, их нет...» (Wachtel, 1987, р. 183). Таким образом, нам не остается ничего другого, как руководствоваться своим клиническим чутьем и здравым смыслом.

Это не означает, однако, что никаких руководящих принципов не существует.

Пожалуй, основной критерий полезности в этом вопросе заключается в следующем: служит ли наше откровение процессу роста клиента (Yalom, 1980, р. 414)?

Может ли наш клиент использовать и интегрировать эту информацию? Другими словами, речь в данном случае идет о сочетании прозрачности с ответственностью, а значит, о наличии существенных ограничений в этом вопросе [6, с. 28-30].

Г.Литаер рекомендует два «правила общения», которые могут помочь во взаимодействии с клиентом в КЦП: «Во-первых, как выразился Роджерс, — это «присвоение» или передача Я-сообщений вместо Ты-сообщений: терапевт ясно дает понять, что именно в нем находится источник ощущений и, кроме того, старается сообщать о своих собственных чувствах, а не высказывать оценочные суждения в адрес клиента.

Например, он не скажет: «Как вы навязчивы», а скажет: «Когда вы второй раз за неделю позвонили мне, я почувствовал, что на меня давят, словно я являюсь чьей-то собственностью...».

Второе «правило общения» можно назвать, по Джендлину, «постоянной сверкой», или «открытостью тому, что будет»: после каждой интервенции — и особенно после той, которая основывалась на нашем собственном опыте, — следует заново настраиваться на ход переживаний клиента и продолжать беседу, исходя уже из него. Все это должно способствовать пониманию того, что конструктивное самовыражение терапевта отнюдь не совпадает с отреагированием.

Это скорее некая форма «дисциплинированной спонтанности», наряду и вместе с эмпатией устанавливающая некую вторую линию, по которой клиент может развивать свою «дальнейшую жизнь» как внутри терапии, так и за ее пределами в направлении новых и более удовлетворяющих его способов взаимодействия с самим собой и другими людьми.

Конечно, возможны ошибки, если использовать самораскрытие безоглядно, но и полностью оставлять в стороне этот важнейший источник информации об отношениях тоже нельзя: такое упущение может существенно ухудшить качество терапевтического процесса [6, с.30].

«Расширенная клиническими аспектами теория личностно-ориентированной терапии, должна описывать, каким образом могут быть достигнуты изменения в личности» [5] за счет использования таких техник терапии, которые отражали бы основной принцип «не навреди».

Вольфганг Кайль отмечает, что главным в КЦП является базовое терапевтическое отношение «в то время как профессионально-психотерапевтические и клинические аспекты оставались на заднем плане.

Тем не менее, если не учитывать этот задний план, возникает однобокое неправильное понимание, ведущее к профессиональной некомпетентности» [5], которая в свою очередь приводит к нарушению «границ» в КЦП.

Г.Габбард, Э.Лестер отмечают, что «нужно подчеркнуть, что терапевт или аналитик всегда несет ответственность за поддержание необходимых границ, вне зависимости от патологии пациента» [3, с.151].

Таким образом, тема нарушения «границ» в КЦП нуждается в особом внимании Профессионального Сообщества Клиент-центрированных Психотерапевтов, Австрийского Научного Общества Клиент-центрированной и Разговорной Психотерапии ÖgwG.

В циклах обучения терапевтов КЦП с целью превентивных мероприятий необходимо прорабатывать как теоретические концепции, так и технические, тренинговые аспекты, касающиеся нарушения этики.

Особое внимание, стоит обратить на организацию этических комитетов, реабилитацию пострадавших клиентов и терапевтов с учётом личностных и социальных особенностей.



Список литературы:

1. Вачков И., Гриншпун И., Пряжников Н. Введение в профессию психолог. – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2007. – 464 с.
2. Виртц У. Убийство души: инцест и терапия / Пер. с нем. – М.: Когнито-Центр, 2014. – 293 с.
3. Габбард Г., ЛестерЭ. Психоаналитические границы и их нарушения / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2014. – 272 с.
4. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка (современное написание слов). – М.: «Ци-тадель», 1998. – 4249 с.
5. Кайль В. Разъяснение теории клиент-центрированной психотерапии // Стенограмма лекции, прочитанной на Третьем Всемирном Конгрессе Психотерапевтов. Вена.: 2002. Эл. ресурс: <http://carl-rogers.ru/articles/104-clarification-of-theory-of-client-centered-psychotherapy.html>
6. Литаер Г. Аутентичность, конгруэнтность и прозрачность // Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / Под ред. Дэвида Брэзиера. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2005. – С. 19-40.
7. Моисеева Е.И. Психологические границы личности // Сборник научных трудов молодых ученых/ под ред. А.И. Сорокиной. – Уфа: Изд-во БГПУ, 2012. – 22-25 с.
8. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений .4-е изд., дополненное. – М.: Азбуковник, 1999. – 944 с.
9. Семенова Н. С. Этические основы психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1997. – № 2.
10. Estelle Disch, Ph.D. In There Something Wrong or Questionable in Your Treatment? Boston Associates to Stop Treatment Abuse. 1992. Available at: <http://www.survivingtherapistabuse.com/wpcontent/uploads/2011/09/Treatment-Abuse-Checklist.pdf>.

Factors affecting the violation of «borders» in a client-centered psychotherapy

TARASOVA EKATERINA VLADIMIROVNA

clinical psychologist, Municipal Affordable Health Care Institution Nizhny Novgorod region «Municipal Hospital №39»

Examines the relevance of the topic of violations of the «borders» therapists in psychotherapy in Russia. Presented a definition of the «border» psychologists and psychotherapists. Designated types of violations «borders». We consider the risk factors that lead to a violation of «boundaries» in a client-centered psychotherapy and relevance of their designation in the training of future physicians. Examines the role of acceptance, touch, sincerity in violation of «boundaries» in the therapeutic process.

Key words: client-centered psychotherapy, «border», a violation of «borders» in the therapeutic process, touching sincerity.



Психологическая помощь в принятии беременности

МИТРУШИНА Н.А.

Кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры общей психологии
Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова,
медицинский психолог ГУЗ Клинической больницы № 2

В работе рассматривается практическое приложение в деятельности перинатального психолога концепции Н.В. Боровиковой о синдроме беременности. Внимание уделено задачам, возникающим в работе с женщинами, находящимися в I триместре беременности: помощь в принятии симптоматики беременности, проявляющейся в психической сфере и в разрешении внутриспсихического конфликта. Приводятся два случая психотерапевтического исследования феноменов, мешающих принятию беременности, нарушающих физиологическое протекание беременности, и коррекции их методами гештальт-терапии и процессуальной терапии. Отслеживание и разворачивание вторичных процессов, работа с переключением уровней сознания позволила изменить самочувствие женщин и идентифицироваться с беременностью.

Ключевые слова: I триместр беременности, психологические этапы беременности, внутриспсихический конфликт, сознательное принятие, бессознательное отвержение, приемы гештальт-терапии и процессуальной терапии.

Причины развития акушерской патологии при беременности (25-50 %) по некоторым данным определяются психическим состоянием женщины [1]. Физиологическое сопровождение беременности находится под контролем врачей акушеров-гинекологов, отслеживание того, как происходит адаптация к беременности на психологическом уровне, – задача перинатального психолога. В данной работе показаны способы работы с женщинами, находящимися в I триместре беременности и испытывающими трудности в ее принятии.

I триместр беременности особенно заслуживает внимания, так как на фоне глобальных гормональных физиологических перестроек, формирующегося отношения к беременности, рабочая нагрузка, как правило, сохраняется, и, более того, в дополнение к ней резко возрастает количество необходимых диспансерных медицинских обследований и посещений специалистов.

В этом смысле можно говорить, что на ранних сроках беременности ярко начинает выступать конфликт ценностей, интерферирующих с ценностями беременности: сохраняется роль профессионала и появляется новая роль – пациентки. Все это мешает принятию себя в новом качестве и уменьшает резистентность организма к внешней нагрузке, что может проявляться в осложнениях беременности.

Идентификация беременности, согласно концепции Н.В. Боровиковой, проходит несколько этапов: аффект осознания себя беременной, симптом принятия решения, рефлексивное принятие нового собственного образа – «Я в положении» [2]. До возникновения психоло-

гического новообразования «Я в положении» женщина подсознательно отделяет беременность от себя, и тогда физиологическая симптоматика беременности воспринимается как то, что мешает привычному образу жизни, то, что требует изменения, а сама женщина пытается удерживаться в прежней полоролевой идентичности.

На этом этапе возможно формирование внутрличностного конфликта, мешающего формированию следующего новообразования «принятия новой жизни в себе», обычно возникающего с момента ощущения шевелений ребенка.

Таким образом, рассмотрение себя в качестве беременной подготавливает в интрапсихической реальности женщины место для ребенка, является основой для формирования пренатальной привязанности, которая развивается значительно позднее – во II и в III триместрах беременности, и определяет качество привязанности. Возможны варианты, когда идентификация с ролью беременной длительное время не происходит.

В этом случае говорят о феномене атиофориогнозии, проявляющемся в игнорировании симптомов беременности, непризнании факта беременности, зафиксированном у женщин с нежелательной беременностью и у матерей-отказниц [3].

Безусловно, этап идентификации и принятия беременности не является мгновенным, и каждая женщина проходит его в своем темпе; важно лишь то, чтобы симптом «Я в положении» оказался прожитым женщиной за период беременности. Внимания специалиста за-

служивают те случаи, когда за время беременности не формируется психологическая общность «мать-дитя», так как за этим может стоять произошедшая идентификация беременности, и случаи когда имеется внутриспсихический конфликт, нарушающий субъективное благополучие и соматическое состояние женщины.

По аналогии с типологией матерей, отражающих меру сознательного и бессознательного принятия ребенка [4], можно говорить о сознательном и бессознательном принятии беременности.

Интрапсихический конфликт проявляется в случаях, когда имеется сознательное отвержение и бессознательное принятие, и когда имеется сознательное принятие и бессознательное отвержение беременности.

Первый вариант встречается, когда беременность оказалась внезапной или имеется неблагоприятное происхождение онтогенеза материнской сферы.

Во втором варианте амбивалентность проявится в следующем: на вербальном уровне — женщина будет говорить о желанности беременности, ее планируемости, долгожданности, а на невербальном — будет проявляться поведение, несоотнесающееся с беременностью, мешающее ее развитию.

В плане психокоррекционной работы важным оказывается исследование той субъективной реальности, которая не позволяет беременной принять себя в новой роли на сознательном и бессознательном уровне.

Опыт работы показывает, что такое блокирование может происходить при наличии установки на карьеру, страха потери беременности, вины, связанной с абортом. Здесь часто женщина пытается удержаться в двух позициях: остаться небеременной и одновременно быть беременной.

Приведем типичные высказывания женщин: «боюсь, что поверю в то, что беременна, а беременность прервется, не хочу переживать», «да я хочу этого ребенка, но сейчас у меня много работы, я не могу бросить ее», «не хочу быть замедленной, вялой».

Задачей психолога на этом этапе является помощь в принятии симптоматики беременности, проявляющейся в психической сфере, в разрешении внутриличностного конфликта.

Здесь хорошо использовать техники по работе с актуальным состоянием, незавершенными жизненными ситуациями, техники по интеграции полярностей, принятых в гештальт-терапии и процессуальной терапии.

При работе в этих направлениях большое внимание уделяется минимальным невербальным проявлениям — сигналам — как ключам к бессознательному, разворачивание которых в психотерапевтическом пространстве позволяет обнаружить их бессознательные послания и, тем самым, интегрировать отвергаемую идентичность [5].

Приведем пример работы. Женщина находится в стационаре с угрозой прерывания беременности. Возраст — 31 год, беременность первая, планируемая. Срок гестации 11 недель. Появившуюся угрозу прерывания объясняет перегрузкой на работе, чрезмерной включенностью в проблемы организации и в то же время, осознавая негативные последствия работы на протяжении беременности, считает невозможным перестроить образ жизни, не чувствует себя беременной. Таким образом, желая беременность, женщина сохраняет прежнюю ролевую идентичность.

В теории процессуальной терапии выделяют первичные и вторичные процессы.

Такое разделение основывается на удаленности процессов от сознания человека. Термин «первичный процесс» описывает те аспекты процесса, которые близки к осознанию, с которыми человек идентифицируется в данный момент. Вторичные процессы описывают все события, которые человек переживает как «происходящие с ним»; они удалены от осознания и человек не идентифицируется с ними [5].

Таким образом, в терминологии процессуального подхода можно говорить, что беременность являлась для нее вторичным процессом. Для разворачивания вторичного процесса было предложено в свободном варианте описать беременную женщину, при этом внимание терапевта обращалось на невербальную феноменологию клиента.

Во время рассказа неоднократно проявлялись быстрые малозаметные движения рук в области живота на небольшом расстоянии от него. Обращение внимания клиентки на данное движение и использование приема амплификации, направленного на усиление ощущения и связанного с ним переживания, продемонстрировало это движение в качестве очерчивания границ своего тела, как если бы происходило поглаживание живота на большом сроке, вызвавшее положительно-окрашенные переживания. Далее происходила работа по расширению осознания возникающих в этот момент телесных ощущений, чувств, образов, позволившая восстановить целостность и изменить самоощущение, идентифицироваться с беременностью.

Рассмотрим другой пример работы, демонстрирующий коррекцию эмоционального состояния посредством перевода внимания из внешней зоны сознания во внутреннюю (техника, заимствованная из гештальт-терапии).

Женщина, 30 лет, беременность вторая, идентификация беременности по тревожному типу. На приеме рассказывает, что имеющаяся рабочая нагрузка не позволяет ей находить время для отдыха, в последнее время участились приступы головной боли.

Темп речи быстрый, отмечается скованность в теле. На вопрос об актуальном состоянии отвечает: «Обычно,



как всегда». Ей было предложено прислушаться к тому, что происходит внутри нее и попытаться отразить внутренний ритм через прохлопывание его в ладоши. Ритм предсказуемо оказался достаточно быстрым. Следующим этапом стал поиск более приемлемого ритма. С его обнаружением и отслеживанием телесных ощущений и эмоций клиентка заметила, что головная боль исчезла. Отсюда, возможное послание симптома — замедление темпа своей активности.

Таким образом, важным направлением работы с беременными в I триместре является обращение к внутренней реальности клиента, позволяющее принять новый образ себя, формировать оптимальный вариант идентификации беременности.

Литература:

1. Печникова Е.Ю. Особенности стиля переживания беременности и онтогенеза материнской сферы

при акушерской патологии // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы, 2010, №1., С. 121-135.

2. Боровикова Н. В. Синдром беременности // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А. Н. Васина. - М.: УРАО, 2005.- 328 с.

3. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А. Н. Васина. М.: УРАО, 2005.- 328 с.

4. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. - 319 с.

5. Минделл Э. Альтернатива терапии: творческий курс лекций по процессуальной работе. - М. : Беловодье, 2011. -400 с.

Psychological facilitation to acceptance of pregnancy

MITRUSHINA NATALYA ANATOLIEVNA

Senior Lecturer, Department of General Psychology of Yaroslavl State University named on P.G. Demidov, clinical psychologist of Clinical Hospital № 2.

In this article the practical application of the concepts N.B. Borovikova about syndrome of pregnancy for performance of the perinatal psychologist is discussed. The attention is paid to problems that occurs in women during the first trimester of the pregnancy: the facilitating to acceptance psychological symptoms of pregnancy and resulting of intrapsychic conflict. There are described two examples of psychotherapeutic investigation phenomena were interfered to acceptance of pregnancy, violated of the physiological dynamics of the pregnancy, and application of methods of Gestalt therapy and Processwork. Observation and development of the secondary processes, exercises to commutate the levels of consciousness were allowed to women changes himself health and were identified with pregnancy.

Key words: I trimester of the pregnancy, psychological stages of the pregnancy, intrapsychic conflict, conscious acceptance, unconscious rejection, techniques of Gestalt therapy and Processwork.



Методика диагностики личностных особенностей детей «Дом сказочного героя»

МАЛАХОВА А.Н.

Педагог-психолог высшей категории, Государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования Академия «ЛОКОН», г. Санкт-Петербург

Проективный метод (от лат. *projectio* — выбрасывание вперед) — это один из многих методов исследования личностных особенностей. Суть метода — выявлении проекций в экспериментальной ситуации с последующей интерпретацией полученных результатов. Л. Франк автор понятия проекции как метода психологии.

Проективный метод характеризуется созданием экспериментальной ситуации, допускающей множественность возможных интерпретаций при восприятии ее испытуемыми.

Каждая отдельная личность дает в результате исследования уникальные данные, которые отвечают общим параметрам и характеристикам анализа.

Проективные тесты: ассоциативные (например, тест Роршаха, тест Хольцмана, в которых испытуемые создают образы по стимулам — пятнам; тест завершения неоконченных предложений); интерпретационные (например, тематический апперцепционный текст, в котором требуется истолковать социальную ситуацию, изображенную на картине); экспрессивные (психодрамма, тест рисунка человека, тест рисунка несуществующего животного) и др.

Проективные методики обладают значительными возможностями в исследовании индивидуальности личности (Психологический словарь /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Политиздат, — 494 с.).

Многие психологи с большим уважением относятся к проективным методам, что само по себе подтверждает эффективность и значимость данного экспериментального подхода. Хочу предложить вашему вниманию авторскую проективную диагностику выявления отношения к членам семьи, социальному окружению, особенностей самовосприятия для детей 4-10 лет.

Оборудование: Листы А4, разноцветные карандаши, простой карандаш; набор рисунков домов, описанных ниже, в случае использования 1го варианта диагностики.

Инструкция:

Диагностика проводится в 2 этапа —

- 1) выбор дома;
- 2) выбор сказочного героя и его изображение на рисунке.

Испытуемому представляются изображения 5 домов в первом варианте или просят нарисовать каждый дом самостоятельно (второй вариант) — данный вариант более результативен, т.к. дает психологическую картину субличностей (составляющих компонентов личности по К. Юнгу):

- Дом бабы Яги (избушка на курьих ножках)
- Дом Кощея (пещера)
- Дом Василисы прекрасной (дворец-терем по женскому варианту изображения) — красивая, добрая
- Как дополнение к методике: Дом марьи — искусницы (добрая, все умеет)
- Дом Ивана — царевича (дворец-терем по мужскому варианту изображения)
- Дом крестьянина (обычный деревянный дом)

В скобках представлены образы домов при условии предъявления испытуемому уже готового инструкционного материала, если испытуемый сам изображает дома, то никаких подсказок и иллюстраций не демонстрируется.

Испытуемому просят нарисовать каждый из домов на отдельном листе формата А4 (результаты дополнительно интерпретируются по значениям теста «Дом», «Человек», «Супергерой»).

По К. Юнгу, психика человека состоит из субличностей — женское и мужское начало в человеке, доброе — созидательное и злое — разрушающее, а также отношение к труду — как вариант трудоголизма или чрезмерных требований, предъявляемых к личности.

В данном диагностическом методе субличности представлены в образе сказок:

- Баба Яга - женское разрушающее начало,
- Кощей Бессмертный — мужское разрушающее начало,
- Василиса Прекрасная — женское начало,
- Дом Ивана — мужское начало,
- Дом крестьянина — созидательное начало.

Затем предлагается поселить каждого члена семьи в свой дом и объяснить свой выбор. Ответы типа «не знаю» — будут говорить о психологической защите, вытеснении или сублимации отношения к данному члену семьи. Также испытуемому предлагается выбрать дом для себя. Интересны ответы: а в какой дом поселила бы



тебя мать, отец...; в каком доме ты хотел бы жить? с кем ты бы хотел жить в этом доме?

На втором этапе испытуемого просят выбрать сказочного героя для себя и нарисовать его (затем героя, каким хотел бы быть – здесь очень важно, насколько совпадают или разнятся выбранные образы – это будет говорить о принятии себя, ориентациях человека, его самовосприятии), а также для членов своей семьи (важны ответы испытуемого – как ты думаешь, какого героя для тебя выбрала бы мать, отец...)

Интерпретация:

Все результаты анализируются с помощью интерпретации к тестам «Дом», «Человек», «Супергерой» также важно какое начало заложено в герое – созидующее или разрушающее, какими характеристиками он обладает, а также выявить взаимосвязь между героями – например: Баба Яга и Кощей – единая группа, ориентированная на разрушение, отличает их мужское (власть, доминирование, сила, агрессия, защита) и женское начало (любовь, забота, ласка, женственность), которые присутствуют в каждом человеке – и в мужчине, и в женщине, но в разном процентном соотношении. В случае, когда для матери выбирается дом Бабы Яги, а для отца – Кощей: это будет говорить о конфликтных взаимоотношениях с этим родителем, подавлении, агрессии. Если при данном выборе, родителю выбирается положительный сказочный герой – это будет говорить, о желании изменить взаимоотношения, веру в изменения, идеализацию объекта.

Данная методика ориентирована на исследование взаимоотношений личности ребенка с окружающей социальной средой. Для психолога-диагноста она проста в применении, результативна, и может быть использована в психотерапевтической практике как метод разрешения внутренних психоэмоциональных конфликтов в результате нарушений взаимоотношений со значимыми для ребенка людьми.

Список литературы:

1. Абрамова Г.С. Практическая психология: Учебник для вузов. – М.: Академический проект, 2000. – 512 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. – СПб.: Питер, 2002. – 352с.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь–справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999г. – 528с.
4. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. – СПб.: Речь, 2000. – 440 с.
5. Гурджи И.А. Проективные методики в качественных исследованиях// Практический маркетинг. 2000, №1, с. 25-30.
6. Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. Методическое руководство. – М.: Смысл, 1998. – 270 с.
7. Носс И. Н. Психодиагностика. – М.: КСП, 2000. – 320 с.
8. Общая психодиагностика. – (Методические указания). /Автор-составитель О. В. Белова. – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996. – 76 с.
9. Основы психодиагностики. Учебное пособие для студентов педвузов / под общ. редакцией А.Г. Шмелева – Москва, Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. – 544 с.
10. Прошанский Г.М. «Классификация проективных методов» из кн. Проективная психология, - М., 2000. – 258с.
11. Психологическая диагностика: Учебник для вузов / Под ред. М.К. Акимовой, К.М. Гуревича. - 3-е изд., перераб. и доп. - (Учебник для вузов) - СПб.; Питер-Юг, 2008. – 352с.
12. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. – М., 1980. – 174 с.
13. Титкова Л. С., Психодиагностика: Учебное пособие / С.Л. Титкова – Владивосток: Издательство Дальневосточного университета, 2002. – 425 с.



Опыт формирования системного мышления врача-супервизора

СЕМЕНОВА А.И.

педиатр, психотерапевт, иммунолог, член комитета модальностей ППЛ РФ

В статье обсуждаются социальные, научные, практические, методические, философские аспекты супервизорства. Автор рассматривает их на базе собственного опыта проб и ошибок, достижений и неудач. Исследуются проблемы возможного, реального и не достижимого в работе педиатра, иммунолога, психотерапевта.

Ключевые слова: супервизор-консультант, информационное поведение, картография иммунологии, регуляция экосистем, теория и практика медицинской науки.

Обсуждение проблемы о супервизии вскрывает толщу вопросов. В научных статьях даны неоднозначные расшифровки сути этого термина: надзор, наставничество, сверхвидение. И. Балюбаш в статье «Алгоритм очной супервизии» обозначает структуру вопросов для обсуждения. «Супервизор анализирует навыки, стиль, методы работы терапевта, уровень притязаний способность и желание двигаться от анализа простых локальных вопросов к овладению комплексными системными знаниями и понятиями. Имеет значение внутреннее мировосприятие и персональная жизненная философия опекаемого терапевта»... Немалое значение имеют коммуникативные способности и педагогический талант супервизора-наставника. В равной мере важна заинтересованность терапевта в получении научных знаний и практических навыков при овладении методами, рабочими алгоритмами, техниками. Супервизоры функционируют в определенной социальной и общественной структуре, которая определяет потребность в них и рабочую тактику. Культура социума определяет отношения учитель-ученик.

Очевидно, что термины «надзор, наставничество и сверхвидение» скрывают разное содержание. Имея более чем 40-летний опыт заинтересованной работы в разных областях медицины: в педиатрии, иммунологии, психотерапии, гомеопатии, восстановительном лечении, - я ссылаюсь в данной статье на свой личный опыт. Будучи увлечена своей профессией, я всегда ощущала недостаток знаний и активно сама искала супервизоров, а позднее стала врачом-консультантом, лектором, методистом.

Первый мой опыт-работа врачом-педиатром. Замечу, что класс педиатров отличает особая внимательность, открытость к жизненным вызовам, быстрота реакции, душевное тепло по отношению к пациентам. Первая ступень, которой овладевает педиатр- это оказание скорой и неотложной помощи. Моя работа заведующей детским отделением земской больницы на протяжении 7 лет вложила в меня понятие значимости фигуры врача, важности профессиональной сосредоточенности и необходимого смирения. Перед трепещущей тайной смены состояний здоровья и болезни мы всегда ученики. Врач, который ощутимо «чувствует в руках жизнь и смерть», взвешивает разные состояния и уровни здоровья- приобретает не только профессиональный, но ду-

шевно-духовный опыт. Врачей стационара отличает то преимущество, что они имеют время на размышления и выбор методов лечения. Но что сказать об участковой службе и враче, который пропускает через себя ежедневно поток пациентов и практически стоит у конвейера? Врача низшего по рангу звена в медицине ориентируют на обслуживание больных. Ему предписаны нормы приема больных и время, 12-15 минут на пациента, так что он не может поднять головы. Это ежедневный стресс-цейтнот, с которым надо научиться справляться. И если 30 человек у врача на приеме и 15-на вызове, трудно ожидать взвешенного анализа здоровья, если «шестым чувством» не держать пациента в голове все время (продолговатый, растянутый во времени анализ). Участковый врач - лицо подчиненное, постоянно контролируемое. Роль супервизоров в поликлиниках играет организационно-методический кабинет, который выполняет функцию надзора, руководствуется указаниями министерства, которые используют научные изыскания институтов. На практике- организационно-методические кабинеты работают не с врачом, а с бумагами. Позднее осуществлять контроль над бумагами стали также представители страховых компаний. Они полномочны снимать деньги из поликлиники и главные врачи их боятся. Заметим, что контролирующие инстанции материально лучше обеспечены, чем врачи, обслуживающие пациентов. Отдушиной для врача являются курсы повышения квалификации в институтах усовершенствования, обычно многокомпонентные, на хорошем уровне. Научные сотрудники нередко читают врачам лекции в поликлиниках, чаще на узко специализированном материале. Например, докладчик сообщает о новом, разрабатываемом методе, не применимом в условиях поликлиники. Научного анализа целесообразности подчинения сил и времени врача-педиатра на обслуживание острых респираторно-вирусных заболеваний никто не проводил. Я имела возможность проанализировать статистический отчет по заболеваемости на одном условном педиатрическом участке. В среднем на участке за год было зарегистрировано 1300 случаев острых респираторных заболеваний, 95 случаев гриппа, 97-фарингита, 15 ангина, 8 бронхитов, 4 лимфаденита, 39 отитов, 33 случая детских инфекции, по 3 случая дизентерии и болезни Боткина. ОРЗ- это не диагноз, а симптоматическое проявление определенной патологии,



сущность которой нам неизвестна без анализа обстоятельств жизни, плотности наследственной патологии пациента. В форме 112, ежедневнике общей патологии, нет сведений о качественных преморбидных факторах и качественных особенностях течения заболеваний (острота, спектр, полиморфизм, излюбленные локализации, сезонность, функциональные расстройства), психологических проблемах и иммунологических нарушениях. Не группируются и не изучаются разные факторы риска: семейно-наследственный, предыдущей заболеваемости, анте-перинатальный, медикаментозный (индуцирующий интоксикацию), социально-бытовой фактор, психо-гигиенический, личностный режим, режим питания, сна. На участкового врача полный анализ возложить категорически невозможно. Анализ здоровья не в его компетенции и он не имеет времени на это. В бытность заведующей педиатрическим отделением в поликлинике Москвы организационно методическим отделом мне (как и всем) было предписано оценивать работу врача в баллах по разнородным, не связанным друг с другом показателям (процент кормящих до года матерей, число заболевших корью и ветряной оспой умножалось на какой-то коэффициент - 0,6 или 0,8). В результате подсчета выяснялось что один врач работает лучше другого и имеет 765, 2 балла, против 738, 1 баллов другого. Время заведующего отделением, призванного оказывать консультативную помощь врачам, но подчиненного инструкциям, расходуется непродуктивно. Позвольте сделать 2 вывода.

При такой постановке дела в поликлиниках как воздух нужны врачи-консультанты, обладающие клиническим и аналитическим мышлением и имеющие декларированное время на анализ здоровья пациентов. Второй вывод: врач как личность отвечает сам за свое развитие. Медицинской бюрократии он не интересен в этом качестве. Вспоминаю, как будучи молодым врачом, работая в стационаре земской (кустовой) больницы, я нашла себе супервизора, заведующую педиатрическим отделением районной больницы и пользовалась с благодарностью ее консультациями в первые годы моей работы.

Со временем в базовых поликлиниках районов появилась специализированная консультативно-диагностическая служба, роль которой в изучении состояния здоровья пациентов несомненна, хотя пропускная возможность невелика.

Нельзя обойти вниманием знаменательный этап организации службы восстановительного лечения и тот факт, что из 16 детских врачей восстановительного лечения «первого призыва» в 1986 году через 2 года в детских поликлиниках Москвы остался один специалист (у которой главным врачом была ее однокурсница). Потеря тотального контроля над врачом в условиях поликлиники не допустима в принципе. Главные врачи поликлиник не могли смириться с тем, что врач — реабилитолог (врач восстановительного лечения) позволяет себе тратить на пациента 30 — 40 минут вместо 15 (как у участкового доктора). Даже ощутимый результат, снижение заболеваемости часто болеющих детей в 5 и более раз, неодно-

кратно доказанный в работе с пациентами, не изменял ситуации неприятия медицинской бюрократией нового веяния. Участковая служба — это священная корова для медицинской бюрократии. Врач восстановительного лечения становится реальным консультантом для участковых врачей и они охотно и без боязни обращаются к нему в сложных ситуациях. Не помню ни единой обиды с их стороны и ни единого конфликта. Оставляю без обсуждения отношение медицинских администраторов, непонимание и возможную ревность к новым методам работы. Запомнилась фраза «Нельзя тратить столько времени на пациента» Врач-педиатр этого профиля работает с часто болеющими детьми и хроническими больными, с группами детей с аллергическими, иммунодефицитными состояниями, психологическими нарушениями, с пограничными психо-эмоциональными расстройствами. Но работает он на основе клинического мышления, исходя из системного представления о здоровье и патологии. В 85-90-е годы сформировалась когорта врачей, активно усваивающих альтернативные методы в медицине. В поликлиниках врачей службы восстановительного лечения чаще используют как статистов для учета хронических больных и направления их в кабинеты массажа и физиотерапии. В медицине существует жесткая иерархия соподчинения и в этом ее беда. Вернемся к отношениям врача, консультанта и методиста в поликлинике. Став со временем опытным специалистом, я никогда не понимала тех, кто проверяет жизнь по липовым бумагам (форма 112-всего лишь ежедневник врача). Ведь достаточно провести на приеме с врачом один час времени, наблюдая его методы работы, отношения с пациентом, чтобы сделать исчерпывающее заключение о возможностях, способностях, интересах врача и профессионально ориентировать и не обескуражить его. Врач, как человек с определенным здоровьем, энергетикой, складом личности, всегда найдет работу в одной из областей всеобъемлющей медицины. Полезно лишь правильно ориентировать его, что мне приходилось делать неоднократно.

Консультантами становятся опытные врачи. На протяжении более 40 лет работы, я неоднократно возвращалась к поликлинической службе, в разном качестве: будучи районным педиатром, заведующей консультацией и врачом стационара на Урале; затем в Подмосковье, будучи заведующей детским отделением больницы и участковым врачом; затем врачом иммуно-аллергологом в консультативно-диагностической поликлинике института иммунологии; в качестве заведующей педиатрическим отделением; врачом восстановительного лечения в поликлинике Москвы; и позднее — детским и подростковым психотерапевтом. Имею опыт работы в платной медицине (медицинских кооперативах) и даже на предприятиях (врачом-гомеопатом). Чрезвычайно интересно оказывать реальную помощь пациентам, но на это нужно время, время и время. Отдушиной стала платная медицина, которая имеет множество нерешенных проблем (но это не тема статьи).

В бытность работы врачом-психотерапевтом, сначала в подростковой, затем в детской поликлинике, я



столкнулась с удивительной и не объяснимой ситуацией. Юмор в том, что не понимая сущности работы психотерапевта, страховые службы и администрация предписывают психотерапевту проводить диспансерные осмотры детей из школ и детских садов. Организуется тот же цейтнот, что и на участке, с нормой 15 минут на пациента. Приходится искать методы экспресс-диагностики (компьютерный тест Люшера, рисуночное тестирование) и приглашать сложных пациентов на прием в свое личное время. Вспомним, что в Международной статистической классификации зафиксировано 250 органических и психических заболеваний и признаков психо-эмоциональных расстройств, подлежащих наблюдению детского психотерапевта. Это органические нарушения, заболевания психического и невротического регистра, расстройства психологического развития и эмоциональной сферы, поведенческие, личностные расстройства (продолжение может занять не одну страницу). Кроме этого есть рубрика «факторы, влияющие на состояние здоровья»: большой круг значимых социально-бытовых проблем, среди которых нищета, безпризорность, психологическое насилие, жестокость. Врач участка наблюдает сложную диагностическую мозаику из генетически, конституционально, семейно, социально — обусловленных расстройств, не умея понять, вызвано ли данное состояние внешним воздействием или является результатом, подготавливаемым всей жизнью. Не специалисту сложно разобраться в мозаике врожденных, органических признаков, психологических, личностных характеристик. До настоящего времени в практике лечения детей преобладает лекарственная терапия. Банальной причиной частых и хронических заболеваний может быть сложность раннего периода психо-эмоционального развития, порой сочетающаяся с лекарственной интоксикацией (вследствие гипердиагностики). Врачи-педиатры по понятным причинам не компетентны в психологических вопросах и считают излишним заниматься психическим здоровьем детей и их родителей. Очень легко сбрасываются со счетов иммунная (центральная система самоорганизации) и психо-эмоциональная система (базальная система эмоциональной регуляции). Супервизор помогает выяснить, что у подростка: бронхиальная астма или психо-эмоциональное нарушение? В 2000г в детских поликлиниках большой Москвы было 2 врача-психотерапевта. Подростки на диспансерном приеме, где я занималась профориентацией, старались попасть к врачу во что бы то ни стало. Они нуждались в контакте с психотерапевтом.

Озадачивает вопрос: целесообразно ли держать тысячи врачей для лечения острых респираторных заболеваний (с записью о состоянии каждые три дня)? Начинаящий врач имеет изначально серийное (школьное) мышление. Какие условия формируют системное мышление? Не перераспределить ли задачи в пользу подготовки консультантов, со знанием психологии, психотерапии, иммуно-аллергологии, знанием методов саморегуляции? Кто нужен в качестве консультантов: валеологи, адаптологи, врачи восстановительного ле-

чения? Однако, перестраивать всю систему отношений в медицине и ее взаимодействие со страховой службой можно только очень взвешенно.

При оценке отношений общества и медицины невольно встает вопрос о том, чисто человеческие, личностные или профессиональные качества надо совершенствовать. Сильная энергетика, сострадательность, самоконтроль, уверенность, коммуникабельность, дружелюбие специалисту по работе с людьми необходимы однозначно. Заменяв функцию надзора совместным профессиональным анализом, задаемся вопросом: какая помощь необходима терапевту: временная (дать рыбку в руки) или действенная — обучение тому, как «ловить рыбу».

В 21-ом, информационно насыщенном веке специалиста надо обучать процессу получения знания, умению ориентироваться в информационном пространстве. ЕВ Кулакова в диссертации «Информационное поведение специалистов: сущность и пути изучения» (дисс канд пед.наук, 2006г) обоснована необходимость изучения информационного поведения на междисциплинарном уровне. Обсуждаются факторы, наиболее влияющие на формирование информационной культуры. Имеют значение «система ценностей, традиций и норм, сложившихся в обществе и транслируемых через систему общего и специального образования, доступность информационных ресурсов, комфортность библиотечно-библиографических услуг». Информационное поведение рассматривается как, «особая активность действий, усилия, предпринимаемые специалистом при поиске и переработке информации, ее восприятии и использовании при решении собственных задач, при создании новых сообщений и их распространении в профессиональном сообществе». Опыт подсказывает, что объем накопленной, научной, специализированной информации превышает возможности специалиста постигать ее без направляющей помощи. Для реализации междисциплинарного подхода нужен институт посредников в передаче научных знаний практикам и в переводе языка одной профессии на другой.

Я столкнулась с этим на практике, приступив к работе в консультативно-диагностической поликлинике института иммунологии МЗ РФ. Государственный комитет по науке поручил педиатрам изучить эпидемиологию иммунодефицитных состояний (ИДС) детей в СССР. Клинических иммунологов практически не было (это был первый институт иммунологии в стране) и нас готовили интенсивно, путем чтения лекций о строении и функциях иммунной системы. Первые полгода «работы» были только лекции и чтение литературы. При обилии литературы иммунологического толка лично мне выдали 6 фундаментальных книг, обобщающих накопленную информацию. Вот тогда я поняла, что за предоставление ценной информации действительно нужно «платить золотом». Новая информация по иммунологии была остро интересной, захватывающей. Я закончила 2 Московский медицинский институт им. НИ Пирогова, где мы получили многое, но не изучали им-



мунную систему в качестве самостоятельной системы. Человеку, который знакомится с совершенно необычной информацией, можно позавидовать. Я вспоминаю с удовольствием эти безумные годы интеллектуального пиршества, когда, боясь потерять минуту, запоем читала литературу по иммунологии, аллергологии, онкологии (одно без другого не эффективно).

На консультативном приеме, при оценке состояния иммунной системы, необходимо было выявлять блоки на разных уровнях ее созревания, дифференцировать с состоянием иммунопатологии, в условиях ее качественного, регуляторного, генетического перенапряжения. На практике предстояло осмыслить теоретический материал и создать модели клинической иммунологической диагностики, на базе ранее разработанных маркеров первичных ИДС и алгоритмов аллергологической диагностики. Были известны «Таблицы обобщающих признаков, характеризующих классифицируемые формы ИДС с гуморальной, клеточной, фагоцитарной недостаточностью». Ссылаясь на то, что «большинство форм иммунной недостаточности явных специфических клинических признаков не имеют», «тотальную диспансеризацию для выявления ИДС» считали «нецелесообразной». Поэтому мне нужна было разработать прогностическую, донозологическую иммунологическую диагностику. Работа выявила, что ввиду мультифакторальности условий риска, гетероформности иммунологических показателей в изучении вторичной иммунологической недостаточности нужна система. Поэтому были разработаны 2 классификации: оценка особенностей и состояния системы по степени функционального напряжения и по конституциональному иммунотипу. Симптомы в оценке иммунной системы как центральной системы самоорганизации рассматривались в качестве стержня в диагностике. Складывался специальный алгоритм дифференциальной диагностики в оценке иммунной и других адаптивных систем. Все это вывело на изучение биологических закономерностей развития здоровья. Стали формироваться личные поисковые стратегии. Оценка состояния иммунной системы связана с изучением закономерностей изменения процесса здоровья. Врача качество здоровья может интересовать в моменты болезненных срывов. Для того чтобы судить по дискретам состояния о динамическом процессе, следует учитывать информационную триаду: устойчивость состояния к моменту действия ключевого для данной ситуации фактора, восприимчивость к действию фактора, ассимиляцию его эффекта и способность к стабилизации на выходе. В клинической иммунологии целесообразно использовать клинико-феноменологический, дискретно-динамический анализ. По сути, это- качественное исследовательское интервью. Изучаются факторы риска дизадаптации и параллельно- условия созревания, становления иммунной системы и формирования реактивности. Учитываются биологические феномены, развиваемые иммунной системой: феномен сенсibilизации, феномен обеспечения индивидуального информационно-энергетического

равновесия, феномен ящерицы (регулируемой отдачи и восстановления резервов), феномен преадаптации. Изучение реактивности и способности к саморегулированию открывает возможность к изучению адаптивных программ. Предложен алгоритм индивидуального прогнозирования и иммуно- мониторинг. Мною был проведен ряд последовательных, естественных шагов по приятиванию знания научный иммунологии в практическое здравоохранение. Но действительно сложно преподнести такое знание практикам хотя бы потому, что у них нет ни иммунологической школы, ни необходимой литературы и времени на ее освоение. В мире сложилось так, что теоретики и практики живут в параллельных плоскостях и мало пересекаются. Иммунология складывается как элитарная дисциплина для научного изыскания. Она ориентирована на изучение болезни (на клеточном и геномном уровне), но не анализ здоровья. Опыт комплексного проведения клинических, лабораторных и эпидемиологических исследований показал его научную эффективность. Высоко специализированная иммунокомпетентная клетка оказалась прекрасной моделью для изучения общебиологических закономерностей и универсальных механизмов живых систем.

При теоретическом обобщении анализируемого материала использованы: комплексный метод прогнозирования с нормативными, фактографическими, эвристическими элементами; метод интуитивной вероятности прогнозируемого объекта (здоровья) английского математика D.Kaуns. Изучены литературные данные о принципах саморегуляции и эволюции человека, о кибернетическом моделировании живых систем и упорядоченности организации в процессе развития. Теоретические выводы были логическим продолжением клинических исследований.

1. Они касались оценки роли, функциональных задач иммунной системы- защитной, распознающей, координирующей, регулирующей, запоминающей, обучающей, трансформирующей, адаптивной, автономной в регуляции, информационной системы.

2. Новая, эволюционно-адаптационная теория иммунитета помогает понять экологические и синергетические принципы самоорганизации живых, неравновесных, нелинейных, открытых экосистем. Согласно ей, иммунная система- инструмент адаптивной настройки, выработанный природой в процессе эволюции для защиты индивидуального своеобразия и передачи способов сохранения его по наследству. Это система- код использования генетической энергии, инструмент эволюционной гармонизации, совершенствования и сохранения биологического вида. Иммунная систем охраняет отдельный организм от чужеродности, а вид Homo sapiens от мутации.

3. Вид Homo сформировался со становлением новой информационной системы. Для поддержания принципа одушевленности и системной избирательности нужна тонко специализированная, высоко организованная система, владеющая и информационным, и биохимическим кодом. Благодаря ей биологическая система при-



обрела свойства эко-системы. Биполярная регуляция усложняет жизнь человека, но ставит его на более высокую эволюционную ступень. Тонкая, информационная инстанция превалирует в регуляции над материальной, биологической. Человек живет по экосистемным законам (НФ Реймерс, 1994). Экосистема отличается от биологической тем, что изменения контролируются информационно-энергетическим кодом, что она построена по принципу космического подобия всем экосистемам, что прежде ответа на внешние влияния согласуются внутренние перестройки (принцип системной избирательности).

4. Проанализированы адаптационно-компенсаторные функции нервной и иммунной систем и механизм перекрестного взаимодействия нейро-эндокринной и психо-иммунно-энергетической линий регуляции, с их перекрестным взаимодействием. Принципу единоначалия в управлении дополнен принципом дуализма. Нервная система обеспечивает функционирование и выживаемость организма. Иммунная система отвечает на уровне подсознания за природу Человека, адаптацию, за вписывание в экосистему, препятствует мутации.

5. Универсальность новых понятий было интересно представить символически. Эволюционная мандала--квантовая, информационная модель самоорганизации, объясняет: детерминизм Креста в ключевой регуляции и эволюционную спираль в момент бифуркации; корпускулярно-волновой механизм в иммунной регуляции, механизм интергации-деинтеграции информационных процессов; взаимосвязь информационных полей и устойчивость неравновесного состояния; динамическое взаимодействие всех полей сознания.

6. На основе эволюционно-адаптационной теории иммунитета рассмотрены законы наследования: закон наследственной изменчивости (естественного отбора); закон неоднозначности наследственных влияний и закон обеспечения видовой устойчивости в эволюции для высокоорганизованного вида.

7. Обосновано новое направление эволюционной иммунологии, иммуно-адаптологии. Философия иммунологии побуждает к междисциплинарному анализу, позволяет выработать системное, ноосферное, экологическое мышление. Чтобы расстаться с иллюзией о «анатомическом», животном человеке, медицине нужны знания и понятия таких наук как экология человека, синергетика, квантовая физика, семиология, психоиммуногенетика.

Свои гипотезы и теории я изложила текстуально и представила в докладах: на 1 Конгрессе педиатров-иммунологов СССР в 1983г, на Ученом Совете (4 секции) института иммунологии МЗ РФ и Ученом Совете МЗ СССР в 1987 году и других, позднее. Далее новые теории и предложения были изложены в трех монографиях (1995- 2004). В 90-е годы попытка соединить иммунологическое знание с клиническим, практическим знанием врача не могла быть эффективной. Иммунология углубилась в изучение генов иммунного ответа. Серьезные выводы на основе клинического, врачебного материала были непривычны. Мои теории вызывали естественный интерес у научных работников, но элита иммунологии

требовала строгого научного обоснования гипотез и теорий. «Иммунология- предмет работы в крупных специализированных институтах. Её база не созрела работе в практической медицине». «Вопросами социальной и бытовой адаптации человека должна заниматься социальная гигиена, но не иммунология» (ДВ Стефани).

Близкое знакомство с иммунологией оказало влияние на всю мою последующую жизнь. Я стала изучать падающие пути воздействия на иммунную систему как на информационную систему крови: влияние факторов малой интенсивности (ВИ Донцов), использование цитохимических методов в прогнозировании (РП Нарциссов). Для меня начался период знакомства с психотерапией, рефлексотерапией, гомеопатией, экологией человека, синергетикой и даже с биоэнергетикой. Все это- единый конгломерат знаний о самоорганизации человеческой био-экосистемы. Универсальный язык живых систем осваивается постепенно и медленно дружественными научными дисциплинами.

Социум и научная элита считают, что практическому врачу достаточно «серийного», школьного мышления для лечения болезней. Разделительный вопрос в медицине: на что способен, чего заслуживает «человек» и как следует к нему относиться. Вопрос ставится так: следует ли преимущественно оказывать помощь при острых заболеваниях? Обучать ли способам самозащиты от ранящих воздействий окружающей среды? Ориентировать ли на более закрытую (медикаментозную) адаптацию или открытую (за счет сил саморегуляции)? Обучать ли и помогать приспособительной перестройке, постоянно текущему процессу? За всем этим стоит системный взгляд на человека, вера и неверие в него, в его природные возможности, понятие о защитных силах саморегуляции, направлении развития вида человека. Медицина защищает слабого человека от внешней опасности и внушает ему понятие о его слабости. В медицинской философии лечения одного физического тела кроются причины гипердиагностики, перестраховки, медикаментозного и психологического засилья. Итог этого- экологическое засорение человека, аллергии, интоксикации, а также хронизация и новые формы болезней. Бесспорно, нужна помощь в критическом состоянии, адаптация в экстремальных условиях. Но за видимым критическим состоянием скрываются разные проявления постепенно нарастающей дизадаптации, соответствующие условиям, ситуации и всей жизненной программе человека.

В 70-е годы родилась и стала панацеей геновая инженерия. Она ставит вопрос о коррекции первичных иммунодефицитных состояний (по сути, хирургическая позиция), занимается созданием фармпрепаратов. Процесс заключается во введении в организм чужеродной информации и использовании приемов, заставляющих эту информацию принять (в обход иммунной системы). Есть иллюзия, что она может решить порожденные социумом проблемы человека. Планируется «создание новых форм организмов, с улучшенными характеристиками (внешний вид, характер, поведение)». Сопо-



ставляется эффект методов бихевиоризма и генной инженерии. Но манипуляция с генетическим материалом и вмешательство в природу человека, эксперименты с биологической эволюцией опасны. Иммунная система подчиняется информационным принципам «экологической целесообразности», общим в Биосфере. Высокоорганизованный биологический вид «Человек разумный» вследствие формирования информационной системы крови приобрел качество эко-системы. Все экологические системы живут по общим законам информационно-энергетических, нелинейных, неравновесных, открытых систем. Эти законы описаны синергетикой, но не осмыслены медициной. Иммунная система как главная система самоорганизации человека, опосредует адаптацию и эволюцию человека (индивидуума и вида), препятствует мутации. Природа создала, встретила, сформировала информационную иммунную систему (монитор истины и отклонения) для собственной защиты, чтобы человек неразумный не попытался уничтожить природные принципы, не поставил себя над Всевышним. Главный экологический и синергетический принцип-принцип подобия. Искусственно созданный человек будет уничтожен невиданными ранее болезнями на основании искажения принципа подобия и других экозаконов природы. Истиной нельзя манипулировать. История подводит человека к гуманистическому понятию о самоценности живого.

В 2011г я узнала о единомышленниках, ученых Института информатики и автоматизации (СПИИ РАН) Снкт-Петербурга. В 2007г ученые ВС Блюм и ВП Заболотский пришли к аналогичным выводам. «Только 2 типа биологических систем, нервная и иммунная, обладают способностью интеллектуальной обработки информации, включая память, обучение, распознавание и принятие решений в заранее незнакомых ситуациях». Они предложили Совету по биотехнологическим и биологическим научным исследованиям принцип изучения иммунной системы на междисциплинарном уровне. Иммунная система живого организма интересна как : 1) Объект математического и компьютерного моделирования с целью выявления ее уязвимостей и поиска методов борьбы за здоровье в медицине 2) Как источник новых знаний об алгоритмах и структурах, данных для использования в системах информационной безопасности. На основе изучения информативного и сетевого ресурса иммунной системы предложена разработка компьютеров нового поколения, более совершенных и точных в сравнении с известными нейрокомпьютерами, которые аппаратно реализуют модели нейрона и нейронной сети.

Иммунокомпьютеры способны преодолеть основные недостатки нейрокомпьютеров (ложные образы, низкая память, невозможность локализации ошибок). Вместо моего термина «иммуномониторинг», предложен «иммунокомпьютинг». Новое научно-техническое направление информатики изучает принципы обработки информации иммунными сетями. А как обстоит дело в медицине и биологии?

В статье «Картография иммунологии как научной дисциплины в конце 20 века» ЮТ Шарабчиев на основании анализа тематики работ лауреатов Нобелевской премии представил «взгляд на структуру переднего края науки иммунология, точки ее роста, внутренние и внешние взаимосвязи дисциплины». Иммунология- бурно развивающаяся медико-биологическая дисциплина в XX веке. Внимание уделяется основным фигурам иммунитета, принципам регуляции специфического иммунного ответа, иммунохимии иммуноглобулинов, иммуногенетике. Решаются конкретные вопросы клеточной иммунологии, иммунопатологии, трансплантологии, иммунологии опухолей. Методы в смежных с иммунологией дисциплинах внедряются медленно. «Иммунологические исследования широко потребляются микробиологией, онкологией, вирусологией и биохимией» и узко - педиатрией. Иммунную систему как главную систему самоорганизации почти не изучают в вузах. В институтах обучают лечению болезней. Примерно 1/ 1000 школьного времени уделяется изучению процесса здоровья, процессов самоорганизации. Выпускник не ориентирован на анализ здоровья. Он идет «от» болезни, а не «к» здоровью.

Научно-практические дисциплины, целенаправленно изучающие закономерности живого, принципы существования автономных эко- систем во Вселенной и тайну их взаимной эволюции- есть науки о выживании человечества. Эволюционная иммунология приносит знание о специфике законов информативного общения для живых высокоорганизованных биологических систем, о законах взаимодействия природных субстанций и субстанции- посредника (души человека), о цикличности жизненного процесса и процессах бифуркации, о действии факторов малой интенсивности. Это переход в новую экологическую реальность, до сих пор не востребованную наукой о болезни и здоровье. Чтобы сделать доступной новую философию, нужен институт посредников между учеными и практиками и класс систематиков, приспособленных к междисциплинарному мышлению. Ученые препарируют животных (утрирую). Врачи углублены в практическую работу. Научные работники отделились от врачей как элита (неизвестно на каком основании) и не считают фигуру врача способной к научному анализу и синтезу. Научная работа- не только проведение лабораторных опытов, но и систематизирование знаний. А это- мыслительный труд врача - клинициста.

Знание принципов иммунологического жизнеобеспечения позволяет в новом освещении взглянуть на актуальность развития таких интегративных наук как психотерапия и гомеопатия. Иммунология интересна и тем, что от нее идет мост к альтернативной медицине. Условно причислим сюда и психотерапию, потому что лечение души- древняя отрасль врачевания. Психотерапия изучает сам субстрат здоровья (систему самоорганизации человека). Она исходит из принципов самоценности живого, избирательности и цельности реагирования, сопрягает духовное и физическое начало человека, изучает уровни организации, блоки, феномены, модели сознания, способы восприятия и переработки информации, поведенческие



модели, комплексы и конфликты, адаптивные программы, ментальный и эмоциональный интеллект и многое еще. Психотерапия открыта интеграции.

Гомеопатия основана на экологическом принципе подобия. Она изучает все многообразие и единые закономерности мира, предлагает новую естественно-научную модель здоровья. Теория гомеопатии объясняет динамическую природу болезни и действие природных субстанций в качестве динамического информационного стимула. Развивается предпосылка о существовании «естественных хронических болезнях» при определенной болезненной почве и методы влияния на нее. Рабочий алгоритм включает изучение условий существования (эпидемиологических, бытовых, духовных, физических), тропности, локальности, этиологии, ощущений. Но верно и то, что гомеопатия будет пребывать эмпирической, преднаучной дисциплиной, пока не разработает при помощи других дисциплин новое систематическое представление о центральной регуляции; о динамическом действии факторов малой интенсивности, их развитии в биологических системах, о принципах перестройки живых высокоорганизованных систем. На основе иммунологического «супервидения» и нового, экологического, систематического мышления мною предложены и используются: в гомеопатии- систематический метод «Гомеопатического психоанализа», а в психотерапии- метод «Целебной творческой психолингвистики». Как интегративный, этот метод требует изучения основ психолингвистики, семиотики, семантики, синергетики, имагогики, знания психоиммуногенетики. Новое, психолингвистическое направление психотерапии, развивается на базе многих методов (модальностей). Новый век -это век информатики. Стали актуальны понятия о знаковых, экологических информативных системах, о кодировании, программировании, структурировании, медитации. Предстоят большие изменения в философии человека: желание договариваться, понятие о самооценности живого, человеческом достоинстве.

Вернемся к обсуждаемой теме. Супервизия- « смысловое и ценностное ядро любой профессиональной подготовки». Рассматривая на своем опыте путь формирования мышления супервизора-консультанта, я думаю о разрыве, существующем между теорией и практикой, о узкой специализации научных исследований и о необходимости формирования системного мышления для интегративных исследований. Лишь в синергетике и экологии человека существует понятие об открытых нелинейных неравновесных информационно--энергетических системах. Уникальная ситуация, в которой я оказалась: элитные научные исследования плюс опыт и интересы врача,- позволил мне сделать открытие, и не только для себя. Шифр к языку здоровья в иммунной системе. Через нее возможен диалог с живой системой организма. Оценивать биопотенциал можно используя информативную роль интегральной адаптивной иммунной системы. Иммунную систему нельзя ломать, выбивать-это приводит к обвальным поломкам. Ее можно направлять по пути адаптации, подкреплять, помогая энергетически и

регуляторно. Восстановительное лечение ее должно быть опосредованным. Здесь эффективны методы психотерапии и гомеопатии. Супервизору (назовем его Консультантом) должно хватить мудрости в понятии о самоценности живого и знания о человеческой индивидуальности. Он должен обладать систематическим мышлением и владеть навыками информативного поведения.

Список литературы:

- Балюбаш И. Алгоритм очной супервизии.-Новосибирск, сайт <http://gestalt-therapy.ru>
- Блюм В.С., Заболотский В.П. Иммунная система и иммунокомпьютинг- СПб.: Математическая морфология.:СПИИ РАН. 2007
- Кулакова Е.В.Информационное поведение специалистов: сущность и пути изучения (дисс канд пед наук).-СПб,2006г
- Семенова АИ. Жизненный принцип организма.-Москва.: Знак, 1995
- Семенова А.И. Душа гомеопатии.- Москва.: Знак, 2000
- Семенова А.И. От эволюционной иммунологии к гомеопатическому психоанализу.-Москва.: МАКС Пресс, 2004
- Семенова А.И. Экологическая философия и методология психолингвистической психотерапии.-М.: Психотерапия №3, №4, 2011
- Семенова А.И. 1.Иммунологическая и гомеопатическая концепция жизненного принципа организма.2.Упорядочение языка гомеопатии. Эволюционная теория миазмов,3. Гомеопатический психоанализ. Имагогика в гомеопатии.-Сборник докладов к 57 Конгрессу Международной Медицинской Гомеопатической Лиги, Москва.: ООО МАКС Пресс, 2000
- Семенова А.И., Замоленов Н.А. Систематическое мышление и эволюционная ориентация гомеопатии. - Сборник докладов к съезду Российской Гомеопатической Лиги, М. 2004
- Семенова АИ Биосемиотика и психоиммуногенетика, Некоторые положения эволюционной иммунологии», Иммунология как биологическое и экологическое явление, Иерархические уровни регуляции и детерминизм креста в ключевой регуляции человека, сайт <http://www.oppl.ru>
- Шерабчиев Ю.Т. Картография иммунологии как научной дисциплины в конце 20 век.-Минск.: Медицинские новости №5, ЮпокомИнфоМед, 2009

The experience in the formation of systems thinking of the physician – supervisor.

Semenova AI
pediatrician, immunologist, psychotherapist

We discuss in this article the social, scientific, practical, methodical, philosophical aspects of the supervision. The author is considering them on the basis of her own experience of trail and error, achievements and inconsistencies. There is an investigation of the problems potential, real and unattainable in the work of a pediatrician, an immunologist, a psychotherapist.

Keyword: supervisor-consultant, information behaviour, cartography of immunology,the regulation of ecological systems, theory and practice of medical science.



Использование метода арт-терапии в работе с воспитанниками дома-интерната по преодолению трудностей в установлении контакта

БОРИСЕНКОВА М.В.

аспирант II курса Брянского Государственного Университета
имени академика И.Г. Петровского, специальность «Педагогическая психология», Россия, Брянск.

Использование арт-терапевтического метода в работе с детьми, выпускниками школ-интернатов, является одним из путей достижения новых целей, поставленных современными государственными образовательными стандартами. При этом молодые люди должны обладать не только знаниями и умениями, но и сформированной личностной сферой и социальной зрелостью.

Ключевые слова: арт-терапия, метод, трудности, дети, контакт.

В настоящее время в нашей стране все большее распространение получает такой метод психологической работы, как арт-терапия, как в групповой, так и в индивидуальной форме. Данный метод работы позволяет гармонизировать, привести в равновесие внутренний мир человека, разрешить его социальные и внутриличностные конфликты посредством творческой деятельности: будь то рисование, лепка, театральное искусство или музыка. Наряду с другими методами работы, арт-терапия имеет ряд преимуществ: во-первых, каждый человек независимо от возраста, социального положения, культурного уровня, вероисповеданий и т.п. может участвовать в арттерапевтической работе, к тому же от него не требуются никакие художественные или иные творческие способности. Во-вторых, данный метод имеет преимущественно невербальный характер, что важно в работе с клиентами недостаточно владеющими речью, затрудняющихся в описании своих переживаний, либо, наоборот, вербально экспрессивных. В-третьих, данный метод позволяет установить контакт с самыми замкнутыми клиентами, имеющими сложный, деликатный характер проблемы. В-четвертых, продукты деятельности носят бессознательный характер, выражает скрытые или актуальные состояния, социальные роли, формы поведения. Еще одним неоспоримым преимуществом арт-терапии, по сравнению с другими методами, является тот факт, что «Арт-терапия является средством свободного самовыражения и самопознания. Она имеет «инсайт-ориентированный характер»; предполагает атмосферу доверия, высокой терпимости и внимания к внутреннему миру человека» [5, с.9]. Арт-терапия вызывает у человека, в основном, положительные эмоции, «... помогает преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию. Арт-терапия основана на мобилизации творческого потенциала человека, внутренних механизмов саморегуляции и исцеления. Она отвечает фундаментальной потребности в самоактуализации – раскрытии широкого спектра возможностей человека и утверждения им своего индивидуально неповторимого способа бытия-в-мире» [5, с. 10]. Все достоинства данного метода особенно незаменимы при работе с детьми, воспитанниками школ-интернатов. Это связано, прежде всего, с особенностями психики таких детей и тех проблем, с которыми им приходится сталкиваться в жизни. Особен-

но важную роль в нашей работе сыграло налаживание контакта, установление доверительных отношений как со специалистом, так и между членами группы; снятие психоэмоционального напряжения, которое мешало детям раскрыться и выразить свои мысли и чувства.

Использование метода групповой арт-терапии позволяет развивать ценные социальные навыки, установить между участниками группы более глубокие связи, освоить новые социальные роли, проявить свои скрытые качества. Изменить свое поведение, повысить самооценку, развить навыки принятия решений. Так же в групповом методе отрабатываются навыки коммуникации, способности вырабатывать и принимать групповые нормы. Все эти особенности метода групповой арт-терапии позволяют охватить большинство проблем, характерных для выпускников школ-интернатов. В современной науке описываются исследования ученых, посвященные методу арттерапевтической работы как с детьми, так и с взрослыми (Киселева М.В., Копытин А.И., Красный Ю.Е. и т.д.). На основе анализа данных работ нами были сделаны следующие выводы: результатом проведенных мероприятий явилась стабильная положительная динамика в развитии таких аспектов поведения и качеств личности, как достижение положительного эмоционального фона, снятие психоэмоционального напряжения, конфликтности, агрессивности, развитие навыков коммуникации, повышение самооценки, осознание новых социальных ролей, своей значимости в группе, сближение с членами группы, развитие навыков самопрезентации, умения выражать свои чувства.

В процессе анализа изученной нами литературы мы разработали критерии оценки эффективности проведенной арт-терапевтической работы:

- большая свобода в выборе средств и материалов работы;
- более быстрая и менее напряженная работа;
- более легкое и активное выражение своих мыслей, чувств и проблем в своих работах;
- налаживание эмоционально положительных и доверительных отношений со специалистом;
- постепенное развитие более глубоких межгрупповых отношений, ввиду осознания своих проблем и про-



блем членов группы, достижение группового единства и сплочения;

- снижение желания членами группы уничтожить свои работы, так как постепенно участники группы учились интегрировать свой жизненный опыт и осмысливать свои внутренние и внешние конфликты.

Основной целью нашей арт-терапевтической работы с выпускниками школ-интернатов установление доверительных отношений со специалистом и между участниками самой группы. Задачами работы являются: снятие эмоционального напряжения, повышение групповой сплоченности, обозначение основных личностных (а возможно и групповых) проблем детей путем осознания своего жизненного опыта.

Работа проводилась на базе ГБОУЧ «Сельцовская школа-интернат» с детьми 15—16 лет в количестве 15 человек. Таким образом, рабочая закрытая группа имела строго тематический характер. Нами были выделены следующие этапы работы:

1. Введение (15% от общего времени работы);
2. Этап изобразительной работы (35-50% от общего времени);
3. Этап обсуждения (30-40% от общего времени работы).

Первый этап—введение - предназначен для подготовки участников к работе, созданию доверительной атмосферы, объяснению (в дальнейшем напоминанию) основных правил поведения в группе. На данном этапе были использованы различные психогимнастические упражнения (К Фоппель, И.Вачков и д.р.), мини-беседы.

Второй этап предполагает представление и разработку темы, которое сопровождалось, как правило, небольшой дискуссией. Темы разделили на несколько групп:

1. Темы, связанные с освоением рабочего материала («Веселые и грустные кляксы», «Пугающие линии»);
2. Темы, позволяющие очертить основной круг исследуемых проблем, переживаемых участниками группы («Моя сказка», «Мое сегодня», «А завтра будет иначе»);
3. Темы, связанные с исследованием взаимоотношений и анализа образа «Я» («Я — человек среди людей», «Автопортрет», «Мое имя», «Я и моя профессия», «Я и моя будущая семья»).

Так же нами были разработаны темы парных работ («Вместе веселее», «Наша повесть») и темы групповой работы, предполагающей совместную изобразительную деятельность всех участников группы («Это наш мир», «Открытка на память»). По второму этапу работы нами были выработаны дополнительные правила, касающиеся исключения промежуточных оценивающих высказываний членов группы друг другу, так как это приводило к смущению автора и выводило его из состояния погруженности в творческий процесс, лишая возможности искренне высказать свои чувства. На данном этапе следует также учитывать индивидуальную скорость работы различных участников группы. Третий этап связан с обсуждением результатов работы, который предполагает

рассказ или комментирование участниками группы своей изобразительной работы. Авторы должны стараться не просто описать, но и сочинить повествование о своем труде. В данный момент все остальные члены группы должны воздержаться от высказываний, оценивания результатов деятельности, а так же поведения выступающего. После рассказа можно было задавать уточняющие вопросы, а также вопросы, связанные с мыслями и переживаниями самого автора.

Цикл из 15 занятий предполагается осуществлять в течение 10 недель. На данный момент нами проведены около половины запланированных мероприятий. На первом занятии дети с трудом осваивали сами рабочие материалы, так же правила, инструкции и сам процесс изображения и обсуждения результатов работы. Но, затем, наметилась положительная тенденция в работе, а именно, дети более свободно стали выбирать средства и материалы работы, стали менее напряженно работать, легче и ярче выражать свои мысли и чувства, обсуждать свою работу, вопросы к членам группы стали носить более глубокий характер, касающийся личностных черт, предпочтений; эмоциональная обстановка стала более открытой и легкой, налажился контакт со специалистом. Работы, выполненные детьми, все больше стали удовлетворять их самих, так как, согласно их высказываниям, они стали лучше отображать свои мысли в рисунках, что может свидетельствовать о более глубоком осознании детьми самих себя и доверительном отношении к группе. Таким образом, в процессе уже проведенной нами работы, мы можем говорить о достижении цели практически в полном объеме, о стабильной положительной групповой динамике. Дальнейшая работа в данном направлении, на наш взгляд, позволит подготовить в полной мере детей к последующей работе в рамках развития социальной зрелости выпускников школ-интернатов, адаптации их к полноценной жизни в социуме.

Литература:

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. Для студ. Сред. И высш. Пед. Учеб. Заведений/ Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комисарова, Т.А. Добровольская. — М.: ИЦ «Академия», 2001. — 248с.
2. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. М: Издательство «Ось-89», 1999.
3. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. — СПб.: Речь, 2006. — 160 с., илл.
4. Копытин А.И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты. Автореф. дисс. на соискание уч. степени доктора мед. наук. — СПб, 2010.
5. Практикум по арт-терапии/ Под ред. А.И. Копытина. — СПб.: Питер, 2001. — 448.: ил. — (Серия) «Практикум по психологии».
6. Фоппель К. Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего. Практическое пособие. Перевод с нем, 5-е изд., стереотипное. М.: «ГЕНЕЗИС», 2004.



Тезисы выступлений на Международном конгрессе «Отечественные традиции и новации в психотерапии, практической и консультативной психологии» 17–19 октября 2014

Список участников: от А до Е включительно

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА

Москва, 17–19 октября 2014 г.

Балинтовские группы для медицинских сестер: новое видение традиционного метода

Авагимян А.А.

*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра
управления сестринской деятельностью и
социальной работы, ассистент кафедры.*

При уходе за пациентами роль сестринского медицинского персонала является ключевой. В то же время именно медицинские сестры, которые находятся в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании профессиональной помощи, подвержены влиянию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).

СЭВ является типичным дефектом эмоциональной сферы средних медицинских работников. Его значимость возрастает в соответствии с увеличением стажа профессиональной деятельности. СЭВ подвержены практически все средние медицинские работники вне зависимости от пола и сферы профессиональной деятельности, но наибольшую проблему представляет работа с тяжелыми больными (геронтологические, онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты в зависимости). Такой персонал, работающий в близком контакте с пациентами, особенно в отделениях с длительным и неоднократным пребыванием больных, не имеет помощи в «освобождении» от накопившихся отрицательных эмоций.

Возникновение данного дефекта происходит практически в первые годы после окончания учебного заведения и начала профессиональной практики. Все это накладывает определенный отпечаток на характер взаимоотношений пациента с медицинскими работниками и предъявляет определенные требования как к профессиональному отбору медицинских работников и к возможностям их психологической реабилитации.

Выделяют три типа медицинских сестер, которым угрожает СЭВ:

1. «педантичный», характеризующийся чрезмерной добросовестностью, возведенной и аккуратностью,

стремлением в любом деле добиться образцового порядка;

2. «демонстративный», стремящийся всегда первенствовать, быть на виду, которому свойственна истощаемость, даже при выполнении рутинной работы;

3. «эмотивный», состоящий из впечатлительных и отзывчивых людей, чья чувствительность, способность воспринимать чужую боль как собственную граничит с саморазрушением.

Балинтовские группы могут оказать помощь среднему медицинскому персоналу в улучшении восприятия и понимания коммуникации с пациентом, осознании терапевтической значимости межличностных отношений и их границ, расширении репертуара коммуникативных стереотипов, осознании собственных «слепых пятен», психологических защит, переносов и контрпереносов, защита от эмоционального выгорания, в формировании способности контролировать психоэмоциональную нагрузку и удовлетворенности выбором своей профессии.

Balint groups for nurses: a new view of the traditional method

Avagimyan Anzhela Albertovna

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,
Department of nursing activities and social work, assistant
of the Department.

Негативная модель отношений женщины и мужчины: работаем в контексте интегрального нейропрограммирования

Александрова С.А.

*Ведущий специалист Центра Практической
Психотерапии при Институте Инновационных
Психотехнологий*

В психотерапевтической практике достаточно распространены запросы на создание гармоничных отношений мужчины и женщины. Особенно часто такие за-



просы поступают от женщин, которые хотят быть счастливыми, однако же что-то им мешает – они постоянно провоцируют негативный сценарий развития взаимоотношений с мужчинами.

Проблема заключается в том, что женщины стремятся адаптируются к такой ситуации. Для работы с такими случаями требуется инструментарий для конфронтации клиенток с проблемой и построения желаемого результата; комплекс психотехнологий для реализации цели; а также методология, позволяющая эффективно работать с проблемами любой сложности.

Интегральное нейропрограммирование С.В. Ковалева позволяет обеспечивать эти условия на самом высоком уровне, получая стабильный и долгосрочный результат. В ходе нашей практики в контексте этого метода были получены отличные результаты работы с такими запросами от клиенток.

Объектом выступает женская негативная модель отношений женщины и мужчины. Предмет – работа по построению новой, позитивной женской модели взаимоотношений.

Мы предполагаем, что неэкологичный паттерн построения отношений с мужчинами в большинстве случаев связан с незавершенными деструктивными взаимоотношениями с отцом или матерью (или ее/его отсутствием). Таким образом, комплексная работа, включающая в себя работу с прошлым, настоящим и будущим клиентки, позволит ей перестать возвращаться к незавершенной ситуации детства, и начать жить, следуя собственной, позитивной модели взаимоотношений.

В контексте интегрального нейропрограммирования такая работа включает в себя:

- конфронтацию с проблемой
- формирование адекватного запроса
- формулировка желаемого состояния, создание его репрезентации в будущем
- работу с мотивацией и созданием готовности
- проработку внутренних сопротивлений
- работу с изменением деструктивного сценария взаимоотношений
- и другие направления, которые входят в структуру психотерапевтического модуля С.В. Ковалева

Описанный нами алгоритм можно отнести к узкоспециализированной адаптации общего модуля С.В. Ковалева. Свидетельством высокой эффективности данного подхода являются отличные показатели, полученные на выборке 25 женщин.

В результате работы женщины находили в себе ресурсы на изменение ситуации, получали готовность и способность сформировать новую, позитивную модель отношений и воплотить ее в жизнь.

Мы рекомендуем интегральное нейропрограммирование для работы с женщинами с запросом на создание позитивной модели отношений с мужчинами.

Работа по модулю С.В. Ковалева в контексте решения проблем людей досоциального уровня

Аманова М.Н.

*врач-стоматолог, практик интегрального
нейропрограммирования, Россия, Москва*

В настоящее время большинство клиентов, обращающихся к психотерапевту, являются людьми находящимися на досоциальном уровне развития (согласно стадиям развития в модели интегрального нейропрограммирования). Это уровень не социализированного человека, имеющего проблемы в одной или нескольких сферах своей жизни. В большинстве случаев это человек, который не имеет каких-либо конкретных целей, но всегда знает, что он не хочет иметь в своей жизни, и практически никогда не знает, что он хочет иметь.

Цель нашего доклада – рассмотрение работы по модулю С.В. Ковалева для повышения качества жизни человека досоциального уровня.

Интегральное нейропрограммирование будет рассмотрено в рамках осуществления консультирования, психотерапии и психокоррекции с учетом индивидуального запроса клиента досоциального уровня.

А именно, в качестве объекта нашего исследования выступает общий психотерапевтический модуль С.В. Ковалева. Предметом является работа по модулю в контексте решения проблем людей досоциального уровня.

Общий модуль С.В.Ковалева представляет собой последовательность психотехнологий интегрального нейропрограммирования, осуществляющих полномасштабную работу с запросом клиента по 16-24 направлениям в течение 20-24 терапевтических часов, куда включается решение проблем адаптации, достижение целей социализации и др.

Модуль С.В. Ковалева предлагает системный подход и позволяет решать проблемы человека досоциального уровня с учетом его индивидуальной динамики развития, зоны ближайшего развития, с подключением мотивов и движущих сил следующих уровней. Такой целостный, комплексный подход обеспечивает высокую эффективность в работе с широким спектром проблем, с которыми может обращаться клиент к психотерапевту.

В результате работы в описанном нами подходе 4 клиента прошли модуль полностью и получили стойкий положительный результат согласно поставленным целям (в том числе, радость жизни, спокойствие, новый взгляд на старую, но по другому проживаемую жизнь, вера в себя и свои возможности, любовь к себе). Еще 3 клиента не закончили модуль, пройдя лишь четверть пути, но и у них наблюдалась положительная динамика в виде повышения уверенности в себе и своих силах, спокойное реагирование на окружающие проблемы, которые раньше могли выбить из колеи.



Результаты работы указывают на то, что применение данного метода позволяет эффективно и достаточно быстро переводить людей данного уровня от проблем к решению, успешной социализации и соответственно к новой, полноценной, благополучной жизни.

Адаптация клиентов с нетрадиционной сексуальной ориентацией методами интегрального нейропрограммирования

Анисимова А.А.

*специалист Центра Практической Психотерапии
при Институте Инновационных Психотехнологий.
Россия, Москва.*

Одним из самых распространенных клиентских запросов является адаптация в обществе, повышение качества жизни и обеспечение эффективной социализации в целом.

При этом развитие рынка оказания психологических и психотерапевтических услуг приводит к росту количества обращений клиентов с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

Проведенное в 2005 году в Новой Зеландии исследование среди молодежи показало: гомосексуальность связывается с повышенным уровнем депрессивности, тревоги, химических и психологических зависимостей, суицидальных мыслей и попыток самоубийства. Количество психических проблем в среде гомосексуалистов в пять раз выше, нежели чем у мужчин-гетеросексуалов. Молодые женщины с нетрадиционной ориентацией страдают от наличия психологических проблем в два раза чаще, нежели «обычные» женщины.

Как показывает наша статистика индивидуального консультирования, 8 из 10 таких клиентов считают, что с сексуальностью у них все в относительном порядке и свои проблемы объясняют неприятием общества их индивидуальности и, как следствие, сопутствующей неуверенностью в себе. Таким образом, достаточно актуален вопрос адаптации клиентов.

В Центре практической психотерапии предлагается как краткосрочная психотерапия, психокоррекция локальных проблем человека, так и системная работа по базовому модулю С.В. Ковалева, который дает максимальный результат при адаптации клиента к социуму.

Длительность консультирования обычно составляет от 3-5 и до 20 и более терапевтических часов. В большинстве случаев клиент сразу сообщает о своей сексуальной ориентации, считая, что его особенности серьезно повлияют на работу, и в ходе терапии этот вопрос так или иначе затрагивается и прорабатывается.

Пример: клиент, мужчина, 25 лет. Не мог дописать диссертацию, устроиться на постоянную работу, нала-

дить личные отношения ни с женщинами, ни с мужчинами. По итогам терапии, которая заняла 23 терапевтических часа, решил вопрос с обучением, переехал в другой город, нашел устраивающую работу и начал встречаться с молодым человеком, что его полностью устраивало.

Стоит отметить, что при работе с подобными случаями психотерапевт должен быть свободен от предубеждений и дискриминации по отношению к представителям ЛГБ-сообщества. От специалиста требуется понимание, что чувства клиента, его влечение к представителям собственного пола могут являться вариантом нормы человеческой сексуальности. Также важным условием успешности психотерапии является принятие специалистом собственной гендерной идентичности.

Избавление от неэкологических адаптаций ребенка при помощи психотерапии родителей методом интегрального нейропрограммирования

Анищенко О.В.

*специалист Центра Практической Психотерапии
при Институте Инновационных Психотехнологий*

В психотерапевтической работе с детьми часто прослеживается яркая взаимосвязь между проблемой у ребенка и той или иной проблемой у родителей, в семейной системе. Встает вопрос: улучшение душевного здоровья родителей приведет ли к улучшению состояния у ребенка без работы с ним непосредственно?

Диагностируя детские адаптации, специалист нередко сталкивается с тем, что для положительного исхода терапии, необходима работа с родителями (родителем). Если они принимают решение работать по изменению себя, то симптом у ребенка ослабевал или исчезал полностью.

Приводя детей на терапию, родители редко осознают важность собственных изменений. Обоснование же необходимости этой работы даст возможность сделать детскую терапию в разы эффективнее, глубже, короче, что особенно актуально в момент, когда ученые бьют тревогу о постоянном увеличении количества детей адаптирующихся неэкологичным образом.

Объектом исследования являются неэкологичные адаптации ребенка, которые появляются, как реакция на негативные условия в семье.

Предметом исследования выступает избавление от неэкологических адаптаций ребенка при помощи психотерапии родителей методом интегрального нейропрограммирования. Важная роль в нашем изучении отводилась тщательной диагностике ребенка и проработке именно тех условий, на которые указывали ее результаты.



Мы исходили из предположения, что интегральное нейропрограммирование, при комплексной работе с родителями, позволит обеспечивать детям экологичную адаптацию в семейной системе.

В исследовании участвовали 15 детей от 2х до 12 лет, младенец в возрасте 1 месяц и их родители. Проблемы у клиентов были различные от соматических заболеваний до проблем с успеваемостью в школе. В каждом случае снятие информации показало, что достижение желаемого состояния невозможно без работы с родителями. Показательно, что после начала терапии с родителем, у детей были резкие и значительные улучшения, а в некоторых случаях, желаемое состояние было получено автоматически, в ходе работы или по завершению терапии со взрослыми.

Результаты эксперимента показали, что во всех исследуемых случаях состояние ребенка напрямую связано с душевным состоянием родителей. Первично оказывается состояние именно взрослых и, работая только с ним, как источником неэкологичной адаптации у ребенка, возможно значительное улучшение или полное избавление от неэкологичной адаптации. Для этих целей нами рекомендуются терапевтические подходы интегрального нейропрограммирования С.В. Ковалева.

**Человек – величайшая радость
или величайшее несчастье, реальность
или обман? (экзистенциально-аналитическое
понимание психологических механизмов
травмирования человека человеком)**

Баранников А.С.

доктор медицинских наук, профессор Московского социально-педагогического института, председатель секции экзистенциальной психотерапии ОППЛ, член совета директоров Российско-Австрийского института экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии. Master of Science австрийского университетского научного центра. Сертификат GLE-international, тренер и супервизор. Психиатр высшей категории.

Что несет в себе человек, величайшую радость или величайшее несчастье? Эта дилемма имеет не только общечеловеческое, но и психотерапевтическое значение, которое наиболее остро проявляется в феномене психической травмы. Целью настоящей работы была попытка рассмотрения особенностей подхода современного экзистенциального анализа к пониманию феномена травмы и исследование психологических механизмов травматизации человека другим человеком.

Современный экзистенциальный анализ, в отличие от других направлений психотерапии, рассматривает механизмы и последствия травмы, фокусируясь на экзистенциальных аспектах такого воздействия. Фрустра-

ция и «обман бытия» возникают в силу неудовлетворения важнейшей для человека потребности во Встрече с Другим. Важную роль в понимании феномена травмы играют интенциональные особенности переживания, возникающие в момент самой травмы. Большая комплексность и противоречивость переживания в момент травмы приводит к нарастанию аффективно-когнитивного комплекса. В результате его разрастания происходит перегрузка и поломка психодинамики, ведущая к блокаде переживания. На духовно-экзистенциальном уровне переживания реальность обрушивается на травмированного, как что-то нереальное и «опрокидывает» бытие. Экзистенция утрачивает структуру, а духовное измерение – силу.

Последствия травмы обусловлены комплексом факторов. От них зависит состояние ресурсов и сила Person (центральная структура духовного измерения). Динамика последствий травмы предполагает либо ее переработку, либо развитие посттравматического личностного расстройства (F62.0). От характера и этапа динамики, на котором находится пациент, зависят возможности и тактика психотерапии при Встрече со специалистом. Решающее значение для динамики последствий играет скорейшее получение поддерживающей, питающей и формирующей экзистенциальные структуры переживания духовной Встречи.

**Man – greatest joy or greatest misfortune,
reality or deception? (existential-analytical
understanding of psychological mechanisms of
man by man traumatization)**

Barannikov Alexander

Dr.Med.S., the professor of faculty of pedagogic and psychology of Moscow Social-pedagogic Institute, chairman of section of existential psychotherapy of Professional Psychotherapy League.

What does man brings: greatest joy or greatest misfortune? This dilemma has not only universal but psychotherapeutical meaning too and manifestates more urgently in phenomenon of the psychic trauma. The aim of this research was an attempt to observe the peculiarities of the contemporary existential-analytical approach to understanding of phenomenon of trauma and the exploration of psychological mechanisms of man by man traumatization.

Existential analyses unlike other schools of psychotherapy regards mechanisms and consequences of trauma focusing on the existential aspects of such an influence. Frustration and “deception of existence” appear as a result of the unsatisfied human need of the Encounter with Another Person. Intentional peculiarities of experience arising at the moment of trauma play an important role in the understanding of phenomenon of trauma. The big



complexity and the paradox of experience at the moment of trauma lead to increase of affective-cognitive complex. The overload and the breakdown of experience happen as a result of the development of this complex that leads to the blockade of experience. On the personal-existential level of experience reality crashes down onto traumatized person as something “unreal” and knocks over his or her existence. The existence loses its structure and the personal dimension – its strength.

The consequences of trauma are determined by the combination of factors. The state of resources and the strength of the Person (the central structure of mental dimension) depend on them. The dynamics of the consequences of trauma presupposes that it will be reworked or the posttraumatic personality disorder will be developing (F62.0). The possibilities and the tactic of the psychotherapy during the Encounter with a specialist depend on the peculiarities and the stage of the dynamics. The emergency receipt of the Personal Encounter forming existential structures of experience has a crucial significance for the dynamics of the consequences.

Модель «Мерседес СК» как инструмент планирования и осуществления изменений в рамках краткосрочной психокоррекции и психотерапии

Бесаев З.Г.

психолог, психотерапевт, член ППЛ. Москва, РФ, Ведущий специалист Центра практической психотерапии под руководством Ковалева С.В.

В рамках доклада будет рассмотрена одна из базовых моделей Интегрального нейропрограммирования (ИНП), а именно «Мерседес СК».

Эта универсальная модель используется нами в самых разных контекстах и направлениях нашей работы, будь то психокоррекция, психотерапия или бизнес-консультирование. Мы разберем теоретические и прикладные аспекты применения модели МСК как инструмента планирования и осуществления изменений в рамках краткосрочной терапии на примере реального случая из практики.

В качестве иллюстрации будет рассмотрена работа с психосоматическим сексуальным расстройством, а именно: стратегия и логика построения процесса психокоррекции и психотерапии при помощи специальных технологий ИНП.

Доклад будет содержать анализ проблемы и алгоритм планирования изменений неэкологичных реакций клиента на контекст, сопутствующих состояний, способов реагирования (поведения), соответствующей системы убеждений и центрального системообразующего звена психики человека – образами «Я».

Изменение уровня самоактуализации студентов в процессе обучения

Блинова Н.Л.

Старший преподаватель кафедры психологического консультирования факультета психологии Московского государственного областного университета

Благоприятным периодом для развития самоактуализации личности является обучение в вузе. В это время студенты определяют со своей внутренней позицией, осуществляют построение системы собственных ориентиров на самопознание, саморазвитие, самосовершенствование как на личностном, так и на профессиональном уровне. Как отмечал К. Роджерс, путь роста личности – это путь самопреобразования, объективным показателем которого является преобразование «Я-концепции».

Основу жизненной активности в направлении самоактуализации составляет осознание личностью своих потребностей, мотивов, интересов, ценностных приоритетов, чему способствует развитие рефлексивности. Однако, молодые специалисты часто не рефлексировать возможности личностного развития в процессе профессионального обучения, не применяют эталон профессионала к своим личностным характеристикам. Как отмечают В.М. Мастеров, Г.А. Цукерман, Е.И. Узденов студенты, наряду с усвоением безличных психологических знаний, должны приобрести навыки «самознания», самоактуализации.

В своей книге «Дальнейшие рубежи развития человека» А. Маслоу говорит, что самоактуализация – это не «вещь», которую можно иметь или не иметь, а процесс, не имеющий конца, это способ проживания, работы и отношения с миром. В связи с этим, важным в процессе подготовки студентов в вузе, является педагогическая поддержка самоактуализации студентов в образовательном процессе.

Проводимые нами занятия по теме «Групповой психологический тренинг как средство актуализации (активизации) личностного роста» в рамках изучения дисциплины «Практико-ориентированное вхождение в профессию» направлены, во-первых, на формирование качеств, необходимых практическому психологу для успешной работы с клиентами, во-вторых, на овладение техниками работы с клиентами-участниками группы, путем апробирования приемов и техник тренинга личностного роста каждым обучаемым в ходе занятий на себе с последующей их рефлексией.

Диагностика уровня самоактуализации с использованием методики «Самоактуализационный тест» показала повышение уровня самоактуализации студентов по шкалам, ориентированным на регистрацию как глобальных характеристик самоактуализации, так и реги-



страцию отдельных ее аспектов. При этом, динамика самоактуализации у каждого студента совершенно разная: одни участники группы продвигаются в обучении быстрее и эффективнее, другим же необходимо больше времени на осознание тех процессов, которые происходят в группе и, соответственно, благодаря им, во внутреннем мире каждого студента.

The changes of self-actualization level of students in the process of education

Blinova Nadejda Anatolyevna

Senior lecturer of the Psychological Counseling Division, Psychology Department, Moscow Region State University

Ресурсная психотерапия и её роль в трансформации эмоций

Брессо Т.И.

*Кандидат психологических наук, доцент
кафедры «философия и психология» Московского
государственного машиностроительного
университета*

В докладе рассматривается вопрос возможности преобразования негативных эмоций в позитивные с использованием техник ресурсной психотерапии. Обсуждаются пути широкого применения на практике данного направления. Выявляются преимущества техник ресурсной психотерапии при работе с различными категориями людей.

*...на смену очень слабому и в действительно трудных случаях ненужному уму
вырастает мудрый инстинкт.
Михаил Афанасьевич Булгаков*

Ускорение темпов жизни, высокие требования социума к человеку, обилие информации, разрушение вековых устоев провоцирует повышенную стрессогенность. Глобализация. Анализируя современные направления в психологии можно отметить ее активное развитие в самых различных направлениях.

Наряду с такими основательными направлениями, как психоанализ, аналитическая психология, когнитивная, гештальтпсихология, гуманистическая, телесная и трансперсональная психотерапии, психосинтез, нейролингвистическое программирование, гуманистический и системный подходы, ресурсная психотерапия позволяет более широко, целостно, многогранно взглянуть на природу экономики, ухудшение экологии, высокая концентрация людей в мегаполисах не способствуют гармоничному существованию человека на планете.

Актуальность проблемы состоит в том, чтобы найти такие пути сохранения себя, как человека разумного, стрессоустойчивого, которые бы могли быть использо-

ваны любым человеком вне зависимости от пола, возраста, состояния здоровья и материального достатка. Не секрет, что некоторые направления психотерапии реально действенные, но длительные и финансово очень затратные.

В ответ на запрос общества вырабатывается новое направление, такое как ресурсная психология. Автор идеи использования внутренних ресурсов, берущих энергию из инстинктов, как базовой динамической силы, является доктор психологических наук, профессор Коваленко Н.П.

В настоящее время идея ресурсной психотерапии только развивается – на самом деле это очень важный инструмент в работе с кризисными состояниями, в работе с беременными и подростками.

Использование в повседневной жизни приемов, техник, методов ресурсной психотерапии позволяет в короткий срок преобразовать энергию негативной эмоции в позитив, это приводит к накоплению эмоций радости, что в свою очередь ведет к гармоничному существованию в мире – в состоянии спокойствия, работоспособности, здоровья.

Данное направление научной деятельности требует еще уточнения своих принципов и постулатов, более детальной проработки методик для использования не только в перинатальной работе (как наиболее сохраняемый метод), но и в спорте, детских и учебных заведениях, при работе психологов МЧС и т.д.

Человек испытывает негативные эмоции. Это естественная реакция на раздражители, которые воспринимаются данным субъектом отрицательно. Если провести аналогию, напримерс ядами.

В малых дозах это лекарство, обливание холодной водой в малом временном периоде – это закаливание организма, поедание пищи в допустимых дозах – энергия для организма. Но что будет, если эти дозы многократно увеличить?

Гнев, ярость, негодование, зависть в малых количествах полезны для психики человека. В больших объемах эти переживания угнетают нервную систему, человеку становится плохо не только в эмоциональном плане, но начинает страдать и тело.

Ресурсный подход предлагает рассмотреть данную ситуацию с несколько иного ракурса.

Известно, что в природе не существует палки с одним концом. Если спроецировать данное утверждение на поставленную задачу, можно предположить, что на другом конце деструктивной эмоции располагается нечто позитивное с тем же количеством энергии, что и испытываемая эмоция. Любая эмоция – это проявление внутренней энергии организма, которая не имеет полярности.

Наш мир дуален. Есть верх, есть низ, день-ночь, мужчина-женщина. И если человек испытывает гнев – что скрывается на другом конце этой эмоции? Ресурсная



психотерапия позволяет очень корректно перевести деструктивную эмоцию в созидательную, преобразовать гнев в его антипод.

«Гневаться вредно и бессмысленно...если идет длительное накопление гнева и раздражения, когда плоть рушится, то эффект разрушителен» [6]

Ресурсный подход помогает человеку ощутить баланс в испытывании тех или иных эмоций, помогает отследить ту грань, за которой негативная эмоция начинает угнетать и приводить к разрушению, как психику, так и тело человека. Она очень мягко помогает переводить негатив в позитив, используя ту же энергию.

Отследив негативную эмоцию, ее яркость, проявленность в теле, наполненность энергией техники ресурсной психотерапии позволяют исследовать данную эмоцию и перевести в ее противоположность. Практически с той же интенсивностью.

Мозг человека репрезентирует собственную личность через программы последовательностей действий (нижняя премоторная область кортекса), физических восприятий (нижняя теменная область кортекса) и эмоциональных ощущений (передние отделы поясной извилины и амигдала).

Перевод негативных эмоций в позитивные активизируют те зоны головного мозга, которые отвечают за ощущение удовольствия, защищенности, креативности, позволяя психике восстанавливаться.

Опираясь на теорию А. Маслоу, концепцию инстинктов В.И. Гарбузова, теорию психических доминант А.А. Ухтомского, ресурсный подход выделяет особое видение запускных механизмов адаптации, мотивационной и поведенческой деятельности человека, воспринимает инстинкт как ресурс

Инстинкт в данном случае - есть динамическая сила бессознательного, запускающая все виды психосоматической жизни человека.

Если эта динамическая сила и есть базовый ресурс, который может разворачиваться у каждого человека по-особому, в зависимости от его генетических паттернов, подсознательной памяти (вытесненной на ранних этапах развития), стратегий воспитания и обучения. Эту инстинктивную динамическую силу мы называем иногда жизненной силой человека, которая проявляется как сила духа, иммунитета, интеллекта, творческого потенциала и лидерства.[5]

Ресурсы – это инстинкты, данные нам при рождении, т.е. потенциальные возможности. От человека зависит, сможет, захочет ли он ими воспользоваться. Методы ресурсной психотерапии позволяют человеку понять и использовать в жизни свой внутренний потенциал.

Таким образом, подводя некоторый итог, можно констатировать, что выявление ресурса, как врожденной способности, актуальная задача, стоящая перед психотерапией. Изначально ресурс, как врожденная способность к выживанию и адаптации человека как вида,

уже заложен в человеке. Проявить его – под силу любому человеку.

Ресурсная психология позволяет выявить неосознаваемые возможности человека, наиболее корректно прикасается к болезненным темам клиента, оптимально быстро преобразует негативные эмоции в позитив, что дает такие возможности как:

- 1) сохраненный выход из кризисных ситуаций;
- 2) успешное развитие личности;
- 3) развитие внутренних возможностей человека;
- 4) ведение бизнеса с сохранением устойчивости психики к стрессам;
- 5) выявление лидерских качеств и их максимальное использование.

Проблема заключается в том, что люди иногда даже не подозревают о своих возможностях, не используют свои психологические ресурсы в решении жизненных задач. Изначально человек приучается к мысли о невозможности жить без стресса, нервозности, в здоровом теле, невозможности решать задачи самому. Продуктивное использование своих ресурсов приводит к гармоничному существованию в мире.

Литература:

1. Добряков И.В. Психотерапия и перинатальная психология // «Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей»: сборник материалов межрегиональной конф. — СПб.: АМСУ, 2000. — с. 11 – 15.
2. Добряков И.В. Перинатальная семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия под ред. Э.Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2002. — с.265 – 285.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология.-СПб.; Питер 2009.-272с.
4. Изард К. Эмоции человека.-М.; Директ-Медиа, 2008. - 954 с.
5. Коваленко-Маджуга Н.П. Перинатальная психология: медико-социальные проблемы. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности. — СПб.; Издательский дом «Петрополис», 2010. — 316 с.
6. Макаров В.В., Макарова Г.А. Новая женщина, играющая и выигрывающая.- М.; Гаудеамус, 2011.- 206 с.

Resource psychotherapy and its role in the transformation of emotions.

Bresso Tatiana

Associate Professor of «philosophy and psychology» of the Moscow State Engineering University

The report examines the possibility of transforming negative emotions into positive ones using the techniques of psychotherapy resource. Discusses the widespread practical application of this direction. Identifies the benefits of psychotherapy techniques resource when working with different categories of people .



Изменения психотерапевтической речи Карла Р. Роджерса в процессе его профессионального становления

Булгакова Ю.С.

*Магистрант 2-го года обучения кафедры
психологического консультирования факультета
психологии Московского государственного
областного университета; старший преподаватель
кафедры индоевропейских и восточных языков
лингвистического факультета МГОУ*

Изучение психотерапевтического дискурса с целью повышения эффективности работы психологов-консультантов и психотерапевтов различных направлений уже многие годы является одним из наиболее актуальных направлений исследования в отечественной и зарубежной психологии. Речь терапевта – один из главных инструментов оказания им психологической помощи клиенту (наряду с невербальными аспектами психотерапевтического взаимодействия).

Обширный теоретический и практический материал, собранный и представленный в виде публикаций, аудио/видеозаписей и стенограмм сессий К.Роджерсом, основоположником клиентоцентрированного подхода в психологии, не раз становился объектом пристального внимания и анализа среди его последователей, коллег и критиков. На сегодняшний день опубликованы сотни работ на разных языках, посвящённых различным аспектам профессиональной деятельности К. Роджерса, однако интерес к ней не ослабевает и по сей день – спустя почти 30 лет после его смерти.

Три периода, на которые исследователи традиционно разделяют профессиональный путь К.Роджерса (недирективная, клиентоцентрированная и человекоцентрированная психотерапия) достаточно наглядно представлены образцами его полностью застенографированных сессий с клиентами на протяжении 1940-80-ых гг., и позволяют проследить эволюцию его метода и собственное профессиональное становление терапевта через анализ этих материалов. Основное внимание в исследованиях с использованием данных материалов до настоящего времени уделялось организации процесса консультирования в рамках клиентоцентрированного подхода, изменениям, происходящим с клиентом в процессе работы с консультантом, характеру терапевтических вмешательств – вычленению базовых техник, приёмов и интенций, осознанно или интуитивно применяемых консультантом. Особый интерес на сегодняшний день представляет изучение существующих стенограмм сессий К. Роджерса на стыке психологии и лингвистики – с позиций дискурс-анализа (в частности, анализа личностных, ситуационных, интенциональных, интерактивных аспектов взаимодействия консультанта и клиента) и отслеживание на его основе изменений в речи и мировоззрении консультанта.

Changes in Carl R. Rogers' psychotherapeutic discourse in the process of his professional formation

Bulgakova Yulia Sergeevna

Master's program student (2nd year) of the Psychological Counseling Division, Psychology Department; Senior lecturer of the Indo-European and Oriental languages Division, Linguistic Department, Moscow Region State University

Механизм обратной связи в социальной психотерапии

Бурикова И.С.

*кандидат психологических наук, старший
научный сотрудник лаборатории политического
консультирования факультета политологии СПбГУ*

Объектом воздействия социальной психотерапии является человек или группа людей, которых необходимо воспринимать как единую целостную систему (Б.Г.Ананьев, В.А.Ганзен, А.И.Юрьев). При этом системный подход предлагает нам не только знания о системе и ее элементах, но в первую очередь понимание принципов работы системы. Именно понимание обеспечивает эффективность «рычага», точки опоры самой системы, зная которую по известному мнению можно перевернуть весь мир. О'Коннор Дж. и Иан Макдермотт предлагают поиск «точки опоры системы» через анализ обратной связи. По их мнению, типов обратной связи может быть два: усиливающая (изменения усиливают первоначальные) и уравнивающая (изменения восстанавливают утраченное равновесие). Дополнительно вводятся понятие упреждающей обратной связи, когда с помощью обратной связи можно избежать прогнозируемого состояния системы до его наступления.

В случае социальной психотерапии можно привести пример работы той или иной обратной связи.

Обратная связь, которая используется специалистами, но не способствует преодолению деструктивных социальных эпидемий:

1) усиливающая обратная связь – раскрутка эмоционального градуса проблемы – распространение деструктивной эпидемии (СМИ, политические и общественные лидеры, самозаражение участников по типу толпы, ослабление человеческого капитала). Влияние на образ жизни человека.

2) усиливающее упреждение – профилактика социальных эпидемий – самопроверяющееся пророчество. Превентивные меры – эпидемии еще нет, но о ней предупреждают. В данном направлении работают сейчас большинство субъектов, вовлеченных в противодействие деструктивным социальным эпидемиям. Влияние на жизненную позицию человека. Включение механиз-



мов силы воли позволяет стоять на краю и держаться из последних сил какое-то время. Обратная связь, которая не используется, но может стать ключом в решении проблемы социальных эпидемий:

3) уравнивающая обратная связь имеет место, когда информация об изменениях в системе попадает обратно в систему и гасит изменение. Если принять во внимание, что социальные эпидемии имеют своей целью изменение человека, создание нового типа общественных отношений – то уравнивающая обратная связь обозначает переход в это новое состояние. Для данной обратной связи необходимо понимание новой картины мира, куда нас ведут социальные эпидемии, а куда мы идем сами. Пути должны не только совпасть, но и подготовить человека к марш броску в новом направлении. Те, кто не видит картины грядущих изменений, будут продолжать обменивать золото на бусы.

4) уравнивающее упреждение имеет место, когда предвидение или предсказание изменения приводит систему в предсказанное состояние. Это – самосбывающееся пророчество. Изменение мировоззрения человека, отсечение лишнего, сохранение истинно ценного, создание его субъективной готовности к грядущим изменениям, включение механизмов эффективной самоорганизации в новых условиях.

Понимая механизмы обратной связи в социальной психотерапии, возможно с большей точностью проследить, эффективность механизмов противодействия деструктивным социальным и политическим эпидемиям, предложить варианты их преодоления и профилактики.

The feedback mechanism in the social psychotherapy
Burikova Inga S.

Ph.D., senior researcher, laboratory of political consulting, Political Science Department, St.-Petersburg State University

Телевидение в социальной психотерапии: переход от усиливающей обратной связи к уравнивающей

Бурикова И.С.

*кандидат психологических наук, старший
научный сотрудник лаборатории политического
консультирования факультета политологии СПбГУ*

Социальная психотерапия не первый год обсуждается специалистами как новое направление работы, актуальность которого обоснована происходящими событиями в обществе и в мире. Отчеты психотерапевтов и психологов, массовые психологические исследования, а также профессиональные наблюдения за массовым поведением людей в последнее время не оставляет сомнений,

что мы живем «в эпоху перемен». Все чаще в обществе эмоциональные и радикальные суждения берут верх над рациональными и взвешенными, обсуждение политических и социальных проблем буквально вламываются в семьи, разрушая их. При этом растет внутренняя опустошенность участников так называемых социальных и политических эпидемий. Социальная психотерапия при этом рассматривается как механизм, способствующий тому, чтобы остановить такие эпидемии. А телевидение – как один из наиболее эффективных инструментов социальной психотерапии, так как имеет массовую аудиторию, а значит и степень влияния.

Однако любой механизм не существует в отрыве от объекта своего приложения и не может действовать, не опираясь на результат, эффективность своих действий – на обратную связь. К сожалению, обратная связь по отношению к изменениям состояния человека телевидением не задействована. В качестве оценки собственной эффективности телевидение использует какие угодно критерии: рейтинги каналов и телепередач, стоимость рекламы, оценка главного редактора и отдельных VIP персон, чувство удовлетворенности самих работников, письма и звонки телезрителей и т.д. но не психологическое состояние населения и влияние на это состояние телевидения и отдельно взятых программ.

Из четырех видов обратной связи, применимых к состоянию системы (сознанию человека) можно выделить: 1) усиливающую обратную связь – раскрутка эмоционального градуса проблемы, изменения усиливают первоначальные; 2) усиливающее упреждение – профилактика социальных эпидемий; 3) уравнивающую обратную связь имеет место, когда информация об изменениях в системе попадает обратно в систему и гасит изменение – теряется интерес к социальным эпидемиям; 4) уравнивающее упреждение – предвидение или предсказание изменения приводит систему в предсказанное состояние.

Сегодня телевидение редко выходит за рамки первого вида обратной связи – «усиливающей» (причем в основном прямой усиливающей обратной связи – раскрутки проблемы, реже – ее профилактика) и практически никогда – третий и четвертый виды обратной связи, способных контролировать систему социальных эпидемий, не задействованы. Для реализации телевидением миссии и функции социальной психотерапии необходим перевод работы в плоскость уравнивающей обратной связи. Но это вопрос политический и финансовый. Готово ли телевидение?

Television in the Social Psychotherapy: the Transition
from the Amplifying Feedback to Counterbalance
Burikova Inga S.

Ph.D., senior researcher, laboratory of political consulting, Political Science Department, St.-Petersburg State University



**Формирование навыков ведения
эффективных переговоров:
интегральный подход****Винтер-Астахова М.А.**

*психолог, психотерапевт, член ППЛ. Москва,
РФ, Ведущий специалист Центра практической
психотерапии при Институте Инновационных
Психотехнологий.*

В статье представлен алгоритм (модуль) создания у клиентов навыков ведения эффективных переговоров в сложных сделках при помощи психотехнологий интегрального нейропрограммирования С.В. Ковалева. Целью психотерапевтического консультирования в каждом из рассматриваемых случаев являлось повышение эффективности деловых переговоров. Задачами – помочь клиенту более глубоко изучить закономерности предстоящего переговорного процесса, научиться правильно воспринимать партнера по переговорам: понимать то, что он «говорит» и «не говорит», научиться правильно воспринимать и подавать информацию; овладеть практическими навыками убеждения и методами влияния. Методика работы представляет собой активное обучение клиента через анализ конкретных ситуаций, из его профессионального опыта и личного опыта и освоение необходимых навыков и умений. В основу процесса положены принципы интегрального нейропрограммирования С.В. Ковалева, используются технологии мета-зеркало, моделирование успешного поведения, генератор нового поведения, что позволит сделать процесс обучения более динамичным. Каждый клиент освоил инструментарий для применения его в дальнейшем для других задач в бизнес процессе. В предлагаемых случаях основной упор сделан на психологических аспектах формирования эффективных полезных навыков в режиме психотерапии и ряда самостоятельной работы в автоформате. Кроме того, мы считаем важным, что клиента обучили уделять внимание экологичности в постановке запроса и своему вниманию внутреннему состоянию, и предложили эффективные способы по их гармонизации.

Полученные результаты: клиенты ощущали повышение своей компетентности и профессионализма переговорщика, смоделированные результаты были полностью получены на переговорах; как основной навык отмечали возможность быстро находить оптимальные решения до процесса переговоров и умение анализировать и использовать полученный опыт. Клиенты также отметили положительное изменение поведения и в других ситуациях общения, так, например, стало более эффективным поведение при взаимодействии с персоналом, диагностировалась сокращение временных затрат на объяснения поручений и повышение эффективности исполнения этих поручений; отмечен рост удовлетворения от более «приятного» общения с близкими родственниками и детьми.

**Разработка интернет-ресурса,
объединяющего психотерапевтов
и клиентов****Гимранова Э.Ф.**

*Частнопрактикующий психолог-консультант
(г. Москва)*

На сегодняшний день в интернете существует множество психологических ресурсов. Пользователи сталкиваются с информацией различной направленности, как для профессионалов, так и непрофессионалов. Опрашивая своих клиентов и отвечая на их многочисленные вопросы, я пришла к пониманию высокой необходимости сайта, который бы объединил психологов и их потенциальных клиентов – и теперь занимаюсь реализацией этого проекта, описанного далее.

Проблема в том, что люди не доверяют психологам, находят много противоречий в материалах, размещенных в интернете, и считают, что клиентские отзывы, которые психологи размещают на своих сайтах, не совсем объективны. При огромном предложении, клиенту сложно сделать выбор и понять, какой специалист ему необходим. Многие при выборе ориентируются на мнение своих знакомых, но есть люди, которые не готовы обсуждать свои внутренние проблемы ни с кем, даже с самыми близкими. А образе жизни, насыщенной стрессами, которыми среднестатистический человек перегружен, он не задумывается о накоплении признаков отклонений в здоровье, которые можно проработать со специалистом. Поэтому описываемый интернет-ресурс направлен на «простых» людей, которые смогут получить максимальную информацию о психологических методиках и понять, в каком состоянии они сами находятся, на что нужно обратить внимание.

Для этого на сайте предусмотрены разделы:

1. «Диагностика». Пользователю предлагается раздел, который поможет ему понять, в каком состоянии находится его психологическое здоровье. По результатам тестирования происходит переход на методики и специалистов, которые решают обнаруженные проблемы.
2. Очень важно дать исчерпывающую информацию о широком спектре направлений в психологии, о том, на что они направлены. Для этого выделен раздел «Теория», в котором планируется размещение статей по психологии на языке, доступном для непрофессионалов.
3. Раздел «Практика» посвящен различным мастер-классам по телесным и другим упражнениям для работы над собой.
4. Раздел «Форум» по различным тематикам, востребованным клиентами. Темы форумов должны динамично меняться, их будут предлагать профессионалы на основе своей практики, с ориентацией на запросы клиентов.



5. Раздел «Специалисты» Здесь можно размещать рекламу специалистов и объективные отзывы. Важно давать объективную оценку этих специалистов, как со стороны профессионалов, так и клиентов.

Самая важная задача, которая ставится в проекте - объединить психологов и их клиентов, дать возможность конкретному человеку найти своего специалиста.

Development of online resource to consolidate psychotherapists and clients

Gimranova Elvira Failieva

Practicing psychologist (Moscow)

Комплексный подход в психологическом консультировании, при решении проблем личностного роста и развития на основе Интегрального нейропрограммирования С.В. Ковалева

Готлейб А.В.

Психолог, психотерапевт, сертифицированный выпускник «Института Инновационных Психотехнологий С.В. Ковалева», действительный член ОППЛ. Россия. Москва.

Посмыгаев В.А.

Предприниматель, член ОППЛ. Россия. Москва.

Объектом является процесс повышения качества человеческой экзистенции. Предметом является комплексный подход к вопросу личностного роста и развития на основе Интегрального нейропрограммирования С.В. Ковалева.

На сегодняшний день существует множество подходов в работе с негативными картами клиента «Я не в порядке, — Другие в порядке», потерей смысла в текущей деятельности клиента и обретения материального благополучия. Но все эти методы работы, используемые в психотерапии, решают вопросы разрозненно, а не комплексно, без взаимосвязи друг с другом, не рассматривая всей глубины проблемы.

В условиях современного кризиса экзистенции, на мой взгляд, работа психолога с клиентом по его прямому запросу, к примеру, личной эффективности «на работе» или достижения материального благополучия «в собственном бизнесе» является недостаточной и строится достаточно узконаправленно.

Работая с «желаниями» клиента, а не с его истинными «потребностями», проблема решается поверхностно и временно, либо не решается вовсе. Решение подобного рода запросов лежит в другой плоскости. И если психотерапевт находится на том же уровне экзистенции, что и клиент, он никогда не решит проблему клиента.

В своем докладе я хочу представить комплексный подход в вопросах личной эффективности. Мною взяты

примеры из личной практики, когда клиенты годами не могли решить проблему эффективности собственного бизнеса, с целью обретения материального благополучия. Работа клиентов над собой и посещения множества различных психотерапевтов, тренингов, курсов, разных школ и направлений, в конечном счете, не давала необходимого результата.

Работа в области личного роста и развития становится эффективной при комплексном подходе, ориентированном на расширение «рамки», или как мы говорим «карт» клиента, и переходе клиента на новый уровень экзистенции, благодаря обретению своего призвания и предназначения, определения смысла своей деятельности и т.д. В результате чего устраняется причина возникновения проблемы клиента с одной стороны, повышается витальность клиента за счет информированности и осознанности, с другой стороны и снижается количество энергии или усилий клиента, на достижение истинной цели.

За счет комплексного подхода, достигнутые результаты обладают стабильностью и устойчивостью. На основе описанных постулатов нами были созданы индивидуальные и групповые программы, в ходе которых были получены позитивные результаты.

Опыт двадцатилетней практической работы с больными с алкогольной и наркотической зависимостью. Комплексная программа, высокие результаты, один патент, два новых метода

Гребнев С.А.

Практикующий специалист, ведущий психотерапевт по версии ППЛ в 2010 г., признанный психотерапевт Европейской Ассоциации Психотерапевтов, мастер-практик и тренер НЛП, автор метода «Суггестия в состоянии концентрации внимания», Екатеринбург

Обсуждается двадцатилетний опыт работы с больными с алкогольной и наркотической зависимостью. В ходе работы автором были созданы два метода для изменения мышления зависимых людей, отличающихся высокой результативностью: «Кристаллизация мышления» и «Суггестия в состоянии концентрации внимания». Методы дополняют друг друга и позволяют менять незаметно для клиента его систему убеждений, удерживающих в проблеме. Сходство с естественным процессом замены одних убеждений на другие делает результат стабильным и устойчивым во времени, создает платформу для дальнейших поведенческих изменений. Методы подтверждены патентом и двумя авторскими свидетельствами.

Комплексная психотерапевтическая программа работы с больными с алкогольной зависимостью была подготовлена и запущена в практику в самом начале 90-х

прошлого века, а с больными с наркотической зависимостью в 1993–1994 гг. За эти годы были созданы две комплексные программы реабилитации (работы) пациентов с данной проблемой и два новых метода. Комплексная программа реабилитации включала психотерапию, рефлексотерапию, и, в ряде случаев, психофармакотерапию и фитотерапию. Основными методами являются новый психотерапевтический метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания» и консультационный метод «Кристаллизация мышления». Методы обеспечивают процесс изменения ложных убеждений, удерживающих клиента в проблеме, формирования новых.

Работа с алкогольной зависимостью

В работе с клиентами наиболее эффективными оказались гипнотерапия (традиционная и эриксоновская), частично переработанные (авторские) техники НЛП, и, что является самым важным, определенная последовательность работы, обеспечившая высокую эффективность. За первые 2–3 года работы сформировалось восемь основных тем для обсуждения, помогающих изучать и изменять убеждения, удерживающие человека в проблеме. Временные затраты на психотерапевтическую работу составляли около 10–12 часов группового, но чаще всего индивидуального консультирования.

В 1998 г. была выпущена первая авторская книга «Психология и психотерапия алкогольной зависимости» с подробным описанием технологического процесса. Для ряда профессионалов эта книга стала настоящим пособием.

В последующие годы произошла незначительная трансформация метода. Изменения коснулись замены некоторых техник НЛП на новый, более эффективный метод консультирования «Кристаллизация мышления» (коммерческое название) и сопутствующий ему метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания по С.А. Гребневу» (о них речь пойдет ниже).

За прошедшие двадцать лет технология работы с алкогольной зависимостью не только зарекомендовала себя высоко результативной, но и практически вытеснила из моей частной практики аверсивные подходы.

Работа с наркотической зависимостью

Оказалось, что многие методы психотерапии, успешно зарекомендовавшие себя в работе с неврозами, психосоматическими расстройствами, алкоголизмом и рядом нехимических зависимостей практически бесполезны, а иногда и вредны при наркотической зависимости. Несмотря на то, что используемые методы оставляли позитивное впечатление у клиентов, отдельные техники и приемы зачастую провоцировали на употребление наркотиков, либо были абсолютно бесполезны в работе. В их число вошли некоторые техники нейролингвисти-

ческого программирования, некоторые варианты гипнотерапии, приемы из когнитивной терапии, аверсивные методы и другие. Абсолютно бесполезным оказался эффект 25-го кадра. В результате чего, от многих из них пришлось отказаться.

От технологии «12-ти шагов» решено было отказаться изначально, так как она не являлась медицинской моделью. Закрытые и полужакрытые реабилитационные центры не создавались, так как у этих людей есть особенность мышления – нет наркотического вещества или его невозможно достать, например, за рубежом, в тюрьме, тайге – практически сразу исчезает влечение к нему. Появляется возможность, появляются причины, по которым это происходит, независимо от срока отказа. Поэтому важно научить клиента отказываться от наркотика в условиях, где они есть, и, вероятно, еще долго будут.

К 2000 году активной работы с наркотической зависимостью (преимущественно пациенты с опийной наркоманией – ханка, опий сырец, героин, реже морфий) сформировалась программа последовательного изменения мышления зависимого человека. Она включила в себя 15-ть основных тем, которые обсуждались с клиентом, и 2 новых метода, которые обеспечивают процесс структурирования мышления.

На протяжении 8-ми лет метод проверялся и шлифовался. В итоге, в 2009 г. метод был запатентован. В настоящее время он используется практически при всех видах химических и некоторых не химических зависимостях. Метод включает в себя основную часть и дополнительную. Работа проводится в амбулаторных условиях. Человек учится отказываться от наркотиков в условиях, где они есть, и, вероятно, еще долго будут, а не в искусственных, изолированных условиях.

У зависимых людей есть одна особенность – нет наркотического вещества или его невозможно достать, например, за рубежом, в тюрьме, тайге – практически сразу исчезает влечение к нему.

Появляется возможность, появляются причины, по которым это происходит, независимо от срока отказа. Поэтому важно научиться отказываться от наркотика в условиях его присутствия. Уменьшая количество желающих его принимать, мы уменьшаем распространение этой эпидемии. При достаточном навыке врача работа осуществляется за 30–36 часов работы.

В среднем, на это уходит около 3-х месяцев. При этом клиент может работать, приносить доход в семью, быть ей полезной. Критериями успешности являются изменившиеся суждения клиентов, изменения поведения его, восстановление доверия к нему со стороны родных и близких людей, восстановление утерянных и формирование новых навыков, изменение стиля жизни.

Данная программа подходит для людей, мотивированных на отказ от наркотиков, с различной продолжительностью приема наркотиков, без явных признаков деградации личности и отказавшихся от наркотиков не



менее 7-10 дней самостоятельно или после устранения абстинентного синдрома в стационарных условиях.

Эффективность работы с алкогольной зависимостью.

В среднем продолжительность отказа от алкоголя составляла 3-6 лет, при этом качество жизни, по словам клиентов, было значительно выше, чем после краткосрочных методов. Часто длительный отказ от алкоголя (3-6 лет) был даже в тех случаях, когда человек уже многократно и безуспешно проходил различные аверсивные методы терапии и его отказ от алкоголя составлял от одной недели до трех – шести месяцев. Известны многочисленные случаи, когда бывшие пациенты отказывались от алкоголя более 10–15 лет. Об этом говорили некоторые новые клиенты: «Много лет назад вы лечили моего родственника (знакового), прошло уже более 10-15 лет, а он не пьет. Можно и мне так?».

Эффективность работы с наркотической зависимостью.

Для понимания эффективности проводимой работы в период с 1999г. по 2001 г. нами проводилась акция – для пациентов, прошедших реабилитацию в нашем центре три месяца и больше, и отказавшихся от наркотиков год и более, два раза в году разыгрывалась туристическая путевка. Условия акции не позволяли скрыть даже «случайный» прием наркотиков. Из тех пациентов, которые прошли реабилитацию к 2001 году на протяжении трех месяцев, отказывались от наркотиков год и более, около 60-65%. За весь период работы прошло реабилитацию более 500 человек. Из них около 60% обычно проходят только месячную реабилитацию (10-12 сеансов). За этот промежуток времени обычно исчезают остаточные явления постабстинентного синдрома, резко снижается, а чаще всего исчезает желание в приеме наркотика, появляется уверенность в собственных силах, налаживаются отношения в семье. Наши наблюдения говорят о том, что большая часть этой категории людей отказывается от наркотиков в пределах 6-8 мес. и только около 20% отказывается год и больше.

Полный трехмесячный курс реабилитации проходит около 40% клиентов. Из них 60% - 65% отказываются от наркотиков год и более. На сегодняшний день у некоторых клиентов он составляет 13-16 лет. При этом меняется стиль жизни, восстанавливаются семьи, некоторые получают высшее образование, другие становятся успешными предпринимателями, в целом человек становится полезным обществу.

Перспективы развития

Любые методы психотерапии и консультирования имеют свои ограничения. В настоящее время, совмест-

но с кафедрой психиатрии Уральского государственного медицинского университета, исследуются возможности использования аппарата «Симптокор», опосредующего влияние вращающихся электромагнитных полей на вегетативные шейные ганглии.

В результате наблюдается сложный комплексный эффект в форме нормализации настроения, вегетативной стабилизации, восстановления сна.

Метод зарекомендовал свою эффективность во многих областях медицины. Была отмечена и высокая результативность при устранении явлений абстинентного синдрома у больных с алкогольной зависимостью.

В дальнейшем предстоит оценить эффективность психотерапевтической помощи в комплексе с симпатокоррекцией у более сложных больных с наркотической зависимостью.

Twenty years experience of practical work with patients with alcohol and drug addiction. Integrated program, good results, one patent, two new methods

S.A. Grebnev

Private practitioner, the leading psychotherapist under the version PPL in 2010; recognized by the European Association for Psychotherapy therapist, Master of practices NLP and the coach; author of the method of «Suggestion able to concentration of attention», Yekaterinburg

This article refers to the twenty years of experience working with alcohol and drug dependencies. During the work the author has created two methods to change the thinking of dependent people, distinguished by high productivity, «Crystallization of thinking» and «Suggestion able to concentration of attention of Grebnev». Methods complement each other and allow you to change unbeknownst to his client's belief system, retaining the problem. Similarity to the natural process of replacing some beliefs on others makes the result stable and sustainable over time, creates a platform for future behavioral changes. Methods confirmed the patent and copyright certificates of the two.

Психологические особенности старшекласников и стрессоустойчивость в ситуации Единого Государственного Экзамена

Добрынина Н.В.

Студентка 3 курса магистратуры заочного отделения факультета психологии Московского Государственного Областного Университета

Существенные изменения в системе образования коснулись формы и содержания выпускных экзаменов. Длительный период подготовки и сдачи ЕГЭ создает для старшекласников ситуацию продолжительного



стресса и оказывает негативное влияние на их психическое здоровье. Это актуализирует научное исследование стрессоустойчивости в относительно новой ситуации.

Старший школьный возраст – период жизни между подростковым возрастом и взрослостью. Направленностью личности становится обращенность в будущее, а основными потребностями – потребность в самоопределении, самооценке, самовоспитании, психологической и эмоциональной независимости, достижении определенного социального статуса, коммуникативных связях со сверстниками и взрослыми. Отсутствие удовлетворения данных потребностей приводит к противоречиям, которые становятся стрессогенными факторами.

Учебная деятельность, разные формы проверки знаний, повышают стрессогенность подросткового возраста. Динамика учебного процесса для большинства старшеклассников нацелена на успешную сдачу ЕГЭ, в результате нарушения этой динамики и возникает состояние стресса. Стрессогенными факторами, выступают с одной стороны, объективные и субъективные трудности; с другой – внешние и внутренние препятствия.

Сущность стресса сводится к глубинными конфликтам в системе «Я-концепции» между «Я-реальным» и «Я-идеальным». При наличии высокого уровня притязаний и недостаточного осознания своих возможностей, наблюдается большое расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным» и возникает стрессовое состояние, что нередко ведет к нарушениям поведения и социально-психологической адаптации.

Стратегия психологической помощи должна быть направлена на увеличение с степеней личностной свободы через присоединение к своему осознанному «Я» множества других «Я-образов», что может повысить стрессоустойчивость у подростков. Вероятность расхождения между модальностями «Я» будет сведена к минимуму и влияние стрессогенных факторов ослабляется. В данный возрастной период также становится возможным самовоспитание, благодаря развитию у старшеклассников способности к саморегуляции. В связи с этим становится возможным решение проблем стрессоустойчивости в трудных ситуациях, к которым относится и ситуация ЕГЭ.

Высокая стрессоустойчивость обеспечивает «достаточный уровень прочности» и сопротивляемости препятствиям. Адекватный уровень притязаний, умение ставить перед собой реально достижимые цели дает основание для успешного поведения старшеклассника в ситуации ЕГЭ.

Psychological characteristics of students and the stress in the situation of the Unified State Examination

Dobrynina Nadezhda Vladimirovna

3rd year student of the master of the correspondence Department of the faculty of psychology of Moscow State Regional University

Эриксоновский гипноз в лечении сексуальных дисфункций

Доморацкий В.А.

*доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой
общей и клинической психологии Белорусского
государственного университета*

Психотерапия играет важнейшую роль в лечении лиц мужского и женского пола, страдающих сексуальными дисфункциями психогенного генеза. Рассмотрим основные стратегии использования гипнотических приемов у сексологических пациентов. Они могут быть систематизированы следующим образом: 1. Стратегии, обеспечивающие доступ к ресурсам, необходимым для повышения уверенности в себе и своих сексуальных возможностях. 2. Приемы гипноанализа, которые позволяют не только прояснить истоки сексуальных проблем пациентов, но и осуществить те или иные терапевтические интервенции для нейтрализации негативного сексуального опыта. Это – работа с полярными частями личности, техники «Ключи Ле Крона», «Путешествие в больной орган», «Психосоматический мост», «Разговор с сублимностями», «Автоматический рисунок», рисуночная техника Ж. Беккио и др. 3. Стратегии, направленные на коррекцию дисфункциональных поведенческих паттернов. Используются различные виды косвенных внушений, терапевтические и эпистемологические метафоры, трехшаговые стратегии Э. Росси. Например, пациенту, находящемуся в гипнотическом трансе, говорят о «силе духа, твердости характера и легкости на подъем» или приводят описание сложных инженерных коммуникаций, которые обеспечивают безупречную работу водонапорной башни. Кроме того пациентам предлагают проигрывать в воображении (в ходе гипнотического сеанса или в самогипнозе) альтернативные образцы интимного взаимодействия. В результате характер сексуального поведения пациентов меняется на более адаптивный. 4. Стратегии устранения конкретных симптомов половой дисфункции, которые могут быть достаточно эффективными после первоначальной проработки психологических проблем, стоящих за теми или иными сексуальными нарушениями. Например, мужчине с ослаблением эрекции после наведения транса путем постановки катаlepsии руки или возникновения её левитации проводят параллель между свободно парящей без всяких сознательных усилий рукой пациента и его способностью к столь же легкому подъёму другой части тела. Пациенту с преждевременной эякуляцией в гипнотическом состоянии в деталях рассказывают о вкусном ужине из его любимых блюд, которые он неспешно вкушает, получая наслаждение от самого процесса принятия пищи, а не от быстрого насыщения желудка. Представленная далеко не полная палитра гипнотических техник отражает широкие возможности использования техник эриксоновского гипноза у пациентов сексологического профиля.



Ericsson hypnosis in the treatment of sexual dysfunction
Vladimir A. Domoratsky

М. Д., Professor, chief of the Department of General and clinical psychology of the Belarusian State University (Belarus), Head of the modality «Ericson psychotherapy and hypnosis in the PPL

Интерпретация сновидений методами интегрального нейропрограммирования

Доронин Р.В.

Психолог, психотерапевт, специалист Центра практической психотерапии при Институте Инновационных Психотехнологий под руководством С.В. Ковалева. Россия, Москва.

Интерпретация сновидений представляет собой интерес для людей с самых древних времен. Одним из основоположников психотерапевтического подхода к работе со снами стал З. Фрейд, который связал содержание сновидений с работой человеческого бессознательного. Со временем эта концепция подтвердилась, став основой для развития современных психотерапевтических подходов к интерпретации снов. Актуальность этой темы сложно переоценить. Сны могут помочь психотерапевту получить содержание к глубинным причинам проблем, с которыми к нему обращается клиент. При этом нет единого взгляда на то, как правильно интерпретировать сны. Перед нами встала задача раскрыть комплексный подход, включающий в себя все работающие методы работы с этой темой. Объектом нашего изучения выступает интерпретация сновидений, предметом является интерпретация сновидений методами интегрального нейропрограммирования. Интерпретация снов осуществляется в контексте многих психотерапевтических направлений, начиная от психоанализа, заканчивая трансперсональной психотерапией. Наиболее эффективным из современных методов работы со снами, на наш взгляд, является интегральное нейропрограммирование С.В. Ковалева, которое объединяет в себе различные психотерапевтические модели и учитывает индивидуальную динамику развития клиента. Работа со снами в контексте ИНП позволяет не просто давать интерпретацию сна, а еще и выходить на диалог с бессознательным, обеспечивая интерактивную работу с элементами сна на достижение конкретного результата за его (сна) пределами. Такая активная интерпретация сновидений включает в себя элементы консалтинга и психотерапии, позволяя выходить на ранние детские обусловленности, включая психологические сценарии, ограничивающие убеждения, неэкологичные решения в различных областях жизни. Интегральное нейропрограммирование охватывает целый комплекс параметров и вариантов работы со сновидениями. Сюда входит структура сновидения и его

элементов, возможность ассоциации и диалога с каждым из них, обнаружение символического подтекста, причин и предпосылок сюжета сновидения в прошлом, а также его взаимосвязи с будущим. С применением данного подхода нами были успешно выявлены и решены проблемы в области здоровья, взаимоотношений, любви и секса, обретения работы, получения денег и др. Наша психотерапевтическая практика показала высочайшую эффективность интегрального нейропрограммирования, которое делает работу со снами мощным инструментом изменений для клиентов с любой проблематикой.

Новые информационные методы оценки психосоматического статуса матерей, дети которых страдают нарушениями когнитивного развития

Ермалинская Е.Ю.

психолог Нейропсихологического Центра Адаптации и Саморегуляции (г. Москва)

Сандомирский М.Е.

преподаватель Института групповой и семейной психотерапии (г. Москва)

В настоящее время все более актуальной задачей для нейропсихологической практики становится работа с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, испытывающими трудности в обучении (ЗПР, СДВГ, ММД, нарушение сенсорной интеграции). В существующих коррекционных методиках, однако, недостаточное внимание уделяется психосоматическим аспектам коррекции. В действительности же последние весьма важны в развитии когнитивной сферы ребенка.

Анализ психосоматических и соматопсихических проблем ребенка целесообразно включать и диагностику психосоматического состояния матери, оказывающего значимое влияние на их формирование, поскольку: а) ребенок усваивает паттерны эмоционального реагирования матери, которые он наблюдает, путем подражания; б) психосоматические расстройства матери ребенок инстинктивно «отзеркаливает» по механизму эмпатического резонанса. Нами было проанализировано вегетативный психосоматический статус 17 женщин, на момент обследования не имевших клинически выраженных проблем с физическим здоровьем, дети которых проходили курс нейропсихологической психокоррекции в связи с трудностями обучения и психосоматическими дисфункциями. Контрольную группу составили 159 здоровых женщин детородного возраста (Сандомирский М.Е., 2005–2013). При анализе вегетативного статуса (по тесту ПВО) у обследованных обнаружены астенические проявления дистонии по парасимпатическому типу, как в отношении физического тонуса/ работоспособности ($2,563 \pm 0,305$ балла в сравнении с $1,505 \pm 0,095$ в контрольной группе, р



<0,001), так и эмоционального тонуса ($1,188 \pm 0,131$ в сравнении с $0,724 \pm 0,033$, $p < 0,001$). Эти нарушения коррелируют с соматизацией: соматоформный показатель (по тесту SOMS) достоверно выше, чем в контрольной группе ($25,50 \pm 2,652$ против $20,130 \pm 0,933$, $p < 0,05$). В качестве источника соматизации можно предположить длительный латентно протекающий дистресс: индекс выраженности дистресса PDSI (по тесту SQL-90-r) $0,025 \pm 0,003$ в сравнении с $0,018 \pm 0,001$ в контрольной группе ($p < 0,05$).

Результаты исследования иллюстрируют целесообразность психосоматической коррекционной работы с матерями, дети которых проходят длительный систематический курс нейрорепсихокоррекции.

New information methods of psychosomatic status assessment in mothers whose children suffer from impaired cognitive development

Yermalinskaya Elena Yu. — psychologist at Neuropsychological Center of Adaptation and Self-Regulation (Moscow)

Sandomirsky Mark Evgenyevich — lecturer at the Institute for Group and Family Psychotherapy (Moscow)

Клинико-психологические особенности и психореабилитационные программы при угрозе невынашивания беременности

Ефанова Т.С.

психотерапевт клиники «Инсайт», г. Новосибирск, аспирант ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, г. Томск.

Захаров Р.И.

кандидат медицинских наук, психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, доцент кафедры психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва;

Куприянова И.Е.

доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН, г. Томск.

На базе женской консультации при ГБУЗ НСО ГКБ №1 г. Новосибирска исследовано 146 беременных (средний возраст— $26,93 \pm 4,1$ лет). У 73 (60,33%) беременных с угрозой невынашивания (УНБ) выявлены психические расстройства (ПР), у 44 (36,36%) женщин — психоадаптивные и психодезадаптивные состояния (ПАС-ПДАС), у 4 женщин с УНБ (3,31%) психопатологии не выявлено. Клинико-психопатологическое исследование включало: шкалу самооценки уровня реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Ч. Д. Спилбергера-Ю. Л. Ханина, «роза качества жизни» по И. А. Гундарову, опросник механизмов совладания со стрессом Е. Heim, опрос-

ник жизненного стиля («Life style index») Келлермана-Плутчика. Исследования уровня тревожности и уровня качества жизни проводились до начала и по окончании курса психотерапии. Эффективность оценивалась с помощью «Шкалы оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В. Я.).

Психологический профиль беременных с УНБ характеризовался высоким уровнем тревожности, нарушением стратегий совладания в когнитивной и эмоциональной сфере, использованием инфантильных психологических защит. Оценка общего качества у женщин с ПР была достоверно ниже ($p < 0,001$). Выявлена более низкая оценка по уровню психологического и физического статуса ($p < 0,001$). Выявлены достоверные ($p < 0,001$) различия при исследовании уровня тревожности у исследуемых с ПР и ПАС-ПДАС. Обнаружены обратные корреляционные связи показателей тревожности и дефиниций качества жизни, причем, реактивная тревожность коррелирует в большей степени, чем личностная.

С целью превенции и психокоррекции ПР на фоне УНБ, на территории женской консультации ГБУЗ НСО ГКБ №1 г. Новосибирска внедрена программа психопрофилактической подготовки к родам, разработанная Захаровым Р.И. (2001), и дополненная. Психотерапия была направлена на работу с личностью, психотравмами, коррекцию неадаптивных стратегий совладания, перевод «примитивных» психологических защит в более зрелые изменения отношения в микросоциуме. Использовались: НЛП, эмоционально-стрессовая, рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия, элементы транзактного анализа, эриксоновского гипноза, семейная психотерапия. Эффективность психотерапии выражалась в исчезновении или уменьшении психопатологических проявлений, что подтверждалось показателями клинических шкал. По исходам родов: у 100% женщин в основной группе беременность окончилась родами в срок, доношенными детьми. Вес детей при рождении, у беременных основной группы, был достоверно выше.

Clinical and psychological characteristics and psycho-rehabilitation program in the threat of pregnancy loss

Efanova Tatyana Sergeevna (tenderly@ngs.ru) — psychotherapist of clinic “Insite”, post-graduate student of Russian Academy of Medical Sciences SB Mental Health Research Institute

Zakharov Roman Ivanovich — M.D., psychotherapist of European Association of Psychotherapy, lecturer of Cathedra of Psychotherapy, medical psychology and sexology SBEI PPE Russian Medical Academy of Post-Diploma Education of Ministry of Healthcare and Social Development of Russian Federation;

Kuprianova Irina Evgenievna — M.D., professor of Russian Academy of Medical Sciences Siberian Branch Mental Health Research Institute.

