

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

№ 11 (143), 2014 г.

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

Содержание номера

ТЕОРИЯ. ФИЛОСОФИЯ. МИРОВОЗЗРЕНИЕ

- ТАБИДЗЕ А.А.**
Теория и практика генезиса психогенных заболеваний* 2
- РЕБЕКО Т.А.**
Повреждения тела как компенсаторный путь развития Самости 11

ОБЗОРЫ. ЛЕКЦИИ. ДОКЛАДЫ

- ШЕВЧЕНКО Ю.С.**
Полипрофессиональный многоуровневый подход к терапии детей и подростков 16
- ИВАНОВА Н.А., ШЕВЕЛЕНКОВА Т.Д.**
Исследование особенностей мифологической идентификации
в норме и у больных шизофренией на основе анализа сказок 20
- ПОДОЛЬСКАЯ О.В.**
Эмоционально-волевые нарушения вследствие травм детства 26
- РУДИНА Л.М.**
Моделирование психологической опоры на примере больных диабетом 34

МЕТОДИКА. МЕТОД. МОДАЛЬНОСТЬ

- КИСЕЛЕВА Н.А.**
Арт-терапевтическая программа сопровождения замещающих семей Детской деревни-SOS* 42
- РОМАНОВА И.Е.**
Возвращение Изгнанника. Системная семейная терапия субличностей Ричарда Шварца
в психодраматическом формате 50

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

- КИБРИК Н.Д., БУТКОВА Т.В.**
Терапевтические аспекты лечения лиц с суицидальным поведением,
вследствие семейно-сексуальных дисгармоний 54
- МАЦИЕВСКАЯ Л.Л.**
К проблеме диагностики и психотерапевтического сопровождения пограничного пациента 61

ИЗ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- ВАКСМАН Н.М.**
Особенности оказания экстренной психологической помощи
семьям с детьми в условиях военных действий в израиле 68
- ТАРАСОВА Е.В.**
Опыт психологического сопровождения
больных с инсультом и инфарктом миокарда в остром периоде 73
- ЛОМОВА М.В.**
На что претендует аналитическая психология?
Или неизбежный водораздел внутри психотерапии 77
- АХМАДУЛЛИНА А.А.**
Пошаговая модель в консультировании и психотерапии по гендерным вопросам 79
- КУХТЕНКО Ю.А.**
Выявление Синдрома Эмоционального Выгорания у лиц, занимающихся профессиональной
деятельностью в области психиатрии и наркологии.
Полимодальная психотерапия как метод коррекции синдрома выгорания 82

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 Р до Я включительно 85



Теория и практика генезиса психогенных заболеваний*

ТАБИДЗЕ А.А.

доктор физико-математических наук, профессор,
Российский Научный Центр «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки РФ, г. Москва

В настоящей работе на основе экспериментального материала изложена теория генезиса психогенных заболеваний. Представлены простой и удобный психодиагностический (модифицированный метод Кэттелла) и психотерапевтический (аутотренинги) инструментарий. Наряду с терапией они могут быть использованы для целостного (холистического) подхода к человеческому организму с учётом не только болезни, но и личности больного.

Постановка задачи

Психогенные заболевания (психосоматические, психоневротические, психоиммунные), сопровождающиеся в частности болевым синдромом, в настоящее время рассматриваются как результат комплексного деструктивного процесса, в который включены биологические, социальные, культурные, психологические и др. факторы /1–4/.

Отсюда возникают закономерные вопросы – «Какой из этих факторов является приоритетным?», «Какова последовательность включения этих факторов в начало проявления болевого синдрома?»

В научной теории познания известно правило, что решение некоторой частной задачи может быть найдено при постановке и решении более общей задачи, сверхзадачи. Какая же сверхзадача здесь может быть поставлена? Её в своё время сформулировал академик Павлов И.П. в своей нобелевской речи (Стокгольм, 1904 г.) в виде следующего высказывания: «В сущности нас интересует в жизни только одно – наше психическое содержание».

Психотерапевты и врачи-неврологи давно обратили внимание на важность учёта психического содержания личности на этиологию психогенных заболеваний. Так академик Вейн А.М. в своих лекциях (1994 г.) и работах неоднократно подчёркивал, что синдром вегетативной дистонии чаще всего обусловлен личностно-характерологическими особенностями пациента/5, 6/. Здесь же

им неоднократно указывалось на важное положение о сопряжённости личностных эмоциональных качеств и вегетативно-эндокринных реакций.

В литературе имеются неоднократные попытки использовать психодиагностические методы для анализа патогенеза заболеваний (например, /7–11/), но эти методы по различным причинам, о которых мы будем говорить ниже, не получили широкого и стандартного применения.

В настоящей работе, в результате нового психодиагностического подхода, показано, что психическое содержание личности является некоторой устойчивой системой психологических качеств, особенности (а точнее, деформации) которой приводят в генезисе к деформациям социальных отношений, а затем в более позднем периоде, когда истощаются защитные силы организма, к деформациям телесного здоровья в виде психогенных, в частности психосоматических, заболеваний, сопровождающихся часто болевыми синдромами.

Психологическая диагностика. Методика. Семейные результаты

Для решения поставленной задачи необходим выбор такого психодиагностического метода, который наиболее полно раскрыл бы многогранный психологический профиль личности человека. По нашему опыту лучше всего для этих целей подходит стандартизированный тестовый метод Кэттелла (187 вопросов), дающий 16 психологических характеристик (факторов) /12,13/. Этот метод нами был уточнён и модифицирован /14,15/.

В отличие от первоисточника он сейчас обладает простотой использования и наглядностью представления, что важно для врача – клинициста.

После заполнения в течение 15–20 минут пациентом опросника мы получаем в результате компьютерной обработки диаграмму из 4-х полярных характеристик

* Доклад на II Международном конгрессе междисциплинарной медицины «Экология мозга: искусство взаимодействия с окружающей средой», 15–18 мая 2014 г., г. Москва.

Все рисунки, использованные в статье, показаны также в цвете на обложке.



человека: эмоциональная, волевая, коммуникативная и интеллектуальная группы.

В основе анализа результатов диагностики лежат следующие известные из психодиагностической литературы положения:

1. Психологический профиль личности по Кэттеллу является достаточно устойчивой системой психологических качеств.

2. Психологические качества профиля сопряжены с психосоматическими, неврологическими и психическими расстройствами через эмоциональную группу 4-х конкретных негативных факторов : С - эмоциональная неустойчивость, L - подозрительность, О - тревожность, Q4 - напряжённость /12,13/.

Поэтому, для оценки предрасположенности к психогенным заболеваниям в первом приближении достаточно рассмотреть только эмоциональную часть диаграммы; волевая, коммуникативная и интеллектуальная группы вносят дополнительный, вспомогательный вклад.

В качестве демонстрационного примера на рис.1 и рис.2 представлены результаты психодиагностики одной семьи: предпринимателя Натальи Н. (31 год) и её мамы, пенсионерки Ольги Ивановны Н. (55 лет).

Молодая женщина, без детей, считающая себя здоровой, обратилась с запросом о выяснении причин в

неудачах построения семьи; её мать интересовали перспективы лечения своих конкретных заболеваний.

Интересно отметить, что совершенно разные запросы и различие в возрасте этих близких родственников дали мало отличающиеся по форме психологические профили. Складывается впечатление, что дочь является продолжателем и носителем тех же эмоциональных психологических качеств, что и мать.

На рис.1 сразу бросается в глаза, что вся группа эмоциональных качеств оказалась негативной (красной**) с высокими отрицательными значениями:

эмоциональная неустойчивость С= -3,

подозрительность L= -4,

а тревожность О = -5

и внутреннее напряжение Q4 = -5

приняли предельно отрицательные значения.

Низкие значения самоконтроля (Q3 = -4) только усугубляют этот неуживчивый характер, а высокие значения властности E= +5 из волевой группы говорят о её ригидности, настойчивости и активной позиции в защите своих негативных эмоциональных проявлений.

Одновременно с этим невротические проявления характера (высокие эмоциональная неустойчивость и подозрительность) способствуют переносу её внутреннего напряжения и тревоги во внешний мир.

При знакомстве с этой диаграммой клиентка, хотя и имела психолого-педагогическое образование, заявила, что впервые увидела, кто она на самом деле и сама же ответила на свой запрос о неудачах в личной жизни. В некоторой степени с ней произошёл катарсис.

С другой стороны её сильные интеллектуальные качества (все интеллектуальные факторы В,М,Н,Q1- зелёные) в сочетании со смелостью Н= +3, ответственностью G= +1 и опять же властностью E= +5 позволяют ей быть успешной в деловой среде.

Что можно из этой диаграммы сказать относительно наличия у клиентки Натальи Н. психогенных заболеваний. Негативные эмоциональные качества её профиля свидетельствуют о явной предрасположенности к невротическим и психосоматическим заболеваниям. Проведённая мной дополнительная приборная (электродпунктурная) функциональная диагностика показала предрасположенность пациентки к возникновению гипертиреоза и заболеваний в женской половой сфере /16 /. Однако она утверждала, что ничем не болеет, ни на что не жалуется, только к концу дня валится с ног от усталости. И что её интересует только решение личных проблем.

| Ф ^А | ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС | | | | | | ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС | | | |
|----------------------------------|---------------------|------------------------------|-------|----|----|----|---------------------|----------------------------|---|---|
| | | -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | | 0 | 1 | 2 |
| ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| С ^А | -3 | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ | ■■■■■ | | | | | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ | | |
| L ^А | -4 | ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ | ■■■■■ | | | | | ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ | | |
| O ^А | -5 | ТРЕВОЖНОСТЬ | ■■■■■ | | | | | СПОКОЙСТВИЕ | | |
| Q4 ^А | -5 | НАПРЯЖЕННОСТЬ | ■■■■■ | | | | | РАССЛАБЛЕННОСТЬ | | |
| ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| Q3 ^А | -4 | НИЗКИЙ САМОКОНТРОЛЬ | ■■■■■ | | | | | ВЫСОКИЙ САМОКОНТРОЛЬ | | |
| E ^А | +5 | ПОДЧИНЕННОСТЬ | ■■■■■ | | | | | ВЛАСТНОСТЬ | | |
| G ^А | +1 | НЕБРЕЖНОСТЬ | ■■■■■ | | | | | ОТВЕТСТВЕННОСТЬ | | |
| H ^А | +4 | РОБОСТЬ | ■■■■■ | | | | | СМЕЛОСТЬ | | |
| КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| A ^А | -2 | ОТЧУЖДЕННОСТЬ | ■■■■■ | | | | | ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ | | |
| F ^А | +4 | ПЕССИМИЗМ | ■■■■■ | | | | | ОПТИМИЗМ | | |
| I ^А | +2 | СУРОВОСТЬ | ■■■■■ | | | | | МЯГКОСЕРДЧИЕ | | |
| Q2 ^А | -2 | ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГРУППЫ | ■■■■■ | | | | | САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ | | |
| ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| B ^А | +3 | НИЗКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ | ■■■■■ | | | | | ВЫСОКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ | | |
| M ^А | +2 | ПРАКТИЧНОСТЬ | ■■■■■ | | | | | МЕЧТАТЕЛЬНОСТЬ | | |
| N ^А | +1 | ПРЯМОЛИНЕЙНОСТЬ | ■■■■■ | | | | | ДИПЛОМАТИЧНОСТЬ | | |
| Q1 ^А | +5 | КОНСЕРВАТИЗМ | ■■■■■ | | | | | ГИБКОСТЬ | | |

Рис. 1 Наташа Н., 31 год. Социальные проблемы. Трудность построения семейных отношений. Хроническая усталость к концу дня.

** Здесь и далее выделенный цвет (как в данном случае, красный) можно видеть на обложке этого номера



Мы вернёмся к обсуждению рис. 1 чуть позже, а сейчас перейдём к рис.2.

На этом рисунке представлены результаты опроса матери Наташи Н. Как видно они хорошо совпадают с результатами теста её дочери, почти полностью повторяют её профиль. Это тоже профиль эмоционально незрелого человека.

Отличие только в одном, негативные деформации к этому возрасту привели её к клинически подтверждаемым заболеваниям, в данном случае – к гипертиреозу и миоме матки. Невротические качества приобрели выраженный ипохондрический характер, о чём свидетельствуют её высокий пессимизм (фактор F = -4).

Рассмотрим более детально влияние отдельных эмоциональных факторов на возникновение психогенных заболеваний. Отрицательные качества (эмоциональная неустойчивость -С) и (подозрительность -L) с высокой степенью вероятности свидетельствуют о конституциональных невротических чертах характера, что может быть причиной развития со временем различных невротических расстройств.

Другие два фактора (-О) и (- Q4) больше связаны с возникновением психосоматических реакций. Так из логики здравого смысла следует, что при высоких значениях внутренней напряжённости (- Q4) переходящей в телесные проявления, могут возникать болезни, свя-

занные со спастическими процессами (это – спастические головные и сердечные боли, повышенное артериальное давление, дискинезия желчевыводящих путей, спастический колит, бронхиальная астма, нарушения моторики желудка и др.).

С другой стороны устойчивые значения тревожности (О) обычно приводят к постоянной выработке гормонов стресса, и как следствие к истощению гормональной системы и возникновению эндокринных заболеваний – диабета, гипертиреоза и др.

При получении врачом - диагностом такой картины из 4-х одновременно негативных эмоциональных качеств -С, -L, - О, - Q4) он должен понимать, что перед ним профиль психологически незрелого человека и именно эта психологическая незрелость является главной причиной невротических и психосоматических реакций пациента, которые приводят к напряжённым отношениям в социуме и трансформируются со временем в психогенные заболевания.

При совместном анализе психологических профилей дочери и мамы (рис.1 и 2) необходимо также понимать следующее.

Деформации в психологическом профиле до их медицинского клинического подтверждения являются исходными (первичными).

В этом периоде клиент считает себя абсолютно здоровым человеком, его сопровождает беспечность по отношению к своему здоровью.

При появлениях симптомов болезни и подтверждённом клиническом диагнозе возникает комплекс вторичных эмоциональных расстройств, в результате чего врач уже имеет сумму исходной особенности психики пациента плюс его эмоциональную реакцию на болезнь.

Предыдущий родственный пример был выбран с целью продемонстрировать перерастание психологических деформаций человека в социальные, а затем в телесные.

Следующий случай взят из психодиагностики семьи 4-х человек: отца, матери, их сына и дочери. Из двоих родителей только у матери наблюдались эмоциональные деформации профиля.

Все эти деформации полностью проявились только у её дочери – рис.3 и 4.

Мама страдает ярко выраженным сколиозом позвоночника с болевым синдромом, ходит в корсете. Дочь ещё молода и адаптационные защитные силы её организма пока велики и физическое состояние пока оптимальное, но вероятность возникновения психогенных заболеваний при таком профиле у неё высока.

На следующем рис.5 и 6 в качестве примера показан благоприятный случай. Сын Михаил унаследовал от матери Марии Алексеевны положительные эмоциональные качества и вероятность возникновения как невротических, так и психосоматических заболеваний у него невелика.

| Ф ^а | ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС | | | | | | ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС | | | |
|----------------------------------|---------------------|------------------------------|----|----|----|----|---------------------|----------------------------|---|---|
| | | -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | | 0 | 1 | 2 |
| ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| С ^а | -4 | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ | | | | | | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ | | |
| L ^а | -5 | ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ | | | | | | ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ | | |
| O ^а | -5 | ТРЕВОЖНОСТЬ | | | | | | СПОКОЙСТВИЕ | | |
| Q4 ^а | -3 | НАПРЯЖЕННОСТЬ | | | | | | РАССЛАБЛЕННОСТЬ | | |
| ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| Q3 ^а | +1 | НИЗКИЙ САМОКОНТРОЛЬ | | | | | | ВЫСОКИЙ САМОКОНТРОЛЬ | | |
| E ^а | +5 | ПОДЧИНЕННОСТЬ | | | | | | ВЛАСТНОСТЬ | | |
| G ^а | +1 | НЕБРЕЖНОСТЬ | | | | | | ОТВЕТСТВЕННОСТЬ | | |
| H ^а | +1 | РОВОСТЬ | | | | | | СМЕЛОСТЬ | | |
| КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| A ^а | -3 | ОТЧУЖДЕННОСТЬ | | | | | | ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ | | |
| F ^а | -4 | ПЕССИМИЗМ | | | | | | ОПТИМИЗМ | | |
| I ^а | -1 | СУРОВОСТЬ | | | | | | МЯГКОСЕРДЕЧИЕ | | |
| Q2 ^а | +4 | ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГРУППЫ | | | | | | САМОСТЯТЕЛЬНОСТЬ | | |
| ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | | | | | | | | |
| B ^а | -3 | НИЗКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ | | | | | | ВЫСОКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ | | |
| M ^а | +1 | ПРАКТИЧНОСТЬ | | | | | | МЕЧТАТЕЛЬНОСТЬ | | |
| N ^а | -1 | ПРЯМОЛИНЕЙНОСТЬ | | | | | | ДИПЛОМАТИЧНОСТЬ | | |
| Q1 ^а | +3 | КОНСЕРВАТИЗМ | | | | | | ГИБКОСТЬ | | |

Рис 2. Мама Наташи, 55 лет. Телесные проблемы. Синдром хронической усталости, миома матки, гипертиреоз. Ипохондрический синдром.



| ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | |
|------------------------|------------------------------|--|----------------------------|
| С ^А | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ | | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ |
| L ^А | ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ | | ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ |
| O ^А | ТРЕВОЖНОСТЬ | | СПОКОЙСТВИЕ |
| Q4 ^А | НАПРЯЖЕННОСТЬ | | РАССЛАБЛЕННОСТЬ |

Рис. 3. Дочь Наташа, школьница, 14 лет.

| ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | |
|------------------------|------------------------------|--|----------------------------|
| С ^А | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ | | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ |
| L ^А | ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ | | ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ |
| O ^А | ТРЕВОЖНОСТЬ | | СПОКОЙСТВИЕ |
| Q4 ^А | НАПРЯЖЕННОСТЬ | | РАССЛАБЛЕННОСТЬ |

Рис. 5. Сын Михаил, 19 лет, студент

В моих исследованиях семей близость психологических профилей родителей и их детей наблюдалась довольно часто. Особенно ценно проводить эти исследования для семей, где 3-4 ребёнка и более. В этих случаях видно, чьи психологические качества каждый из детей унаследовал – мамы или папы. Это задача для отдельной научной работы.

Результаты семейной диагностики могут быть ценными для педиатров в оценке определения причин заболеваний и выбора направления лечения. В случае совпадения негативных психологических качеств родителя и ребёнка необходима их совместная психокоррекция. В противном случае всегда будет присутствовать эмоциональное заражение ребёнка родителем и лечебные действия по отношению к нему будут неэффективными.

Обоснование выбора метода. Рекомендации

Врачи, применяющие в своей практике психологическую диагностику личностных качеств выбирают различные методы в зависимости от своего опыта и предпочтений. Наиболее распространённые – это методы ММПИ, Айзенка, САН, Спилбергер-Ханина, Кэттелла и др.

В этом разделе сделана попытка вкратце сравнить возможности методов и предложить оптимальный вариант. Требования, которые может предъявить врач-практик к выбору метода, следующие:

1. Оперативность, оптимальное время выполнения – не более 20-25 мин.
2. Наглядность представления и чувствительность к изменению наблюдаемого фактора.
3. Многогранность и полнота изучения наблюдаемых качеств.

| ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | |
|------------------------|------------------------------|--|----------------------------|
| С ^А | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ | | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ |
| L ^А | ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ | | ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ |
| O ^А | ТРЕВОЖНОСТЬ | | СПОКОЙСТВИЕ |
| Q4 ^А | НАПРЯЖЕННОСТЬ | | РАССЛАБЛЕННОСТЬ |

Рис. 4. Мать Юлия Николаевна, служ., 44 года. Сколиоз позвоночника, сильный болевой синдром, корсет

| ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА | | | |
|------------------------|------------------------------|--|----------------------------|
| С ^А | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ | | ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ |
| L ^А | ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ | | ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ |
| O ^А | ТРЕВОЖНОСТЬ | | СПОКОЙСТВИЕ |
| Q4 ^А | НАПРЯЖЕННОСТЬ | | РАССЛАБЛЕННОСТЬ |

Рис. 6. Мать Мария Алексеевна, педагог, 42 года

Тест ММПИ (567 вопросов; диаграмма) широко используется в научной медицинской и психологической практике/17-19/.

В соответствии с заявленными критериями этот тест трудоёмок и мало пригоден для оперативной работы, т.к. занимает более часа времени на ответы всех вопросов; он больше медицинский, чем психологический (используются 10 психотических и невротических шкал, где основные – ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойяльность, психастения, шизоидность и гипомания).

Он достаточно нагляден и чувствителен, чтобы отличить патологию от нормы, и удобен для описания явно больных пациентов с психопатологическими качествами. В нашем случае его целесообразно иногда использовать для более подробной детализации эмоциональной группы модифицированного теста Кэттелла.

Для описания психосоматических заболеваний его применение, на мой взгляд, ограничено.

Тест Айзенка (101 вопрос, таблица) даёт всего три шкалы, которые совпадают в первом приближении со следующими нашими факторами – «экстраверсия – интроверсия» (фактор А), «нейротизм» (фактор С), «психотизм» (фактор Q3). По сравнению с нашим тестом он менее информативен и может быть использован в редких случаях для уточнения фактора С.

Тест Спилбергер-Ханина (40 вопросов, таблица) даёт оценку двух оттенков одного фактора-тревожности О (устойчивой и ситуационной). Описание эмоционального профиля с помощью только одного фактора О, как это часто делается на практике, на мой взгляд, некорректно. Этот тест может быть использован в некоторых случаях для уточнения фактора О нашего теста.

Тест САН не является опросником, а списком из 30 субъективных утверждений, которые могут легко ме-



няться от функционального состояния человека. Получение эмоционального профиля здесь затруднительно.

Стандартный тест Кэттелла (187 вопросов) представляет собой график в виде ломаной линии, соединяющей в произвольном несвязанном порядке все 16 факторов. Кроме того, знаки некоторых психологических факторов (L, O, Q4) не коррелируют с их психосоматическими и невротическими проявлениями. Использование его в прямом виде в целях медицинской диагностики – затруднительно. Модифицированный тест Кэттелла (модификация Табидзе А.А./14,15 /) приведён в простую и наглядную форму. Близкие по смыслу факторы объединены в 4 группы; установлена ось, разделяющая факторы по знаку (красные – отрицательные, зелёные – положительные), изменён знак факторов L, O, Q4 в соответствии с их психосоматическими проявлениями.

Следует подчеркнуть, что в стандартном тесте Кэттелла нет ошибок. Мы учитываем, что эмоции имеют двойную детерминанту, двойную обусловленность – стационарную (потребностную) и ситуационную (мобилизационную). В ПСИХОЛОГИИ УСПЕХА необходима мобилизация, поэтому качества подозрительность L, тревожность O, напряжённость Q4 являются здесь положительными (стандартный тест). Для ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ требуется другая детерминанта – потребностная, и положительными качествами здесь уже становятся доверчивость L, спокойствие O, расслабленность Q4 (наш модифицированный тест).

В таком виде тест удобен для практического использования, отвечает всем поставленным требованиям, его чувствительность превосходит чувствительность всех предыдущих методов. Имеет возможность для тонкой дополнительной детализации диагноза с учётом остальных 12 факторов (см. рис.1 и 2). В некотором роде это психологическое УЗИ. Данная методика имеет Свидетельство государственной регистрации Института Психологии РАН РФ /15/. Считаю, что она может быть предложена в массовой плане в качестве стандартной психодиагностической врачебной практики для оценки преморбидных личностных характеристики и уточнения психологических причин возникновения психосоматических и невротических заболеваний.

Статистика. Индивидуальные результаты

*Клиника неврозов.
Диагностика*

Выражаю благодарности:

Рословой Л.Г., врачу-психиатру Центральной Московской Клинико-Психиатрической больницы (орг. методический отдел);

Хапрову В.А., зав.отделением неврозов №8 ГБУЗ-МО (ПБН№9) г. Яхрома за организацию и помощь в проведении научных исследований.

Исследовано 28 пациентов, результаты разделены на две группы. Первая группа 17 человек (- C, - L, - O, - Q4) с явными отрицательными (красными) факторами разной степени выраженности, подобные рис.1 и 2. Вторая группа 8 человек (+C, - L, -O, -Q4) с менее явными отрицательными качествами, где один положительный (+C) и три остальных отрицательные, как на рис.7.

Результаты психологической диагностики всех этих 25 человек здесь хорошо подтверждают медицинский диагноз – неврозы различной этиологии. Три человека оказались здоровыми, у них эмоциональные факторы были положительными, как на рис.5 и 6.

Однако один из этих больных был после сильного посттравматического расстройства (охранник, 24 года, произошло убийство на его глазах), вторая – женщина 67 лет с диагнозом – деменция, что подтвердил наш тест (все факторы интеллектуальной группы у неё - красные, отрицательные), и третий человек оказался подставным (санитарка из коллектива клиники).

Из этих результатов видно, что используемый тест является достаточно надёжным и точным дополнительным средством определения и проверки медицинского диагноза. Он также может быть объективным средством оценки эффективности лечения, при сравнении результатов до и после лечения. Это тема для отдельной научной работы.

*Учителя музыкальных школ.
Диагностика*

Выражаю благодарность:

проф. Петрушину В.И., Президенту Ассоциации Музыкальных Психологов и Психотерапевтов РФ за организацию и помощь в проведении научных исследований.

Исследовано 41 человек /25 /. Результаты разделены на 3 группы. Первая группа «лидеры» (7 человек), учителя с явными положительными психологическими качествами (+C, +L, +O,+Q4). Эти учителя были объявлены как образцы для примера. Вторая группа «средняки» (25 человек), самая многочисленная. Учителя с промежуточными психологическими качествами(+C, +L,-O,-Q4). Многие из них выражали беспокойство по поводу психосоматических симптомов, симптомов хронической усталости.

Всем им были рекомендовано освоить навык психогигиены, о котором мы будем говорить позже.

Третья группа «аутсайдеры» (9 человек) учителя с выраженными негативными психологическими качествами (+C, -L, -O, -Q4).

Один из них имел (-C), Видно, что это психологические признаки пациентов клиники неврозов. Некоторые из них не подозревали о своих невротических симптомах. Всем из этой группы было рекомендовано обратиться к медикам-специалистам.



*Клиенты Московской Службы
Психологической Помощи Населения.
Психокоррекция. Диагностика до после*

Выражаю благодарность:

Ляшенко А.И., кандидату психологических наук, директору ГБУ г. Москвы «Московская служба психологической помощи населению (МСППН)»;

Успенской С.Ю., начальнику отдела МСППН (ЮЗАО),

Лященко Л.А., музыкотерапевту МСППН за помощь, поддержку и проведение научных исследований.

В исследовании принимало участие 31 человек, из них 26 с явно невротическими симптомами – (-С, -L, -O, -Q4), и 5 человек с менее выраженными невротическими симптомами (+С, -L, -O, -Q4).

Все клиенты и клиентки пришли с жалобами на плохой сон, конфликтные отношения с близкими, повышенную тревожность, болевые симптомы в различных частях тела.

В качестве психокоррекции применялись аутогенные тренировки проф. Табидзе А.А. на CD (о них мы будем говорить ниже), музыкотерапевтические программы различных разработчиков – проф. Петрушина В.И., доц. Элькина В.М., проф. Табидзе А.А. (профессиональных музыкотерапевтов) и др., рациональная психотерапия; психофармакология не применялась.

В среднем каждый клиент прослушал около 10 часовых сеансов, по два раза в неделю.

Первый контрольный этап психокоррекции был завершен через 40–45 дней. После чего опять проводилась психодиагностика. В качестве примера на рис.7 и рис. 8 для Светланы Т., 35 лет, представлена психодиагностика до сеансов и после. Видно изменение в сторону улучшения каждого фактора.

В подавляющем числе случаев (27 из 31) наблюдалось улучшение психологических качеств у всех клиентов по всем факторам.

В таблице 1 приведена статистика всех этих случаев. Клиенты субъективно отмечали улучшение самочув-



Рис. 7. Светлана Т., 35 лет. До сеансов



Рис. 8. Светлана Т., 35 лет. Через 40 дней, после 10 сеансов

ствия, улучшение сна, улучшения отношений в семье, исчезновения болезненных симптомов.

Эта таблица является объективным показателем результативности психокоррекции, действительным показателем улучшения здоровья.

Многие клиенты осознали эффективность психологических методов восстановления здоровья и для поддержки достигнутого успеха стали систематически продолжать прослушивать психотерапевтические и музыкотерапевтические сеансы у себя дома.

Является очевидным – когда улучшаются психологические качества, тогда уходят симптомы заболеваний. Естественно, только систематическая психогигиена будет улучшать и поддерживать эти результаты.

Психологический генезис боли

Из имеющейся статистики психодиагностических портретов можно сделать некоторые обобщения. В процессе жизненного пути психологические деформации человека приводят к социальным деформациям отношений, а затем, когда истощаются защитные силы организма, и к телесным деформациям в виде психогенных

| N/ΔФ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | ... | 27 |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|
| ΔС | +2 | +3 | +3 | 0 | +2 | +2 | +4 | +2 | +2 | -1 | +4 | | +2 |
| ΔL | 0 | +5 | -1 | +2 | +2 | +2 | +2 | 0 | +2 | +1 | 0 | | +2 |
| ΔO | +3 | +3 | +2 | +3 | 0 | +1 | +2 | +1 | +4 | +1 | +3 | | +1 |
| ΔQ4 | +7 | +5 | +3 | +3 | +2 | +4 | +2 | +1 | +2 | 0 | +2 | | +2 |

Таблица 1. Результаты психокоррекции ΔФ = Ф после – Ф до.

По всем факторам наблюдается улучшение психологических качеств. Является очевидным – когда улучшаются психологические качества, тогда уходят симптомы заболеваний. Естественно, только систематическая психогигиена будет улучшать и поддерживать эти результаты.

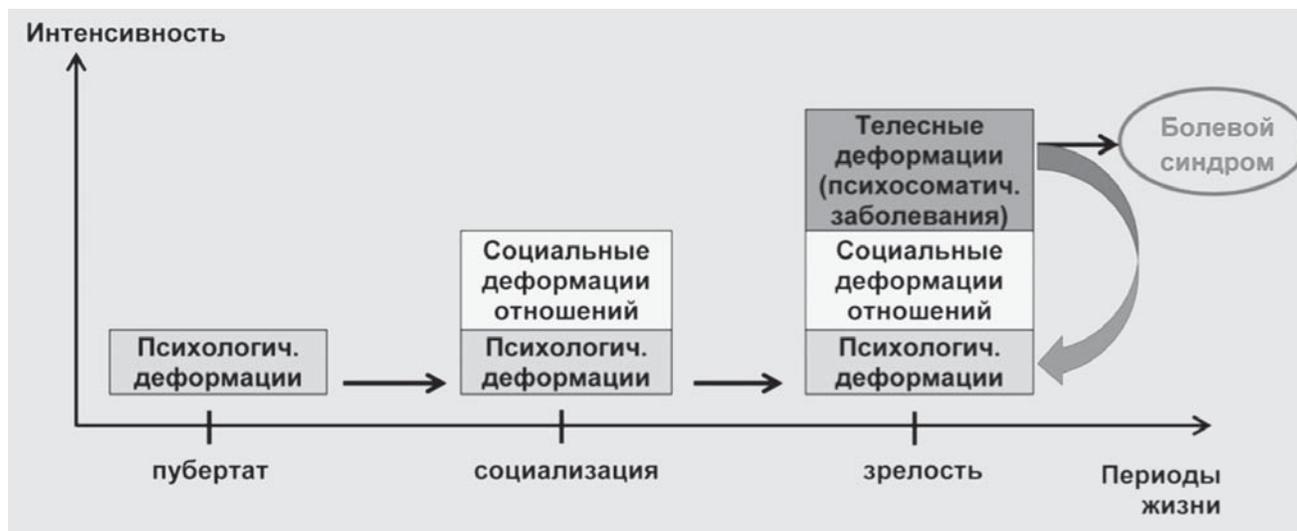


Рис.9. Последовательность наращивания деформаций человека, приводящая к возникновению психосоматических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом.

заболеваний, сопровождающихся болевыми синдромами (рис.9). Эмоциональные качества профиля дают нам возможность определять одновременно степень психологической зрелости (психологического здоровья) и предрасположенности или наличия психогенных заболеваний (медицинского, телесного здоровья).

Таким образом, психологическое и медицинское здоровье – жёстко связанная система, две стороны одной медали. Из этой модели очевидно, что рассматривать и улучшать медицинское здоровье без психологического некорректно и бесперспективно. Психологические деформации – это неосознаваемая способность к созданию и поддержанию собственных негативных эмоциональных состояний, постоянного внутреннего психического фона имеющего в нашем случае общее интегральное выражение в виде эмоциональной неустойчивости, подозрительности, тревожности и напряжённости.

Психологический профиль человека обычно формируется к завершению гормональной перестройки в 12–16 лет («пубертат») и наступает период «социализации», активная фаза жизни.

Далее, этот личностный неосознаваемый негативный фон в проявленном состоянии может привести к неадекватному реагированию на сигналы внешнего мира, в результате чего создает напряжённые с ним отношения («социальные деформации»), воспринимаемые в виде стресса. Если защитные силы организма сильны, то человек обычно активно отстаивает и защищает созданные им самим деформированные отношения.

Но когда, в «зрелый» период жизни, защитные силы организма истощаются, то приходит очередь телесных деформаций, дающих о себе знать в виде болезни. Болезнь, болевой синдром принуждают человека остановиться, отложить все дела и срочно встать на путь теле-

сной реабилитации. До клинического подтверждения болезни – её путь развития линейный, основной, первичный. После подтверждения вступает в постоянное действие ситуационная тревога, и по механизму положительной обратной связи болезнь начинает подпитывать сама себя, т.е. её путь развития закольцовывается. При этом на поле выходит ещё один грозный противник – вторичные психосоматические отношения (рис.9).

Таким образом душевная боль со временем трансформируется в телесную. Таким нам видится психологический генезис боли. В результате, отвечая на первый вопрос, поставленный в начале статьи, мы полагаем, что психологический фактор по сравнению с другими является приоритетным в возникновении болезни и болевых синдромов.

Из рис.9 виден ответ на второй вопрос – какова последовательность проявления других факторов. Поэтому био-психо-социальная концепция боли может быть уточнена в другой последовательности – как психо-социо-биологическая. Следует также отметить, что в настоящее время такая трёхчастичная модель дополняется ещё одним четвёртым элементом – духовным /20/, который в этой последовательности, на мой взгляд, должен занять первое место.

Здесь возникает закономерный вопрос – откуда в «пубертате» появились психологические деформации? Наши исследования / 16, 26 / приводят к гипотезе, что психогенные образования передаются преимущественно по наследству в момент зачатия. Это в большей степени результат филогенеза рода, чем онтогенеза человека. Условия онтогенеза (пре и перинатальный период, детское воспитание) только усиливают или ослабляют переданные положительные качества и возможные деформации.

Навык психогигиены. Рекомендации

Из рис.9 видно, что блок «телесные деформации» в периоде «зрелость» опирается на блок «социальные деформации». Здесь может сложиться впечатление, что улучшая качество социальных отношений можно изменить и улучшить физическое состояние человека. В определённой степени это так. Разработанная в отечественной медицине Мясичевым В.М. и его последователями теория отношений достаточно широко используется в психотерапии. Однако она рассчитана на глубокую индивидуальную многосессионную работу врача и пациента и непригодна в массовом использовании.

С другой стороны, если в этой триаде акцент внимания перенести на её фундамент – «психологические деформации» и использовать эффективные методы психокоррекции, то улучшая психологические качества, мы автоматически становимся способными улучшать как социальные отношения, так и физическое состояние.

Методы психотерапевтической и психологической коррекции в настоящее время многочисленны и разнообразны. Это аутотренинги, метод «Ключ» Алиева, психокатализ Ермошина, эмоционально-образная терапия Линде, психологические семинары-тренинги «Синтон» Козлова, приборы Биологической Обратной Связи и мн.др.

В этом направлении у нас есть свой собственный опыт, собственная научная концепция, изложенная в /21,22/. Она заключается в формировании нового культурного навыка – навыка психогигиены. Современный психотерапевтический инструментарий, разработанный нашим Центром «ПСИХОПЕДАГОГИКА» в виде получасовых авторских аутотренингов на CD /23,24/ (Аутотренинги проф. Табидзе).

Это аутогенная тренировка № 1 «Расслабление и релаксация» и Аутогенная Тренировка №2 «Уравновешенность и устойчивость к стрессу». При систематическом прослушивании они дают возможность сформировать этот навык. Занятия можно проводить как самостоятельно, так и амбулаторно.

Приобретение нового навыка внутреннего спокойствия и нового навыка эмоционального реагирования – простой и комфортный процесс. Он не требует интеллектуальных усилий. Поначалу он требует соблюдения только дисциплины – обязательного ежедневного прослушивания аутотренингов или музыкотерапевтических программ. Т.е. мы способствуем формированию **НОВОГО КУЛЬТУРНОГО, НОВОГО ЭВОЛЮЦИОННОГО НАВЫКА – НАВЫКА ПСИХОГИГИЕНЫ**, аналогичного навыку гигиены тела. Признак элементарной культуры – это привычка каждый день соблюдать гигиену тела – мыть руки, принимать душ, чистить зубы. Психогигиена – это привычка каждый день прослушивать по полчаса аутотренинги. И через некоторое время занятий вы сможете не только субъективно ощутить по

улучшению самочувствия, но и объективно убедиться, как ваши негативные эмоциональные качества на диаграмме Кэттелла переместились в положительный сектор диаграммы.

Для лиц, не готовых прослушивать сеансы с голосом ведущего, лучше начинать с музыкотерапевтических программ профессиональных музыкотерапевтов.

Использование психодиагностики в практике врача нам представляется обязательным, т.к. когда пациент воочию убеждается в своих объективных отрицательных психологических качествах, тогда он видит действительные причины своей болезни, начнёт осознавать собственную ответственность за своё здоровье, тогда он уже не будет перекладывать эту ответственность на врача и у него появляется реальная мотивация к работе над собой.

Заключение

В недалёком прошлом инфекционные болезни уносили из жизни миллионы людей по всем миру. Это привело к мощному развитию фармакологии противомикробных препаратов, что резко снизило летальный исход от этих заболеваний. В настоящее время на первый план по неблагоприятному исходу вышли психогенные, в частности – психосоматические заболевания.

Само содержание термина – «психо-соматика» говорит о первичности психологических причин заболеваний над соматическими и, следовательно, о необходимости первоочередного использования психологических методов диагностики и психологических и психотерапевтических методов лечения (психокоррекции). Однако до сих пор огромная медицинская индустрия не может вырваться из плена исключительно соматического мышления. Психологические методы диагностики не вышли до сих пор за пределы отдельных научных лабораторий. А психотерапевтические методы психокоррекции до сих пор носят не обязательный, а рекомендательный характер.

Положение усугубляется тем, что терапевты и неврологи на местах, загруженные рутинным приёмом и работой, не считают необходимым включить в свою деятельность методы психодиагностики. Более того – не считают возможным освоить простые методы психогигиены, так необходимые не только больным, но и им самим. Необходимые им самим в первую очередь, потому что «известна особая тяжесть течения многих заболеваний среди врачей, находящая объяснение в возможностях их знакомства с прогнозом болезни и возникающими при этом осложнениями» (Вейн А.М. / 6 /стр. 458).

Психологические методы настойчиво стучатся в дверь медицинской диагностики. Медицина и психология уже не могут существовать отдельно, в отрыве друг от друга. Психодиагностика степени психологической зрелости медицинских работников на всех служебных



уровнях сразу определит, кто из них подвергает себя риску пополнить число своих пациентов. Отсутствие собственного опыта, собственного навыка психогигиены медицинских работников среднего и высшего звена не позволяет выйти за границы узковедомственного, корпоративного мышления.

Уверен, что приобретение этого опыта поможет им занять стратегическую позицию и принять соответствующие решения по сегодняшнему внедрению психологических методов в медицинскую практику. А то, как часто у нас бывает - хорошие идеи и рекомендации уплывают за рубеж и возвращаются к нам через некоторое время без указания приоритета.

В настоящей работе на основе экспериментального материала изложена теория генезиса психогенных заболеваний. Представлены простой и удобный психодиагностический (модифицированный метод Кэттелла) и психотерапевтический (аутотренинги) инструментарий. Наряду с терапией они могут быть использованы для целостного (холистического) подхода к человеческому организму с учётом не только болезни, но и личности больного.

Литература:

1. Данилов Ан.Б., Данилов Ал.Б. УПРАВЛЕНИЕ БОЛЮ. Биопсихосоциальный подход.-М.:«АММ ПРЕСС», 2012.-568 с.
2. Данилов Ан.Б., Данилов Ал.Б. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛИ. Научно-практический журнал «MANAGE PAIN», №1, 2013 г., стр.7-11.
3. РМЖ. Специальный выпуск. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. Главный редактор номера – проф. Голубев В.Л., 2013 г., -32 стр.
4. Ковпак Д.В. КАК ПРЕОДОЛЕТЬ БОЛЬ. Практическое руководство психотерапевта. - СПб; Изд. Наука и техника, 2008 г., -256 с.
5. Вейн А.М. СЕМЬ ЛЕКЦИЙ НА РОССОЛИМО. – М.:АММ-пресс, 2014.-184 с.
6. ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: Клиника, диагностика, лечение. / Под ред. А.М. Вейна.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
7. Спринц А.М., Ерышев О.Ф., Шатова Е.П., Филиппова И.Н. ПСИХОТИЧЕСКИЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: руководство для врачей.-СПб : СпецЛит, 2007. – 253с. ; ил.
8. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА : руководство для врачей / под ред. В.И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит, 2008, -335 с.: ил.
9. Парценьяк С.А. СТРЕСС. ВЕГЕТОЗЫ. ПСИХОСОМАТИКА.-СПб.: А.В.К., 2002.-384 с.
10. Марилев В.В. ПСИХОСОМАТОЗЫ. Психические заболевания желудочно – кишечного тракта.- М. :Мишлос, 2010.-154 с.
11. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крёгер Ф., Ледерах – Хофман К. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ. – СПб., Издание Санкт- Петербургского научно-исследовательского Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 2000. – 287 с.
12. ПСИХОДИАГНОСТИКА. Справочник практического психолога. / под общ. ред. С.Т.Посоховой. М. : АСТ; СПб.: Сова, 2005.-671 с.:ил., стр.175-181.
13. ПСИПРОФИЛЬ. Профессиональные психологические тесты. Версия 4.01 от 14.03.2011 г. для локальных ПК. Институт Психологии РАН., подразделение «Когито-Центр».
14. Табидзе А.А. Об эффективности использования модифицированного теста Кэттелла в психотерапевтической практике». Журнал «ПСИХОТЕРАПИЯ», 2013 г., №6 (126), стр. 37-43.
15. ПСИПРОФИЛЬ. Профессиональные психологические тесты. Версия 4(t) от 14.04.2014 г. для локальных ПК. Институт Психологии РАН., подразделение «Когито-Центр» (Модификация Табидзе А.А.)
16. Табидзе А.А. «О возможностях приборной диагностики» Журнал «ПСИХОТЕРАПИЯ», 2010, №4, (88), стр.29-34.
17. Березин Ф.Б., Мирошников М.П.,Соколова Е.Д. МЕТОДИКА МНОГОСТОРОННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ. – М.: Издательство «БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ», 2011. -320 с.
18. Собчик Л.Н. ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Издательство «Речь», 2008. -624 с.: ил.
19. ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ / Под ред. Александрова А.А. – СПб.: Питер, 2008. – 284 с.: ил.
20. Макаров В.В. Горизонты психотерапии. Журнал « ПСИХОТЕРАПИЯ», 2011, №10, стр.47-53.
21. Востриков А.А. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. Книга 1. Теоретические положения и концепции. Монография. Издательство «Продуктивная педагогика», Томск,2008, - 260 с.
22. Востриков А.А., Табидзе А.А. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. Книга 2. Курс психотехники. Учебное пособие, Издательство «Продуктивная педагогика», Томск, 2008. – 236 с.
23. Востриков А.А., Табидзе А.А. Аутогенная тренировка №1«РАССЛАБЛЕНИЕ И РЕЛАКСАЦИЯ», Разрешение РАО №1609 от 14 августа 2001 г.
24. Табидзе А.А. Аутогенная тренировка №2 «УРАВНОВЕШЕННОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ К СТРЕССУ» Разрешение РАО № 1610 от 14 августа 2001 г.
25. Табидзе А.А. О формировании мотивации учителей музыки к музыкотерапии. Материалы VI Международной научно-практической конференции « Музыкотерапия в музыкальном образовании», 27-29 мая 2013 г., г. Санкт-Петербург, www.appl.ru/files/tabidze.pdf.



Повреждения тела как компенсаторный путь развития Самости

РЕБЕКО Т.А.

Ведущий научный сотрудник, Институт психологии РАН, кандидат психологических наук, член IAAP и РОАП

На основании анализа взаимоотношений с телесностью в истории культуры и на ранних этапах онтогенеза высказывается предположение о функции телесных страданий как о необходимом условии сепарации. Данные нейронаук и психодинамических исследований свидетельствуют о том, что психическая Самость сначала находится в состоянии слияния. Для выделения Я в качестве самостоятельного агента действия и для постижения Самости необходим надежный контейнер. Данный процесс начинается на телесном уровне (на уровне кожи) и завершается формированием способности к ментализации и символизации. В случае дефицитарной дифференциации на телесном уровне происходит компенсаторное и архаичное восстановление контакта с телом посредством совершения телесных правонарушений и самоповреждений. Рассматриваются особенности взаимоотношения с телом у девушек-подростков, осужденных за тяжкие телесные преступления, а также ресурсы для их реабилитации.

Ключевые слова: телесные страдания в истории культуры, онтогенез, дифференциация, Самость, тяжкие телесные преступления, ресурсы реабилитации.

Тело как сома имеет обширную традицию исследования: тело включено в религиозные практики, в гностицистские мифы и философские системы.

Вполне «цивилизованные» мифологические герои античности (Афина, Аполлон, Артемида, Прометей) либо сами телесно наказывали, либо испытывали телесные наказания.

Телесные мучения были неотъемлемой частью подавляющего большинства ритуалов инициации. Данные антропологии дают нам бесчисленные свидетельства того, что телесные мучения рассматривались как необходимый этап для перерождения плоти, как этап духовного роста и трансформации.

Тот, кто не прошел обряда инициации, оставался психологическим «младенцем», не обретшем своего права на уникальную жизнь. Он подвергался насмешкам и не имел права совершать свою «взрослую» жизнь.

Таким образом, мы видим, что дифференциация Я и выделение Я в качестве уникального индивида является своеобразным вызовом культуры.

«Слово «раб» в древних эпистемологиях созвучно слову «смерть» [1, с.79]. В этом смысле неинициированный член общества походил на раба. «Значит, тот, кто раб, тот мертв» [1, с.79]. Раб – это тот, кто не имеет своей жизни, не умеет отделить живое от мертвого. Этот тот, кто не получил опыта экзистенциального бытия.

Выделение (сепарация) Я из материнского контейнера является также необходимым условием нормального развития в онтогенезе.

В психологии телесные страдания преимущественно исследовались в предметных областях, связанных с психосоматическими симптомами, внутренней картиной

болезни, в связи с фантомными ощущениями и нарушением образа тела при психических нарушениях разной этиологии.

Для описания как процесса, так и итогов (или критериев) Я-дифференциации используются разные теоретические конструкты, привлекаются разные феноменологии. Несомненным для всего многообразия теорий является тот факт, что понятия дифференциации и интеграции в качестве основополагающего принципа развития в настоящее время принимается подавляющим большинством исследователей вне зависимости от их принадлежности к тому или иному научному направлению ([2], [3], [[4]).

Теоретические «разночтения» касаются, скорее, используемых объяснительных схем и психологических механизмов дифференциации и интеграции. Однако все исследователи согласны с тем, что исходным состоянием онтогенеза является состояние «слияния» (младенца и матери), неразличимости «Я и Меня» и недифференцированности («Я и другого»).

Если обратиться к данным нейронаук, то многие авторы указывают на недифференцированность в качестве архаичного механизма психического функционирования. Например, Виньмон и Фурнере [5] полагают, что «первичными и исходными в онтогенезе являются не Я-репрезентации, а распределенные репрезентации». «Они кодируют свойства моторной системы для оптимизации действий, а также свойства объекта, релевантные для взаимодействия агента и объекта. Между тем, они не включают семантические описания объекта, тела и действия с точки зрения 3-го лица; скорее, они репрезентируют действия с точки зрения агента в момент его взаимодействия с миром. ...Однако, активация



распределенных репрезентаций не достаточно для того, чтобы определить, кто движется, потому что их содержание не специфицирует агента... «соматосенсорные репрезентации» недостаточны «для узнавания части тела в качестве собственной».

С точки зрения авторов, необходимо ввести дополнительный механизм, а именно, систему «Кто?», предложенную М.Жонродом. Этот механизм «Кто?» «включает мониторинг сигналов, связанных с интенциями» [6] и знаменует функционирование когнитивной системы на наивысшем уровне.

Автор показал, что нарушение работы данного механизма происходит при шизофрении, что выражается в спутанности и в невозможности опеределить инициатора, или агента действия.

Способность к ментализации, т.е. умение разделять себя и других, П.Фонаги, Г.Гергли, Е.Джурис, М.Таргет выделяют в качестве особого этапа онтогенеза, называя ее «телеологической установкой». На этой стадии развития ребенок приобретает способность к осознанию связи между средствами и результатом, т.е. ребенок начинает осознавать, что «агент преследует свои цели» [7, Р.225]. Этот этап «наивной рациональности» знаменует умение разделять свои собственные и чужие интенции. Э.Урбан предлагает назвать этот этап «до-я» («pre-I»), потому что именно на данном этапе развития впервые появляется «репрезентация себя» [8, р.334].

В эмпирических исследованиях Г.Готтфрита и С.Гельман показано, что дети к концу первого года жизни имеют «наивные биологические теории» и «умеют отличать животных от всякого рода предметов, они имеют генерализованное понимание того, что животные отличаются от неодушевленных вещей в терминах причинности их поведения. Дети осознают важность «внутри» для всего живого» [9, р. 143]. В другом исследовании [10], проведенном на младенцах, было показано, что категоризация живого/неживого происходит на основе разных признаков. Причем для формирования категорий «живого» требуется меньшее количество визуальных признаков.

В различных психодинамических моделях онтогенетического развития также постулируется тот факт, что изначальным состоянием психики является состояние неотделенности и недифференцированности от внешнего мира. Фордхем, вводит термин «центральный архетип», который уточняет юнгианское понятие Самости и рассматривает его как психосоматическое единство. «Теорию архетипов можно рассматривать как соединяющую тело и психику» [11, р.6].

Э.Сэмюэлс [12] выделяет несколько архетипических состояний психики: единичность, двойность, тройность, четверичность. Состояние «единичности - oneness» - включает нормальный нарциссизм, религиозные состояния, ностальгию и психозы. На этом ощущении единения зиждется наша способность к эмпатии, к мистическому чувству соучастия.

Идея неразделенности и недифференцированности развивается в теории психологических типов Г.Лехарт [13]. При описании онтогенетического развития типологических функций автор указывает на то, что «в этом первичном единстве, иначе говоря, в психологическом единстве четыре функции существуют в состоянии единичности (oneness). Это состояние единичности является также состоянием единичности с внешним миром, который представлен маткой и телом матери, а также окружающим миром». По словам М.Веста [14, р.524], исходное чувство бытия базируется на опыте «тожести» (sameness) младенца с матерью, человека с миром.

Процесс выделения себя и отделения от матери (мира) начинается на телесном уровне, прежде всего на поверхности кожи. Осознание «образа тела, и в особенности, его поверхности, является важным для формирования репрезентаций Себя self-representation». [11, р. 13-14]. В результате этого формируется ментальный образ Себя в качестве отделенного от внешнего мира и отличного от других. «Телесность, заданная посредством границы Я и не-Я», ...«задает субъект-объектное членение реальности» [15; с.236-237].

Ребенок «развивает ощущение своей поверхности как отделенной от материнского тела: он обнаруживает свою кожу и открывает то, что внутри и снаружи от него. Таким образом он может контролировать то, что входит в него и что выходит из него» [11, р. 39]. По словам П.Кюглера [16], до наступления зеркальной стадии у ребенка отсутствует способность отличать субъект от объекта, репрезентативное от биологического. Желание и его объект остаются неразличимыми. Например, если ребенок ощущает голод, то это не голод ребенка, ибо младенец не может воспринимать «себя» отдельно от своего желания.

Необходимым условием для такой дифференциации является умение «достаточно хорошей матери» «контейнировать» тревоги младенца. М.Вест связывает успех телесной дифференциации со способностью Эго пережить «опыт Другости» [14, р.522].

Этот этап выделения Я и отделения его от не-Я является болезненным. В том случае, если материнский контейнер оказывается ненадежным, если у ребенка нет возможности сформировать общие с матерью «распределенные репрезентации», или, используя термин Э.Бик, ребенок не имеет возможности сформировать «психическую первичную кожу», то он пытается избавиться от непереносимого опыта Другости.

Если ребенок сталкивается с ранним травмирующим опытом материнского «непонимания», то он не развивает способность к интеграции опыта голода: «того, что внутри и того, что происходит вовне»... и как следствие у него не возникает «чувства когерентности внутреннего и внешнего опыта» [17, р. 46]. Такая же недифференцированность наблюдается в отношении базовых эмоций в случае нарушений ментализации опыта тела на ранних этапах онтогенеза.



Таким образом, дефицит дифференциации на телесном уровне равносителен психической смерти. Тогда аспект тела как плоти, страдающей и конечной во времени (от момента рождения до момента смерти) подменяется пониманием тела как *corpus*, которое со времен Декарта рассматривалось как автомат. Именно картезианское тело, отщепленное от духа, нуждается в опыте воплощения. Этот опыт может быть восполнен самыми разными способами – от психосоматических симптомов до девиантного поведения. Соматический симптом становится выражением, драматизацией психической боли, которая имеет качество «мима», а не «игры»: драмой без слов, посредством которой тело страдальца получает первичную заботу, которая дает душе замещающее утешение и комфорт» [18, p.187].

Тело в европейских языках трактуется как плоть, подверженная смерти и тлению (в противоположность костям). Только тело, прошедшее ментальную трансформацию, может рассматриваться как духовное тело. Тело как плоть смертна, духовное тело – бессмертно. «Христос, второй Адам, воскреснув, стал началом всеобщего воскресения мертвых в теле одухотворенном и нетленном» (1 Кор 15:44).

Мы полагаем, что разный онтологический статус «тела» (смертного и трансформированного) лежит в основе запрета касания (непосвященных, менструирующих женщин, мертвецов). Этот запрет распространен во всех цивилизациях.

Например, в Европе вплоть до XVI-XVII вв. запрещалось прикасаться к мертвому телу по религиозным соображениям. Только в эпоху барокко смерть и мертвая плоть становятся предметом искусства. Величайшие художники составляют атласы органов тела, а инженеры изобретают машины для пыток.

Европейская медицина, начиная XIV столетия, развивалась в «анатомических театрах» и на анатомических столах. Трупы, предназначенные для препарирования, воровали на кладбищах или использовали трупы отверженных (преступников).

Так, например, анатомический театр в Падуе имел форму трубы. В нем было шесть галерей, которые возвышались над центральным столом прозектора. Зрители размещались по рядам в соответствии со своим статусом. Зрители платили за вход, и к их услугам были прохладительные напитки и музыка. Механическое устройство доктора Гильотена было заимствовано с изображений Лукаса Кранаха Старшего.

В том случае, если плоть отщеплена от духа, то опыт телесных мучений, наказаний, самоповреждений можно рассматривать как крайне архаическую попытку восстановления контакта с телом. Неумение переживать на символическом уровне страдания души заставляет человека переводить бремя бытия в физическую боль. Самодеструкция и виктимизация также являются способами восстановления связи с телесностью. Факт смерти придает жизни ценность. Сколь вдохновенно описыва-

ют известные «экспериментаторы» и «гуманисты» 17 в. свои опыты над телом – усопшим или еще-не-мертвым. Как завораживает касание смерти! «Тогда ужас уступит место удовлетворению, чрезмерная дезинтеграция станет прекрасной интеграцией, а фрагменты станут целостностью» [17, p.56].

Несомненно, имеется огромное число свидетельств изощренных телесных мучений и видов казни на протяжении всей истории культуры: бичевание, иссечение плоти, сожжение, утопление, повешение, распятие, удушение, отравление, колесование и пр.

По словам М.Фуко [19], по мере развития цивилизации происходит переход от пыток как религиозного обряда «очищения и приобщения» к пыткам в качестве наказания. Каждое из видов наказаний сопряжено с определенным видом нарушений. И «если карательная машина средневековья использовала образы послушного тела как знак суверенной власти, то анатомическое действие напоминало о неизбежности смерти и наказания за нарушения законов» [19, с.128]. Отныне пытка выражала «не ярость власти, не своеволие тирана, а строго отмеренную степень страдания». По словам автора, вместе с рыночными отношениями в истории появилась строго упорядоченная смерть.

В нашем исследовании, которое проводилось в колонии для малолетних преступников, мы исследовали девушек, совершивших тяжкие телесные преступления (убийства, тяжкие телесные повреждения). Контрольную выборку составляли заключенные, осужденные по статьям УК, не связанным с телесными повреждениями. Использовались батарея методик, результаты которых мы обобщим в связи с общей проблемой телесности. Не имея возможности изложить данные, полученные с помощью стандартных методик, я сделаю некоторые выводы, полученные из материалов клинической беседы.

Мы исходили из предположения, что «нарушенная» репрезентация телесности в данной группе испытуемых влечет за собой целый спектр деформаций личности и идентичности. В том случае, если телесный опыт остался недифференцированным и если в культуре не предусмотрены ритуалы и традиции, позволяющие его контейнировать, то психическая саморегуляция приобретает архаичные формы, которые проявляются в антисоциальном поведении.

Мы полагаем, что совершая убийство, эти девушки осуществляли попытку приблизиться к переживанию телесной «воплощенности» на архаическом, архетипическом уровне. Граница между психическим Я и не-Я наиболее очевидна в факте смерти.

Прежде всего, поражает тот факт, что рассказывая об эпизодах убийства, девушки не испытывали ужаса. Их нарратив напоминал скорее балладу. Можно даже сказать, что у них проявлялся своего рода когнитивный интерес к «физике» тела (вес, количество крови, температура). При этом их эмоциональная сфера была вполне гибкой и многогранной при описании трудностей жиз-



ни в колонии, при обсуждении социальных конфликтов с ровестницами и администрацией. М.Сидоли описывает пациентов, которые функционируют «как тотальная система защит ради выживания.... Такие пациенты продуцируют архетипические образы, но эти образы являются дезаффективными (как в случае алекситимии). ...Такие пациенты являются отстраненными наблюдателями своих образов» [20, p.176].

Испытуемые не понимали, когда наступил момент смерти. Мертвое тело они не воспринимали как умершее. Более того, нередко в отношении мертвого тела (даже остывшего) они вели себя так, как будто оно было живым. Можно предположить, что на архетипическом уровне любое тело для них является либо бессмертным, либо неодушевленным.

Упомяну известный факт, цитируемый В.А.Подорогой: Гольбейн мл. писал Христа с утопленника. Иными словами, для изображения воскресшего Бога, был выбран тот, чья плоть начала разлагаться. «Следующий шаг решающий: указать на смерть, на то время, с завершением которого человеческое тело становится трупом. Речь больше не идет о смерти вообще, а только о том моменте, когда она наступила» [1, с.104].

Третий факт, характеризующий способ взаимодействия с жизнью в данной группе испытуемых, - способ убийства. Все убийства были совершены путем иссечения плоти. Предположительно, агрессия и ярость имеют единственную форму проявления: через прикосновение к поверхности тела жертвы.

Как если бы плоть не имела никакой иной характеристики кроме поверхности (примером убийства «в глубину» может служить отравление).

Э.Бик постулирует состояние психического развития, названное «двухмерной репрезентацией», которая предшествует зрелой трехмерной репрезентации тела. Такая двумерная (а иногда и одномерная репрезентация тела) характерна для аутистов; она является щитом от зрелой сепарации. «Потому что всякая сепарация и неконтиуальность (например, в знании объекта) является третьим измерением, падением в бездну» [21].

И наконец, последний факт, косвенно свидетельствующий о дефиците телесности. В колонии строго запрещены татуировки, однако все девушки пытаются сделать тату с помощью шариковых ручек (эти татуировки можно смыть в случае проверки), подвергая себя опасности дополнительного наказания.

В нашем предыдущем исследовании мы выявили статистически достоверную связь между количеством татуировок и алекситимией. Этот факт мы интерпретируем как попытку создания дополнительной защиты, вынесенной на поверхность кожи.

С такой интерпретацией согласуются данные, полученные по методике «Крем» [22]. По инструкции испытуемым предлагается выбрать любое количество из 37 дескрипторов, которые описывают «идеальный

крем». Было выделено 6 категорий, группирующих все дескрипторы: лечение, питание, очищение, защита, релаксация (анти-стресс), профилактика старения.

Девушки, совершившие тяжкие телесные преступления, выбирали только те дескрипторы крема, которые относятся в категории «защита».

«Ребенок будет искать психический эквивалент для психической кожи, такой эквивалент, который покрое его тело, стараясь создать для себя ощущение того, что рудиментарные части его личности можно хоть как-то соединить» [17, p.49].

Теоретический анализ развития телесности и экспериментально-клинические исследования девушек, совершивших тяжкие телесные преступления, позволяют заключить, что повреждения своего и чужого тела могут выступать в качестве компенсации при дефицитарном развитии телесности.

Данный результат следует учитывать при разработке «пеницитарных» программ, а также при подготовке и проведении реабилитационных процедур после их освобождения из мест заключения.

Список литературы:

1. Подорога В.А. Полное и рассеченное// Психология телесности. Между душой и телом// Под ред. В.П.Зинченко, Т.С.Леви. - М.:АСТ, 2005. - С.67-138.
2. Чуприкова Н.И. Умственное развитие. Принцип дифференциации. - Санкт-Петербург: Питер. 1997. - 448с.
3. Волкова Е.В. Психология специальных способностей: подход. - Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011.- 304с.
4. Холодная М.А. Психология понятийного мышления. От концептуальных структур к понятийным способностям. - Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. - 228 с.
5. Vignemont F.de, Fournieret P. The sense of agency: A philosophical and empirical review of the «Who» system // *Consciousness and Cognition*. -2004. -Vol.4, №1. - P.1-19.
6. Jeanroad M. Self-generated actions// *Voluntary actions/ Ed. Maasen, Prinz W., Roth G.* - Oxford: University Press, 2003. P.153-164.
7. Fonagy P., Gergely,G., Jurist, E., Target M. *Affect regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press. 2002. -236с.
8. Urban E. The 'self' in analytical psychology: the function of the 'central archetype' within Fordham's model// *Journal of analytical Psychology*. - 2008. - N53. - P.329-350.
9. Gottfried G. Gelman S. *Developing domain-specific causal-explanatory frameworks: the role of insides and immanence// Cognitive Development*. - 2005. - Vol.20, N1. - P.137-158.



10. Welder, A.N., Graham, S. Infants' categorization of novel objects with more or less obvious features //Cognitive Psychology. - 2006. - Vol.52, N1. - P.57-91.
11. Fordham M. The self and autism. - London. : Karnac, 1976.- 296 с.
12. Samuels A. The Plural psyche. Personality, Morality, and the Father. - London, New-York: Routledge, 1989. - 253 p.
13. Lenhart G.A. A developmental hypothesis based on the order of Jung's psychological functions: The general model//Gerry Anne Lehnhart//sulcus.berkeley.edu/FLM/MDL/GAL/GALResume.html
14. M.West, Identity, narcissism and the emotional core// Journal of analytical Psychology. -2004- Vol.49. - P.521-541.
15. Бескова Д.А., Тхостов А.Ш. Телесность как пространственная структура // Психология телесности. Между душой и телом/ Под ред. В.П.Зинченко, Т.С.Леви. - М.: АСТ, 2005. - С.236-252.
16. Кюглер П. Алхимия дискурса. Образ, звук и психическое. - М.: ПЕР СЭ, 2005. – 224 с.
17. Waddel M. Infancy: defences against pain// Psychotic states in children /Ed. M.Rustin, M.Rhode, H.Dubinsky, A.Dubinsky. London, New-York: Karnac. 1997. - P.45-59.
18. Sidoli, M. When the body gets lost in the body: Psychosomatic disturbances as a failure of transcended function//Journal of analytical Psychology. – 1993.- Vol.38, N2. - P.175-190.
19. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение Тюрем. - М.:«Ad Marginem», 1999. – 460 с.
20. Sidoli, M. The little puppet: working with autistic defences in mother-infant psychotherapy// Journal of analytical Psychology. – 2000.- Vol.45. - P.162.
21. Bick E. Further Considerations of the Function of the Skin in Early Object Relations//British journal of psychotherapy. - 1986. – Vol.2 (4). – P.292-299.
22. Ребеко Т.А. Отношение к коже как репрезентация имплицитной модели фемининности// Вестник РГНФ. - 2006. –Том 1(42). - С.169-180.

Injuries of a body as compensatory way of development of Self

TATIANA AN. REBEKO

Leading researcher, Institute of psychology of the Russian Academy of Sciences, member of IAAP and RSAP, PhD of Psychology

On the basis of the analysis of relationship with corporality in the history of culture and at early stages of ontogenesis it is suggested about function of bodily sufferings as about a necessary condition of separation. Data of neurosciences and psychodynamic researches testify that the mental Self at first stays in a state of merge. The reliable container is necessary for Ego emergence as an independent agent of action and for development of Self. This process begins at the corporal level (at the level of skin) and comes to the end with formation of ability to a mentalization and symbolization. In case of deficient differentiation at corporal level there is a compensatory and archaic restoration of contact with a body by means of corporal offenses and self-damages. Features of relationship with a body at girls of the teenagers jailed for serious corporal crimes, and also resources for their rehabilitation are considered.

Key words: bodily sufferings in cultural history, ontogenesis, differentiation, Self, serious bodily crimes, resources for rehabilitation.

Полипрофессиональный многоуровневый подход к терапии детей и подростков

ШЕВЧЕНКО Ю.С.

Доктор медицинских наук, профессор. Заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования. Москва

Можно выделить четыре основные «сторожевые башни» службы детского психического здоровья. Это медицина — представленная детской психиатрией и педиатрией в целом; психологическая служба с ее научной базой и практическими консультативными учреждениями; педагогика, с разветвленной сетью дошкольно-школьных общеобразовательных и специализированных заведений и, наконец, социальная служба в виде государственных и негосударственных организаций. В соответствии с принципами предлагаемой ВОЗ (2003) многоосевой диагностики психических расстройств у детей и подростков нами предлагается пятиуровневая модель их комплексной терапии. Условно эти уровни мы обозначили как «метаболический»; «нейрофизиологический»; «синдромальный»; «поведенческий» и «социально-личностный».

Ключевые слова: психиатрия, психотерапия, нейропсихология, психологическая коррекция, онтогенез, дизонтогенез.

Как известно, у детей и подростков могут наблюдаться расстройства практически из всех классификационных рубрик за исключением тех, которые связаны со специфическими поражениями головного мозга, происходящими при заболеваниях, возникающих исключительно в пожилом и старческом возрасте («деменция» при болезни Альцгеймера, Пика, Паркинсона, сосудистая деменция и т.д.), тогда как многие психические заболевания и аномалии взрослых берут свое начало в детстве.

Диалектическая био-психо-социальная сущность ребенка характеризуется активным эволютивным онтогенезом, т.е. формированием, созреванием и развитием тела, души и духа в едином контекстуальном процессе, определяемом наследственностью, изменчивостью и отбором. Это обуславливает тот факт, что любое серьезное или длительное неблагополучие ребенка в его соматическом здоровье или в условиях жизни и воспитания чревато возникновением дизонтогенетических механизмов на уровне психики — психическим дизонтогенезом [6,8,12,13], проявляющимся эмоциональными, волевыми и интеллектуальными нарушениями.

Напомним, что под дизонтогенезом понимается временное или стойкое нарушение онтогенеза, возникновение различного рода патологических сдвигов в развитии на органном, системном, организменном и/или психическом уровнях. В последнем случае говорят о «психическом дизонтогенезе».

Психический дизонтогенез может проявляться общей или парциальной акселерацией (ускорением развития), ретардацией (отставанием), асинхронией (сочетанием ускорения развития одних функций, систем или компонентов личности и задержкой развития других),

регрессом (оживлением форм реагирования и функционирования нормальных для более раннего возраста, но архаичных для настоящего возраста ребенка — от сосания пальца и грызения ногтей, вторичного энуреза и клептомании до гебефрени и регрессивной синтонности).

Более того, то что во «взрослой» клинике выступает как конечный продукт многофакторной природы пограничного расстройства [5] как «устойчивое патологическое состояние» (по Н.П.Бехтеревой), в детской психиатрии представляет собой актуальную картину диалектического взаимодействия психогенных, энцефалопатических и дизонтогенетических механизмов патогенеза с динамическим изменением их ведущей роли (подключение эндогенного фактора еще более усложняет ситуацию).

Так, «перинатальная энцефалопатия», отмечаемая в анамнезе большинства наших пациентов и по поводу которой их до года наблюдает детский невролог, после чего снимает с учета, констатируя в неврологическом статусе наличие «рассеянной резидуально-органической микросимптоматики» никуда не девается. Ее влияние проявляется не только в измененной реактивности и сниженной устойчивости мозга в отношении экзогенных вредностей и перегрузок.

Энцефалопатический фактор, даже не вызвавший грубых неврологических последствий и развернутого психоорганического синдрома, нарушает процесс созревания мозговых структур (нейроонтогенез), что обнаруживается в той самой «минимальной мозговой дисфункции», которая, перестав использоваться в качестве диагностической категории, никуда не исчезла как клиническая реальность.



Первичный дефект, связанный с нарушениями мозгового субстрата, порождает вторичные и третичные психические образования, которые являются следствием и реакцией на первичный дефект, что в совокупности формирует иерархическую многоуровневую картину нарушений психического развития [4,8,11].

Так, обусловленная энцефалопатией минимальная мозговая дисфункция, нарушая созревание мозговых структур, обуславливает дизонтогенетические («преимущественные для детского и подросткового возраста») расстройства, как невропатия, задержки моторного, интеллектуального и речевого развития, неврозоподобные и психопатоподобные состояния и проч. Они же, в свою очередь, определяют неспособность ребенка справляться даже с обычными для нормально развивающихся сверстников требованиями общества, ожиданиями референтной группы, нормативами и нагрузками, существующими в детских дошкольных и школьных учреждениях. Это уже приводит к психогенным нарушениям в виде невротических, психосоматических и патохарактерологических реакций, а длительное существование последних (особенно при отсутствии комплексной полипрофессиональной помощи) способно нарушить процесс социально-психологического развития индивида и привести к формированию нажитых («краевых») психопатий, т.е. к дизонтогенетическим образованиям на уровне личности. В этом «бермудском треугольнике», образованном энцефалопатическими, дизонтогенетическими и психогенными факторами пропадает здоровье подрастающего поколения и терпят фиаско разрозненные усилия специалистов, пытающихся исправить ситуацию.

В связи с этим раннее начало и комплексность биологического (как психо-, так и соматотропного), психотерапевтического, коррекционно-психологического и социально-педагогического воздействия (обеспечивающегося взаимодействием представителей соответствующих специальностей), с учетом закономерностей психофизиологического и социально-личностного созревания ребенка, высокой пластичности его мозговой организации и огромных потенциально-компенсаторных возможностей его психики, безусловно придают этим лечебным и реабилитационным факторам этиопатогенетическое качество.

Можно выделить четыре основные «сторожевые башни» службы детского психического здоровья. Это медицина — представленная детской психиатрией и педиатрией в целом; психологическая служба с ее научной базой и практическими консультативными учреждениями; педагогика, с разветвленной сетью дошкольно-школьных общеобразовательных и специализированных (в том числе лечебно-педагогических) заведений и, наконец, социальная служба в виде государственных и негосударственных организаций.

Не случайно современный подход к оценке психического состояния детей и подростков предлагает осу-

ществление многоосевой диагностики, включающей три клинические и три психологические (в т.ч. социально-психологические) шкалы [3], что предполагает комплексное участие разных специалистов, прежде всего врачей разного профиля, психологов, педагогов и социальных работников в терапии и реабилитации детей с различными формами психической патологии.

В свете вышеизложенного нами предлагается концепция многоуровневого лечебно-коррекционного подхода к терапии детей и подростков с психическими расстройствами, успешно реализуемая в отношении пациентов с различной патологией, включающей как собственно продуктивные и негативные расстройства, так и нарушениями интеллектуального, эмоционально-волевого и социально-личностного развития (продуктивно- и негативно-дизонтогенетические расстройства по В.В.Ковалеву).

Каждый уровень включает как общую, так и специфическую направленность лечебно-коррекционных воздействий и, соответственно, предполагает ведущую роль того или иного специалиста. Количественный дефицит узких специалистов можно компенсировать качественным расширением профессиональной компетенции каждого из них за счет приобретения дополнительного профессионального образования. Например, детский психиатр в состоянии овладеть субспециальностью психотерапевта, клинический психолог — освоить технологию нейропсихологической коррекции, а логопед-дефектолог выступать в качестве котерапевта в семейно-групповой психотерапии и т.д.

На конкретной модели синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), природа которого, как известно, может быть и наследственной, и резидуально-органической, а чаще всего имеет смешанный характер, при том, что ведущим механизмом указанного расстройства является дизонтогенез, представленный на природно-, индивидуально- и социально-психическом «этажах» душевной организации ребенка, данный подход выглядит следующим образом.

Первый уровень — метаболический. Биологическая, в первую очередь медикаментозная терапия на этом уровне имеет несколько ориентиров: общесоматический, требующий при необходимости участия педиатров различного профиля; церебральный, направленный на улучшение обменных процессов в мозге, его насыщение кислородом, повышение энергетики, нормализацию внутричерепного обмена, компенсацию резидуальной энцефалопатии и сглаживание её интеллектуально-мнестических проявлений; психофармакологический, направленный как на ведущий симптомокомплекс, так и на сопутствующие астенические, аффективные, неврозоподобные, психопатоподобные проявления. К сожалению, современное состояние службы детского психического здоровья во многих случаях ограничивается этим (сутобо-врачебным) уровнем помощи несовершеннолетним пациентам.



Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической коррекцией [7,9,10], направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р.Лурия), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма (1-й блок - «функции активации, энергоснабжения и стато-кинетического баланса психических процессов»), операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок - «функции операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром»), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок - «функции произвольной регуляции и смыслообразования психомоторных процессов»). Ее неспецифическое воздействие на те или иные психические и психосоматические расстройства реализуется за счет оптимизации церебральных процессов, повышение их экономичности, улучшение «материального» обеспечения душевно-духовного существования и саногенного взаимодействия «тела» и «духа».

Анатомо-функциональная представленность первого блока соответствует подкорково-стволовым образованиям, второго – теменно-височно-затылочной коре больших полушарий, третьего – лобной коре головного мозга. Специфический эффект заключается в воздействии на церебральные причины когнитивных расстройств за счет расширения и развития связей между полушариями, совершенствования функциональных механизмов сенсо-моторных и пространственно-временных предпосылок речевых и счетных операций, церебральных механизмов вербального и невербального интеллекта и его предпосылок.

Понимание сущности «минимальной мозговой дисфункции» у детей как нарушения нейро-психоонтогенеза предполагает поиск ее компенсации, а возможно и исправления не только «сверху вниз», за счет интенсификации работы лобной коры (кстати, наиболее энергоемкой), но и «снизу-вверх», за счет позитивного регресса и создания искусственных сензитивных периодов для подкорково-стволовых и корково-полушарных анатомо-функциональных структур и их оптимального, контролируемого ре-онтогенеза. Именно на такую онтогенетически ориентированную реконструкцию и рассчитана методика нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции.

Третий уровень - синдромальный. В случае когнитивных расстройств работу на этом уровне осуществляет коррекционный педагог, логопед-дефектолог, детский психолог, также ставящие перед собой как общеразвивающие задачи, так и специальные, диктуемые конкретным патопсихологическим синдромом: алалия; нарушение созревания счета, чтения, письма; алекситимия при психосоматических расстройствах; антиципационная недостаточность при формирующейся психопатии,

разноплановость мышления при шизофрении и т.д. При гиперактивности коррекционные игры на внимательность, сдержанность и неподвижность ориентированы основными компонентами синдрома: дефицитом внимания в его конкретных проявлениях (фиксация, удержание, концентрация, переключение, распределение); импульсивностью (в коммуникативной, игровой, интеллектуальной деятельности); моторной расторможенностью. Последняя, кстати, имеет изначально регрессивно-компенсаторный смысл, в связи с чем простое подавление двигательной гиперактивности или попытки сознательного ребенка (с «хорошим лбом») ее сдержать, либо просто не удаются, либо только ухудшают состояние. Последовательная же и постепенная тренировка дефицитарных функций в эмоционально привлекательных подвижных играх (вначале направленных только на одну из составляющих синдромальной триады, в дальнейшем, включающих двуединую задачу и только после этого требующих одновременно быть внимательным, сдержанным и неподвижным), а также в спортивных занятиях приводит к сглаживанию синдрома [14].

Четвертый уровень – поведенческий. Его задача - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной, и других видов психотерапии.

Неспецифический аспект данного уровня, обуславливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что, прежде всего, бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать.

Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций «нельзя» и «надо» (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая холдинг-терапию), т.е. преодолев эти первые ступени индивидуальной «лестницы поведенческих проблем» пациента можно приступить к работе на втором, третьем и пятом уровнях комплексной терапии, а также решать более высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня [1,2].

Пятый уровень – личностный. Его цель - разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [15,16].



Сутью данной концепции является решение актуальных экстра- и интра-психических задач ребенка и его семьи в трех пространственно-временных координатах: «сейчас и здесь» (в зоне его актуального функционирования), «тогда и там» (в процессе позитивного регресса к предыдущим сензитивным периодам развития), «вскоре и вблизи» (за счет активного освоения зоны ближайшего развития).

В содержание семейного аспекта данного уровня непременно должны входить психогигиенические и психопрофилактические составляющие (нормализация режима сна и отдыха, индивидуализация учебной нагрузки, преодоление родительского перфекционизма и повышенной тревожности, а также исправление дефектов воспитания). Последнее должно соответствовать трем основным принципам — быть единым, последовательным и индивидуализированным, а также иметь осознанную цель — воспитать из ребенка самостоятельную, ответственную и реалистичную личность. На это же должна быть направлена работа социального педагога школы.

Представленный пятиуровневый, интегративный и полипрофессиональный подход, несмотря на достаточную условность границ между уровнями и относительную специфичность вышеперечисленных психотерапевтических приемов, позволяет воздействовать на все «слои» телесно-душевно-духовной организации человека, на все звенья этио-патогенетической цепи психического расстройства в психогенетическом, индивидуально-личностном и симптоматическом направлениях и осуществлять комплексную лечебную, коррекционную, воспитательную и социализирующую помощь пациентам.

Литература:

1. Байярд Р., Байярд Дж. Ваш беспокойный подросток: практическое руководство для отчаявшихся родителей. /Пер с англ. М.: Просвещение, 1991.- 224 с.
2. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков /Под общей редакцией проф. Ю.С.Шевченко.- СПб.: Речь, 2003.- 552 с.
3. ВОЗ. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств

у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. Изд-во: «Смысл», Москва; «Речь» СПб, 2003.- 408 с.

4. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. Мышление и речь. Проблемы психического развития ребенка. /Под ред. А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. – 519 с.
5. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. / Ред. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия» Москва, 1999.- 223 с.
6. Ковалев В.В.. Психиатрия детского возраста. М. 1995.- 560 с.
7. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИД «ТАКТ».- 154 с.
8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. Учебное пособие. М., МГУ, 1985.- 162 с.
9. Семенович А.В., Архипов Б.А. и соавт. Комплексная методика сенсомоторной коррекции. М., МГПУ, 1998.- 76 с.
10. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.- 232с.
11. Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). М., Тривола. 2000.- 208 с.
12. Сухарева Г.Е.. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959, т.2. – 406 с.
13. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., Медицина, 1973.- 392 с.
14. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. – М.: РМАПО, 1997. – 49 с.
15. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИН-ТЭКС).- СПб.: Речь, 2004.- 202 с.
16. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия — пространственно-временная модель интеграции. // Психотерапия №10 (118), М.,2012.- с.55-62.

Polyprofesional manylevel approach in treatment children and adolescent

SHEVCHENKO J.ST.

Head of Chair of child Psychiatry and Psychotherapy. Russian Medical academy of advanced education. Moscow



Исследование особенностей мифологической идентификации в норме и у больных шизофренией на основе анализа сказок

ИВАНОВА Н.А. [1], ШЕВЕЛЕНКОВА Т.Д. [2]

[1] соискатель кафедры нейро- и патопсихологии Института психологии им. Л.С. Выготского Российского государственного гуманитарного университета, клинический психолог психиатрической больницы №14. Россия, Москва.

[2] кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии Института психологии им. Л.С. Выготского Российского государственного гуманитарного университета. Россия, Москва.

Исследование содержит в себе анализ сказок, сочиненных людьми, больными шизофренией и группой «нормы» с целью выявления потенциала мифотворчества, а также изучения особенностей мифологической идентификации (основных архетипов, архетипических сюжетных схем, типов конфликтов и способов их решения) в данных выборках. С помощью методов статистического вывода авторы выявляют значимые различия в наличии и типе конфликтов, идентификации с определенным типом персонажа, его окружении, ходе развития сюжета в сказках группы нормы и группы больных шизофренией. Анализ данных, полученных в ходе исследования, с одной стороны, подтверждает универсальность архетипических содержания для всех людей, а с другой стороны, выявляет различия в мифологической идентификации здоровых людей и людей, больных шизофренией.

Ключевые слова: мифологическая идентификация, потенциал мифотворчества, архетипические образы, шизофрения.

Хотя за последнее время было проведено немало научных исследований и попыток объяснения сути такого заболевания, как шизофрения, до сих пор эта болезнь остается не постигнутой наукой до конца. Несмотря на свою загадочность, шизофрения является наиболее широко диагностируемым психиатрическим заболеванием, независимо от популяции и применяемых диагностических систем. Высокая распространенность, а также потребность в постоянном развитии знаний о шизофрении делают актуальной задачу исследования данного заболевания с различных углов зрения, с позиций не только медицинских, но и различных психологических, антропологических, исторических, а также философских подходов. Решение этой задачи должно помочь приблизиться к лучшему пониманию данного заболевания и ответить на вопросы о помощи пациентам, больным шизофренией.

В настоящем исследовании сделана попытка приблизиться к пониманию сути шизофрении с помощью исследования мифологической идентификации. Необходимо отметить, что мифологическая идентификация присутствует у каждого человека, независимо от пола, возраста, расы или наличия психиатрического диагноза. Как пишет К.-Г. Юнг: «Миф – это то, во что верят все, всегда и везде, следовательно, человек, который думает, что он может прожить без мифа или за пределами его, выпадает из нормы. Он подобен вырванному с корнем растению, лишенный подлинной связи с прошлым, и с родовой жизнью, которая в нем продолжает себя, и с человеческим сообществом» (16). В своей книге «Архетип и символ» К.-Г. Юнг приводит примеры, иллюстрирующие феномен индивидуального мифа и мифологической идентификации: «Не человек Иисус создал миф богоче-

ловека. Миф существовал за много веков до его рождения. И им самим овладела эта символическая идея, которая, как повествует святой Марк, вывела его из скудной ограниченной жизни назаретского плотника». То же самое К.-Г. Юнг пишет и об апостоле Павле: «Будь святой Павел убежден, что он всего лишь бродячий ковровый ткач, то, разумеется, он не сделался бы тем, кем стал». Таким образом, для каждого человека существуют определенные мифы, представленные архетипическими героями и сюжетами, которые служат образцами поведения, определяют жизненный вектор; другие же мифы будут служить лишь фоном и не играть определяющей роли в жизни человека. То есть, используя терминологию К.-Г. Юнга, можно сказать, что определенные мифы «формируют» человека путем наложения индивидуального опыта человека на «коллективное бессознательное», архетипические образы и сюжеты. Мифологическая идентификация – идентификация с каким-либо мифом, который создает определенные жизненные сценарии и влияет на жизнь человека, независимо от того, насколько человек осознает его присутствие.

В современной психологии было проведено немало исследований, посвященных проблеме влияния мифа на личность человека. Так, в исследовании Н.В. Чудовой рассматривается влияние мифологической идентификации и, как следствие, мифологического образа «Я» на картину мира человека. По результатам исследования была выявлена связь мифологической идентификации с особенностями представлений человека о самом себе: во-первых, Н.В. Чудова показала, что представления о самом себе зависят от типа мифологического сюжета, который человек присваивает себе; во-вторых, в исследовании описывается влияние мифологической



идентификации на межличностное восприятие и оценивание (14). В диссертационном исследовании Э.И. Мещеряковой рассматривается такой феномен как персональный миф и его взаимосвязь с личностью индивида. По результатам исследования был произведен анализ персонального мифа как личностного феномена, представлена классификация персональных мифов студентов, описаны базовые принципы психологического консультирования, в основе которых лежит изменение персонального мифа (8).

Е.Е. Сапогова в своих исследованиях затрагивает проблемы построения индивидуальной мифологии, вводит понятие «легенды о себе». Здесь автор больше фокусируется не на бессознательном влиянии мифа на картину мира и психическую реальность человека, а скорее на более осознаваемом конструировании человеком своего «фантастического Я», то есть такого Я, каким оно не может быть в реальности (11, 12).

В психологии межличностных отношений М.М. Елфимовой и Д.В. Мельниковой также было проведено исследование мифологической идентификации. В данной работе рассматривается влияние мифологического образа Я учителя на его стиль коммуникации с учениками. Результаты исследования показывают особенности и варианты структурно-содержательных характеристик мифологического образа Я учителя, а также каким образом мифологический образ Я влияет на стиль взаимодействия между учителем и его учениками (2).

Таким образом, проведенные исследования доказывают то, что мифологическая идентификация необходима для нормального развития личности индивида и выполняет широкий спектр полезных функций, встречается у людей различных этносов, возрастов, профессий и определяет картину мира человека, его мышление, поведение, самовосприятие, межличностное оценивание и взаимодействие.

Как отмечалось выше, мифологическая идентификация присутствует у каждого человека, в том числе и у больных шизофренией. Говоря о шизофрении, К.-Г. Юнг отмечает, что хотя мышление шизофреника и мышление спящего здорового человека схожи, главным отличием является то, что сновидения возникают, когда сознание находится в «сумеречном» состоянии, а «явление шизофрении почти или вовсе не затрагивает ориентацию сознания» (17). Также он отмечает, что сны больных шизофренией и сны здоровых людей будут мало отличаться друг от друга.

Причиной отчуждения и нарушения связи с окружающим миром у больных шизофренией, по мнению К.-Г. Юнга, является слабая связь с реальностью, угроза потерять свою целостность, угроза распада и гибели мира из-за прорыва бессознательного в сферу сознания, которые могут осуществиться из-за несформированного или слабого Я больного шизофренией. Далее К.-Г. Юнг говорит о том, что при шизофрении происходит частое обращение к архаическим формам, сходным с мифическими мотивами, которые не были выдуманы или изобретены пациентами, а которые существовали на про-

тяжении многих веков и продолжают существовать в коллективном бессознательном каждого человека.

Обращаясь к современным исследованиям мифологической идентификации больных шизофренией, особое внимание стоит уделить работе И.А. Зайцевой-Пушкаш, которая провела параллели между нарушениями мышления, бредом больных параноидальной формой шизофрении и мышлением, свойственным человеку на ранних этапах истории. На основе этого она выделяет универсальную модель бреда при шизофрении, называя ее комплексом «смерть - новое рождение» или мифоритуальным комплексом инициации. Также, говоря о мышлении больных шизофренией, автор демонстрирует типологическое сходство идеаторной сферы пациентов с архаическим мышлением и примитивной логикой древнего человека (сюда относятся анимизм, синкретизм, партиципация, бинарная логика, мифопоэтика, тотемизм). Анализируя бред больных шизофренией, И.А. Зайцева-Пушкаш выделяет также архетипы героев или тип персональной мифологической модели бреда, определяющиеся «миссией» пациента в контексте бредового повествования, куда относятся «посвященный герой», «умирающее и воскрешающее божество природы», «тотемный (чудесный) супруг», «спаситель мира», «культурный герой», «трикстер - антагонист культурного героя», «демиург -первопредок», «герой, персонализирующий космические объекты» (3).

В нашем исследовании мифологическую идентификацию мы будем понимать как психологический процесс, в котором происходит бессознательное отождествление личностью себя с архетипическими героями, сюжетами, конфликтами. Итак, в данной работе мы расширяем и уточняем представление о мифологической идентификации, ее особенностях у больных шизофренией, сравнивая придуманные ими сказки со сказками здоровых людей. Несмотря на определенные различия между сказкой и мифом, материал сказок будет предпочтительней для данного исследования. Во-первых, хотя сказка представляет собой десакрализованный миф, его облегченную копию, они имеют сходные сюжетные схемы, одинаковые архетипические образы, при этом в сказке архетипы более просты и прозрачны, что дает нам ключ для осмысления процессов, происходящих в коллективной психике (1). Кроме того, в сказке делается акцент на действия героя, а также на социальный аспект существования героя, что позволяет анализировать индивидуальные сценарии жизни в проективной форме сказочного сюжета.

Исследование

Основной группой испытуемых, участвовавших в исследовании, явились 17 пациентов психиатрической больницы №14 с диагнозом шизофрения (параноидная форма), из них 11 женщин и 6 мужчин в возрасте от 20 до 55 лет. В контрольную группу вошли также 17 испытуемых без диагностированных психических расстройств в возрасте от 19 до 45 лет, из них 8 мужчин и 9 женщин.



Темы-признаки

| Форма сказки | Главный герой | Окружение | Основные темы, сюжеты, конфликты |
|--|--|-----------------------|---|
| Сказка собственного сочинения | Изгой | Одиночество | Физическое и умственное развитие, познание, новое видение |
| Полная автобиография | Маг, волшебник, обладает волшебными качествами | Друзья | Самостоятельная борьба с трудностями |
| Автобиография, реальность со сказочными элементами | Бог | Волшебный помощник | Борьба с помощью других |
| Известная сказка частично (герой, сюжет) | Трикстер, «хитрый простак» | Возлюбленный | Дружба |
| Полный пересказ известной сказки | Творец, создатель | Родители, прародители | Любовь, свадьба |
| Наличие конфликта, интриги | Учитель | Злой колдун | Семья |
| Действие сказки в одном месте | Спаситель | Добрый волшебник | Сила рода |
| Смена мест | Глупый, неудачливый | Мудрец | Смерть героя |
| Время статично (действие в одно время) | Ребенок | Супруг | Возрождение, новое рождение |
| Время динамично | Мать | Дети | Одиночество |
| Незавершенный сюжет | Отец | Чужак, иной | Выход за пределы «своего» мира |
| Наличие юмора | Избранный, уникальный | Волшебное животное | Власть, контроль над другими |
| Наличие внешнего конфликта | Бродяга, путешественник | Волшебная природа | Путешествие |
| Наличие внутреннего конфликта | Мудрец | Сказочный враг | Препятствия на пути к цели |
| | Воин | | Волшебный предмет |
| | Хранитель, охранник | | Бессмертие |
| | Волшебное существо | | Болезнь |
| | Животное | | Торговля, обмен, материальные ценности |
| | Предмет | | Агрессия героя |
| | Растение | | Агрессия к герою |
| | Незаметный, незначительный, маленький | | Жертва, плен, несвобода |
| | Заурядный, обычный | | Война, захват |
| | Акцент на внешний вид | | Хитрость, обман, воровство |
| | Акцент на качества характера | | Тема рождения, необычное рождение |
| | Есть имя | | Поиск (счастья, любви, денег, истины) |
| | Имя вводится позже | | Тайна, загадка |
| | «Высокое» происхождение | | Животные |
| | Исследователь | | Природа |
| | Изобретатель | | Заклятие |



Количество выборов и статистически значимые различия частоты встречаемости тем-признаков у основной и контрольной групп (при $p=0,05$)

| Темы-признаки | Основная группа | Контрольная группа | Угловое преобразование Фишера |
|---|-----------------|--------------------|-------------------------------|
| 1. Наличие конфликта, интриги | 11 | 16 | 2, 28 |
| 2. Незавершенный сюжет | 8 | 3 | 1,886 |
| 3. Наличие внутреннего конфликта | 1 | 12 | 4,385 |
| 4. Изгой | 6 | 1 | 2,277 |
| 5. Акцент на качествах характера | 5 | 12 | 2,475 |
| 6. Мудрец (окружение) | 1 | 7 | 2,633 |
| 7. Семья (окружение) | 5 | 11 | 2,108 |
| 8. Физическое и умственное развитие | 5 | 12 | 2,475 |
| 9. Препятствия на пути к цели | 5 | 11 | 2,108 |
| 10. Поиск (счастья, любви, денег, истины) | 1 | 6 | 2,277 |
| 11. Сказка собственного сочинения | 12 | 16 | 1,913 |

С испытуемыми обеих групп была проведена беседа об их любимых сказочных персонажах и сюжетах, а также дано задание следующего содержания: «Представьте себе, что Вы – сказочный герой.

Напишите историю, которая могла бы охарактеризовать Вас как сказочного персонажа и наиболее полно отражала бы Вашу жизнь.

Не страшно, если Ваша сказка будет похожа на уже ранее известные сюжеты и персонажи, главное, чтобы она, как и все сказки, имела бы завязку, конфликт (кульминацию) и развязку». В дальнейшем для облегчения выделения основных тем и их анализа испытуемым задавались следующие вопросы:

— Как бы охарактеризовали главного героя другие персонажи сказки?

— А какой он по характеру на самом деле? Назовите его положительные и отрицательные стороны.

— Какими качествами должна обладать идеальный избранник/избранница главного героя?

— О чем мечтает Ваш герой?

— Доволен ли он в итоге своей судьбой?

В дальнейшем на основе контент-анализа сочиненных историй и ответов на вопросы были выделены определенные темы, встречающиеся в каждой из сказок. Всего было выделено 86 тем, сгруппированных по следующим категориям (подробнее см. в Таблице 1): форма сказки; главный герой; окружение; основные темы, сюжеты, конфликты.

С помощью статистических методов были выявлены следующие значимые различия по частоте встречаемости выявленных тем между группой «нормы» и группой больных шизофренией (см. Таблицу 2):

Обсуждение результатов

Итак, по результатам исследования из 86 выявленных тем-признаков только 11 имеют статистически значимые различия, различия в остальных темах-признаках у основной и контрольной групп незначимы. Данные результаты могут свидетельствовать об универсальности мифологической идентификации для всех людей независимо от того, здоров человек или имеет психотическое расстройство.

Сказки группы «норма» отличаются наличием конфликта, интриги. Сказок с конфликтом (внутренним, внешним, между окружением героя) у больных шизофренией меньше, что может свидетельствовать о слабости Эго пациентов с данным диагнозом, их примитивных механизмах защиты, таких как отрицание, игнорирование конфликтов. Сказок, содержащих внутренний конфликт (душевные переживания), у больных шизофренией значимо меньше. Это может свидетельствовать о снижении целостности, сохранности и сформированности Эго пациентов с данным заболеванием. По указанному признаку различия между группой «нормы» и группой больных шизофренией наиболее сильны. Эту разницу можно объяснить также тем, что у больных шизофренией отсутствуют границы между внешним и внутренним, происходит слияние всего и дальнейшее расщепление кусков. То есть, границ между внутренним и внешним конфликтами просто не существует, они полностью размыты. Этот вывод также подтверждают различия в наличии описания качеств характера – больные шизофренией меньше акцентируют внимание на внутренних качествах своего героя. Также сказки больных шизофренией отличаются незавершенностью сюжета

(например, сказка одно из испытываемых заканчивается следующим образом: «...и чем кончится эта сказка, пока неизвестно. Ждите продолжения»). Зачастую это даже не сказки, а полная автобиография без привнесения каких-либо сказочных элементов или полный пересказ уже известной сказки без связи с реальной жизнью испытываемого. Данные результаты могут свидетельствовать о снижении способности больных шизофренией к символизации, невозможности разграничения наблюдающего и переживающего Эго, неспособности к самонаблюдению, осознанию, отграничению и переработке различных психических содержаний.

Рассматривая мифологическую идентификацию главного героя, мы находим различия в идентификации с архетипом изгоя, отвергнутого – больные шизофренией идентифицируют себя с образом изгоя значимо чаще. Возможно, это напрямую отражает их мироощущение и ощущение себя в социуме. В их сказках главный герой противопоставляется окружению, его подвергают гонениям, отмечается его непохожесть на других (например, один из испытываемых идентифицировал себя с чудовищем: «...превратился он в чудовище. Стал он чудовищем, монстром. Семья его распалась, никто с ним не хотел быть, никто не хотел общаться...»). При этом идентификация главного героя с другими архетипическими образами у здоровых людей и больных шизофренией не имеет значимых различий. Интересны различия в сказочном окружении главных героев.

В сказках здоровых испытываемых их окружает семья, либо какой-либо мудрый человек, помогающий главному герою справляться с трудностями, объективно видеть себя и мир, принимать нужные решения, что значительно реже встречается в сказках больных шизофренией. Это может свидетельствовать не только о нарушении семейных отношений у пациентов, больных шизофренией, но и о базовых нарушениях объектных отношений, нарушении привязанности. Семья теряет значимость для больных шизофренией, они остаются одни, нарушается связь с родом. Также можно предположить, что у пациентов отсутствует внешний или внутренний Мудрец, способный трезво оценивать реальность, анализировать и объективно воспринимать окружающий мир, корректировать действия на основе результатов поведения и выбранных решений. Им не хватает жизненной мудрости.

В сказках здоровых людей значимо больше сюжетов, связанных с физическим и умственным развитием, постановкой цели и определенными препятствиями на пути ее достижения. Основной конфликт, более характерный для здоровой выборки – это отсутствие чего-либо и попытки это отыскать. Можно, заметить, что в сказках здоровых испытываемых часто встречается тенденция измениться, жить лучшей, более полноценной жизнью, открывать свои внутренние ресурсы. Для этого главные герои сказок здоровых испытываемых готовы преодолевать трудности, идти вперед, принимать любой, пусть даже и негативный опыт.

Напротив, сказки больных шизофренией отличаются пассивностью главного героя, отсутствием у него

определенной цели. Создается ощущение, что у них все заморожено – нет развития, нет движения, нет поиска, нет течения жизни. Как уже отмечалось выше, чтобы решать конфликты и преодолевать трудности, чтобы переживать любой опыт, необходимо иметь сильное Эго. В связи со слабостью своего Эго больные шизофренией остаются неспособными решать эти трудности и прибегают к защите в виде отказа от развития и поиска себя через, отказа от освоения мира.

Отдельного внимания заслуживает исследование феномена потенциала мифотворчества. Потенциал мифотворчества – это количество тем-признаков в мифологии человека. Изначально авторами предполагалось, что потенциал мифотворчества здоровых людей будет выше, чем у пациентов, больных шизофренией, так как высокий потенциал мифотворчества и многофункциональность личного мифа предполагает многомерность психического пространства и сознания. Однако, значимых различий между двумя выборками выявлено не было. Для объяснения данного феномена требуются дальнейшие, более развернутые исследования. Пока можно предположить, что это связано также с универсальностью коллективного бессознательного и отсутствием различий при обращении к архетипическому содержанию у здоровых людей, невротиков и психотиков.

Выводы

Подводя итог, необходимо отметить, что мифологическая идентификация наблюдается как у здоровых людей, так и у людей, больных шизофренией. Основные темы, сюжеты и конфликты универсальны для обеих выборок и не имеют значимых различий. Однако мифологическая идентификация больных шизофренией отличается некоторыми особенностями, связанными со слабостью Эго таких испытываемых, сниженной способностью к символизации, неспособностью тестировать реальность и использованием примитивных защитных механизмов, нарушением объектных отношений и привязанности. Так, для испытываемых, больных шизофренией характерно меньшее число сказок собственного сочинения (в основном, это автобиография или пересказ известной сказки), сказок с наличием конфликта, в частности внутреннего конфликта, достаточно много сказок с незавершенным сюжетом по сравнению со здоровой группой испытываемых. Главный герой личной мифологии больных шизофренией в отличие от контрольной группы – это изгой, подвергающийся гонениям и непохожий на других. Для него не так ценно его семейное окружение, в его жизни остается в тени архетип Мудреца (внешнего или внутреннего), помогающего главному герою справляться с трудностями, объективно видеть себя и мир, принимать нужные решения.

При исследовании мифологической идентификации с определенными сюжетами выявляется, что у больных шизофренией значимо меньше сюжетов о физическом, умственном или личностном развитии, сюжетов поиска изменений и улучшения жизни, а также сюжетов о пре-



пятствиях и достижении цели. В связи со слабостью своего Это больные шизофренией остаются неспособными справляться с жизненными трудностями и прибегают к защите в виде отказа от развития и поиска себя, отказа от освоения мира. Гипотеза о различном потенциале мифотворчества у изучаемых групп не подтвердилась, количество тем-признаков, содержащихся в мифологемах здоровых людей и людей, больных шизофренией не имеет значимых различий. Для объяснения данного феномена требуются дальнейшие, более развернутые исследования.

Список литературы:

1. Бобурова А.А. Сказка и миф: различия и единство // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. Вып. 5. – СПб.: Изд-во АНО «ИПП», 2011. – С. 12 – 18.
2. Елфимова М.М., Мельникова Д.В. Мифологическая составляющая Я-образа учителя // Психология и соционика межличностных отношений. – 2013. - №1(121). – С.5-15.
3. Зайцева-Пушкаш И.А. Шизофрения: опыт юнгианского анализа. Клинико-историогенетический метод исследования. – М.: Издательский дом Видар-М, 2010. – 520 с.
4. Зеленский В.В. Толковый словарь по аналитической психологии. – М.: Когито-Центр, 2008. – 336 с.
5. Косов А.В. Мифологические формы сознания как механизмы, обеспечивающие психическое и психологическое здоровье // Раннее детство в современном мире: философский, медико-социальный, психологический анализ. Сб. науч.-мет. материалов конкурса социальных технологий науч. иссл. им. Е.М. Мастюковой. – Калуга, 2005. – С.44-47.
6. Косова Н.Н., Косов В.М., Костянова Н.С. Мифологические формы сознания: функции и механизмы // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. Раздел 6. Комплексное изучение человека. Психология. Педагогика. – 2006. – 1,0/1,5. – С.462-478.
7. Коган Я. М. Переживание гибели мира и фантазия о повторном рождении при шизофрении / Я.М. Коган. – Ижевск: ERGO, 2011. – 48 с.
8. Мещерякова Э.И. Персональный миф в психологическом консультировании: Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. – Томск, 2001. – 318 с.
9. Мишучков А.А. Специфика и функции мифологического // Альманах «Восток». – 2004. - №7(19).
10. Патопсихология. Психоаналитический подход: Теория и клиника. Учеб. Пособие для студентов вузов / Под ред. Ж. Бержер; Пер. с фр. И науч. ред. А.Ш. Тхостова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 397 с.
11. Сапогова Е.Е. Жизнь и судьба: построение индивидуальной мифологии, самопроектирование и субкультура личности // Известия ТулГУ. – Серия «Психология» / Под ред. Е.Е. Сапоговой – Вып.3 – Тула: Тул ГУ, 2003. – с.195-214.
12. Сапогова Е.Е. Легенды о себе: к проблеме интерпретации личностных мифологем взрослых в психологическом консультировании // Психологическая служба (Минск). – 2003. - №2. – С.88-102.
13. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. – СПб.: Изд-во Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2004. – 296 с.
14. Чудова Н.В. Мифологическая составляющая образа «Я» // Психологический журнал. – 1999. – Т.20. - №5. – С.45-50.
15. Элиаде М. Аспекты мифа. – М.: Инвест-ППП, 1996. – С.44-46.
16. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. - М.: Прогресс-Универс, 1993. – С.67-71.
17. Юнг К.Г. Работы по психиатрии. – СПб.: Гуманитарное агентство «Академический проект», 2000.

Mythological identification peculiarities study of healthy condition and schizophrenia patients, based on fairytales analysis

IVANOVA NATALYA A. [1], SHEVELENKOVA TATYANA D. [2]

[1] clinical psychologist in Psychiatric Clinic No 14.

[2] professor of neuro and pathopsychology department of Institute of psychology of L.S. Vygotskogo of Russian State University of the Humanities, practicing counseling psychologist.

The study contains fairytales analysis, composed by people with schizophrenia and by group of “normal” in order to define a mythmaking potential, as well as mythological identification peculiarities study (of the main archetypes, archetypal story schemes, conflict types and ways of their solution) in these samplings. The authors reveal significant differences in the presence and type of conflicts, using the methods of statistical inference, identifying with a certain type of character, his surroundings, the course of the story in the fairytales of the normal group and of the schizophrenia patients group. Analysis of the obtained data during the study, confirms the universality of archetypal contents for all people on one hand, and reveals the differences in the mythological identification of healthy people and people with schizophrenia on the other hand.

Keywords: mythological identification, the potential of mythmaking, archetypal images, schizophrenia.



Эмоционально-волевые нарушения вследствие травм детства

ПОДОЛЬСКАЯ О.В.

клинический психолог, Институт Психотерапии и Клинической Психологии, г. Москва

В статье показано, как повышенная эмоциональная ранимость, раздражительность, склонность к зависимому поведению и патологическим чувствам может быть следствием детских травм. Автор рассматривает физиологические последствия влияния детской травматизации и ее взаимосвязь с образованием патологической вины, токсического стыда, перфекционизма, прокрастинации, зависимостей, выученной беспомощности и тому подобных нарушений эмоционально-волевой сферы, и приводит основные этапы коррекции подобных состояний и их методику. В частности, приводится подробный разбор авторского метода Волшебного Путешествия с описанием клиентского случая женщины с патологическим чувством вины и заниженной самооценкой. В статью включено описание ее собственных впечатлений от применения этого метода. В результате психотерапии самооценка стала более адекватной, ощущение вины перед всеми уменьшилось, и клиентка изменила свою жизнь к лучшему: в частности, нашла новую работу, рассталась с не подходящим ей мужем и стала больше внимания уделять себе.

Ключевые слова: жестокое обращение, токсический стыд, патологическая вина, перфекционизм, прокрастинация, психологическая зависимость, психологическая травма, раздражительность.

Очевидно, что проблемы нарушений эмоционально-волевой сферы человека являются актуальными для современного общества. Болезненный перфекционизм, патологическое чувство вины, токсический стыд, эмоциональная зависимость, прокрастинация, раздражительность, повышенная эмоциональная ранимость нередко встречаются у клинически вполне здоровых людей. Вместе с тем, обращение за профессиональной помощью людей с подобными нарушениями нередко откладывается, поскольку возникновение этих черт может быть связано с детской травматизацией, и к взрослому возрасту такие черты становятся привычными и воспринимаются Эго-синтонными, составляющими ядро личностной идентификации (напр. «Я - перфекционист») и не подразумевающими надежды на улучшение (напр. «Я настолько плох, что недостоин помощи»).

В данной работе показано, как именно нарушения эмоционально-волевой сферы формируются вследствие детских травм.

Описание механизма, который приводит к Эго-синтонному восприятию подобных нарушений, в практической работе способно облегчить переход к Эго-дистонному их восприятию, т.е. восприятию как чего-то внешнего, не свойственного здоровому ядру личности.

Приводятся примеры действия конкретных методик, способных устранить травматические последствия в эмоционально-волевой сфере, помочь присвоению утраченных в травматических обстоятельствах ресурсов и восстановить целостность личности.

Важным является рассмотрение взаимосвязи физиологических изменений вследствие травматизации и компенсаторно формирующихся личностных черт, поддающихся коррекции.

Физиологические последствия детской травматизации у взрослых

Эмоционально-волевое поведение вообще, и его нарушения в частности, с физиологической точки зрения являются отражением работы мозга. А именно, эмоциональный настрой и эмоциональная ориентировка в окружающей обстановке в значительной степени определяются функциями таламуса, гипоталамуса и лимбической системы, в частности гиппокампа [1]. Таким образом, можно сказать, что в современной физиологии принято положение о наличии взаимосвязи между физиологическим состоянием тела и психологическим состоянием человека, в частности через функции древних отделов мозга, координирующих «тело и разум» при эмоционально-волевом управлении.

В настоящее время существует большое количество исследований, доказывающих, что психологическая травматизация в детстве коррелирует с определенными изменениями некоторых отделов мозга во взрослом возрасте. Так, исследователями установлено, что наличие в детском анамнезе хронической психологической травмы (пренебрежения или жестокого обращения в детстве) влечет специфические изменения в ключевых областях мозга внутри и вокруг гиппокампа у молодых людей во взрослом возрасте [2].

Последствия травмы отображались на сканах их мозга независимо от того, развивались ли у молодых людей расстройства, которые можно диагностировать. Невзирая на их психический статус, пережившие жестокое обращение показывали снижение объема порядка 6% от нормы в двух частях гиппокампа по сравнению с людьми, не переживавшими насилия. Другими словами,



ранний стресс делает мозг на физиологическом уровне менее устойчивым к позднему стрессу.

Действительно, сканирование мозга взрослых, страдающих депрессией и ПТСР, часто показывает уменьшение размера гиппокампа. Эти открытия также помогают объяснить возможный путь от жестокого обращения с детьми до эмоционально-волевых нарушений у взрослых, от депрессий [3] до зависимостей [4]. В частности, по некоторым исследованиям физическое насилие, пережитое в детстве, коррелирует с алкогольной зависимостью; а сексуальное злоупотребление связано с наркотической зависимостью [5].

Из этого можно сделать вывод, что следствием детской травматизации во взрослом возрасте может являться существенное снижение толерантности к стрессу или к определенным видам стресса, феноменологически воспринимающееся как беспомощность в определенных ситуациях, физическая невозможность предпринять конструктивные действия. К сожалению, для подобной подверженности стрессу действительно есть измеримые физиологические предпосылки. Методики психотерапевтического вмешательства обязаны учитывать подобные обстоятельства, обеспечивая ресурсную поддержку процессов клиента.

Механизм формирования эмоционально-волевых нарушений

Волевое поведение - это способность к выбору цели деятельности и внутренним усилиям, необходимым для её осуществления.

В бытовом сознании воля противопоставляется желанию: главное в волевом акте воспринимается как сознание ценностной характеристики цели действия, то есть соответствие цели действия внешним принципам и усвоенным нормам личности: для субъекта воли считается характерным переживание «надо», «я должен», а не переживание «я хочу». Осуществляя волевое действие, субъект противостоит власти актуальных потребностей, импульсивных желаний [6].

В подобных случаях сила воли рассматривается как нечто, противоречащее свободным проявлениям человека: именно с таким пониманием воли мы сталкиваемся у лиц с эмоционально-волевыми нарушениями, чаще всего в отношении себя у них присутствует жестокая самокритика, а то и самоуничтожение.

Подобное восприятие воли и отношение к себе непосредственно приводит к развитию патологической вины и токсического стыда за свое «безволие».

При этом, нельзя сказать, что у таких людей нет воли — но их воля направлена в сторону саморазрушения, отказа от удовлетворения своих потребностей, и таким образом лишает их возможности самоподдержки и тем провоцирует поведение, которое они же сами по большей части считают неконструктивным.

«Сила воли» в этом случае выражает высокомерные попытки человека современной эпохи манипулировать окружением и управлять самим собой и собственной жизнью как каким-нибудь объектом. Такого рода «воля» противопоставляется желанию [7]. При эмоционально-волевых нарушениях вследствие травм детства первое, что необходимо сделать - создать у клиента адекватное представление о нормальном функционировании психики и развитии интенциональности.

Интенциональность — это способность человека иметь намерения; структура, которая передает смысл переживанию, и обеспечивает устремленность сознания в будущее. В этом случае воля понимается не как отрицание желания, а как одна из составляющих желания на более высоком уровне.

Этот термин отражает активный оттенок и самоутверждение в намеренных действиях: воля — способность желать и достигать желаемого. Желания это мотор нашей активности, в том числе нашей самореализации и индивидуации.

С физиологической точки зрения, эмоционально-волевая система личности включает в себя следующие части волевого процесса:

1. Афферентный синтез:

1.1 Побуждение, осознание цели и влечения.

1.2 Осознание останки и возможностей достижения цели.

2.3 Принятие решения:

2.1 Борьба мотивов и выбор.

2.2 Принятие одного из возможных решений.

3. Эфферентный синтез:

3.1 Осуществление принятого решения.

3.2 Акцептор результатов действия.

Афферентный синтез обеспечивает возникновение доминанты, когда решение принято. В норме доминанта консервативна, то есть инертна, устойчива, и длительна, что обеспечивается доминирующим мотивационным возбуждением, то есть сохранением фокуса на осознании цели и влечения.

При этом доминанта наряду с этим еще и динамична, так как из множества впечатлений производит отбор пригодного подкрепления. [8]

Роль эмоций в этом процессе обеспечивает внутреннюю регуляцию и позитивное подкрепление деятельности: наличие неудовлетворенной потребности соответствует отрицательной эмоции, а ее удовлетворение - положительной. Но, очевидно, эти механизмы регуляции адекватно работают только в том случае, если человек в состоянии адекватно воспринимать свои потребности и находить способы их разумного удовлетворения. В этом случае ассоциирование положительных эмоций с успешным результатом обеспечивает формирование

целенаправленной деятельности. Именно обучение распознавать свои потребности и находить возможность их адекватного удовлетворения является одной из необходимых составляющих психотерапевтической помощи при эмоционально-волевых нарушениях.

Вегетативные компоненты эмоций мало подвержены произвольной регуляции, поэтому в случае психологического расщепления, возникающего в случае травмы, нередко встречается неверное определение своих собственных желаний и потребностей, или незнание способов их разумного удовлетворения, ведущее к проблемам с формированием целенаправленной деятельности. Регулирующая функция эмоций особенно ярко обнаруживается при конкуренции мотиваций, при выделении доминирующей потребности.

Классификация нарушений эмоционально-волевой сферы по отношению к травме

Таким образом, излишне сильные, неадекватно выраженные эмоциональные реакции на стимулы умеренной силы закономерно возникают вследствие детской травмы, и их можно рассматривать как имеющие физиологическую природу. Однако же есть существенные отличия в том, как различные люди относятся к своим реакциям, выйдя из эмоционального затопления. [9]

При этом возможны три варианта, которые соответствуют различным видам нарушений эмоционально-волевой сферы.

1. Эмоциональная ранимость и раздражительность

Отмечаются излишне сильные, неадекватно выраженные эмоциональные реакции на стимулы умеренной силы, которые могут оставаться Эго-дистонными. То есть, в этих случаях человек сам себе удивляется: как это я, такой разумный, сейчас повел себя так неразумно? Образным выражением подобных последствий травмы могла бы служить метафора физической раны: очевидно, если у человека повреждена кожа на руке, даже самое легкое прикосновение к этому месту будет вызывать сильную реакцию - но это нормальная реакция для сложившейся ненормальной ситуации, для человека с поврежденной кожей. Подобная позиция человека по отношению к своим нарушениям сулит хороший прогноз: с точки зрения самого человека, преувеличенная реакция на что-то не делает его ненормальным, а просто подсказывает, где именно необходимо подлечить раны.

2. Идентификация с травмой

К сожалению, именно в случае ранней, детской травматизации с течением времени неадекватные реакции могут становиться Эго-синтонными и приводить к

идентификации с травмой, то есть к самоопределению через последствия травматизации. Метафорически это можно выразить так: если я - это тот, кто раним, то если я перестану быть ранимым, это буду уже не я! Именно этот второй путь предполагает не просто ранимость либо раздражительность, но образование зависимостей как доступа к «запрещенным» чувствам: если я такой ранимый, то силы у меня нет, и тогда мне нужен кто-то сильный, кто меня будет защищать (=эмоциональная зависимость). Если же я, наоборот, сильный, то в «запрещенные» чувства может попасть эмоциональная чувствительность — и тогда мне окажется нужно что-то, что поможет мне расслабиться и испытать близость с другими (напр. алкоголь) [10].

3. Объектное отношение к себе

Логическим следствием всего вышеперечисленного может становиться крайне негативное, объектное отношение к себе. В этом случае прогноз психотерапии или лечения наименее благоприятный: в подобных случаях формируются патологические чувства: токсический стыд, патологическая вина, эмоциональная зависимость, болезненный перфекционизм и т.п.

Если воспользоваться метафорой физической травмы, то это человек, который не только ранен, но еще и потерял чувствительность: он не чувствует, что его рука повреждена, но при этом считает себя виноватым из-за того, что не может ею двигать как остальные люди, стыдится этого и скрывает, порой даже от самого себя.

Прогноз наихудший из всех вышеперечисленных, поскольку в этом случае обратиться за профессиональной помощью - это означает для человека не столько получить облегчение своих страданий, сколько подвергнуть себя еще большему страданию, открыто признавая свое несовершенство, с которым, по его ощущению, ничего нельзя сделать (оно Эго-дистонно, то есть по его собственным ощущениям является неотъемлемой частью личности этого человека).

Роль детских травм в формировании эмоционально-волевых нарушений на примере перфекционизма

Так, например, в случае болезненного перфекционизма имеет место внутренний конфликт. На примере частного случая (невозможности закончить работу из-за ее неидеальности) можем рассмотреть возникающий конфликт двух желаний:

- а) желания закончить работу в обозримый срок;
- б) желания выполнить работу идеально, без ошибок и с гарантированным успехом.

К сожалению, в общем случае никакие наши действия в прошлом не гарантируют никаких последствий в будущем, - то есть, гарантированный успех недостижим.



Собственно, болезненность перфекционизма как раз и заключается в том, что в попытке обеспечить гарантированный успех он либо мешает вообще закончить работу, либо ее окончание связано с таким количеством самокритики и негативных эмоций, что не приносит удовлетворения. В этом случае воля исполнителя, парадоксальным, но вполне конструктивным образом, должна была бы быть направлена на то, чтобы простить себе заранее возможные несовершенства работы, чтобы закончить ее в срок и испытать удовлетворение. Но, увы, как раз этому-то и препятствует ранняя детская травматизация: как известно, нередко родители становятся самыми строгими детскими критиками, а не учат детей разумно относиться к возможности ошибок. Поэтому в результате эмоционально-волевых нарушений механизм эмоциональной регуляции человека с детскими травмами не обеспечивает ассоциирование положительных эмоций с успешным результатом и, таким образом, не обеспечивает формирования конструктивного поведения. Очевидно, что управление эмоциями необходимо в качестве физиологического механизма воли - а воля нужна, чтобы следовать своим истинным желаниям.

Общие рекомендации по коррекции эмоционально-волевых нарушений вследствие травм детства

В общем случае психологическая помощь включает в себя следующие этапы:

1. Создать у клиента адекватное представление о нормальном функционировании психики и развитии интенциональности. Очевидно, что при нарушениях развития этих качеств вследствие травм детства представление об интенциональности как доступе к своим желаниям и воле к их осуществлению будет искаженным.

2. Перевести восприятие собственных несовершенств из Эго-синтонного в Эго-дистонное представление. Для этого могут использоваться любые методики экстерниоризации проблемы [11].

3. Выяснить, с какой конкретно травмой, либо ситуацией пренебрежения, либо разновидностью жестокого обращения в детстве ассоциируется у клиента его нарушение эмоционально-волевой сферы [12].

4. Сформировать адекватную картину происшедшего, с точки зрения каузальных причинно-следственных взаимосвязей, с целью укрепления Эго, пострадавшего в травматической ситуации, в которой ребенок не мог в силу возраста осмыслить и адекватно прочувствовать, что и почему происходит в его жизни, — в результате чего нередко со свойственным детям эгоцентризмом считал ответственным или даже виноватым себя [13].

5. Воспользоваться методиками доступа к бессознательному, позволяющими адекватно присвоить ресурс, доступ к которому был утрачен в детстве в травматической ситуации. Когда слабое детское Эго не справляется

с осознанным проживанием происходящего, возникает травматическое расщепление, и для его устранения необходимы специальные профессиональные методы, например нижеизложенный.

Метод Волшебного Путешествия, автор - Подольская О.В.

Главная цель метода - восстановить утраченную в травматических обстоятельствах целостность личности, отыскать те ресурсы, которые были утрачены из-за травмы, иными словами - по сути, изменить себя, а не прошлое, хотя выглядит упражнение именно как работа с прошлым по его изменению и преобразованию. В реальности прошлое, разумеется, остается прежним, и принятие этого факта - необходимое условие успеха предложенного метода. Для безопасного применения метода необходимо предварительно убедиться в том, что у клиента уже сформировано адекватное представление о том, куда именно должна быть направлена его воля (интенциональность) и восстановлен доступ к собственным чувствам, эмоциям и потребностям.

Тем не менее, даже при этих условиях, в случае работы с детской травмой мы чаще всего столкнемся с неадекватным, «детским» восприятием происшедшего в прошлом. Взрослый человек при размышлениях о детской травматической ситуации часто концентрируется на своей ответственности за то, что он этой ситуации не избежал: плохо себя вел, не слушался или что-либо подобное. Ответственность эта неотторжима: раз уж не избежал - последствия наступают неминуемо; но это отнюдь не означает, что именно ребенок виноват в происшедшем. В норме за ребенка должны отвечать родители или другие взрослые. Но вряд ли они ему в тот момент об этом говорили - именно поэтому при работе с детской травмой у взрослых мы по большей части встречаемся с непониманием каузальных закономерностей, т.к. происшедшее в травматической ситуации часто воспринимается в лучшем случае тотальным беспричинным злом, а в худшем клиенту по-прежнему может казаться, что во всем виноват он и только он, хотя в случае детских травм понятно, что он был ребенком и нуждался в помощи и защите. Для реконструкции зрелых механизмов мышления и оценки в этой ситуации необходимо обсудить с клиентом основные аспекты травматической ситуации, иногда в течение нескольких встреч, см. следующий раздел.

Подготовка: вопросы для обсуждения

1. Описание травматической ситуации.

Какой именно факт из прошлого вы считаете травматическим? Как влияние этой травмы сейчас сказывается на вашей жизни? Опишите, как это происходило. (Ино-



гда всплывают в памяти несколько однотипных фактов - тогда их вполне можно прорабатывать «списком». Если же всплывают в памяти травмы разнородные, имеет смысл разделить их по разным путешествиям.)

2. Восстановление нормальной картины мира.

Подумайте над тем, как должна была бы развиваться ситуация в идеале? Как можно было предупредить негативные последствия? Что должны были сделать нормальные взрослые в этих обстоятельствах? Если травматическое событие все же случилось - как можно было бы уменьшить его влияние, что объяснить, в чем помочь? Кто должен был это сделать - взрослые, милиция, администрация, кто вообще мог бы прийти на помощь в этой ситуации?

3. Реконструкция причинно-следственных связей.

Как следует оценить действия тех, кто нанес вам травму? Почему они это сделали - по злему умыслу, глупости или небрежности? Что привело к тому, что они допустили эти просчеты? Какие обстоятельства их собственной жизни могли на это повлиять?

3. Активация взрослых ресурсов

Если бы вы увидели в аналогичной ситуации какого-то другого ребенка, как бы вы оценили то, что с ними происходит? (Здесь хорошо привлечь образы собственных детей, в случае их наличия, или образ любого ребенка, к которому клиент тепло относится.)

4. Обсуждение целей Волшебного Путешествия

Получив психологическую травму в какой-то ситуации, человек начинает бессознательно бояться подобных ситуаций и вообще избегать их, что существенно обедняет его жизнь. Для возвращения красок жизни можно пойти в Волшебное Путешествие, чтобы «исправить» прошлое - в результате чего тот ресурс, который был в нём утрачен, возвращается в настоящее. Цель Волшебного Путешествия - познакомиться с собой-Ребенком, который попал в травматическую ситуацию, обменяться с ним ресурсами и помочь ему преодолеть травматическую ситуацию без потерь, а также зафиксировать новый ресурс. Готовы ли вы отправиться в Волшебное Путешествие?

Пример применения метода Волшебного Путешествия

Клиентка М., 29 лет, высшее медицинское образование, привлекательная внешность, замужем, ребенку 4

года, обоснованные жалобы на заниженную самооценку и патологическое чувство вины. Считает себя некрасивой и неспособной. Воспринимает себя недостойной помощи, не может себе позволить тратить на это средства: пришла на психотерапию бесплатно, в обмен на разрешение публиковать материалы в открытых источниках. Не может решиться искать более квалифицированную работу, хотя денег крайне не хватает. Подрабатывает уборщицей за низкую зарплату, хотя прекрасно владеет компьютером и видит возможности более квалифицированного заработка. Не может отказать, когда просят помочь. Вот как она описывает свое Волшебное Путешествие:

Травматическая ситуация:

Мне 7 лет, я заканчиваю первый класс. И после какой-то ссоры с родителями, мама и папа сидят напротив меня на диване, я стою, а они меня спрашивают: «Ты что, на самом деле считаешь, что ты самая умная и красивая?» «Да!» - говорю я. И они начинают меня воспитывать и разубеждать.

Моя память начисто вытеснила детали разговора, но помню, что я с ужасом понимаю, что я на самом деле плохая, что нельзя себя ставить выше других, что так себя вести нехорошо, и что родители мною серьезно недовольны. Я обижена, мне кажется, что они не правы, но они каким-то образом убеждают меня в обратном. И с этого момента моя жизнь делает резкий поворот.

В классе у меня были тайные недоброжелатели, но раньше я противостояла им с уверенностью маленького наглого бультерьера и они не решались открыто со мной воевать. Но когда я «дала слабинку», то все покатило по наклонной. И, самое главное, я стала бояться, что я не соответствую ожиданиям родителей и что Хорошая Девочка должна быть скромной.

Волшебное Путешествие:

«Моим Волшебным Местом стал Оазис в пустыне. Вокруг пески, светит палящее солнце, а на моей поляне оно превращается в Солнышко, которое уютно греет меня. Журчит ручеек, вокруг мягкая изумрудная трава, прекрасные цветы, которых я даже не видела, яркие краски, летают огромные разноцветные бабочки и нежно щебечут яркие птички колибри.... Я ложусь в мягкую уютную траву и устало смотрю, как по голубому небу плывут белые пушистые облака, похожие на разные зверюшек и моя усталость куда-то уходит. Посредине полянки стоит мое Волшебное Дерево. Это Баобаб (первая ассоциация, которая пришла в голову, и потом я поняла, почему им оказался именно баобаб). Он огромный, с ветвистыми корнями, толстым витым стволом и густой зеленой кроной. Баобаб дает мне возможность укрыться от солнца и насладиться красотой полянки. Я встаю и зову Девочку.



Моя Девочка веселая, и по-хорошему наглая. У нее храбрый вид и уверенность, что она свернет горы и тучи разведет руками, и что круче ее нет.

Она, широко раскрыв глаза, бегаёт по полянке, нюхает цветы, пытается поймать бабочек и ей не хочется вести со мной душеспасительные разговоры. Еще бы, ведь вокруг столько интересного! И я оставляю ее на полянке, а сама иду, туда, к родителям Девочки, которые готовятся ее отчитать.

Я вижу, что у Мамы на коленях лежит тетрадка с тройкой и пометкой «за грязь», на самом деле, почерк у Девочки....., хм, гениальный, ничего не разберешь! И я вспоминаю, за что ее начали воспитывать. Пока Девочка наслаждается полянкой, я сажусь перед Родителями и понимаю, что меня начинает трясти и что разговор легким не будет. Но я его все-таки начинаю.

Дорогие Родители! Сейчас я сижу перед вами, ваша Взрослая Девочка на четвертом десятке. У меня за плечами уже свой опыт, разный и сложный. И я понимаю, что вы хотите своему единственному и горячо любимому ребенку только хорошего и сейчас из лучших побуждений вы скажете то, что круто изменит ее жизнь в дальнейшем.

Мама, ты ведь всегда любила книгу про Маленького Принца и читала ее своей дочке не один раз? Так вот сейчас вы с папой своими руками бросаете на ее маленькую Планету маленькое семечко баобаба. Оно еще маленькое и ничего страшного в этом нет, но чем дальше, тем больше будет расти баобаба.

И ваша Девочка будет расти, и чем старше она будет становиться, тем судорожнее она будет бегать по своей Планете и постоянно бороться с побегами Баобабов, которые родились из этого семечка. Потому что если она не будет с ними бороться, они разорвут ее Планету на куски. Остановитесь и подумайте, ЗАЧЕМ вы ей это сейчас скажете? Она не самая умная? Поэтому вы в 6 лет отдали ее в школу, потому что она уже больше двух лет умирала от скуки в садике.

И пока ее 7-8-летние одноклассники с трудом читают «Мама мыла раму», ваша деточка втихаря от вас проглотила «Мастера и Маргариту», заучив сцену про варьете, бал Маргариты и поимку кота-Бегемота, наизусть, и рыдает над нележкой судьбой Эсмеральды. А потом она вешает одноклассникам лапшу из адской смеси всего прочитанного на уши и все сидят, раскрыв рот, и ей верят. И с ней интересно и не скучно. Она не самая красивая? Поэтому ее единственную из всего класса защищают мальчики, и после уроков она не участвует в войне «Мальчики против девочек», она сидит на куче портфелей и снисходительно наблюдает. И самый красивый мальчик класса заглядывает ей в глаза и кричит: «Машку не бить!».

И поэтому девочки готовятся идти на нее войной, но она выстояла бы против этой войны, потому что сейчас у нее за спиной Крылья.

Папа! Я очень тебя люблю, я знаю, что ты меня безумно любишь и что ты хочешь, чтобы я была счастлива и не повторила судьбу твоей эгоистичной сестрицы, чего ты так боишься. Поэтому ты строишь своего ребенка под свой Идеал – Маму-Хорошую Девочку. Ты всю жизнь с гордостью повторяешь мне фразу, от которой мне хочется напиться и завывать на Луну. «Я заказывал маме Девочку, похожую на нее, и ты все больше становишься на нее похожей!» А я не хочу быть Хорошей Девочкой, я не хочу быть похожей на Маму, потому что я Другая!!!!

Мама, я всегда тобой восхищаюсь и тебя люблю, на самом деле, ты редкий человек, потому что ты – Истинная Хорошая Девочка. Ты не играешь роль, ты не притворяешься, ты просто так живешь, хотя сейчас я уже взрослая тетка, понимаю, что временами даже настоящим Хорошим Девочкам иногда надо превращаться в Плохую.

Потому что даже самая лучшая Девочка, таща беременная санки с бидонами с молоком, потому что ее заставили, должна была послать к черту партию, правительство, комсомол и шефский совхоз во главе со старыми крысами из родной школы.

И потому что даже самая Хорошая Девочка должна была послать наглую золотку по тому же адресу, когда та приезжала и начинала строить всю семью, включая твою дочь.

И потому что таких «потому что» было дофига, но ты отважно с ними сражалась в одиночку, потому что Хорошие Девочки не посылают никого и они сильные, мудрые и смелые и всегда держат себя в руках. Но я не Хорошая Девочка!

Я просто внутри не она, но я всю жизнь притворяюсь и пытаюсь ею стать. И внешне это потрясающе получается, только внутри меня прут чертвы Баобабы и они рвут меня на части.

Но я боюсь стать Плохой Девочкой, потому что меня осудят, и потому что «Хорошие Девочки так себя не ведут!». Ты Хорошая Девочка, потому что это твой внутренний мир, потому что ты так живешь, потому что ты так чувствуешь. Я Хорошая Девочка, потому что от меня этого всю жизнь ждали: сначала вы, потом окружающие. И я устала так жить.

Я знаю, что вы действуете из лучших побуждений, но сейчас вы одной фразой хрустнете Девочкиными крыльями. Оставьте ее в покое! Да, она самоуверена и, может быть, даже излишне, но, во-первых, у нее пока есть на это веские основания.

Она будет расти, и сталкиваться с разными ситуациями и жизнь ее обломает. Но когда тебе ломает Крылья Жизнь, то тебе легче встать, отряхнуться, наложить на Крылья шину и ждать, когда все само собой зарастет, а потом идти дальше.

А когда тебе ломают Крылья близкие и делают это насильно, даже из самых лучших побуждений, то ты

встаешь, и плетешься по дороге, придерживая сломанное крыло, и крыло вроде кое-как зарастает, а взлететь уже не получается, срослось неправильно, костная мозоль мешает.

Даже если сейчас Девочка шмякнется на землю, она вскочит, может быть, даже поревет, но пыль слетит с нее и она побежит дальше, потому что за спиной у нее есть вы. ВЫ – ее Боги, небожители практически которые всегда знают выход из любой ситуации и спасут и помогут ежели что.

Не говорите ей, что она не самая умная и красивая, ведь вы так не считаете в глубине души, вы же ей гордитесь, вы ее любите, не рушите вы ее уверенность в этом. Отругайте ее за корявый почерк и грязь в тетрадке, но не развивайте тему дальше.

НЕ НАДО!!!! Хорошим Девочкам надо иногда быть Плохими, чтобы глотнуть свободы и даже набить шишек.

И тут я заплакала в реальной жизни, потому что я понимаю, что не скажу родителям этого вслух, они и так слишком тяжело переживают свои педагогические проколы и, в общем-то, все понимают сами. И потому что мне жалко ту боевую Девочку, которая могла быть разной: и Хорошей и Плохой и ловила от этого кайф. Я обняла родителей, поцеловала их и сказала, что, что бы между нами не случилось, я их буду любить такими, какие они есть и знаю, что они меня любят такой, какая я есть. И ушла к своей Девочке.

Я обняла ее и, молча, отвела к родителям. Родители наворчали на нее за грязную тетрадку и за тройку, она честно покаялась и поскакала втихаря читать какую-то книжку, которую она стащила у родителей и припрятала под учебниками. Крылья Девочки весело болтались за спиной, она расправила их, и пошла легкой поступью дальше, не сомневаясь, что она и умная и красивая и все у нее будет хорошо!

А я вернулась к Баобабу. Я обняла его толстый шершавый ствол и проплакала навзрыд все, о чем написала. И отдала ему обиду на родителей, маску Хорошей Девочки и чувство вины за свое несовершенство.

Мне в этом Путешествии было неважно, что ответят мне родители, я знаю, что они это понимают про себя. Я поняла, что Девочка не хочет переживать по этому поводу, она еще пока не попала в эту ситуацию и не надо ей что-то объяснять и втолковывать. Пусть любит бабочками и живет в мире сказок. Я почувствовала облегчение от того, что я мысленно предупредила ситуацию и позволила своей Девочке быть разной».

Катамнез

В течение нескольких недель клиентка изменила гардероб на более привлекательный. Изменились осанка, походка, самовосприятие. Через два месяца она нашла более высокооплачиваемую работу с оплатой почти в

три раза выше. Через полтора года развелась с мужем, которого ранее приходилось «тащить на себе». Стала больше времени уделять себе и своим желаниям.

Заключение

Таким образом, благодаря работам многочисленных исследователей мы видим, как именно под влиянием детских травм могут формироваться нарушения эмоционально-волевой сферы на физиологическом уровне. Многие из них феноменологически воспринимаются как беспомощность, физическая невозможность предпринять конструктивные действия, для которой есть измеримые физиологические предпосылки.

В подобных случаях «возвращение клиенту ответственности» за его поведение может восприниматься как бессмысленная жестокость, подкрепляющая патологическое чувство вины или самоосуждение, а не приближающее процесс изменения.

К счастью, даже невзирая на физиологические последствия детской травматизации, психотерапевтическая помощь в большинстве случаев может быть вполне успешной, если она строится прежде всего на отыскании дополнительных ресурсов и укреплении Эго, в том числе путем разъяснения психофизиологических закономерностей.

Следует помнить важные принципы, на которых по физиологическим причинам должна строиться работа с эмоционально-волевыми нарушениями:

1. Для успешной работы необходимо формирование более сильного очага в л. подход, а обучение адекватному восприятию своих потребностей и нахождению способов их разумного удовлетворения.
2. Постановка перед клиентом маленьких, конкретных, легко достижимых целей, за достижение которых он мог бы себя похвалить. В этом случае успешный результат ассоциируется с положительными эмоциями и обеспечивает формирование целенаправленной деятельности.
3. Использование методик доступа к бессознательному, позволяющих отыскать ресурс, доступ к которому был утрачен в детстве в травматической ситуации, и адекватно им воспользоваться.

Использование подобных методик клиентом нередко может восприниматься как чудо, но профессионал должен помнить, что чудо не работает, если заранее не будет проведена предварительная работа по формированию зрелого Эго и разъяснению психофизиологических закономерностей функционирования психики.

Список литературы:

1. Данилова Н.Н. Физиология высшей нервной деятельности /Данилова Н.Н., Крылова А.Л.. - Ростов н/Д: «Феникс», 2005. — 478 с.



2. Teicher M.H. Child Abuse, Brain Development and Psychopathology. - USA, MA: Harvard Medical School, Developmental Biopsychiatry Research Program McLean Hospital, 2012
3. Chapman, D. P., et al. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood // *Affective Disorders* - 2004. - Vol. 82, №2.
4. Dube, S. R., et al. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study//*Pediatrics* - 2005. - Vol. 111, №3.
5. Swogger M.T., Conner K.R., Walsh Z., Maisto S.A. Childhood abuse and harmful substance use among criminal offenders//*Addictive Behaviors* - 2011. - Vol. 36, №12.
6. Селиванов В.И. Воспитание воли в условиях соединения обучения с производственным трудом. - М.: Высшая школа, 1980
7. Мэй Р. Любовь и воля, - М.: «Винтаж», 2011. — 288 с.
8. Higgins E.S., George M.S. The Neuroscience of Clinical Psychiatry: The Pathophysiology of Behavior and Mental Illness - USA, Chicago: LWW, 2013. - 336 p.
9. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. - М.: «Речь», 2006. — 248 с.
10. Weinhold B., Weinhold J. Healing Developmental Trauma: A Systems Approach to Counseling Individuals, Couples, and Families. - USA: Love Publishing Co, 2010. - 434 p.
11. Гордеев М.Н., Гордеева Е.Г. НЛП в психотерапии. - М: Издательство Института Психотерапии, 2008. - 272 с.
12. Mindell A. Quantum mind. The Edge Between Physics and Psychology. - USA: Lao Tse Press, 2000. - 632 p.
13. Кернберг О. Развитие личности и травма// *Persönlichkeitsstörungen*. - 1999
14. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. - USA: American Psychiatric Publishing, Inc, 2005. — 652 p.

Emotional and volitional disorders as a result of childhood trauma

PODOLSKAYA OLGA

Clinical Psychologist, Institute of Psychotherapy and Clinical Psychology, Moscow

Article illustrates the way increased emotional vulnerability, bad temper, tendency towards addictive behavior and pathological emotions can be rooted in childhood trauma. Author covers physiological effects of childhood trauma and its interrelation with formation of pathological guilt, toxic shame, perfectionism, procrastination, addictions, learned helplessness, and other similar disorders of emotional and volitional spheres, and describes main stages of correction of similar conditions and its methodology. In particular, author goes into details of 'Magic Journey' method with description of client's case of a woman with pathological guilt and low self esteem. The article includes a description of client's own impression of using of this method. Psychotherapy resulted in bringing self esteem closer to reality, relaxation of sense of guilt, and the client had changed her life to the best: in particular, found a better job, divorced unsuitable husband, and become care for herself more.

Keywords: children abuse, toxic shame, pathological guilt, perfectionism, procrastination, psychological addiction, psychological trauma.

Моделирование психологической опоры на примере больных диабетом

РУДИНА Л.М.

кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии,
Московский гуманитарный университет, г. Москва

В статье излагается концепция формирования психологической опоры для выборки пациентов с диабетом. Представлен методологический подход к моделированию психологической опоры на основе трех психологических теорий: «Теории контроля над действием» Ю. Куля, «Спиральной модели изменений» Дж. Прохазки и Дж. Норскросса и «Уровней отношения к болезни» Э. Кюблер-Росс. Изложены результаты исследования ближнего окружения больных диабетом, проведенное компанией IpsosHealthcare. Рассматриваются приемы организации помогающего окружения и техники коучингового взаимодействия в диаде врач – пациент.

Ключевые слова: психологическая опора, окружение, цель, отношение, действие.

Существует ряд соматических состояний, так называемые ХНИЗ (хронические неинфекционные заболевания) для которых одним из наиболее значимых факторов, критичных по отношению к компенсированности и тяжести протекания является поведение самого заболевшего человека, и – что очень важно – его ближнего окружения. То есть, грамотность в отношении собственного здоровья и собственного заболевания, умение и стремление вести здоровый образ жизни, активная и ответственная позиция позволяют этим «хроникам» практически ни в чем не уступать «нормальным» людям. А если семья поддерживает не только морально, но и меняет привычки «в сторону» здоровья, прогресс становится удивительным.

Одним из наиболее тяжелых заболеваний и, одновременно, таким, для которого доказано влияние образа жизни пациента на состояние здоровья является диабет. Диабет – прогрессирующее заболевание с риском развития инвалидизирующих осложнений.

Он требует постоянной саморегуляции, жесткого самоконтроля, волевой включенности. Вместе с тем, комплаентность – приверженность лечению – при диабете – одна из самых низких. Это связывают как с психологическими особенностями диабетика, так и с применяющимися сегодня методами, моделями взаимодействия в диаде врач – пациент.

В психологическом портрете диабетика исследователи выделяли: хронический «голод по любви», защиту «заданием» стресса (Н. Пезешкиан), пассивность, склонность к нерешительности (Данбар). Для таких пациентов характерны: чувство беспомощности, страх «не справиться», желание «оставить хоть что-то приятное в этой жизни» (имея в виду, прежде всего – привычное питание), а основанная стратегия – бег по кругу, откладывание решений «на потом» и следование привычной поведенческой колеей, даже при опознавании деструктивности и опасности продолжения подобных дей-

ствий. Диабетик понимает, что – хотя бы в одной сфере – его нормальное функционирование нарушено, эндокринная «поломка» сигнализирует, что источник опасности – внутри. В то же время внешняя среда (врачи, родственники) вместо действенной помощи (таблетки от диабета), поддержки и сочувствия требует последовательных, серьезных и планомерных волевых усилий; от человека в состоянии приобретенной беспомощности ждут изменения базовых привычек, связанных с питанием и физической активностью.

Но изменение привычек, устоявшегося стиля жизни – едва ли не самая сложная личностная задача. В психотерапии любят цитировать В. Сатир: «Самая страшная сила в мире – сила привычки».

На что может опереться пациент с диабетом в формировании нового стиля жизни (при том, что он «этого нового образа жизни не просил»)?

Что, помимо специфических медицинских знаний, может помочь врачу в формировании правильного отношения к болезни у пациента и его (пациента) правильного поведения, если эта «правильность» должна быть пожизненной?

Психологическая опора

Современный человек вынужден принимать быстрые решения в условиях неопределенности (высокой средовой динамики) и лавинного поступления информации. Низкая толерантность к неопределенности повышает психическую напряженность.

Психическая напряженность – психическое состояние личности, сопровождающее переход от одного уровня регуляции к другому, более адекватному сложившейся обстановке. Психическая напряженность характеризуется активной перестройкой и интеграцией психических процессов в направлении доминирования мотивационных и эмоциональных компонентов.



В зависимости от характера влияния напряженности на психические функции выделяют следующие ее формы (Шведин Б. Я.):

- Перцептивная (затруднения восприятия).
- Интеллектуальная (трудности решения стоящей перед субъектом задачи).
- Эмоциональная (возникновение эмоций, дезорганизующих деятельность).
- Волевая (неспособность управлять собой).
- Мотивационная (неспособность ранжирования или предпочтения мотивов).

Воздействие напряженности сказывается, прежде всего, на интеллектуальных (в том числе – вербальных) функциях и эмоциональном фоне.

Психологическая устойчивость – характеристика личности, состоящая в сохранении оптимального функционирования психики в стрессогенных условиях. Она зависит от:

- типа нервной системы,
- опыта (знания, умения, навыки),
- уровня развития основных познавательных структур,
- набора индивидуальных поведенческих стратегий.

Показателем устойчивости является вариативность – быстрота приспособляемости к меняющимся условиям, мобильность психики, возможность быстрого применения гибких стратегий реагирования в меняющихся условиях. Вариативность – и основа психологической устойчивости, и характеристика живучести, если рассматривать индивида в парадигме функциональной системы, введенной в свое время П.К. Анохиным.

Наработка вариативности, снятие (уменьшение) психического напряжения возможно при наличии психологической опоры.

Опорой в жизни каждому человеку служат люди, цели или предметы, с которыми у него существует тесная эмоциональная связь.

Симптомы отсутствия опоры

- Низкая самооценка.
- Неспособность справляться со стрессом и неприятностями.
- Болтливость.
- Мечты об успехе при неспособности к длительным усилиям.
- Страх быть отверженным, боязнь попросить помощи.
- Навязчивые состояния, связанные с едой.

Дж. Боулби (2002, цит. по [7]) в своей Концепции психологических опор считает, что здоровое функционирование личности в любом возрасте свидетельствует, во-первых, о способности находить людей, желающих и способных обеспечить психологическую поддержку и, во-вторых, об умении сотрудничать с ними к взаимной

выгоде. В жизни успешных людей всегда были те, возле кого можно было «встать на якорь». Иными словами, существование психологических опор – это серьезный ресурс здоровья. С точки зрения психологии «опоры» могут выглядеть по-разному, но для высокой самооценки необходимы привязанность к людям и приверженность поставленным целям.

Приверженность только к людям может дать обретение безопасности, но не успех. Если посвятить себя только достижению целей, можно погибать от одиночества. Приверженность к целям формируется одновременно с привязанностью к людям. А позитивное отношение к целям складывается благодаря мотивированному и осмысленному поведению. То есть успеха можно добиться, когда цели являются лично значимыми, и мы испытываем к ним чувство привязанности.

Итак, выделяются два направления работы:

1. Наработка внутреннего ресурса индивида за счет повышения самооценки и самоэффективности, грамотной работы с целеполаганием и целедостижением.
2. Создание внешнего ресурса – групп поддержки, «своей команды». Наличие такой команды – это точный прогностический фактор успеха жизнедеятельности.

Психотерапевтическая работа с больными диабетом ведется давно, хотя далеко не в необходимых объемах. Школы диабета в России существуют более 25 лет, а в последнее время (с 2007г.) проходит – при поддержке компании Eli Lilly – масштабная программа интерактивного обучения (подробно описанная в [3]). Однако исследований, посвященных релевантности ближнего окружения диабетиков, в контексте наличия (отсутствия) психологической опоры, крайне мало. Одно такое исследование было проведено в 2014г.

Типология окружения

Исследование IpsosHealthcare (по заказу и при поддержке Eli Lilly)

Исследование проводилось в два этапа. На первом была определена выборка (родственники больных диабетом, которые – по критериям исследования – принимали участие в поддержке диабетика), на втором – исследовались: мнение респондентов о диабете и значимости поддержки, отношение к инсулинотерапии.

С каждым респондентом было проведено двухчасовое глубинное интервью, на основании которого были выделены подгруппы, в зависимости от оценки респондентами серьезности диабета, как заболевания, мнения о поддержке, отношения (как уже упоминалось) к инсулинотерапии и фокусировке на тех видах поддержки, которые – с точки зрения родственника – являлись главными в отношениях с больным. Всего в исследовании участвовало 1980 чел., прямые родственники, больных диабетом, жители Москвы.



Было выделено 5 групп с условными названиями:

1. Практики (Practical Support Champions) – 12%.

Эта группа считает диабет серьезным заболеванием, с которым можно успешно справляться общими усилиями, направленными – прежде всего – на контроль и практическую помощь. Представители этой группы склонны фокусироваться на проверке наличия тест – полосок (необходимых для измерения глюкозы глюкометром), контролировать записи в «дневнике диабетика», следить за диетой родственника и вместе с ним посещать врача. Они позитивно относятся к инсулинотерапии и считают ее необходимым компонентом лечения.

2. Энтузиасты (Support Enthusiasts) – 30%.

Эти респонденты так же, как и представители первой группы серьезно относятся диагнозу, и к необходимости поддержки, и положительно оценивают необходимость и эффективность инсулинотерапии. При этом по их мнению, помощь и поддержка должны проявляться, в первую очередь, в эмоциональной сфере, для того, чтобы их родственник мог вести привычный образ жизни. Они ставят на первое место теплоту и близость, демонстрацию любви и заботы, а не контроль и «техническую» помощь.

3. Физкультурники (Healthy Lifestyle Believers) – 20%.

Респонденты третьей группы не склонны считать диабет «чем-то очень серьезным», и крайне негативно оценивают назначение инсулина. Вместе с тем, они считают, что поддержка необходима, но должна фокусироваться на здоровом образе жизни. Эта группа верит, что сбалансированная диета, физическая активность и «народные средства» позволят и улучшить состояние больного, и дадут ему возможность жить полноценной жизнью.

4. Болельщики (Indulging Defenders) – 20%.

Не считают диабет серьезным заболеванием, выказывают амбивалентное отношение к инсулинотерапии, считая, что «сесть на уколы, как наркоман – последнее дело». Они уверены, что никакой особой заботы или помощи больному не требуется, но, конечно, хорошо будет, если человек чувствует, что рядом есть кто-то, подбадривающий его. Собственно, поведение этих респондентов схоже с поведением болельщиков на трибунах во время матча, и бодрые возгласы: «Давай, ты можешь, все хорошо...», – это достаточный объем поддержки.

5. Дистантные (Indifferent Rejecters) – 18%. Респонденты пятой группы считают, что диабет – одно из обычных проявлений старости (ничего не поделаешь, все болеют), крайне негативно настроены в отношении назначения инсулинотерапии (чего без толку человека мучить, не могут вылечить, так не надо дергать), и уверены, что никакой особой поддержки не требуется, достаточно того, что и так необходимо делать для родственников.

Исследователи IpsosHealthcare пришли к выводу о том, что в первую очередь, помощниками врача в фор-

мировании эффективной модели поведения и хорошей компенсации состояния больного, будут респонденты двух групп: Практики и Энтузиасты (это 50% выборки); для адекватной поддержки диабетика родственниками из групп Болельщиков и Физкультурников с ними должна проводиться достаточно кропотливая просветительская работа.

В исследовании, проведенном консультантами IpsosHealthcare, представлены первые масштабные и серьезные результаты, демонстрирующие отношение окружения к диабету и диабетика. Подобные исследования будут проводиться и дальше, причем, по мнению автора было бы интересно сравнить мнение родственников и самого пациента о качестве, объеме и необходимости помощи, получаемой из окружения. Еще одним перспективным направлением будет выявление (и у пациента, и у «окружения») таких ключевых психологических характеристик, как стиль мышления и самоэффективность, и их влияние на выбор стратегий индивида в широком спектре жизнедеятельности.

Одной из проблемных точек подобных исследований является – на взгляд автора – сложность нивелирования социальной желательности ответов при интервью. Понятно, что если человека напрямую спросить, нужна ли вашим больным родственникам помощь и оказываете ли вы такую поддержку, ответ будет либо однозначно положительным, либо многословно оправдательным. В опыте автора, помимо выделенных в описанном выше исследовании пяти групп, определена еще одна, которая была названа мною (возможно – излишне жестко) – латентные диверсанты. Приведу пример.

Несколько месяцев назад проводился в Москве очередной семинар для врачей, посвященный медицинским и психологическим аспектам ведения диабета. После моего выступления подошла женщина (врач), лет 60-ти, избыточно полная, явно не слишком заботящаяся о здоровье и внешнем облике и со слезами рассказала, что ее сын, «взрослый мальчик, прекрасный математик, успешно делающий карьеру» болен диабетом 1-го типа уже пять лет (сейчас ему за 30). Проблема была в том, что – по словам мамы – «его никак нельзя заставить соблюдать диету, на работе все в порядке, а когда приходит домой поздно вечером, сначала морковь, потом – яблочко, а потом все подряд...». Задаю простой, очевидный вопрос: откуда дома сласти, кто покупает сладкое? И слышу эмоциональные ссылки на некую родственницу, которая «тоже говорит, что не надо покупать...». Повторяю вопрос прямо: зачем приносите в дом сахар? И слышу фантастический ответ: ну как же, а вдруг кто-нибудь придет...

Выше упоминалось понятие психологической опоры, говорилось о необходимости формирования групп поддержки. Маму – врача (!) из приведенного примера категорически нельзя включать в группу поддержки до тех пор, пока с ней не поработает психотерапевт. В ее нынешнем состоянии она – тот самый скрытый ди-



версанта. Мама, безусловно, горячо любит своего сына, жизнь за него, отдаст. Но не кусок пирога.

Человек зачастую не очень отчетливо представляет свою иерархию ценностей, а декларируемые приоритеты могут прямо противоречить поведению, то есть понимание ценностей происходит только на примере деятельности индивида.

Звучит крайне бессердечно, но покупка сладкого для мифических гостей позволяет матери ничего не менять в своих привычках. Пререкания с сыном по поводу его пищевых пристрастий делают ее в собственных глазах хорошей матерью, а длительные переживания по поводу его здоровья дают индульгенцию на заедание собственных стрессов.

Возникают вопросы: кого и как привлечь в группу поддержки, каковы возможные пути поиска «правильных людей».

Как найти «правильных» помощников

Российскому врачу, работающему в районной поликлинике, по правилам отведено на прием больного 12 минут. За это время необходимо заполнить все медицинские документы, проверить состояние пациента, дать рекомендации... Что можно сделать за эти минуты для формирования правильного окружения? Самые простые первые рекомендации: разговаривая с пациентом, уточнить: Поддерживают ли Вас ваши близкие? Интересуются ли какой у Вас сахар крови? Как они отнеслись к инсулинотерапии? Вы употребляете ту же пищу, что и остальные члены семьи или вынуждены готовить себе отдельно (есть, «что дают»)?

Пригласить родственника на прием, совместно с пациентом и предложить источники информации о диабете; пригласить вместе пройти школу диабета; обратить внимание на необходимость одинакового питания для всей семьи, проверить дневника пациента (звучит пошкельному, но помогает)

Это вещи банальные, рутинные, но необходимые. Приведу еще пример того, как врач, при отсутствии времени и материальных ресурсов, может стать знаковой фигурой группы поддержки.

На уже упоминавшемся семинаре (реальность затейливей любого вымысла), практически одновременно с описанной выше мамой – террористкой подошла ко мне еще одна женщина, того же возраста, роста и социального статуса и при этом – совершенно другая. Подтянутая, уверенная, довольная собой. И рассказала, как работает с пожилыми пациентами, у которых впервые выявлен диабет, и которые готовы «махнуть на себя рукой», потому что «сколько мне осталось, доктор». И доктор отвечает: «Не смейте портить мне статистику. У меня пациенты доживают, минимум, до 80 лет, а с Нового года я обязательство взяла – увеличить продолжительность жизни до 85». С простительной гордостью

доктор отметила, что у них же глаза начинают гореть, раз уж врач уверен... у моих пациентов и комплаентность высокая, они стараются...

Прекрасно, что такие врачи есть, печально, что «на всех не хватает»... Для того, чтобы сформировать грамотное окружение, придется перейти (на некоторое время) на методический уровень.

Отношения – отношения – изменения

Ученые любят цитировать физика и математика Больцмана: «нет ничего практичнее хорошей теории». Попробуем объединить несколько «хороших теорий» для достижений прикладных результатов.

I. Стадии принятия болезни. Э. Кюблер-Росс.

Медикам хорошо известны классификации «отношения к болезни». Автор одной из принятых классификаций, Элизабет Кюблер-Росс, выделяет пять стадий принятия болезни:

- отрицание или изоляция;
- гнев;
- торг;
- депрессия;
- принятие или смирение.

Принимая в целом эти стадии, должна отметить, что в зависимости от конечного выбора – «принятия или смирения» – мы будем иметь дело с принципиально разными поведенческими моделями. Смирение – по сути дела, жизнь под руководством болезни, по ее (болезни) правилам. Принятие означает точное осознание данности бытия, того, что в геометрии называют «дано» и продвижение к своим целям – в этих условиях, с этими ресурсами. Понятно, что второй вариант существенно повышает жизнестойкость индивида, но требует значительных волевых усилий.

II. Традиционное понимание воли как усилия, направленного на подавление конкурирующих тенденций действия, прочно укоренилось в психологии. Следует отметить, что «сила воли» как способность противостоять соблазнам, самоконтроль, аскетизм являлись на протяжении веков поощряемыми христианскими добродетелями.

В своей «Теории контроля над действием» Ю. Куль сделал предположение о том, что существует альтернативная форма регуляции действия, которой не требуются дополнительные ресурсы для преодоления препятствий актуальному намерению, и регуляция осуществляется по совсем иному принципу – за счет перераспределения «функциональных обязанностей» между компонентами психической системы. Воля превращается из «командира полка» в «дирижера оркестра». Пользуясь этой метафорой, можно сказать, что в каждое мгновение жизни личности под руководством «дири-



жера» играется пьеса «Достижение цели»: «дирижер» слушает «голоса» разных психических функций и, зная возможности каждой из них, «решает» в какой мере и в какой последовательности эти функции должны быть вовлечены в этот «концерт».

Ю. Куль говорит как минимум о двух типах волевой регуляции. Первый тип, который лежит в основе традиционного понимания воли, и который был назван «самоконтролем», феноменологически проявляется в произвольном внимании, направленном на целевой объект и усилиях субъекта повысить уровень собственной активности.

Эмоции, сопровождающие деятельность, воспринимаются как мешающие и постоянно присутствуют в сознании субъекта. При этом эмоции связаны преимущественно с конечным результатом (беспокойство за исход действия). Переживаемая эмоциональная напряженность оказывается выше, чем операциональная напряженность (обусловленная характером задачи). При возникновении препятствий необходимы дополнительные циклы произвольного контроля для того, чтобы предотвратить срыв деятельности.

Другой тип волевой регуляции – «саморегуляция». Феноменологически это проявляется, прежде всего, в непроизвольном внимании к целевому объекту и отсутствии усилий со стороны субъекта, направленных на энергетизацию своего поведения.

Эмоции связаны большей частью с процессом выполнения действия (не очень удачно получилось... или отлично сделано...). Эмоциональная напряженность остается относительно низкой, несмотря на объективно высокую операциональную напряженность.

Возникающие в ходе деятельности препятствия вызывают непроизвольное увеличение усилий субъекта, направленных на достижение цели. Приход возмущающего воздействия не затрагивает систему в целом и перерабатывается на локальном уровне, и лишь после этого (!) задействуют контролирующие функции «Я», т.е. произвольный уровень регуляции.

Очевидно, что такой принцип регуляции является в ресурсном отношении более экономным. (С.А. Шапкин, «Экспериментальное изучение волевых процессов». М.: Смысл, ИП РАН, 1997) .

III. Этапы изменений Дж. Прохазка.

Дж. Прохазка, предложивший спиральную модель изменений, отмечал, что в изменении, как и во многих других аспектах жизни, главное – выполнить нужное действие в нужное время. По его мнению, существует шесть этапов изменений:

- Сопротивление изменениям. Для этого этапа характерны решительное отрицание всего нового или непонимание того, что перемены стали насущной необходимостью.
- Размышления – этап предполагает критический анализ своего отношения к проблеме. Размышление

о том насколько нужно что-то изменять. Постепенно крепнет уверенность в неизбежности перемен.

- Подготовка. Здесь принимается решение – меняться необходимо. Строятся планы, осуществляются попытки заглянуть в будущее.
- Действие. Человек включается в определенную деятельность, что-то предпринимает и пробует, то есть осуществляет перемены фактически.
- Сохранение изменений. Происходящие перемены вызывают дискомфорт и воспринимаются по-прежнему, как что-то противоестественное. Нужно пережить этот период, опробовать использование новшеств и убедить-ся в их практической полезности.
- Завершение. Может произойти откат от произошедших изменений в результате того, что преобразования не получили должной поддержки и не оказались полезными.

Дж. Прохазка и Дж. Норкросс постулировали, что «помощь друга» является важным и прогностически точным фактором успеха. При этом важно – не пропускать этап размышлений и иметь в виду, что на разных этапах изменений требуются разные помощники.

Резюме: только изменение в отношении к происходящим событиям, существующим обстоятельствам ведут к построению новых взаимосвязей, нового отношения с окружением, что, в свою очередь ведет к значимым изменениям в жизни индивида. И еще одно. Вопреки распространенному мнению, исследования показывают: сильные помогающие отношения не являются прогностическим фактором и не способствуют успеху на ранних стадиях усилий. В течение нескольких недель люди, находящиеся на пути к изменениям, могут выжить без социальной поддержки даже в самых неблагоприятных условиях. Их первоначальное вдохновение и действия ведут их сами по себе или несмотря на саботаж окружающих. Но через несколько недель, количество и качество помогающих отношений начинает играть определяющую роль [2].

Если в качестве психологической опоры выбирается, прежде всего – окружение, будет эффективно строить свою команду, исходя из следующих принципов.

Команда, без которой мне не жить

Пациенту с диабетом сложно представить, что он может выбирать кого-то в свою группу поддержки, что у него, вообще есть выбор. В рамках проведения семинаров для врачей – эндокринологов РФ обсуждалась такая модель диалога с пациентом:

1. Мы ищем сторонников и сподвижников, не тех, кто просто оказался рядом, но людей, готовых выслушать, помочь отследить проблемы, быть рядом при срыве. Нужно всего 3–4 человека, я могу быть членом вашей команды, но кто еще?
2. Я попрошу вас пригласить их в свою группу. Эта просьба обычно ставит в тупик. Пациент возражает (бо-



итя), что люди откажутся. Как показывает опыт, люди охотно идут навстречу просьбе быть советником, консультантом (особенно, в нашей культуре). И здесь крайне важно сообщить потенциальным соратникам, что именно от них ожидается. Люди не должны угадывать; если хочется, чтобы кто-то просто слушал, не перебивая, или запирает холодильник на ночь, или предложил конкретный способ действий вместо общих рассуждений – просто скажите.

3. Вопрос: «Чем вы можете им помочь?», – обычно вызывает растерянность. Мне самому нужна помощь, что я могу... Важно объяснить, что члены команды не работают как врач или психолог, все время которых (в пределах приема) отдано пациенту.

Речь идет об определенном коммуникативном обмене. Можно предложить задать простой вопрос: я очень благодарен тебе за согласие помочь, за поддержку, что я могу сделать для тебя?

4. Минимизация ущерба (предотвращение диверсий). Особо следует оговорить, что родственники не всегда включаются в группу поддержки (вспомним еще раз пример с мамой – диверсантом). Это не означает разрыв родственных отношений, просто не все близкие годятся для реальной и продуктивной поддержки изменений. Мрачные пессимисты, критиканы, зануды и любители «попереживать за чужую жизнь» не могут быть членами команды.

5. Один из наиболее частых вопросов: где же искать подходящих помощников? Среди единомышленников на форумах и порталах Интернета, в фитнес центрах и «кружках» по интересам. Коллеги и соседи могут стать членами группы. Поскольку диабетики, чаще – люди «возрастные», можно напомнить, что при муниципалитетах существуют самые разные социальные программы, бесплатные или «условно» – платные. Чиновники не очень афишируют это род деятельности своих учреждений, но эти программы есть и узнать о них легко.

Сейчас, как при государственных, так и при коммерческих спортивных центрах, есть льготные (действительно – льготные) занятия для пенсионеров.

6. Еще несколько критериев по подбору команды, которые предлагалось проговаривать в диалоге с пациентом. Ближний круг должны составлять люди, которые не смогут нажать на ваших неудачах и будут аплодировать вашим успехам. Вам приятно быть с этими людьми, вы просто испытываете к ним симпатию. Эти люди достойны доверия, умеют хранить секреты и будут рядом в критическую минуту. Важно – не воспринимать свой ближний круг, как неизменную данность. Мы формируем среду, формирующую нас, выбираем, создаем, контролируем.

При всей важности наличия средовой опоры, человек может не захотеть (по разным причинам) создавать свою команду. В этом случае можно сосредоточиться на целях, в качестве опоры.

Цели в качестве опоры

Цель, к которой хочется идти – мощнейший ресурс. При этом достаточное число людей с низкой самоэффективностью (что характерно для диабетиков), буквально, гипнотизируют (или оправдывают) себя разного рода утверждениями и убеждениями. Вот несколько самых устойчивых.

1. Люди не могут измениться самостоятельно. Конечно, консультанты разного рода не заинтересованы в продвижении самостоятельности среди потенциальных клиентов. Но опыт говорит, что среди людей, добившихся впечатляющих успехов в жизни, или «просто» бросивших курить, похудевших до нормально веса, наладивших отношения с близкими, «самостоятельных» не меньше, чем тех, кому помогли профессионалы.

2. Для изменений нужна сила воли, это сложно и трудно. Да, сила воли способствует успеху. Но, вопреки распространенному мнению – это не единственный, более того – не главный источник побед. Стоит вспомнить мнение Ю. Куля о самоконтроле и саморегуляции. Если попросить человека перечислить главные достижения своей жизни, окажется, что они связаны, зачастую, не с жесткой волевой регуляцией, но со страстным желанием достигнуть результата, и удовольствие от процесса достижения было не меньше, чем удовлетворение от победы.

3. Я уже пробовал, ничего не получилось. Такое убеждение – индульгенция на собственную неуспешность. Известно, что проблема держится на провалившиеся попытки решить ее. Возможно, полезно будет задуматься, для чего была нужна длинная цепочка неудач, чем процесс решения ценнее достижения результата.

Очевидно, что первым шагом на пути изменений является выбор цели и ее определение в поведенческих терминах. Грамотной формулировке цели посвящены целые разделы в НЛП или психотерапии решений, поэтому сейчас отметим только, что психологически проще построить новое поведение, чем искоренить проблемное. То есть, эффект будет больше, если сосредоточиться не на том, что хочется перестать делать, но на том, что следует начать.

На мастер-классах по коучингу предлагаю слушателям принять главный постулат, определяющий отношение к жизни: мир несправедлив. То есть, мы экономим время на переживаниях по поводу того, что нечто «нечестно» или «несправедливо», и сосредотачиваемся не на состоянии, а на действии, принимая правило: никаких исключений. Когда мы чистим зубы, нас не посещают (в норме) мысли: зачем я трачу время на ерунду; а вдруг, я это делаю неправильно; пожалуй, отложу до понедельника... Подобные раздумья, самоуговоры о том, что сейчас можно еще чуть-чуть, в последний раз... сама возможность выбора: «делать – не делать» катастрофически снижает шансы на успех в долгосрочной перспективе.



тиве. Существенно более продуктивным будет внутренний договор: на что я, действительно готов сегодня, при условии, что я буду делать это каждый день без исключений. Такой договор проверяется физиологической реакцией: спокойной легкостью при «рассматривании картинки» или нарастания напряжения, тревогой.

Для того, чтобы относиться к действиям, направленным на необходимые изменения с той же степенью здравого фатализма, что и к чистке зубов, можно активизировать внутренние ресурсы.

ВВОД: внутренние ресурсы (витальность, воля, осознание, деятельность)

Ф.Е. Василук (1984), разводя понятия стресс, фрустрация, конфликт и кризис, обосновывает четыре категориальных поля, соответствующих жизненным мирам – витальность, деятельность, сознание и воля. Ресурсы совладания со сложными ситуациями удобно относить именно к этим категориальным полям.

Витальность – интерес, желание, жизненная активность. Для человека с диабетом особенно важно иметь интересы за пределами заболевания, и даже за пределами заботы о собственном здоровье. Работают саамы разные техники для повышения интереса к достижению цели: вдохновляющие цитаты, «напоминалки», развешенные по дому, картинки. Следует найти то, что работает в конкретном случае для конкретного человека.

Осознание – это инструмент внутреннего выбора, ориентировка человека в собственных ценностях, убеждениях, желаниях.

Опора на деятельность подразумевает акцент на активность человека в преодолении трудностей, на его стремление действовать и побеждать. Не обязательно ждать мотивации и вдохновения, чтобы начать действие. Можно придерживаться простого правила «просто, сделай это».

Сегодня люди ошибочно полагают, что сила воли состоит в том, чтобы заставлять себя делать то, что не хочется, тащить себя вперед, стиснув зубы. В данном контексте сила воли – это сила сделать выбор и принять решительные меры.

В психологии принятия решений отмечается, что помимо формулировки цели, необходимо наметить четкий и подробный план действий, определить сроки выполнения каждого этапа и составить перечень ресурсов – как имеющихся в наличии, так и тех, которые понадобятся в дальнейшем. Тогда следует задуматься, где и как добыть недостающее.

Хорошей коучинговой техникой считается ответ на такие «бестактные» вопросы:

- Как вы будете саботировать свое решение?
- Как вы справитесь с саботажем в этот раз?

В осуществлении плана помогает отслеживание прогресса (самого маленького), и награждение себя за дости-

жения. Еще один важный элемент общей эффективности действий – тренироваться заранее, то есть, мысленно (или реально в безопасных условиях) прорепетировать желаемый исход, освоить навык нужного реагирования. Невозможно просто отменить старое поведение, но можно заменить его здоровой противоположностью, тренируясь постепенно. Для этого надо четко представить, что такое здоровая противоположность проблемных действий и сосредоточиться на пошаговом выполнении всей цепочки простых маленьких шагов к цели.

В дельта-коучинге применяется так называемая «импульсная» тренировка. Метод описан подробно в [4]. Напомним только, что интервальная тренировка предполагает краткосрочный выход за пределы комфортной зоны, такой дискомфорт воспринимается легче в силу ограниченности во времени (очевидной близости финиша). Стоит вспомнить, как выглядят спортсмены – марафонцы и спринтеры, чтобы понять – идея жизни, как серии спринтов привлекательнее бесконечного марафона.

Именно ритм трат и восстановления энергии – основа и здоровья, и нездоровья. Когда новое поведение закрепляется серией последовательных (коротких) усилий, его легче превратить в привычку, в ритуал. «Короткие перебежки» не дают оснований «взвзгь» инстинкту сопротивления неопределенности, тому самому – врожденному механизму страха любых изменений.

«Хорошее» поведение становится привычным, когда опирается на базовые ценности.

Важно умение расслабляться между точными ритуалами, умение подгонять себя и дарить безделье.

И несмотря на все усилия...

По мнению Дж. Норкросса и Дж. Прохазки [2] следует уделить самое пристальное внимание возможным срывам и рецидивам на пути к уверенному изменению образа жизни. Они отмечают, срывы наблюдались у 58–71 % людей, по крайней мере один раз за первые 30 дней усилий. Причем, среднее число срывов составляет заметную величину – 6. Срывы распространены, почти универсальны и понятны.

Удивительно, но само по себе количество срывов – не прогностический фактор достижения цели: успешно выполнившие новогодние обещания и потерпевшие поражение не различаются по количеству срывов. Значение имеет лишь то, смогут ли они вернуться на путь изменений или позволят временному срыву перерасти в постоянное падение, что и определяет успех или неудачу.

К основным причинам срывов относят самообвинение, приуменьшение угрозы и стремление выдать желаемое за действительное. А наиболее частыми триггерами при срывах выступают: сильный стресс, отрицательные и положительные (!) эмоции, социальное давление, межличностные конфликты и физическая тяга.



Однократная ошибка или срыв не приводят к полномасштабному крушению, рецидиву, если не раскручивать спираль катастрофизации последствий единичного действия.

Могут помочь следующие приемы:

1. Дыхательные техники. Они позволяют противостоять атаке дофамина, гормонов предвкушения удовольствия, позволяют «включить» неокортекс, активируя осознанность действий вместо почти животного «хочу, не могу!!!».

2. Удалиться от источника искушения (угрозы), буквально, физически уйти. Кому-то помогает быстрая ходьба, кому-то – замедленная, медитативная.

3. Обратиться за помощью к команде. В практике автора был забавный случай, когда клиентка, которой необходимо было достаточно быстро нормализовать свой вес по медицинским показаниям, звонила в панике: «Помогите, я стою у холодильника!». Мини-сеанс телефонного коучинга не вполне соответствовал каноническим правилам проведения консультаций, но оказался вполне эффективным.

4. Поговорить с собой. Сказать, что это – просто минутная слабость, вспомнить прошлые успехи, похвалить себя за стойкость, сочинить смешной стишок или героическую песню (юмор и самоирония хорошо помогают).

5. Тренироваться заранее, визуализируя желаемое поведение. Это снижает эмоциональную и когнитивную уязвимость при столкновении с реальной ситуацией, чреватой возможностью срыва.

6. Прекрасная техника «серфинг желания» описана в [6]. Ее часто называют «предупреждением рецидивов путем привлечения внимания». Кратко – техника заключается в наблюдении за желанием, скольжении внимания за тем, что происходит на уровне эмоций и физиологии аналогично тому, как серфер скользит по волне. Отмечаются (без попыток управления) все изме-

нения в состоянии. Эта техника помогает «разгрузить» достаточно тяжелые ситуации, предотвращая срывы и/или минимизируя их последствия.

Методы формирования ближнего окружения, критерии подбора команды, модели целеполагания в качестве психологической опоры легко переносятся на самые разные целевые группы или индивидуальную работу в психотерапевтическом или коучинговом взаимодействии.

Информационные источники:

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002.
2. Норкросс Дж., Лоберг К. Прокачай себя! Научно доказанная система по приобретению и закреплению полезных привычек. – М, 2012.
3. Рудина Л.М. Феномен коммуникативности в обучении здоровью.//Материалы межд. конгресса «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании». – М, 2011,
4. Рудина Л.М. Дельта – коучинг в психотерапии и консалтинге.// Материалы межд. конгресса «Психотерапия без границ: прошлое, настоящее и будущее». – М, 2014
5. Cramer J.A. Diabetes Care. 2004; 27:1218-1224.
6. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.). New York: Guilford). 2007.
7. <http://www.library.nhs.uk/HealthManagement/NHS Evidence - health management formerly a Specialist Library of the National Library for Health>.
8. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf. Adherence to long-term therapies. Evidence for action.

Psychological support for patients with diabetes

LARISA RUDINA

Moscow Humanitarian University, associate professor

The article is devoted to the latest achievements in the field of psychological support for patients with diabetes. Methodological approach to the psychological support modeling, based on «Theory control» E. Khul , «Spiral transforming model» G. Prochaska & J. C.. Norcross and «Disease. Relationship levels» E. Cubler – Ross is presented. Results «IpsosHealthcare» company researches in typology of diabetics patient relationship are demonstrated.

Key words: psychological support, environment, reformation; making decisions.

Арт-терапевтическая программа сопровождения замещающих семей Детской деревни-SOS*

КИСЕЛЕВА Н.А.

Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и образования Псковского государственного университета

В статье приводится разработанная автором и апробированная арт-терапевтическая программа сопровождения замещающих семей, проживающих в условиях Детской деревни-SOS и воспитывающих детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Целью программы является коррекция эмоциональных состояний членов замещающих семей. Раскрываются актуальность данной темы, методологическая основа программы, особенности применения арт-терапии в семьях Детской деревни-SOS, выделяются критерии отбора участников программы, процессуально-технологические аспекты применения арт-терапии с семьями Детской деревни-SOS, этапы программы, условия и основные принципы организации занятий, структура занятий, приводится форма промежуточного контроля результатов, варианты используемых игр и упражнений. Результатом апробации программы с десятью SOS-семьями является оптимизация эмоциональных состояний членов замещающих семей: отреагирование негативных эмоций и снижение тревожности, агрессивности, напряженности, фобий и страхов, улучшение взаимопонимания и настроения детей и приемных мам, повышение их эмоциональной и коммуникативной компетентности и др. Программа представляет интерес для специалистов по арт-терапии, психологов, психотерапевтов, работающих в организациях, связанных с медико-социальным и психолого-педагогическим сопровождением детей-сирот и замещающих семей.

Ключевые слова: дети-сироты, замещающие SOS-семьи, Детская деревня-SOS, эмоциональные состояния, семейная арт-терапия.

Проблема воспитания и развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является острой и актуальной. Многочисленными исследованиями установлено, что наилучшей формой жизнеустройства таких детей является семейное воспитание. Однако здоровье и развитие детей-сирот имеет целый ряд особенностей, которые следует учитывать принимающим родителям замещающих семей, берущим на себя ответственность за воспитание таких детей [3; 4; 5; 6; 8; 13; 18 и др.]. Зачастую негативный опыт жизни ребенка в прежней биологической семье или в госучреждении накладывает психотравмирующий, а иногда и асоциальный отпечаток на неокрепшую детскую личность.

Дети-сироты, лишенные родительской опеки и находящиеся в депривационных условиях, имеют разнообразные эмоциональные, интеллектуальные и поведенческие нарушения, затрудняющие их вхождение в новую семью и последующую социализацию в обществе. Усилия принимающих родителей, школьных учителей и воспитателей дошкольных учреждений в работе с такими детьми, к сожалению, не всегда способны карди-

нально изменить ситуацию в лучшую сторону, поэтому нередко требуется помощь специалистов.

В связи с этим представляется актуальным разработка и совершенствование путей и способов сопровождения замещающих семей, консолидация специалистов всех уровней и направлений, ведущих работу с детьми-сиротами и с замещающей семьей в целом, создание комплексных программ оздоровления и развития личности всех членов семьи, которые являлись бы адекватными их индивидуально-психологическим особенностям и жизненным условиям.

Важной составной частью таких программ работы с замещающими семьями, сочетающими в себе диагностический, развивающий, коррекционный и реабилитационный эффекты, является психотерапия в самых разнообразных своих формах: от разговорной психотерапии гуманистической ориентации до школ динамического психоаналитического направления. Выбор конкретного метода психотерапии определяется взаимовлиянием клинических показателей клиентов, особенностями их личности и других психологических характеристик, уровнем социально-психологической адаптации, а также структурно-организационной формой проведения психотерапии.

Одним из оптимальных, универсальных и продуктивных методов сопровождения замещающих семей, воспитывающих детей-сирот и детей, попавших в труд-

* Публикация подготовлена в рамках поддержанного Российским гуманитарным научным фондом и Администрацией Псковской области научного проекта №13-16-60002.



ные жизненные ситуации и оставшихся без попечения родителей, является семейная арт-терапия. Семейная арт-терапия, по существу, есть интегративная междисциплинарная отрасль, сочетающая в себе научные и практические наработки арт-терапии и семейной психотерапии с опорой на их теоретико-методологические положения. Она может рассматриваться как особый вид коррекционного и развивающего воздействия, способствующего совершенствованию коммуникативных навыков и преодолению дезадаптивных моделей поведения членов семьи [1; 7; 9 и др.].

В процессе арт-терапевтического вмешательства могут использоваться средства различной модальности: художественные, музыкальные, драматические, танцевально-двигательные, но при этом в качестве ведущего инструмента взаимодействия с членами семьи выступают визуально-пластические средства. Именно изобразительная деятельность членов семьи в процессе семейной арт-терапии дает основной материал для научного исследования и решения семейных проблем.

В настоящее время существует множество публикаций как отечественных, так и зарубежных специалистов, посвященных различным аспектам арт-терапии детей и подростков [10; 11; 12; 14; 15; 16 и др.], однако мы обнаружили дефицит публикаций, отражающих применение арт-терапии в новых для российской действительности социальных условиях Детских деревень-SOS, которые появились в нашей стране в конце 20 века.

Арт-терапевтические методы, основанные на творческой деятельности, по мнению председателя Российской арт-терапевтической ассоциации А.И. Копытина, обладают целым рядом преимуществ по сравнению с вербальными формами работы: они практически не имеют противопоказаний и ограничений в использовании и могут применяться с людьми любого возраста, культурного опыта и социального положения; они не требуют специальных художественных или музыкальных способностей и навыков; они основаны преимущественно на невербальном символическом общении, которое зачастую позволяет более точно выразить свои чувства и переживания, что особенно важно для тех, кто недостаточно хорошо владеет речью; творческая деятельность является мощным средством сближения людей в ситуациях взаимного отчуждения и затрудненных контактов, в решении сложных и деликатных вопросов; изобразительная деятельность позволяет обходить цензуру сознания и помогает выражать и актуализировать латентные идеи и состояния, социальные роли и типы поведения, которые находятся в вытесненной форме; продукты творчества человека являются объективным свидетельством его мыслей и психических состояний, являются средством свободного самовыражения, самоактуализации и «инсайт-ориентированного» самопознания; процесс арт-терапии основан на развитии творческого потенциала человека и внутренних механизмов саморегуляции, он вызывает положительные эмоции, помогает преодолеть апатию, безынициативность и

сформировать более активную жизненную позицию у детей и взрослых [12].

В качестве методологической основы применения семейной арт-терапии для сопровождения принимающих семей в условиях Детской деревни-SOS могут выступать теоретические подходы, модели, положения и концепции, связанные с изучением особенностей психического развития детей и развития семейных систем в их тесной связи с внешними и внутренними факторами и условиями. Так, классик отечественной психологии Л.С. Выготский в книге «Психология искусства» с позиций культурно-исторического подхода исследовал характер влияния внешнего фактора художественного образа и условий самого процесса творчества на эмоционально-чувственное состояние воспринимающего субъекта. По его словам, «Всякое произведение искусства естественно рассматривается психологом как система раздражителей, сознательно и преднамеренно организованных с таким расчетом, чтобы вызвать эстетическую реакцию» [2, с. 39].

Авторы концепции онтогенетически ориентированной системной арт-терапии А.И. Копытин и Е.Е. Свистовская утверждают, что «среди множества используемых в настоящее время для обоснования практики арт-терапевтической работы с детьми и подростками психологических концепций наиболее оправданными представляются те из них, которые ориентированы на процесс психического развития (онтогенез) и рассматривают его в контексте влияния различных факторов – внутренних (конституционально-генетических, сомато-органических, личностных, факторов интрапсихического конфликта, психологических защит и копингов) и внешних (семейных, макросоциальных, культуральных, экологических и иных)» [11, с. 38].

В зарубежных источниках авторы опираются на положения психологической концепции резилентности (от англ. «resilience» – гибкость, упругость, адаптивность, способность быстро восстанавливать здоровое физическое и душевное состояние). Согласно этой концепции каждый ребенок, в том числе находящийся в неблагоприятных условиях развития, обладает способностью к актуализации механизмов адаптации, находящихся в тесной связи с его воображением, познавательной, игровой и творческой активностью [19; 20]. Задача специалиста по арт-терапии, работающего в рамках данной модели – создание условий, способствующих продвижению ребенка от болезни и дезадаптации к здоровью и социальной компетентности посредством развития адаптивных стратегий поведения, овладения навыками решения проблем, создания позитивного образа будущего [17].

Целью данной программы является коррекция эмоциональных состояний членов замещающих семей.

Задачи:

- Создание условий для творческого самовыражения и самопознания мам и детей.
- Знакомство с базовыми эмоциями и чувствами.



- Развитие умений выражать, узнавать и понимать эмоциональные состояния с помощью вербальных и невербальных средств.

- Освоение навыков самопрезентации и рефлексии.
- Развитие эмоциональной саморегуляции.
- Развитие коммуникативных способностей и навыков эффективного межличностного взаимодействия.
- Отреагирование отрицательных эмоциональных состояний и переживаний прошлого (тревожность, страхи, гнев, обида, вина, тоска и др.).
- Коррекция негативных форм поведения (агрессия, упрямство, негативизм, самообвинение).
- Снижение психоэмоционального напряжения, утомления и усталости, профилактика эмоционального выгорания SOS-мам.
- Коррекция самооценки и самоотношения, повышение самостоятельности и уверенности в себе.
- Улучшение взаимопонимания и психологического климата в семье.
- Повышение уровня социально-психологической адаптации в семье и социуме с помощью развития соответствующих личностных качеств и навыков, а также более адаптивных моделей поведения.

Специфика задач определяется целевым запросом SOS-мам с учетом личностных особенностей членов семьи, их текущих потребностей, отношений и состояний. Решение данных задач обусловлено влиянием трех глобальных факторов, проявляющихся в ходе арт-терапевтических занятий, таких как фактор художественной экспрессии, фактор психотерапевтических и групповых отношений, фактор обратной вербальной связи. Очевидно, что успешное выполнение данных задач может носить как кратковременный сиюминутный, так и стойкий отдаленный характер. Это связано с генерализацией и поддержкой достигнутых психотерапевтических эффектов и направлено на использование членами SOS-семей полученных в ходе арт-терапии навыков в реальных жизненных условиях.

Применение семейной арт-терапии в SOS-семьях Детской деревни отличается рядом особенностей:

- Детская деревня-SOS - международная благотворительная организация по поддержке детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и детей, которым грозит потеря семьи; практически все эти дети, относящиеся к группе риска, требуют к себе повышенного внимания и специальных мер психолого-педагогической коррекции и терапевтической поддержки;

- Детская деревня-SOS представляет сообщество нескольких SOS-семей, состоящих из профессионально подготовленных SOS-мам и детей, проживающих вместе в отдельном благоустроенном доме, при этом юридическим опекуном детей является директор Детской деревни, который решает вопросы по жизнеустройству и сопровождению семей;

- SOS-семьи Детской деревни являются многодетными (5-8 детей, являющихся родными или сводными

сиблингами) и неполными, то есть из замещающих родителей с детьми проживает только SOS-мама, отец в большинстве семей отсутствует;

- многие дети, которые попадают в Детские деревни, имеют непростую судьбу и негативный опыт проживания в семье биологических родителей (алкоголизм, токсикомания, асоциальное поведение родителей, жестокое обращение с ребенком, пренебрежение его нуждами, депривация и т.д.), что приводит к различным эмоциональным, личностным, поведенческим расстройствам и требует профессионального вмешательства специалистов;

- часть детей имеет опыт проживания в государственных детских учреждениях, который накладывает специфический отпечаток на личность детей и затрудняет процессы социализации, в этом случае использование арт-терапии, опирающейся в основном на невербальные художественные средства общения, является наиболее оправданным;

- некоторые дети до попадания в условия Детской деревни-SOS сменили место жительства в нескольких госучреждениях или в нескольких замещающих семьях и пережили психологическую травматизацию в результате вторичного отказа от них замещающих родителей. Для таких детей необходим длительный период восстановления и реабилитации по переживанию горя и утраты, восстановлению доверия к людям и формирования новой привязанности к членам замещающей семьи;

- наличие у детей сформировавшейся привязанности к биологическим родителям или замещающим их лицам и первоначальное недоверие или враждебность к членам новой семьи;

- амбивалентные чувства и эмоции ребенка в новой семье, противоречивые неотреагированные переживания по отношению к членам прежней семьи, возможность сохранения связей с биологической семьей и родственниками;

- проблема социально-психологической адаптации детей и SOS-мам в связи со сменой места жительства, образа жизни, семейного окружения, сменой школьного или дошкольного образовательного учреждения, изменения устоявшихся межличностных отношений;

- проблема психологической совместимости и культурной идентичности членов SOS-семьи, выработки совместного режима, стиля и образа жизни, согласования индивидуальных потребностей и ролевых ожиданий;

- сложные межличностные отношения детей в семье, при которых естественная иерархия детей по году их рождения сочетается с неравномерным порядком их приема в семью и разными по длительности периодами совместного проживания вместе с родными и сводными сиблингами;

- возможность патологического поведения у некоторых детей в форме бродяжничества, kleptomании, склонности к суициду и т.д.;



- неразвитость или недостатки эмоционально-волевой сферы детей: повышенная агрессивность, тревожность, напряженность, обидчивость, страхи, чувства вины, ревности, одиночества, импульсивность, гиперактивность или апатия, депрессия, скука;

- повышенная потребность во внимании, похвале, поддержке, соперничество за материнскую любовь и внимание;

- слабость и неустойчивость побуждений и интересов, низкая познавательная и учебная мотивация;

- дефицит конструктивной произвольности поведения и деятельности, неразвитые механизмы саморегуляции и копинга;

- неадекватная самооценка, противоречивая или неразвитая система отношений;

- основная задача SOS-мам – обеспечить детям жизнь, неустройство и воспитание, помочь им преодолеть кризис и залечить душевные травмы, полученные после расставания с родной семьей, способствовать их дальнейшему развитию, успешной адаптации и интеграции в социуме, личностному и профессиональному самоопределению;

- загруженность SOS-мам домашними обязанностями и воспитанием большого числа детей из разных семей или госучреждений, опасность эмоционального выгорания, физической и психологической усталости, недостаток свободного времени;

- ограниченность проживания воспитанников в условиях Детской деревни-SOS до достижения определенного возраста и необходимость дальнейшего жизнеустройства вне стен Детской деревни.

Критерии отбора семей

Проведение семейной арт-терапии осуществляется по запросу сотрудников Детской деревни (SOS-мам). В соответствии с целью и конкретными задачами, предварительно обсужденными с сотрудниками, формулируется целевой запрос, отражающий мишени для проведения арт-терапевтической работы с конкретной семьей, в качестве которых могут выступать:

- особенности эмоционально-волевой сферы членов приемных семей (тревожность, агрессивность, страхи, гнев, вина, обида, тоска, апатия, депрессия и др.);

- поведенческие трудности (негативизм, импульсивность, гиперактивность, конфликтность, враждебность к окружающим, отверженность);

- характерологические особенности (неадекватная самооценка, акцентуации характера);

- признаки эмоционального выгорания и проявления нервно-психического напряжения, раздражительности, утомления, усталости SOS-мам;

- повышение качества жизни, личностная самореализация, раскрытие внутренних психологических резервов, творческих способностей;

- улучшение межличностных отношений в семье, социально-психологической адаптации и интеграции в социуме и т.д.

Семейная арт-терапия решает множество разнообразных задач, однако в зависимости от специфики поставленных целей она может носить преимущественно развивающий, диагностический, коррекционный, профилактический или реабилитационный характер.

Процессуально-технологические аспекты применения арт-терапии с семьями Детской деревни-SOS

Организационная форма занятий – семейная арт-терапия.

Стиль ведения занятий – мягко директивный в начале курса занятий с постепенным снижением директивности в процессе работы вплоть до недирективного стиля при условии проявления самостоятельности и инициативы участников. Позиция специалиста по арт-терапии – поддерживающая. Арт-терапевтические средства – преимущественно художественные средства (рисование, лепка, коллаж, ассамбляж, фотографии, фольга и т.д.) с постепенным включением элементов полимодальности; экспрессивные средства (изобразительные, музыкальные, танцевально-двигательные, нарративные, драматические и др.).

Общая нагрузка – низкой или средней интенсивности в начале курса с постепенным ее увеличением в процессе работы. Уровни психической динамики – актуализация опыта членов семьи, связанного с текущими или прошлыми межличностными отношениями и внутриличностными проблемами, в отдельных случаях возможна проработка раннего травматического опыта.

Этапы программы

Занятия с замещающими семьями с использованием арт-методов организуются в соответствии с тремя этапами арт-терапевтического процесса: подготовительного, основного (базового) и заключительного, которые проводятся последовательно независимо от продолжительности всего курса.

1 этап – подготовительный (в среднем 2-3 сессии) – связан с организационными моментами и подготовкой материалов и средств для творческой деятельности всех членов семьи; на этом этапе происходит формулирование запроса, знакомство специалиста с членами семьи, создание условий взаимного доверия, безопасности и терпимости, осуществляются диагностические процедуры, планирование содержания и специфики работы с семьей.

2 этап – основной (базовый) (10-12 сессий) – является самым продолжительным, связанным с осуществлением коррекционных и психотерапевтических процессов. На этом этапе происходит организация творческой де-

тельности членов семьи с использованием различных арт-техник с последующим коллективным обсуждением процесса и результата, во время которых проявляются и прорабатываются эмоции, чувства, потребности, проблемы участников; происходит укрепление терапевтических и семейных отношений; постепенная коррекция познавательной, эмоционально-волевой и поведенческой сферы; развитие более адаптивных способов и моделей поведения; активизация внутриличностных и групповых (семейных) ресурсов.

3 этап – заключительный (1–3 сессии) – направлен на закрепление членами семьи позитивного опыта, осознание и обсуждение достигнутых изменений, итоговая психодиагностика, подведение личных и групповых эффектов и результатов программы, выражение чувств, связанных с завершением программы, планирование при необходимости дальнейшей работы.

Организация занятий

Занятия проводятся 1-2 раза в месяц по 1,5–2 часа. Несмотря на то, что в семьях могут быть маленькие дети, они с удовольствием принимают активное участие в сессиях и спокойно выдерживают продолжительные занятия, связанные со свободным выбором различных видов деятельности и свободой перемещения. Количество занятий варьирует и составляет в среднем 10–15 сессий и более. Количество человек в группе зависит от числа членов семьи.

Условия и основные принципы занятий

- добровольное участие в занятиях всех членов семьи;
- согласованность цели и задач арт-терапевтического процесса с целями развития личности каждого члена семьи и семьи как единой системы;
- интегративная направленность коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером оказываемой помощи;
- учет возрастных, гендерных и индивидуальных особенностей членов семьи;
- целенаправленность, систематичность и последовательность работы с семьей;
- создание комфортных и психологически безопасных условий для творческой деятельности и взаимодействия членов семьи друг с другом и со специалистом;
- постепенное усложнение заданий и расширение используемого арсенала арт-техник и выразительных средств;
- привлечение полимодальных средств арт-терапии (музыки, танца, драмы и т.п.) в критические моменты группового процесса при ведущей роли художественных материалов;

- постепенный переход от индивидуального характера арт-терапии на начальных ее этапах к парным, мини-групповым и общесемейным формам работы;
- возможность занимать во время сессии как активную, так и пассивную позицию каждым членом семьи;
- отсутствие критики и оценивания творческих работ;
- приватность и конфиденциальность.

Структура занятий

1. Ритуал приветствия.
2. Эмоциональный градусник: настройка каждого члена семьи в начале занятия.
3. Разминочные задания (беседа, эмоциональные карточки, двигательные или рисуночные упражнения).
4. Основная арт-техника.
5. Коллективное обсуждение процесса и результатов творческих работ. Обратная связь.
6. Эмоциональный градусник: настройка каждого члена семьи в конце занятия.
7. Ритуал прощания.

Форма промежуточного контроля результатов

В качестве промежуточного контроля используются методы наблюдения, беседы, анализа продуктов деятельности и метод эмоционального градусника: с помощью соответствующих смайликов определяется настроение (положительное, отрицательное, нейтральное) каждого члена семьи в начале и в конце каждого занятия. Это даёт возможность ведущему отслеживать динамику изменений настроения членов семьи не только в процессе одной сессии, но и осуществлять мониторинг их самочувствия и эффективности занятий на протяжении всего курса.

Варианты используемых игр и упражнений (по классификации А.И. Копытина)

Группа А «Практические навыки работы с изоматериалами»:

- рисование цветными карандашами, фломастерами, акварельными, акриловыми и пальчиковыми красками, пастелью, мелками, гуашью, сангиной, углем и другими изобразительными средствами;
- рисование правой и левой рукой по очереди и одновременно, с открытыми и с закрытыми глазами, на альбомных листах, на ватмане, на асфальте, на отдельных предметах и на собственном теле;
- рисунок на влажной бумаге, на смятой бумаге, на цветной бумаге, на картоне, глине, дереве, на банках, бутылках, коробках и других основах;
- лепка из пластилина и глины;



- поделки из цветной бумаги, картона и фольги;
- оформление аппликации, коллажа, ассамбляжа, инсталляции и т.д.

Группа Б «Индивидуальная работа»:

- рисование на свободную тему;
- рисунок песком, различными видами крупы, пластилином и т.п.;
- выбор цвета, который нравится больше всего и меньше всего в данный момент;
- выбор цвета, отражающего эмоциональное состояние, чувства и настроение в данный момент;
- создание каракулей и прорисовывание конкретного образа на их основе;
- рисунок автопортрета со свободным выбором изобразительных средств на альбомном листе или на ватмане в натуральную величину;
- рисование реального и идеального автопортрета с воображаемой одеждой и сказочным фоном;
- рисование самого яркого воспоминания детства;
- рисование карты страны собственных эмоций и чувств и проведение «экскурсии» по ней;
- рисование «Ромашки собственных желаний»;
- рисование или коллаж на тему «Я через 20 лет»;
- рисование дома своей мечты;
- рисование своих страхов;
- рисование в круге (мандала);
- создание «Арт-книги»;
- создание личного фото-арт-альбома и др.

Группа В «Групповая работа»:

- поочередное или одновременное рисование на одном листе на выбранную тему или без определенной темы;
- семейный коллаж или ассамбляж;
- создание семейного фото-арт-альбома;
- работа с «эмоциональными карточками» для ознакомления детей с видами эмоций и чувств;
- создание серии семейных рисунков с последующим совместным сочинением сказок и историй;
- создание коллективной инсталляции «Место силы» из природных материалов;
- строительство «стены поддержки» из «кирпичиков» с позитивными личностными качествами членов семьи;
- создание творческих подарков для членов семьи и др.

Группа Г «Работа с полимодальными средствами»:

- рисование под музыку;
- слушание классической музыки и записей пения птиц;

- игра на музыкальных и шумовых инструментах;
- сочинение волшебных сказок и историй;
- разыгрывание ролевых и сюжетных сценок;
- ролевые игры с поделками из пластилина, глины, фольги и т.п.;
- элементы танцевально-двигательной терапии (танец рук);
- изготовление масок и разыгрывание ролей;
- сочинение рассказа по рисункам и фотографиям.

Критерии эффективности программы

Критериями эффективности программы являются:

- положительная динамика настроения членов семьи;
- узнавание и понимание более широкого спектра эмоциональных состояний;
- умение адекватно выразить свое эмоциональное состояние с помощью вербальных, невербальных и художественных средств;
- овладение способами социально приемлемого снижения негативных эмоциональных состояний, снятия усталости;
- изменение самооценки на более адекватную;
- повышение чувства уверенности в себе и в своих близких;
- улучшение взаимопонимания и психологического климата в семье;
- развитие познавательных, творческих и коммуникативных способностей;
- повышение социально-психологической адаптации в семье и интеграции в социуме.

Занятия по арт-терапии по данной программе проводились с 10 SOS-семьями в течение года, в них приняли участие 53 ребенка в возрасте от 2 до 14 лет, проживающих в семейных домах Детской деревни-SOS от одного месяца до трех лет и 10 SOS-мам, воспитывающих по 5-6 приемных детей.

В процессе проведения программы наметилась позитивная динамика в эмоциональных состояниях детей по мониторингу их самооценок, которые фиксировались каждый месяц у каждого ребенка в течение года в начале и в конце проведения семейной арт-терапии. Так, у большей части воспитанников Детской деревни-SOS доминирует положительное настроение, нейтральное настроение отмечают у себя около трети детей. Отрицательное настроение выявлено менее, чем у пятой части детей, что является основанием для особого внимания к таким детям и выяснению причин. Понятно, что настроение очень динамично и зависит от многочисленных внешних и внутренних факторов и условий, однако стойкое отрицательное настроение в течение длительного периода является показателем дезадаптации и эмоционального неблагополучия ребенка, требующего обращения при необходимости к помощи специалистов.

Изучение динамики настроения детей в начале и в конце каждого занятия по арт-терапии, которые проводились в течение года, позволило проследить изменение настроения детей не только за длительный период, но и выявить влияние арт-терапии на их эмоциональные состояния. Сравнительный анализ показал, что проведение арт-терапевтических занятий позитивно сказывается на эмоциональном самочувствии детей. Так, практически в конце каждого занятия наблюдалось увеличение количества детей, у которых улучшилось настроение, при этом заметно снижение числа детей с нейтральным и отрицательным настроением.

Дети с нетерпением ждали продолжения занятий и всегда спрашивали, когда будет следующее. Практически все дети проявили большой интерес к разным формам и методам арт-терапии, и если у некоторых из них в начале курса наблюдались опасения и неуверенность в своих силах, затруднение в понимании и вербальном описании своих эмоций и чувств, то в процессе совместной работы с семьей эти страхи и опасения развеялись, появился стойкий интерес к творческой деятельности и желание участвовать в коллективной работе, развилось внимание к собственным ощущениям и состояниям и к отношениям с другими людьми.

В своих отзывах о занятиях по арт-терапии дети писали (имена изменены):

«Мне понравилось рисовать на больших листах, рисовать себя и делать коллаж, и карточки с настроениями, и рисовать пальцем на руке, и рисовать страну своих чувств» (Алеша, 11 лет).

«Мне понравилось то, что мы в начале и конце занятия говорили свое настроение и вообще все понравилось» (Андрей, 11 лет).

«Мне понравилось все. Когда мы рисовали себя через 20 лет. Делали коллаж. Делали ассамбляж. Когда смотрели карточки с разными лицами. Рисовали дорогу жизни. Рисовали на пальцах. Короче все, все, при-все понравилось. Спасибо большое» (Валя, 13 лет).

По словам мам, принимавших участие в семейной арт-терапии, эти занятия оказали позитивное влияние на детей, способствовали созданию творческой атмосферы и благоприятного психологического климата и взаимопонимания в семье. В ходе проведения некоторых техник и анализа процесса и результата деятельности детей для наблюдательных мам открылись неизвестные стороны личности и особенности взаимоотношений детей, что нередко являлось объяснением поведения и самочувствия их воспитанников и приводило к пересмотру своего отношения к ним и изменению стиля поведения в семье.

Из отзывов о результатах семейной арт-терапии SOS-мам Детской деревни: «Очень понравилось, особенно создание коллажа и ассамбляжа! То что Антон стал обозначать эмоции. Вера открылась и стала много рисовать, выбирая оранжевый, голубой (до занятий она рисовала только черным цветом – добавление мое – К.Н.).

Маша - стала проявлять больше творчества в работах. Саша – получает удовольствие. Лена – освобождается» (SOS-мама Татьяна).

«Замечательные занятия для психологической разгрузки! [Нам так] - добавление мое – К.Н.) не хватает времени для занятий «для души», где можно просто побыть ребенком: пофантазировать, «помалевать» как захочется. Очень нравится детям фантазировать, представлять себя в будущем. Есть к чему стремиться. Может даже выбрать жизненный путь. На этих занятиях дети раскрываются, не стесняются и чувствуют себя раскованно. Этим занятиям они ждут, нет предчувствия, что их ждет что-то неприятное и обидное. Дети оживляются, а я вижу их с другой стороны, такими, какие они есть в жизни. Спасибо за открытие и поверьте, дети стали добрее!!!» (SOS-мама Людмила).

Результатом внедрения арт-терапевтической программы сопровождения замещающих семей, проживающих в условиях Детской деревни-SOS и воспитывающих детей-сирот, является оптимизация эмоциональных состояний членов семей, отреагирование негативных эмоций, снижение тревожности, агрессивности, напряженности, фобий и страхов, улучшение взаимопонимания детей и приемных мам, повышение их самооценки, эмоциональной и коммуникативной компетентности и др.

Таким образом, апробация семейной формы арт-терапии замещающих семей показала ее эффективность, а также высокую степень заинтересованности и принятия членами семей (отсутствие отказов от арт-терапии) и их удовлетворенность процессом и полученными результатами, в связи с чем данная форма работы может быть рекомендована для использования службами сопровождения в условиях Детской деревни-SOS.

Список использованной литературы

1. Владыкина Л.Г. Опыт преодоления кризиса в семьях через развитие эмоционального интеллекта методами арт-терапии // Психотерапия. – 2010. - №9 (93). – С. 104-107.
2. Выготский Л.С. Психология искусства. - М.: Искусство, 1986. – 573 с.
3. Глибина Е. Арт-терапия в реабилитации воспитанников специализированного детского дома // Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт // Под ред. А.И. Копытина. - М.: Когито-Центр, 2012. - С. 82-98.
4. Иевлева Н.В., Шагеева А.М. Арт-терапевтическая работа с детьми-сиротами и детьми, лишенными родительского попечения – воспитанниками детских домов и интернатов // Арт-терапия. Диалог: Россия-Великобритания / Под ред. Н.Ю. Жвиташвили. - СПб.: Островитянин, 2008. - С. 220-242.
5. Киселева Н.А. Гендерные особенности психических состояний детей и подростков, оставшихся без попечения кровных родителей // V конгресс «Молодое



поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. - М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. - С. 362.

6. Киселева Н.А., Ковалевская Е.В. Психологические и психофизиологические особенности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Наука Красноярья. - 2013. - №6 (11). - С. 178-193.

7. Киселева Н.А. Возможности регуляции психических состояний приемных детей арт-методами // Молодая семья: психолого-педагогические проблемы становления и развития. Материалы международной научно-практической конференции (XII Мухинские чтения). - Псков: ПсковГУ, 2013. - С. 107-112.

8. Киселева Н.А. Проблема адаптации приемных детей и родителей в замещающих семьях // Вестник ПсковГУ. Серия: Социально-гуманитарные и психолого-педагогические науки. - 2014. - Выпуск 4. - С. 134-138.

9. Киселева Н.А. Совместное творчество как фактор социально-психологической адаптации в замещающих семьях // Психолого-педагогические условия формирования социально-зрелой личности: 125-летию С.Л. Рубинштейна посвящается. Материалы международной научно-практической конференции (XIII Мухинские чтения). - Псков: ПсковГУ, 2014. - С. 172-178.

10. Копытин А.И. Арт-терапия психических расстройств. - СПб.: Речь, 2011. - 368 с.

11. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. - М.: Когито-Центр, 2007. - 197 с.

12. Практикум по арт-терапии / Под ред. А.И. Копытина. - СПб: Питер, 2001. - 448 с.

13. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 2-е изд. - СПб.: Питер, 2005. - 400 с.

14. Уэлсби К. Арт-терапия в школе // Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт // Под ред. А.И. Копытина. - М.: Когито-Центр, 2012. - С. 160-176.

15. Феррара Н. Арт-терапия с мальчиком индейского происхождения // Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт // Под ред. А.И. Копытина. - М.: Когито-Центр, 2012. - С. 203-233.

16. Элькин В.М. Возможности цветовой психологии и арт-терапия шедеврами искусства // Психотерапия. - 2010. - №5 (89). - С. 10-23.

17. Anthony E., Cohler B. The Invulnerable Child. New York: Guilford Press, 1987.

18. Kiseleva N.A., Kalinina R.R., Kovalevskaia E.V. Emotional and cognitive characteristics of children living in the SOS Children's Village // Middle East Journal of Scientific Research. - 2014. - Vol. 20. №12. - P. 2105-2108.

19. Koplowl L., The Way Home: a Child Therapist Looks at the Inner Lives of City Children. New York: Mentor Books, 1989.

20. Hunter L. Images of Resiliency: Troubled Children Create Healing Stories in the Language of Sandplay. Palm Beach: Behavioral Communications Institute, 1998.

Art-therapy program of supporting of foster SOS-families living in the SOS Children's Village

KISELEVA NADEZHDA AN.

Associate Professor of chair of developmental and educational psychology of Pskov State University

The article presents the art-therapy program of supporting of foster families living in the SOS Children's Village and raising orphans and children without parental care, which was developed and tested by the author. The purpose is to correct the emotional states of the members of foster families. The urgency of the theme, the methodological basis of the program and peculiarities of the use of art-therapy in the SOS Children's Village families are revealed; the selection criteria of program participants, process-technological aspects of art therapy with the SOS Children's Village families, stages of the program, conditions and basic principles of training organization, the structure of the lessons are distinguished; the form of intermediate results control, the variants of used games and exercises are provided. The result of testing the program with ten SOS-families is the optimization of the emotional states of the members of foster families: acting out negative emotions and decreasing anxiety, aggression, tension, phobias and fears, improving mutual understanding and attitudes of children and foster mothers, increasing their emotional and communicative competence, and so on. The program is of interest to specialists in art therapy, psychologists, therapists working in organizations related to health and social and psycho-pedagogical support of orphans and foster families.

Keywords: orphans, replacing SOS-families, SOS Children's Village, emotional characteristics, family's art-therapy.

Возвращение Изгнанника. Системная семейная терапия субличностей Ричарда Шварца в психодраматическом формате

РОМАНОВА И.Е.

канд. филос. наук, доцент Гуманитарного университета,
психотерапевт Единого Европейского реестра,
официальный преподаватель и супервизор практики межрегионального уровня ППЛ,
руководитель модальности «психодрама» ППЛ, Россия, Екатеринбург.

В статье описывается концепция работы с травмой Ричарда Шварца. Системная Семейная Терапия Субличностей Р.Шварца позволяет дифференцировать защитные механизмы клиента, увидеть их системное функционирование и найти доступ к травмированным частям личности. Рассматривается возможность сочетания ССТС и психодрамы для поисков путей наиболее эффективной помощи клиенту, пережившему травматизацию.

Ключевые слова: травма, субличности, психодрама, Системная Семейная Терапия Субличностей, психологические защиты, адаптация.

Трудность работы с психологической травмой заключается в том, что травматический опыт практически всегда умалчивается. Очень редко кто-то из клиентов обращается по поводу травмы.

Исключения, пожалуй, составляют люди, пережившие массовый травматический стресс, связанный с террористическими актами или военными действиями, когда им оказывается экстренная психологическая помощь сразу же непосредственно после стрессового события. Это особые случаи, и сегодня во всем мире сложилась подобная практика оказания поддержки пострадавшим.

Но значительно чаще психотерапевту или психологу-консультанту приходится иметь дело с другой ситуацией, когда человек, переживший травматический стресс, шоковую или раннюю детскую травму, связанную с ненадлежащим обращением, или эмоциональную травму обращается совсем по другому поводу – проблемы с работой, с адаптацией к каким-то жизненным обстоятельствам, проблемы в межличностных отношениях или в семье.

Психологическая травма всегда связана с каким-то стрессогенным событием, несущим угрозу жизни, здоровью, физической или психологической целостности человека, и после которого меняется весь образ жизни человека.

Взрослый человек про это событие знает, у ребенка осознание события зависит от возраста. Но устройство травмы таково, что поскольку в момент травмирования

возможности психики перегружаются, включается механизм диссоциации, отщепляющий сильные эмоции. Травмирующее событие амнезируется, вытесняется, отрицается, умалчивается.

Формируются психологические защиты, перекрывающие доступ к раненой части личности. В процессе терапии иногда необходимо значительное количество времени и большое доверие к терапевту, чтобы клиент решился рассказать о пережитой травме. «О масштабе душевной травмы психотерапевт судит по степени умолчания о ней» [1, стр.13].

Но часто бывает и так, что травматический материал, особенно хорошо амнезированный, всплывает неожиданно как для терапевта, так и для самого клиента. Особенно легко это происходит в групповой терапии, где участники эмоционально разогреты. Поэтому терапевту необходимо быть очень внимательным и бережным в своей работе.

Опыт проведения психодраматических групп свидетельствует о том, что существуют определенные маркеры травмы, проявляющиеся в особенностях психологических защит клиентов, в степени умолчания тех или иных тем, степени сопротивления отдельного участника или всей группы, в невербальных проявлениях, в стерiotипности и повторяемости ролевого поведения или недоступности какой-то роли. Даже тот факт, что кого-то из участников группы могут из драмы в драму выбирать на одну и ту же роль, например на роль Страх или Стыда, может указывать на наличие травмы.



В психодраме есть методы и специальные приемы для работы с травмой, в том числе и с трансгенерационной, передающейся из поколения в поколение. Но иногда в процессе работы бывает довольно трудно продвигаться из-за стремления клиента избежать «прикосновения» к раненой части психики.

Современная терапия существует «на стыке» модальностей, специалисты ищут возможности сочетать разные методы с целью преодоления ограничений того или иного направления и оказания наиболее помощи клиенту наиболее эффективно.

Нам кажется достаточно продуктивным в работе с травмой подход Ричарда Шварца, кроме того его «Системная семейная терапия субличностей» прекрасно может сочетаться с психодрамой, в которой субличности не просто можно назвать и опознать, но и вывести на площадку, увидеть их функционирование во времени и пространстве, и, соответственно найти путь к исцелению.

Идеи Р.Шварца опираются на концепции Юнга и Ассаджиоли, рассматривающие личность как систему субличностей, а так же на теорию Мюррея Боуэна, Хейли, Маданесов, Вирджинии Сатир и других специалистов в области семейных систем. Р.Шварц обратил внимание на то, что субличности человека функционируют аналогично семейной системе, а, следовательно, и работать с ними можно как с семейной системой, и такой подход является чрезвычайно эффективным при работе с травмой. [4]

Система субличностей человека, пережившего травму (неважно, какого рода), устроена таким образом, чтобы с одной стороны поддерживать равновесие и возможную адаптацию, а с другой стороны – изолировать раненую часть. Шварц подчеркивает, что полезно представлять всю систему целиком, иметь некую схему «внутренней» семьи. Если терапевту известно, как работают субличности, какие альянсы или коалиции между ними возникают, то это позволяет делать более осмысленные и точные интервенции. В фокусе внимания терапевта должны быть не только отдельные части, но и система взаимодействия и взаимоотношений между частями.

Но человек не является только набором частей, иначе бы психика человека, а особенно травмированного, для которого диссоциация является типичной защитной реакцией, не смогла бы адаптироваться. Существует еще Самость, в которой коренятся огромнейшие ресурсы личности, способная наблюдать и управлять частями. Клиенты называют эту часть «истинное Я» или «Я сам», и такое Я есть у каждого человека, независимо от того, насколько тяжелы его симптомы или нарушена адаптация. Личность устроена таким образом, чтобы Самость была защищена любой ценой, поэтому во время столкновения с травмой и сильным эмоциональным переживанием, субличности отделяют Самость от своих ощущений, это и есть диссоциация. Именно из этого

центра человек наблюдает, в нем переживает и взаимодействует с частями и другими людьми. Но часто ее ресурсы бывают скрыты от человека.

Исследуя субличности и их взаимодействие, Шварц подчеркивает, что эти части бывают разных типов [4]. Некоторые из них – «маленькие, ранимые дети, другие дети постарше, подростки и взрослые» [4, стр.67]. Они различаются по темпераменту, способностям, желаниям. У травмированного человека эти части поляризованы, конфликтуют. Суть терапии – в восстановлении гармонии между ними.

Анализируя систему субличностей человека, Шварц выделяет три их группы: Изгнанники, Менеджеры и Пожарные. В группе «Изгнанников» оказываются самые уязвимые части, самые чувствительные и раненые, ставшие вместилищем страха, боли, стыда. Субличности другой группы, «Менеджеры», обеспечивают выживание, они склонны к опекающему и контролирующему поведению. Их задача – изолировать Изгнанников и обеспечить безопасность, причем эта задача амбивалентная: они обеспечивают как безопасность раненых частей от повторного повреждения, так и безопасность всей системы от возможных неконтролируемых аффектов, сконцентрированных в раненых частях.

Кроме того, в Изгнанников помещаются чувства, которые не хотят переживать другие части. Менеджеры делают все возможное, чтобы избежать любых отношений или ситуаций, в которых Изгнанники могут вырваться на свободу и сделать доступными осознанию определенные чувства, ощущения или воспоминания. Для этого используются разные стратегии. Например, есть субличности, заставляющие человека все держать под контролем, отталкивать любые чувства, на=ходиться в сверхнапряжении.

Другие субличности проявляют высокую требовательность ко всему: к внешнему виду, поведению, манерам. Наверное, каждому психотерапевту знакомы клиенты, непрерывно вопрошающие: «А как правильно?». Специализаций у Менеджеров бесчисленное множество, и все они направлены на защиту Самости от внешней и внутренней угрозы.

Как и всякая подавленная группа, Изгнанники стараются вырваться, со временем они становятся все активнее в желании проявиться и поделиться своей историей. Для этого они устраивают кошмарные сны, флешбеки, эмоциональные затопления.

Для тех случаев, когда сильным эмоциям удастся прорваться наружу и «Менеджеры» (по сути это сформировавшиеся психологические защиты) не справляются, существует третья группа. «Пожарники» – это группа быстрого реагирования, они склонны к мощным автоматическим реакциям на неблагоприятие «Изгнанников», они пытаются подавить или смягчить сильные чувства. Дело в том, что в ситуации перенапряжения Изгнанники и правда способны создавать ситуации,



опасные для человека. Случается, что, несмотря на все усилия Менеджеров, Изгнанники активизируются и берут верх. И тогда вступают в игру Пожарники, пытаясь задержать или загасить чувства человека, ощущения и образы. Они реагируют немедленно, стоит только активизироваться Изгнаннику, при этом не задумываясь о последствиях. Это могут быть приступы обжорства, пьянства, сексуальная распущенность.

Пожарник берет над человеком такой контроль, что тот перестает что-либо чувствовать, кроме неодолимой тяги делать что-либо для отвлечения или самоуспокоения. У менеджеров и Пожарников одна задача – держать Изгнанников в изоляции, но стратегии совершенно разные, и иногда противоречат друг другу.

У большинства людей, даже тех, кто никогда не был серьезно травмирован, данные субличности организованы таким способом. У человека, пережившего травму, эта система отчетливо видна и активно функционирует. Чем сильнее травма, тем больше поляризации внутри системы, тем более изолирован и подавлен, а соответственно тем с большей силой, рвется наружу Изгнанник.

Метафорический язык, предложенный Шварцем, удобен в работе, клиенты легко его понимают и принимают, и довольно легко научаются распознавать собственные субличности.

Аналогия между системой субличностей и семейной системой позволяет увидеть закономерности ее функционирования и облегчить эмоциональный и когнитивный доступ к травматическому материалу, а так же позволяет применить приемы системной семейной терапии в индивидуальной работе.

Шварц описывает клиентские случаи, где в качестве техники используется активное воображение. На наш взгляд, не менее эффективно использовать психодраматические техники в сочетании с метафорическим языком и системным подходом Шварца. В индивидуальной работе это может быть психодрама с игрушками, а в групповой – на роли субличностей выбираются участники группы.

В психодраме существуют близкие модели, такие как, например, социальный или культурный атом. Любая интрапсихическая драма содержит элементы взаимодействия субличностей, разрывающих на части протагониста. Как правило, выведение их на сцену в качестве персонажей, играющих роли, поддерживающие разнонаправленные импульсы протагониста, и звучащие разными «голосами», позволяет не только увидеть и прочувствовать через тело функционирование этой «команды», но и почти моментально получить доступ к травматическому эпизоду.

Кстати, практически всегда, интериоризованные «голоса» оказываются голосами родителей, бабушек-дедушек и других членов семей протагониста. Этот феномен еще раз подтверждает идею Шварца о том, что сублич-

ности аналогичны семейной системе (по сути, это и есть интериоризованные проекции).

На одной из традиционных Московских психодраматических конференций Романовой И.Е. был проведен демонстрационный мастер-класс, имеющий своей целью познакомить участников с подходом Шварца и исследовать его возможности в работе с травмой. В качестве разогрева присутствующим было предложено выбрать роль-субличность (например, Контролер, Оценщик, Идеальная мать и т.д.), озвучить ее послание, и продемонстрировать поведение.

В течение нескольких минут на площадке оказалось более пятнадцати человек в разных ролях, между которыми сразу же начало устанавливаться спонтанное взаимодействие. Субличности вступали в диалоги и конфронтацию, образовывали альянсы и триангуляции. Системное взаимодействие субличностей было представлено наглядно.

После небольшого шерринга и знакомства с теоретическим материалом было сделано несколько виньеток, направленных на исследование собственных субличных систем. Основной техникой прием, использующийся при работе в модели Шварца, это дифференцирование Менеджеров и выведение их на сцену каждый раз, когда протагонист демонстрирует сопротивление. Важно каждого персонажа озвучить и найти в его послании позитивную коннотацию. Как только «Менеджеру» удастся объяснить, что полезного он делает для протагониста (например, затыкает рот и не дает говорить для того, чтобы спасти от позора и дальнейшего отвержения, или заставляя терпеть насилие, чтобы сохранить жизнь), так сразу же с ним становится возможным договориться.

Для того, чтобы добраться до Изгнанника, чтобы обнаружить раненую часть необходимо сначала увидеть всю «семейку Адамс» целиком, понять, как она функционирует, какие темы избегаются или умалчиваются, что именно делают Менеджеры для изоляции уязвимой части, в какие моменты включаются Пожарники. Затем необходимо осмыслить, что полезного хотят сделать эти субличности для Изгнанника, и, поняв – договориться, попросить подождать и немного «помолчать».

Все это дает дополнительный ресурс клиенту для того, чтобы позволить своей раненой части стать видимой, обрести голос и заявить о своих желаниях и потребностях. Как только эта работа проделана, так появляются возможности и ресурсы удовлетворить желания раненой части. Клиенты описывают Изгнанника часто как ребенка, беспомощного, или злого, растерянного, отчаявшегося.

При работе в психодраматических группах мы можем отчетливо видеть через телесные проявления и изменение поведения регресс протагониста до детского состояния, либо, если речь идет о травме взрослого человека, состояние, соответствующее травматическим со-



бытия. Важно проследить, чтобы Изгнанник не только озвучил свои потребности, но и получил возможность удовлетворения их, что в группе сделать проще. Например, в группе может быть использована техника «качания ребенка», или возможен «телесный» шерринг, когда участники группы дают протагонисту поддерживающий и заземляющий телесный контакт. Подобный опыт, прожитый через тело и при групповой поддержке значительно более эффективен, чем то же самое, но выполненное в активном воображении.

Безусловно, для получения больших результатов в работе с травмой и ее последствиями одной виньетки или драмы мало.

Работа с травмой – процесс длительный и болезненный, тяжелый как для клиента, так и для терапевта. Тем не менее, подобный опыт решает несколько важных задач: делает наглядным для протагониста и участников группы функционирование системы субличностей, позволяет их дифференцировать и опознавать, увидеть в них не только ограничивающее начало, но и перспекти-

вы развития, разрешает Самости клиента вернуть себе управление «оркестром субличностей», дает возможность увидеть скрытые ресурсы и получить доступ к вытесненным или диссоциированным чувствам в экологичной форме.

Последовательное применение данного подхода и эмоциональная поддержка группы способствует получению устойчивого результата.

Список литературы:

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма, ее диагностика и лечение. - С-Пб., «Речь», 2006 – 248 с.
2. Бермант-Полякова О.В. Травма и диссоциация. // Психотерапия. – 2013 - №4 (124) – С.44-47.
3. Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов.- М., «Класс», 1998 – 240 с.
4. Шварц Ричард К. Системная семейная терапия субличностей. – М., Научный мир, 2011 – 336 с.

Exile's return. An internal family systems therapy by Richard Schwartz in psychodramatic format

ROMANOVA ILONA EV.

Ph.D., Associate Professor at Humanitarian University in Ekaterinburg, EAP psychotherapist, an official trainer and supervisor at PPL nationwide level, a chief of psychodrama modality at PPL, Russia.

The article describes a concept of therapeutic working through of traumatic experience. IFS, Internal Family Systems Therapy by R. Schwartz allows to differentiate defense mechanisms of a client, to see their system functioning and to find an access to injured selves. The paper considers an opportunity to combine IFS technique and psychodrama therapy in order to provide an effective help to suffering client.

Key words: trauma, selves, psychodrama, IFS, psychological defenses, adjustment.

Терапевтические аспекты лечения лиц с суицидальным поведением, вследствие семейно-сексуальных дисгармоний.

КИБРИК Н.Д. [1], БУТКОВА Т.В. [2]

[1] доктор медицинских наук, профессор, руководитель центра и отдела сексопатологии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ;

[2] кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела сексопатологии Московского НИИ психиатрии МЗ РФ

Цель исследования: изучение вопросов ранней диагностики, разработки психотерапевтических мер предупреждения и купирования суицидоопасных состояний, связанных с семейно-сексуальными дисгармониями.

Материал и методы исследования: Было обследовано 110 пациентов, разделенные на две группы. I группа включала 62 пациентов (25 мужчин и 37 женщин), в возрасте от 18 лет до 60 лет ($31 \pm 8,84$ года), совершивших суицидальные попытки, в основе которых выявлялись сексуальные нарушения и дисгармоничные парные отношения. II группа - 48 пациентов (20 мужчин и 28 женщин), от 18 лет до 60 лет ($25 \pm 4,13$ лет), с суицидальными мыслями и замыслами на фоне семейно-сексуальных дисгармоний.

Результаты: Средний возраст суицидентов составил $31 \pm 8,84$ года. Среди ряда причин, выражавших содержание конфликта, 36,36% составляли семейные конфликты, измена партнера. Исследование показало, что при семейно-сексуальных дисгармониях суициденты в течение длительного периода пытались обратить на себя внимание близких и значимых людей к своей проблеме. В лечении особый акцент ставился на применении психотерапевтических методов. Психотерапевтическая работа с каждым из партнеров помогала изменить оценку супругами своих сексуальных возможностей, сформировать их сексуальное поведение, ликвидировать дефицит информации путем последовательного повышения уровня осведомленности и компетентности партнеров в вопросах межличностных отношений, физиологии и психогигиены интимной жизни, тем самым, способствуя нормализации семейных взаимоотношений.

Ключевые слова: суицидальные попытки, семейно-сексуальные дисгармонии, психотерапия.

Цель исследования

По оценкам ВОЗ на 2012 год, ежегодно 900 000 человек кончают жизнь самоубийством. Это означает, что каждые 40 секунд в мире происходит самоубийство. Самоубийства входят в число трех основных причин смерти людей в возрасте 15-44 лет во всем мире. Хотя самые высокие показатели самоубийств, по данным ВОЗ, обычно отмечались среди пожилых мужчин, показатели самоубийств среди молодых людей возросли в такой степени, что в настоящее время в одной трети стран, как развитых, так и развивающихся, они являются группой самого высокого риска. Причины, суицидального поведения различны, среди них значительное место занимают интимно-личностные и семейные конфликты. [2, 5, 8, 12, 13].

Исследования ряда авторов [2,3,12] показали, что около 2/3 всех обследованных случаев самоубийств (и столько же покушений) совершаются под влиянием семейно-личностных конфликтов, которые включают в себя: измену партнера, несправедливое отношение со стороны близкого человека, недостаток внимания, неудовлетворенность поведением и личностными каче-

ствами значимых других, развод, болезнь или смерть значимого другого, чувство одиночества.

Семейно-сексуальные дисгармонии остро переживаются личностью и могут являться одним из факторов риска возникновения суицидоопасного состояния. Столь существенное место, которое занимает сексуальная сфера в генезе самоубийств, отражает значимость сексуальной жизни в целостной жизнедеятельности личности. Ведущие американские сексологи, в частности, Каплан и соавторы [17, 18] неоднократно отмечали тот факт, что у каждого седьмого пациента, обратившегося за помощью к сексологу, в анамнезе имелась попытка самоубийства, являвшаяся реакцией на несостоятельность в сексуальных взаимоотношениях. Линдемэнн Э. [10] опирается на концепцию психологического кризиса, в которой причиной суицидального поведения считаются конфликты и утраты в лично-семейной сфере. Однако в большинстве работ уделяется мало внимания вопросам ранней диагностики, исследованию взаимосвязи психопатологических особенностей личности, степени выраженности сексуальных дисфункций с суицидальным поведением.



Как отмечают Н.Д. Кибрик и В.В. Андрианов [8], интимность сексуальных отношений, нежелание в силу стеснительности вскрыть истинную причину возникших конфликтов, приведших к возникновению суицидоопасных состояний, затрудняет не только изучение данной проблемы, но и оказание своевременной и квалифицированной помощи.

Число самоубийств зачастую недооценивается. Степень этой недооценки является различной в разных странах в зависимости от способов регистрации ими случаев самоубийств. В некоторых странах самоубийства регистрируются под видом несчастных случаев или смертей от неизвестных причин. Эксперты ВОЗ считают, что уровень зарегистрированных самоубийств остается заниженным приблизительно на 20%, а в некоторых регионах - на все 100% - в результате преобладающих социальных или религиозных взглядов на самоубийство. Кроме того, было установлено, что только один из четырех случаев суицидальных попыток (24,3%) попадает в поле зрения профессиональной системы здравоохранения. Этот феномен получил название «феномен айсберга», у которого выступающая над водой часть относится к подводной, в пределах от 1:4 до 1:10 [15,16]. Суицидальное поведение сопровождается различной психопатологической симптоматикой, в первую очередь, аффективной и тревожной.

По мнению А.Г. Амбрумовой, Л.И. Постоваловой [2], сложность изучения семей суицидентов в отличие от других семейно-этиологических исследований, ориентированных на диагностирование семей определенных категорий больных, состоит в том, что суицидальный поступок могут совершить и психотики, и больные с пограничными расстройствами, и лица практически здоровые в психическом отношении. Поэтому суицидологический аспект рассмотрения семейной диагностики предполагает выделение таких диагностических признаков, которые оказались бы равно приемлемыми при описании любой семьи, безотносительно к тому, здоровые или больные лица входят в ее состав. В связи с этим, проблема суицидального поведения при семейно-сексуальных дисгармониях остаётся актуальной и малоизученной областью сексологии и суицидологии. Вопросы ранней диагностики, разработки психотерапевтических мер предупреждения и купирования суицидоопасных состояний, связанных с семейно-сексуальными дисгармониями, являются социально значимыми и занимают особое положение в медицинской практике.

Материал и методы исследования

Было обследовано 110 пациентов, которые были разделены на две группы. I группа включала 62 пациентов (25 мужчин и 37 женщин), в возрасте от 18 лет до 60 лет ($31 \pm 8,84$ года), совершивших суицидальные попытки, в основе которых выявлялись сексуальные нарушения и дисгармоничные парные отношения. II группа - 48 пациентов (20 мужчин и 28 женщин), от 18 лет до 60 лет ($25 \pm 4,13$ лет), с суицидальными мыслями и замыслами

на фоне семейно-сексуальных дисгармоний. Из исследования исключались пациенты, состоящие на учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах. Диагностическая оценка психического состояния и сексуальных расстройств производилась соответственно МКБ-10, включала разделы F32 - «депрессивный эпизод», F43 - «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», F52 - «сексуальные расстройства, обусловленные органическими нарушениями или болезнями», F60 - «специфическое расстройство личности», Z63 - «проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства», Z70 - «консультации, касающиеся сексуальных отношений, поведения и ориентации».

Ряд проведенных исследований, изучающих самоубийства, вывели определенную закономерность - пациенты, имевшие в анамнезе суицидальное поведение, часто скрывали мысли, замыслы, попытки, мотивируя тем, что испытывали неловкость, либо были не готовы к вмешательству извне [25]. Рекомендуемые методы для изучения данного вопроса состояли в использовании компьютерного интервьюирования, которое позволяло исключить влияние социальной среды [26]. А также анкетные опросники для самостоятельного заполнения в письменной форме [19]. В данном исследовании были использованы: шкала ситуативной (реактивной) и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберга - Ю.Л. Ханина), шкала депрессии Бека, суицидологическая карта.

Общесоматическое обследование включало в себя урологическое, гинекологическое, эндокринологическое, а также проводилось неврологическое обследование пациентов.

Целью психотерапевтической работы, на фоне проводимой психофармакотерапии, была гармонизация семейных отношений, стабилизация брачной адаптации, нормализация сексуальной жизни. Данная работа носила разнонаправленный вектор, т.к. в основе брачной адаптации лежало взаимодействие психологических, социально-поведенческих, сексуально-физиологических факторов, определяющихся уровнем культурного и социального развития, что обеспечивало, совместно с конституционально-биологическим фактором, оптимальную гармонизацию отношений между супругами, при условии совместной расстановки ценностных ориентаций при выборе партнера.

Результаты

Комплексный анализ полученных данных показал, что как среди пациентов I группы (с суицидальными попытками в анамнезе), так и среди пациентов II группы (с суицидальными мыслями и замыслами), преобладали женщины. Это подтверждается статистическими данными, которые указывают на высокий коэффициент летальности при суицидальном поведении у мужчин.

Средний возраст суицидентов составил $31 + 8,84$ года. У мужчин этот показатель равнялся $31 + 8,53$



года, у женщин - 31+ 9,17 лет. Средний возраст пациентов с антивитамиными переживаниями составил 25 + 4,13 лет. Для мужчин - 29 + 4,28 лет, для женщин - 24 + 2,45 лет.

Информация о распределении пациентов соответственно возрасту и полу представлена в таблице 1.

Таблица 1
Распределение обследованных пациентов по возрастным группам

| Возраст в годах | Суицидальные попытки | | Суицидальные мысли, замыслы | |
|-----------------|----------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| | мужчины (№=25) | женщины (№=37) | мужчины (№=20) | женщины (№=28) |
| 18-29 | 13 (52,0%) | 17 (45,95%) | 13 (65,0%) | 25 (89,29%) |
| 30-39 | 9 (36,0%) | 14 (37,84%) | 6 (30,0%) | 3 (10,71%) |
| 40-49 | 2 (8,0%) | 5 (13,51%) | 1 (5,0%) | — |
| 50-59 | 1 (4,0%) | 1 (2,7%) | — | — |

Преобладающий возрастной диапазон пациентов, совершивших суицидальные попытки, варьировал от 18 до 40 лет. Большое количество пациентов с суицидальными мыслями и замыслами находилось в группе от 18 до 30 лет.

Анализ семейного положения показал, что более 64,5% всех обследуемых (110 человек) имели семью и проживали в официальном или гражданском браке - 38,2% (42 человека) и 26,36% (29 человек) соответственно. Холостые, одинокие - 26,36% (29 человек); разведенные - 8,18% (9 человек); вдовец - 0,9% (1 человек). Данные по группам представлены в таблице 2.

Таблица 2
Распределение обследованных пациентов по семейному положению

| Семейное положение суицидентов | Суицидальные попытки | | Суицидальные мысли, замыслы | |
|--|----------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| | мужчины (№=25) | женщины (№=37) | мужчины (№=20) | женщины (№=28) |
| Холостые, одинокие | 4 (16%) | 6 (16,22%) | 12 (60%) | 7 (25%) |
| Женатые, замужние (в том числе гражданский брак) | 15 (60%) | 29 (78,38%) | 8 (40%) | 19 (67,86%) |
| Вдовцы, вдовы | 1 (4%) | 0 | — | — |
| Разведенные | 5 (20%) | 2 (5,4%) | — | 2 (7,14%) |

Это еще раз подчеркивает значимость парных отношений на формирование суицидального поведения.

Изучение расстройств аффективного спектра при помощи шкалы депрессии Бека выявило следующие различия. Средний балл пациентов I группы равнялся 13 + 5,2 балла.

У мужчин показатель составил 15 + 5 баллов, у женщин - 12 + 5,1 балла. У пациентов II группы средний балл составил 16 + 4,5 балла. У мужчин - 18 + 5,8 баллов, у женщин - 15 + 3 балла.

Таким образом, у мужчин чаще диагностировалась «умеренная депрессия» (16-19 баллов), тогда как у женщин - «умеренная депрессия» и «субдепрессия» (10-15 баллов).

Анализ шкалы ситуативной (реактивной) и личностной тревожности (Ч.Д. Спилбергер - Ю.Л. Ханин) показал. Средний балл у пациентов с суицидальными попытками и суицидальными мыслями, замыслами по шкале ситуативной тревожности составил 40 + 5,47 баллов и 43 + 5,05 балла, личностной тревожности 42 + 6,22 балла и 42 + 6,73 балла соответственно.

Данные показатели характеризовали верхнюю границу группы пациентов со средним уровнем тревожности (где 31-45 баллов - средняя тревожность). Сбор данных производился в первые часы и дни поступления или обращения пациентов.

Снижение показателей реактивной тревожности у пациентов I группы (с суицидальными попытками) по сравнению с показателями личностной тревожности, возможно предположить состоянием пациентов после оказания неотложной помощи в стационаре, использованием более широкого спектра фармакотерапии.

Среди ряда причин, выражавших содержание конфликта, 36,36% (40 человек) составляли семейные конфликты, измена партнера.

Вторая по частоте встречаемости причина, способствовавшая формированию суицидального поведения - несправедливое отношение со стороны близкого человека, недостаток внимания - 28,18% (31 человек).

Неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других - 10,91% (12 человек); развод, болезнь или потеря значимого другого, чувство одиночества - 12,73% (14 человек).

У остальных 13 пациентов истинные причины суицидального поведения опосредованно оказывали влияние на дисгармоничные партнерские отношения, среди которых выявлены: несостоятельность в какой-либо сфере - 7,27% (8 человек); материальное неблагополучие - 4,55% (5 человек).

Длительность пресуицидального периода является важным показателем, характеризующим процесс перехода от намерений совершить самоубийство до его реализации.

Показательно, что среди мужчин I группы длительность пресуицидального периода составлял от несколько месяцев до года в 40% случаев (10 человек). Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Распределение обследованных пациентов
I группы по длительности
пресуицидального периода**

| Длительность пресуицидального периода | Суицидальные попытки | |
|---------------------------------------|----------------------|----------------|
| | мужчины (№=25) | женщины (№=37) |
| Несколько секунд, минут | 1 (4%) | 0 |
| Несколько часов, сутки | 4 (16%) | 10 (27,03%) |
| Несколько суток, неделя | 1 (4%) | 5 (13,51%) |
| Несколько недель, месяц | 5 (20%) | 5 (13,51%) |
| Несколько месяцев, до года | 10 (40%) | 12 (32,44%) |
| Год и более | 4 (16%) | 5 (13,51%) |

Исследование показало, что при семейно-сексуальных дисгармониях суициденты в течение длительного периода пытались обратить на себя внимание близких и значимых людей к своей проблеме. Как показал анализ данных, самоубийство далеко не всегда совершается неожиданно для окружающих. Часто окружающие впоследствии отмечали немотивированное поведение суицидента непосредственно перед суицидальной попыткой.

Для определения настороженности в плане возможности возникновения суицидального поведения, мы выделили ряд признаков (со слов пациентов и близких родственников):

Поведенческие признаки

- Любые внезапные или неожиданные изменения в поведении.
- Снижение качества и объема ранее выполняемой домашней работы.
- Задумчивость, неспособность сконцентрироваться. Постоянная скука. Нехватка энергии.
- Замкнутость, отстраненность от происходящих событий (аутизация).
- Потеря интереса к ранее доставлявшим удовольствие вещам (ангедония).
- Постоянно сниженный фон настроения.
- Нарушение сна.
- Изменения в предпочтениях в еде.
- Необычное проявления личностных особенностей, не свойственных ранее (нарушение социальной адаптации).
- Неспособность допускать похвалу или награды.
- Проявление агрессии, опрометчивость, беспокойство, неповиновение, раздражительность.

- Нарушение трудового, обучающего процесса (прогулы, беспричинные пропуски).
- Внезапное злоупотребление алкоголем и/или фармацевтическими препаратами.
- Увлечение занятиями повышенного риска (опасные для жизни).
- Уход из дома.
- Регулярные высказывания, жалобы на нехватку внимания со стороны близких и родных.
- Внезапная, необоснованная распродажа или задача дорогого имущества.

Речевые признаки

- Озабоченность разговором о смерти. Разговоры о самоубийстве.
- Устные или письменные заметки о смысле жизни и смерти, бесполезности существования, изоляции.

Предрасполагающие признаки

- Нарушение гармонизации в семейно-личностной и сексуальной сферах.
- Смерть близкого друга или члена семьи (особенно в результате самоубийства).
- Потеря чувства собственного достоинства.
- Осложнение анамнеза ближайших родственников суицидальным поведением или психическими заболеваниями.
- Переживание острого стресса.
- Серьезная соматическая болезнь.
- Нарушение сексуальной ориентации.
- Резкое ухудшение материального благополучия (долг, банкротство, кредиты).
- Осложненный суицидальным поведением или психиатрическими заболеваниями анамнез.

Среди характерологических особенностей пациентов отмечались: заниженная самооценка, нерешительность, повышенная склонность к самоанализу, неуверенность, замкнутость, мнительность, подавленность, впечатлительность, ранимость, тревожность. Что еще раз подтверждает высказывание А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [3], которые отмечали, что чем менее сформированы, монолитны, стабильны и включаемы невротические формы защиты (истерические, обсессивно-фобические, ипохондрические и др.), тем выше суицидальный риск. Инфантильность, патологическая замкнутость, тревожная мнительность, инертность, нерешительность определяли тяжесть развития депрессивных состояний и сексуальных нарушений. Клинический опыт свидетельствует о том, что такой контингент пациентов нуждался в постоянной психотерапевтической поддержке полового партнера, который мог бы акцентировать внимание на положительных результатах лечения. На долю таких больных и приходилась большая часть совершенных суицидов вследствие сексуальных расстройств. Постановка перед собой и половым партнером завышенных задач; восприятие сексуальных отношений как повседневной обязанности, а не источника экзотических эмоций; неправильное, порой ошибочное понимание



своих сексуальных проявлений; в совокупности с некорректным поведением полового партнера, становились в основе возникновения внутреннего конфликта пациента, развития комплекса неполноценности, порой приводящего к стойким патологическим установкам в плане сексуальной несостоятельности, а в ряде случаев и формирования суицидального поведения.

В своей работе, мы опирались на исследования Б.Д. Карвасарского [6], который определял особенности проведения кризисной психотерапии. Он выделял в структуре суицидоопасных реакций три компонента: аффективный, когнитивный и поведенческий.

В процессе формирования сексуальных расстройств задействована сложная цепь как социально-психологических, в частности семейно-бытовых, так и конституционально-биологических факторов. Состояние сексуальных функций зависело от степени социальной адаптации пациента, от его способности переносить психотравмирующие ситуации и фрустрирующее напряжение, от возраста и степени развития половой конституции. Учитывалось состояние семейных отношений, развитие личностных особенностей (стенчатость, неуверенность, мнительность...). Все это определяло индивидуальную реакцию, формирующую степень выраженности и глубину проявлений половых расстройств. Социальная адаптация играла двоякую роль. С одной стороны личность, устоявшаяся в социальном плане, имея сформировавшийся круг общения, постоянный доход, должна была более легко переносить психотравмирующие ситуации. Однако в связи с регулярно изменяющимся уровнем жизни, а значит и потребностями человека, происходило постоянное воздействие стрессовых ситуаций.

Уменьшение потребности в общении, эмоционально-го реагирования на окружающих, безразличие к своим близким, их проблемам: все это оказывало негативное влияние на семейные взаимоотношения. Разногласию способствовали также сексуальные нарушения и, в связи с этим, избегание половых отношений с партнером. В ряде случаев, проявлялась раздражительность, гневливость, агрессивность не только по отношению к своим близким, но и в общении с окружающими. Это также неизбежно сказывалось на внутрисемейном климате.

Для полного анализа супружеской дисгармонии применялся тест незаконченных предложений сексуальной сферы – НПСС, модифицированный сотрудниками отделения сексопатологии Московского НИИ Психиатрии [7]. Тест состоял из 124 вопросов и затрагивал сексуальную сферу, сексуальное поведение каждого из партнеров, эмоции и переживания, связанные с сексуальным поведением. Результаты помогали вскрыть различие в оценке причин наблюдающейся дисгармонии, степень готовности к сотрудничеству с врачом, степень критичности в оценке существующих нарушений, наличие проблем в технике проведения полового акта, наличие перверзных тенденций. А также выбрать правильную тактику лечения в соответствии с характером существующих нарушений.

В лечении использовался комплексный подход, сочетающий в себе применение различных методов психотерапии, фармакотерапии, физиотерапевтических процедур.

Основные этапы проводимой работы заключались в следующем:

1. Формирование новой витальной перспективы, укрепление антисуицидального барьера личности, преимущественно в первые 72 часа после совершения суицидальной попытки.
2. Принижение значимости ситуации, повлекшей аутоагрессивное поведение
3. Конструктивное внедрение в семейные отношения и привлечение значимого другого в процесс построения новых продуктивно-гармоничных взаимоотношений.

Психотерапевтическая работа с каждым из партнеров помогала изменить оценку супругами своих сексуальных возможностей, сформировать их сексуальное поведение, ликвидировать дефицит информации путем последовательного повышения уровня осведомленности и компетентности партнеров в вопросах межличностных отношений, физиологии и психогигиены интимной жизни, тем самым, способствуя нормализации семейных взаимоотношений. При ликвидации семейно-сексуальных дисгармоний большое значение придавалось секс-терапии, которая позволяла развить у пары способность открыто обсуждать свои сексуальные желания и реализовывать их при сексуальных контактах. Также данная работа была направлена на снятие аффективного напряжения, дезактуализацию психотравмирующей ситуации, на формирование новых интересов, проработку ценностных ориентаций.

Психотерапевтические методики были направлены на коррекцию межличностных отношений [9] и сексуальное взаимодействие в паре. Основной целью ставилось: создать тёплые, эмоционально ценные отношения со значимым другим; помочь выработать и закрепить на практике более продуктивные формы общения друг с другом; повысить уровень коммуникации партнеров; повысить рост взаимопонимания, доверия, открытости в выражении собственных чувств, желаний по отношению друг к другу. Для этого применялись следующие техники [4]: незаконченных предложений (модификация А.В. Черникова); трех положительных ответов; трех истин; общения руками (В. Сатир); техника прояснения коммуникаций (А.С. Спиваковская); тройного увеличения (А. Лазарус).

Все проводимые техники способствовали разработке продуктивной формы общения, конструктивных выражений своих эмоций, открытому контакту, росту доверия и взаимопонимания, что в совокупности приводило к гармонизации семейно-сексуальных отношений. В повышении сексуальной адаптации пары значимую роль играла библиотерапия. Партнерам предлагалась специально подобранная литература, помогавшая получить более полные и адекватные представления о человеческой сексуальности, найти приемлемую модель пове-



дения для обоих партнеров при интимной близости. В индивидуальной работе использовались гипнотические техники, рациональная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, аутогенная тренировка. Целью которых служило снижение выраженности дезадаптирующих переживаний, создание новой витальной перспективы, формирование и осознание потребности обращения к специалистам за помощью в случае необходимости, ликвидация сексуальных дисфункций и повышение сексуальной активности, разрешение внутреннего конфликта пациента, восстановление семейной гармонии и социальной адаптации

Назначаемая психофармакотерапия была направлена на купирование выявленной психопатологической симптоматики.

В процессе назначения фармацевтических препаратов, из антидепрессантов предпочтение отдавалось группе СИОЗС. Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина обуславливалось тем, что они усиливали серотониновую нейротрансдукцию и уменьшали выраженность клинической симптоматики депрессивных и тревожных расстройств, к тому же, согласно биологической теории, одним из нейробиологических механизмов возникновения суицидального поведения является торможение метаболического оборота серотонина в некоторых отделах мозга, в частности, в стволовых структурах [14, 20, 23, 24] и префронтальной коре [21, 22].

В соответствии со схемой П. Кильхольца, при тревожных депрессиях избегалось назначение антидепрессантов со стимулирующим компонентом действия, поскольку они могли усиливать тревогу и провоцировать суицидальную активность [11].

Преимущество отдавалось препаратам с сбалансированными или седативными свойствами: пирлиндол (пирозидол) 50-100 мг/сут, пароксетин (паксил) 20 мг/сут, эсциталопрам (ципралекс) 10 мг/сут, тианептин (коаксил) 25-37,5 мг/сут, сертралин (золофт) 50 мг/сут, тразадон (триттико) 75-150 мг/сут, мirtазапин (ремерон) 30 мг/сут. Анксиолитическое действие антидепрессантов обнаруживалось в среднем через 2 недели приема терапии, поэтому в первые дни терапии пациенты принимали препараты группы анксиолитиков: гидроксизин (атаракс) 50 мг/сут, этифоксин (стрезам) 150 мг/сут, алпразолам 1,5 мг/сут, тофизопам (грандаксин) 150 мг/сут. В отличие от бензодиазепиновых транквилизаторов, антидепрессанты, в случае их эффективности, можно было использовать для проведения длительной поддерживающей терапии.

В дополнение к терапии антидепрессантами и анксиолитиками, в качестве тонизирующих средств, стимулирующими половую сферу, были рекомендованы адаптогены (корень женьшеня 2 г/сут., сеалекс 0,31 г/сут, вукавука 1,1 г/сут, тентекс форте 40 мг/сут, Magic Staff 400 мг каждые 3 дня), вазоактивные препараты (йохимбин «шпигель» 20мг/сут, танакан 1,2 г/сут), витамины и поливитаминные комплексы.

При наличии психических и эмоциональных расстройств, сопровождающихся страхом, тревогой, напряженностью, ипохондрией, фобиями назначались нейролептики (тиоридазин (сонапакс) 20-50 мг/сут, кветиапин (сероквель) 25-50 мг/сут, рисперидон (рисполепт) 2 мг/сут).

Терапевтическая эффективность проводимого лечения определялась по следующим критериям: пациенты отмечали гармонизацию межличностных взаимоотношений в паре, восстановление сексуальной функции, успешные проводимые половые акты, мужчины обращали внимание на учащение спонтанных и утренних эрекций, женщины – на яркость оргастических ощущений. Помимо этого, совместное использование фармакотерапии и психотерапии, привело к уменьшению выраженности депрессивной и тревожной симптоматики, улучшению фона настроения, нормализации сна и аппетита, повышению самооценки.

Выводы:

Возможно выделение групп риска, на основе факторов, ставящих пациентов в ситуацию допустимого возникновения суицидального поведения; понимание роли этих факторов в формировании дезадаптивного поведения. Учет этого способствует выработке мероприятий, направленных на предупреждение суицидального поведения. Современные методики психологического обследования играют значительную роль в диагностике групп риска, позволяющие показать психопатологические характеристики и личностные особенности пациентов. Вопросы ранней диагностики, разработка психотерапевтических мероприятий, предупреждения и купирования суицидоопасных состояний, связанных с интимно-личными и сексуальными проблемами, являются социально значимыми. А выделение суицидогенных и антисуцидогенных факторов риска может служить своеобразным ориентиром для врачей первичного звена.

Список литературы:

1. Амбрумова А.Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции. // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984., с. 8-26
2. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и профилактика суицидального поведения // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. М., 1984., с. 62-77
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации, М., 1980, с. 2-14.
4. Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств, М., 2009, с. 289-350
5. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М.1986, с.188-264
6. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия, СПб., 2006г, с. 25-120



7. Кибрик Н.Д., Решетняк Ю.А., Дейнега Г.Ф. Особенности дезадаптации супружеских пар // Методический рекомендации, М., 1993, с. 2-12
8. Кибрик Н.Д., Андрианов В.В. Особенности психотерапевтической помощи суицидентам с сексуальными дисгармониями // Методические рекомендации, М., 1993, с. 3-15
9. Лекомцев В.Т., Панченко Е.А. Социальные дисфункции и саморазрушающее поведение // Учебное пособие, Ижевск, 2002, с.3-42
10. Линдемманн Э. Клиника острого горя. М., 1996, с.12-79, с.112-145.
11. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия, М., 2007, с.7-38
12. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия, М., 2005 с. 9-46
13. Цупрун В.Е. Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера // Методические рекомендации, М.,1986, с. 2-12
14. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? // Arch Gen Psychiatry (1976) 33:1193-7.
15. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide (Review) //Acta Psychiatrica Scandinavica, 1993; 371:9-20
16. Diekstra R.F.W. Suicide and parasuicide. A global perspective Suicide and Attempted Suicide. Risk Factors Management and Prevention. L.,1991-37
17. Kaplan H.I., Sadock V.J. Клиническая психиатрия. В 2 т.: Пер. с англ. – М.,1994. Т.1., с. 132-240; Т. 2. – с. 16-89, с. 252-480
18. Kaplan H.S. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. N.Y.,1987- 124.
19. Kessler R.C., Ustün T.B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI).// Int J Methods Psychiatr Res, 2004; 13:93-121.
20. Mann J.J, Malone K.M. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. // Biol Psychiatry, 1997; 41:162-71.
21. Mann J.J. Neurobiology of suicidal behaviour. // Nat Rev Neurosci, 2003; 4:819-28.
22. Oquendo M.A., Placidi G.P., Malone K.M., et al. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. // Arch Gen Psychiatry, 2003; 60:14-22.
23. Roggenbach J., Muller-Oerlinghausen B., Franke L. Suicidality, impulsivity and aggression—is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid? // Psychiatry Res, 2002; 113:193-206.
24. Samuelsson M., Jokinen J., Nordstrom A.L., et al. CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters. // Acta Psychiatr Scand, 2006; 113:44-7.
25. Tourangeau R., Yan T. Sensitive questions in surveys. // Psychol Bull, 2007; 133:859-83.
26. Turner C.F., Ku L., Rogers S.M., et al. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. // Science, 1998; 280:867-73.

Therapeutic aspects of the treatment of persons with suicidal behavior, by reason family and sexual disharmony

NIKOLAY D. KIBRIK [1], TATIANA V. BUTKOVA [2]

- [1] Head of the center and of the department sexopathology Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of the Russian Federation;
 [2] research assistant of department sexopathology Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of the Russian Federation

Objective: study of the subject of early diagnosis, the development of psychotherapeutic measures for the prevention and cupping of risk from suicide attempt, by reason of family and sexual disharmony.

Material and Methods: The study involved 110 patients, divided into two groups. Group I consisted of 62 patients (25 men and 37 women), aged 18 years to 60 years (31 ± 8,84 years), who committed suicide attempt, by reason sexual dysfunctions and disharmonious relationships.

Group II - 48 patients (20 men and 28 women), aged 18 to 60 years (25 ± 4,13 years), with suicidal thoughts and ideas by reason of family and sexual disharmony.

Results: The mean age of suicides was 31 + 8.84 years. Among a number of reasons, expressing the content of the conflict, 36.36% were family conflicts, partner's infidelity

The study found that those who did attempts of suicide for reasons of family and sexual disharmony over a long period of trying to attract the attention of friends and family to their problem.

In the treatment of special emphasis was put on the use of psychotherapeutic techniques. Psychotherapeutic work with each of the partners has helped to change the assessment of the spouses of their sexual performance, form their sexual behavior, to eliminate the deficit of information by successively increasing awareness and competence of partners in terms of interpersonal relationships, physiology and mental hygiene of intimate life, thus contributing to the normalization of family relationships.

Keywords: Suicide attempts, family and sexual disharmony, psychotherapy.



К проблеме диагностики и психотерапевтического сопровождения пограничного пациента

МАЦИЕВСКАЯ Л.Л.

Кандидат медицинских наук, доцент Карагандинского государственного медицинского университета, Караганда, Казахстан

В статье представлен клинический случай пациентки с пограничным личностным расстройством. Клинико-психопатологический анализ, результаты экспериментально-психологического исследования позволяют дискутировать по поводу клинического диагноза эндогенного расстройства. Подтверждается отмечаемая в тематической литературе трудность терапии пограничных пациентов.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, защитные механизмы, объектные отношения, депрессия.

Введение

Диагноз пограничного личностного расстройства (F60.31) в современной классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 по сей день считается спорным. Помимо этого существует известная культуральная разница в диагностических подходах к этому заболеванию.

Классификация личностных расстройств (психопатий) психиатрии постсоветского пространства отличается от таковой в ICD-10, в руководстве по психиатрии под редакцией академика РАМН А.С. Тиганова отмечается, что «среди типов личностных расстройств (психопатий), традиционно выделяемых в отечественной психиатрии, не существует аналога, сопоставимого с пограничным личностным расстройством, по некоторым параметрам оно может соответствовать неустойчивому типу психопатий» [1, 2, 3].

Психоаналитический взгляд на пограничного пациента непривычен для отечественных психиатров, как и психоаналитические патогенетические механизмы шизофрении. Клиническая симптоматика пограничного пациента в виде периодических микропсихотических эпизодов (указывается, что их истинность вызывает сомнение и они имеют скорее диссоциативную природу) обычно подлежит дефиниции как эндогенного психического расстройства и квалифицируется как шубообразное течение шизофрении.

Ведущие зарубежные исследователи пограничного расстройства однако дают разноплановые определения – амбулаторная или псевдоневротическая шизофрения, «как бы» личность, психотический характер, эмоционально нестабильная личность [4–9].

О. Кернберг и М. Пордер, взяв за основу дифференциальные критерии невроза и психоза З. Фрейда, отмечают совершенно особое место пограничного пациента

в ряду психиатрических пациентов. О. Кернберг (1967г.) выделяет следующие специфические особенности пограничного личностного расстройства:

- 1). Типичные симптоматические констелляции, такие как диффузная тревога, особые формы полисимптоматических неврозов, «предпсихотические» патологии характера;
- 2). Типичные констелляции защитных механизмов «Эго» и переход к первичному процессу мышления;
- 3). Особая патология интернализованных объектных отношений;
- 4). Характерные генетико-динамические особенности [6].

Для диагностики пограничного расстройства личности рекомендуется детальное исследование личностных свойств и для реализации этой цели рекомендуется использование многофакторных опросников и проективных личностных тестов [10, 11, 12].

Материал и методы исследования. Представлен клинический случай, женщины 49-ти лет, состоящей на диспансерном учёте в психоневрологическом диспансере с 1995 года. Весь период диспансерного наблюдения включает 7 госпитализаций с различными диагнозами: «Послеродовой психоз», «Реактивный психоз», «Шубообразная шизофрения», «Шизотипическое расстройство», «Пограничное расстройство личности», «Параноидная шизофрения».

Психодиагностическое обеспечение клинического случая включало мультимодальный опросник жизненной истории А. Лазаруса, используемый для детальной оценки анамнеза жизни и болезни пациентки, а также модального анализа существующих проблем [13]. Батарей психодиагностических методов исследования содержала также пиктограмму, методику незаконченных предложений, тест «Фрайбургский личностный опросник» — FPI, пятифакторный личностный опросник



МакКрае – Коста, более известный как «Большая пятёрка», тест Келлермана – Плутчика, тест Люшера [10, 11, 14]. Данный объём методов исследования представлялся необходимым для проведения дифференциальной диагностики и верификации диагноза пограничного личностного расстройства.

Результаты исследования и их обсуждение. Произведён анализ историй болезни пациентки с 1993 по 2014 год и медицинской карты амбулаторного больного. Представлены краткие анамнестические сведения о пациентке.

Из анамнеза: младшая из троих сестёр, росла здоровой. Образование среднее, работала табельщицей, с частыми перерывами в работе. Впервые лечилась в стационаре в возрасте 21 года в связи с колебаниями артериального давления, с диагнозом «Нейроциркуляторная дистония», в период пребывания в больнице получила сообщение о самоубийстве матери путём отравления уксусной кислотой (предположительные причины суицида - реакция на измену мужа и (или) получение известия о раке головного мозга).

Смерть матери переживала тяжело, отмечает значимость эмоциональной поддержки средней сестры в это время. Вышла замуж в возрасте 25 лет, познакомилась с будущим мужем на свадьбе, «понравился внешне». В браке имеет двоих детей - сына и дочь, отмечает более нежные эмоциональные отношения с сыном, по поводу чего дочь ревнует брата к родителям.

В поле зрения психиатров попала после вторых родов в 1993 году - «была тревожной, депрессивной, ожидала чего-то плохого, не спала ночами, была безразлична к ребёнку». Находилась на лечении в психоневрологическом диспансере в течение 2-х месяцев с диагнозом «Послеродовой психоз», выписана с улучшением. Через 2 года в сопровождении мужа повторно госпитализирована в психиатрический стационар в связи с «появлением бессонницы, снижением аппетита, перестала заниматься домашними делами, появились наплывы мыслей, тревога, страх в связи со смертью соседки. В стационаре была монотонна, эмоционально тускла, подавлена, тревожна, напряжена, стереотипно повторяла «со мной что-то творится непонятное, не могу объяснить, в голове поток мыслей, «окружающие говорят обо мне». Мышление оценивалось как ускоренное, с элементами паралогичности, соскальзывания, была ко всему безучастна, жаловалась на чуткий сон с кошмарными сновидениями». Лечилась в стационаре в течение полутора месяцев с диагнозом «Реактивный психоз».

Следующая госпитализация — в этом же году, без видимых причин, с аналогичной патопсихологической симптоматикой. Отмечен более высокий уровень тревоги с явлениями агитации, двигательным возбуждением. Сокрушалась, что не умеет оценить и описать своё состояние - «почему я такая, ничего не могу объяснить...я не знаю, что со мной происходит... в голове поток всяких мыслей, не могу сосредоточиться...». Была назой-

лива с требованием выписки, считала, что дома может что-то случиться с детьми, мужем, была плаксива и раздражительна при отказе. Не могла смотреть телевизор в отделении - «он меня раздражает», бесцельно маршировала по коридору. Вследствие лечения нейролептиками (Stelasin (Трифлуоперазин), SmithKline Beecham, Индия; тизерцин (левомепромазина гидромалеат), Egis, Венгрия) стала спокойнее, поведение малозаметное. Общение с другими пациентами избирательное, тяготилась обстановкой, скучала по детям. Выставлен диагноз шубообразной шизофрении, в момент выписки констатировалась астеническая ремиссия «В».

Аналогичная госпитализация с абсолютной копией жалоб и симптоматики - через год, после чего длительное время не обращалась к психиатрам, в 2005 году была переведена в консультативную группу учёта.

Следующая госпитализация, идентичная прежним - в 2009 году. После выписки регулярно является на приём к амбулаторному психиатру, с определённой регулярностью принимает типичные нейролептики (галоперидол (Haloperidol), Ratiopharm International GmbH, Германия; тизерцин), корректоры, антидепрессанты (Амитриптилин (Amitriptyline), ООО «Зентива Фарма», Россия; феварин (Fluvoxamine), Solvay Pharma) .

В период следующей госпитализации 2010 года отмечает появление императивных галлюцинаций - в отделении появились «голоса», приказывающие ей повеситься, подбегает к врачу в коридоре неоднократно, чтобы уточнить детали переживаний.

Выяснилось, что параллельно с госпитализацией пациентки её муж лечится в течение 5-ти дней в частной наркологической клинике.

Пациентка в последующем пояснила, что в период беременности при сроке 20 недель дома перенесла стресс - наблюдала и разнимала драку пьяного мужа с его другом, выхватывала у одного из дравшихся нож, боролась с ними. Этим объясняет появившуюся после родов депрессию, когда в 1993 году лечилась в психоневрологическом диспансере.

Сама все свои госпитализации связывает с алкоголизациями мужа, который периодически бывал агрессивным по отношению к ней, бил её - «хорошо хоть – сейчас перестал руку поднимать», «как только у него начинается запой, не могу выдерживать — опускаются руки».

Летом 2009 года обострились семейные отношения, т.к., пациентка узнала, что заболела венерическим заболеванием, заразившись от мужа, только приехавшего из санатория. Признался, что изменил ей «случайно, один раз, женщина сама приставала, а он был пьян».

Оба прошли лечение у венеролога. Наша пациентка выясняла у друга мужа обстоятельства измены, друг заявил ей, что она - мужественная женщина, на её месте «ни одна другая терпеть бы это не стала» («я понимаю, что это некрасиво было за его спиной всё узнавать, но я всё же это сделала»). Наша пациентка в июле 2009



года решила развестись с мужем, заставила его уйти на съёмную квартиру. Но вместе с ним ушла дочь, пояснив, что будет жить с отцом, так как он лучше будет обеспечивать её учёбу в колледже (наша больная в это период уже не работала).

Ситуация длилась в течение месяца, после чего больная, переживающая остро из-за ухода дочери, и госпитализировалась в стационар, а после выписки приняла мужа обратно - «мысли были и «голос» - «я как будто слушалась кого-то, голос подсказывал, как выйти из этой ситуации, он был мужской, снаружи».

Далее в отделении: больная была переведена в наблюдательную палату, но на следующий день на обходе просит перевести её в другую палату - «голосов» уже нет, тревога прошла, тяжело лежать в этой палате». «... я, конечно, совершала ошибку, подавая на развод с мужем, если бы дочь и сын остались со мной, я бы развелась с мужем, а так из-за неё пришлось вернуться обратно...может, это и не голос сатаны был, а мысли плохие просто...». Дочь, кстати, пыталась воспользоваться ситуацией госпитализации матери, чтобы «прикрыть» свои пропуски в колледже, требовала от врача справку о констатации «ухода за матерью».

Таким образом, можно сделать вывод о наличии в личной истории симптомов постоянной тревожности, депрессии, неуверенности, зависимости, тенденцию к диссоциативным механизмам.

Открывшиеся вышеперечисленные обстоятельства анамнеза позволили усомниться в диагнозе эндогенного расстройства. Для проведения дифференциального диагноза с пограничным расстройством личности инициировано обширное психодиагностическое обследование, с акцентом внимания клинического психолога на изучении личностных особенностей пациентки.

Мультимодальный опросник жизненной истории позволил выявить, наличие добрых и нежных отношений в родительской семье, отсутствие наказаний, резюмировала «счастливое детство».

Появление проблем связывает со смертью матери, причём существующие проблемы описывает как полностью выводящие из строя, вызывающие напряжение, неудовлетворённость жизнью. В опроснике ею отмечена суицидальная попытка, обстоятельства которой при расспросе скрывает.

В поведении отмечены нарушение сна, фобии, бессонница, откладывание дел на потом, отсутствие хобби, невозможность расслабления. Фиксирует у себя депрессию, напряжённость, беспокойство, страх высоты, темноты и одиночества.

Получает релаксацию в ситуациях общения с дочерью, чувствует себя слабой, впечатлительной, тревожной, имеющей проблемы с памятью, раздумывающей о суициде, считает других людей более счастливыми, чем она, отмечает проблемы отношений с мужем, в том числе и сексуальные, фиксирует соматические симптомы

тревоги. Симптомы тревоги, депрессии подтверждают-ся при анализе заполненного опросника [13].

По результатам пиктограммы мыслительная деятельность характеризуется ограниченным уровнем абстрактно-логического мышления с выраженной тенденцией к конкретизации со слабым процессом отвлечения от повседневных забот и проблем.

Так, субтест «классификация» констатирует сужение объёма внимания и некоторое снижение интеллектуального уровня, также в результатах пиктограммы отсутствие геометрических символов и некоторая стереотипия могут говорить о некоторой интеллектуальной недостаточности.

Необходимо отметить, что в заключениях о результатах и последующей пиктограммы (2013 г.) не фиксируются признаки нарушений мышления по эндогенному типу.

Интерпретация результатов теста Люшера позволяет предположить отношение пациентки к существующей проблеме или положению, порождённому стрессом, как индифферентное, нуждается в том, чтобы события шли по желанному руслу, в противном случае легко раздражается, а раздражимость может сопровождаться резкими сменами в поведении и поверхностности в действиях. Желаемыми целями является поиск «волшебных отношений», хочет приукрасить себя, в то же время желает очаровывать и восхищать других, вызывать у людей восторг [11].

Результаты методики Келлермана-Плутчика показывают такие характерные для пациентки психологические защиты как регрессия, рационализация и компенсация.

Регрессивное поведение пациентки компенсирует её чувство неуверенности, потакает сохранению её инфантильности, позволяет ей во взаимоотношениях с психиатром находиться в позиции «большого ребёнка». Использование психологической защиты «компенсация» также требуется пациентке для купирования чувства неуверенности, и применение фантазирования предполагает для неё мечты об идеальной жизни, идеальной семье. Разрыв фантазий с действительностью предположительно и приводит к необходимости «отрыва от реальности», провоцируя микropsихотические эпизоды, носящие абортивный характер, имеющие диссоциативные механизмы.

Принесение себя в жертву для сохранения семьи ради дочери даёт ей эрзац правильного, но тяжёлого выбора в жизни, что является механизмом самообмана при рационализации.

Защитный механизм замещения позволяет пациентке сдерживать свою агрессию (эмоциональное напряжение) и при отсутствии постороннего объекта трансформировать её в аутоагрессивные (суицидальные) тенденции - как желаемые они кратковременно транслировались «голосом сатаны» [11, 13, 16]. Предпо-

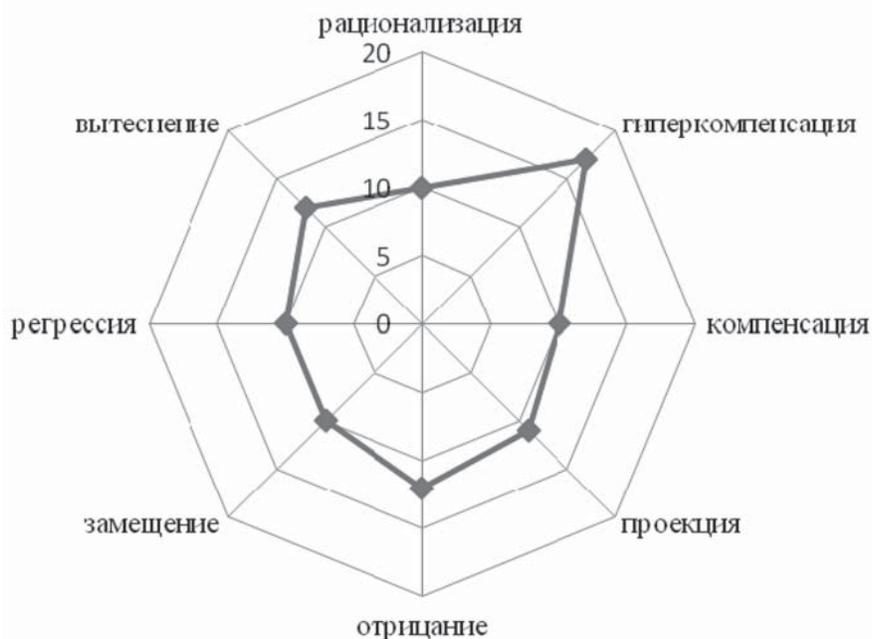


Рисунок 1 - Результаты методики Келлермана-Плутчика

читаемые психологические защиты изображены в виде диаграммы на рисунке 1. Использование психологических защит не лишает однако пациентку тревоги, т.е., не выполняет своих позитивных функций, срывы защит, подталкиваемые внешними обстоятельствами (алкогольные рецидивы мужа), заканчиваются госпитализациями в психиатрическое учреждение.

Анамнез пациентки и результаты теста «Незаконченные предложения» полностью согласуются с выводами исследовательской группы Криса, изучавшей объектные отношения пограничных пациентов и выявивших

нарушенные отношения с одним или двумя родителями с переживанием потери значимого объекта [4, 5].

Группа Криса указывает на сильную идентификацию с родителями пограничных пациентов, имевшими серьёзные нарушения, что имеется в личной истории нашей пациентки. Как видно из рисунка 2, приоритетными отношениями для пациентки являются отношение к отцу и матери, отношение к прошлому и к себе.

Фрайбургский личностный опросник (FPI) содержит 12 шкал, исследующих адаптационные свойства личности: шкала I (невротичность); шкала II (спонтанная

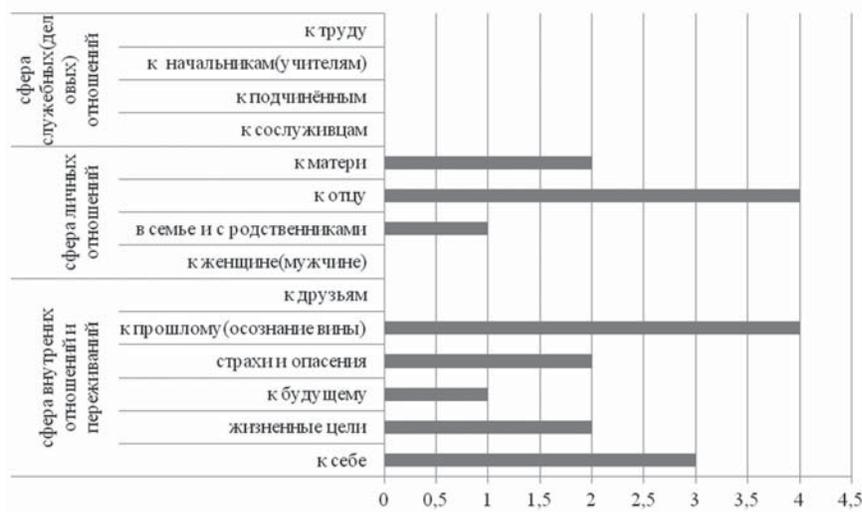


Рисунок 2. Результаты методики незаконченных предложений



| номер шкалы | первичная оценка | стандартная оценка, баллы | | | | | | | | | |
|-------------|------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| | | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| I | 9 | | | | | | | | | | |
| II | 0 | | | | | | | | | | |
| III | 11 | | | | | | | | | | |
| IV | 5 | | | | | | | | | | |
| V | 3 | | | | | | | | | | |
| VI | 2 | | | | | | | | | | |
| VII | 1 | | | | | | | | | | |
| VIII | 8 | | | | | | | | | | |
| IX | 7 | | | | | | | | | | |
| X | 3 | | | | | | | | | | |
| XI | 10 | | | | | | | | | | |
| XII | 2 | | | | | | | | | | |

Рисунок 3. Профиль личности по результатам методики FPI

агрессивность); шкала III (Депрессивность); шкала IV (Раздражительность); шкала V (Общительность); шкала VI (Уравновешенность); шкала VII (Реактивная Агрессивность); шкала VIII (Застенчивость); шкала IX (Открытость); шкала X (Экстраверсия – Интроверсия); шкала XI (Эмоциональная Лабильность); шкала XII (Маскулинизм – Феминизм) [10, 11].

Пациентка показывает высокие значения по шкалам «невротичность», «депрессивность», «застенчивость» и «эмоциональная лабильность», но низкие оценки по шкалам «спонтанная агрессивность» «общительность», «экстраверсия-интроверсия» (как доказательство принадлежности к интровертам) и «маскулинность-фемининность» (принадлежность к фемининности).

Данные результаты позволяют оценить пациенту как высокотрещовную, возбудимую и быстро истощаемую, со сниженным фоном настроения, общей психомоторной заторможенностью, неспособную к длительному волевому усилию, пессимистичную, болезненно переживающую неприятную реальность с угрызением совести. При этом личность высококонформна, с повышенной идентификацией с социальными требованиями, со сдержанностью, осторожностью поведения, но сужением круга интересов, ослаблением влечений, вялостью аффекта, отсутствием живых эмоций. На рисунке 3 изображён профиль личности пациентки, полученный по результатам опросника.

Подобные личностные характеристики коррелируют с описанием поведения больных шизофренией с апато-абулическим дефектом, однако не найдено достаточных критериев для диагностики шизофренического процесса на протяжении длительного наблюдения пациентки, а поведенческие реакции, как видно из личностного профиля пациентки, могут быть характерны для невротического уровня расстройств.

Интерпретация пятифакторного личностного опросника МакКрае – Коста позволяет утвердить и дополнить предыдущие личностные характеристики путём факторного анализа пяти независимых переменных (нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность).

Необходимо отметить высокие значения у пациентки таких первичных факторов как тревожность, напряжённость, депрессивность, эмоциональная лабильность, что коррелирует с её жалобами и подтверждает психопатологическую симптоматику (Таблица 1).

Вышперечисленное позволяет, найдя достаточное количество подтверждений невротической природы поведения и психических расстройств пациентки и не найдя достаточных доводов в пользу шизофренического процесса и особенно его прогрессивности, склониться в пользу диагноза пограничного личностного расстройства. У нашей пациентки имеется по крайней мере 5 достоверных симптомов (1, 3, 6, 7, 9) из приведённых ниже диагностических критериев диагноза F60.31.

1. Склонность прилагать чрезмерные усилия с целью избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым. Примечание: не включать суицидальное поведение и акты самоповреждения, описанные в критерии 5.

2. Склонность вовлекаться в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения, характеризующиеся чередованием крайностей — идеализации и обесценивания.

3. Расстройство идентичности: заметная и стойкая неустойчивость образа или чувства Я.

4. Импульсивность, проявляющаяся как минимум в двух сферах, которые предполагают причинение себе вреда (например, трата денег, сексуальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, наруше-

Результаты методики МакКрас – Коста

| первый фактор (экстраверсия-интроверсия) | |
|---|--|
| | Низкие значения по фактору (23) характерны для интровертов. Интроверты обладают ровным, несколько сниженным фоном настроения. Они озабочены своими личными проблемами и переживаниями. |
| второй фактор (привязанность-обособленность) | |
| Высокие значения (64) по данному фактору определяют позитивное отношение человека к людям. | |
| третий фактор (самоконтроль-импульсивность) | |
| | (низкий самоконтроль поведения) 39 баллов Человек, имеющий низкую оценку по этому фактору, редко проявляет в своей жизни волевые качества, он живет, стараясь не усложнять свою жизнь. Ищет «легкой жизни». |
| четвёртый фактор (эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость) | |
| Высокие значения по этому фактору (67) характеризуют лиц, неспособных контролировать свои эмоции и импульсивные влечения. В поведении это проявляется как отсутствие чувства ответственности, уклонение от реальности, капризность. | |
| пятый фактор (экспрессивность-практичность) | |
| | Человек с низким значением по шкале (40) обладает выраженной чертой практичности по своему складу реалист, хорошо адаптирован в обыденной жизни. |

ние правил дорожного движения, чрезмерное переадаптация). Примечание: не включать суицидальное поведение и акты самоповреждения, описанные в критерии 5.

5. Рецидивирующее суицидальное поведение, намеки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения.

6. Аффективная неустойчивость, очень переменчивое настроение (например, периоды интенсивной дисфории, раздражительности или тревоги, обычно продолжающиеся в течение нескольких часов и лишь изредка несколько дней и больше).

7. Постоянно испытываемое чувство опустошенности.

8. Неадекватные проявления сильного гнева или трудности, связанные с необходимостью контролировать чувство гнева (например, частые случаи проявления раздражительности, постоянный гнев, повторяющиеся драки).

9. Преходящие вызываемые стрессом параноидные идеи или выраженные диссоциативные симптомы.

Пациентке предложен отказ от психофармакотерапии с переходом к психотерапевтическому вмешательству. На сессиях, начатых в период её пребывания в стационаре, применялись техники психосинтеза, гештальта. Затруднён процесс осознания проблем, механизмов психологических защит. Продолжения предложенной

психотерапевтической работы в амбулаторном режиме не было в связи с неявкой пациентки.

В последующем имеются 3 госпитализации в отделение психозов психиатрического стационара, во время последней госпитализации диагноз изменен на параноидную шизофрению (F20.0).

Поводами для госпитализаций становились психогенные факторы - получение известия об онкологическом заболевании отца, присутствие на поминках умершей соседки.

В жалобах пациентки сохраняется наличие постоянных мыслей, которые она обозначает как «чужие» - «они говорят мне - не живи, умри», «Бога нет».

В течение последнего года отказывается от госпитализаций и приёма психотропных средств (галоперидол, феварин) - «может, мне от лекарств так плохо на душе?».

Приходит на приём к амбулаторному психотерапевту за выпиской рецептов на вышеназванные лекарства, декларирует желание лечиться только у психотерапевта.

Трудности психотерапевтического сопровождения пограничных пациентов известны и обусловлены глубиной и примитивностью используемых ими психологических защит, склонностью к манипулятивному поведению.

У нашей больной манипулирование членами семьи и врачами-психиатрами в роли психиатрической пациентки представляется непоколебимой её ролью, высокий интеллект клиентки также является одним из препятствий на пути к излечению. При этом у пациентки имеется противоречивое или ложное стремление к созданию психотерапевтического альянса - она приходит на приём к психотерапевту в поиске сочувствия и отношения к ней как к личности, а не психически больной, но в результате отказывается от какой-либо психотерапевтической интервенции в отношении её и уходит просто с рецептами на нейролептики. Маневры пациентки представляются как нельзя лучше фразой Нэнси Мак-Вильямс - «в то время как психотик, скорее, стремится психологически слиться с врачом, а невротик – сохранить свою отдельную идентичность, пограничная личность мечется, дезориентируя себя и других, между симбиотической привязанностью и злобной изолированной отделённостью» [14].

Неопределённость поведения и отношения к болезни усугубляется изменением семейных обстоятельств - муж пациентки находится в настоящее время в длительной алкогольной ремиссии, дочь демонстрирует суицидальное поведение и находилась на лечении в психоневрологическом стационаре.

Вышеуказанное, по-видимому, требует от пациентки изменения стратегии поведения, но для неё это является неразрешимой задачей и клиширование образа психически больной является самым лёгким способом сохранить ложное равновесие. Отмечает в беседах с психотерапевтом достижение желаемого сближения с дочерью, однако не имеет паттерна поведения сильной, уверенной и любящей матери, не получила его в своей родительской семье и неспособна моделировать его самостоятельно.

Представляется, что малые перспективы терапии данной пациентки обусловлены несколькими причинами: сложностью патогенеза, клинической картины самого пограничного состояния личности, находящегося на стыке психотического и невротического расстройств, противоречивым поведением и отсутствием желания к прогрессу терапии у самой пациентки, а также отсутствием адекватной стратегии психотерапии со стороны психиатров и психотерапевтов.

Вышеуказанное отмечается исследователями пограничного личностного расстройства, и данный клинический пример классически это подтверждает [4, 5, 6, 9]. Представляется необходимым совершенствование психоаналитической подготовки специалистов психиатрических учреждений и развитие их психоаналитических взглядов на природу психических расстройств.

Список литературы:

1. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2/ А.С.Тиганов, А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 784 с.
2. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Vol. set). — Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 7th edition, 2000. — 3500 p.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Россия. — СПб.: Изд-во «АДИС», 1994. — 248 с.
4. Пордер М. Концепция пограничного пациента / М. Пордер // Клиническая психология и психотерапия. — 2004. — №1. — С. 71—97.
5. Пордер М. Клиническое рассмотрение пограничного пациента // Журнал практической психологии. — 2002. — № 1 — 2.
6. Кернберг О.Ф. Тяжёлые личностные расстройства. Стратегии терапии.— Независимая фирма «Класс», 2000. — 298 с.
7. Сименс Х.. Практика гештальт – терапевта. — СПб., 2008.
8. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушениях личности / Пер. с англ. — М., «Когито-Центр», 2003. — 308 с.
9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ. М.В. Глущенко, З. Зиминой, Н. Лоховой. — М.: Класс, 1998. — 480 с.
10. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. — 320 с.
11. Карелин А.А. Большая энциклопедия психологических тестов. — М.: Эксмо, 2007. — 416 с.
12. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — М.: SvR-Аргус, 1995. — 359с.
13. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
14. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие. — Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. — 23 с.
15. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Эксмо. — 368 с.
16. Аспер К. Психология нарциссической личности. Внутренний ребенок и самооценка. — Добросвет, КДУ, 2008. — 368 с.

Особенности оказания экстренной психологической помощи семьям с детьми в условиях военных действий в Израиле

ВАКСМАН Н.М.

Педагогический консультант, семейный психотерапевт, ведущая групп.
Министерство образования Израиля, Вторая академическая степень (МА),
Тель-Авивский университет. Израиль, Кирьят-Гат.

Статья описывает опыт работы по оказанию экстренной психологической помощи семьям с детьми, переживающими травматический стресс, связанный с ракетными обстрелами Израиля со стороны сектора Газы в июле-августе 2014 г. Выделяются основные закономерности предъявления запроса родителями, особенности работы психологических защит. Подчеркивается необходимость системного подхода в оказании психологической поддержки, включения родителей в терапевтический процесс. Описываются возможности и ограничения такой работы. Приводится описание нескольких типичных случаев из практики.

Ключевые слова: Стресс, экстренная психологическая помощь, дети, родители, семейная психотерапия.

*Зачем тратить столько слов, чтобы объяснить то,
что чувствует человек на войне,
если достаточно одного слова: страх.*

Габриэль Гарсиа Маркес

Случай Яэль

Уровень травматизации людей, связанный с террористическими актами, военными действиями, экологическими и техногенными катастрофами в последние годы нарастает, а, следовательно и растет актуальность поисков путей оказания психологической помощи в адаптации людям, получившим подобные травмы.

Прежде всего, в такой помощи нуждается мирное население, особенно дети. Психологами и психотерапевтами Израиля накоплен значительный опыт в этой сфере, заслуживающий, на наш взгляд, осмысления и использования.

В июле-августе 2014 года в связи с ракетными обстрелами территории Израиля со стороны сектора Газы многие семьи, а особенно семьи с детьми живут в состоянии хронического стресса, многие нуждаются в экстренной психологической помощи.

Родители обращаются к специалистам с вопросами:

- Что говорить детям? Как объяснить им происходящее?
- Как реагировать на изменения в поведении детей?
- Как справляться с повышенной тревожностью и страхом за свою жизнь и жизнь близких?
- Когда необходимо обратиться за профессиональной помощью?

Приведем несколько клиентских случаев, где показаны основные типичные проблемы, с которыми обращаются пострадавшие, а так же основные приемы работы психолога консультанта. Все имена в соответствии с этическими нормами изменены, согласие клиентов на публикацию получено.

Звонит мама девочки семи лет. Почти кричит в трубку. Есть ещё мальчик, которому четыре. Папа вот уже несколько недель на резервистских сборах. Мама работает на полставки. Просит срочную консультацию по телефону, хочет через несколько дней приехать на встречу.

— Ещё два дня назад всё было нормально. Как обычно. В субботу сирена застала на улице. И началось.... Почему, не понимаю! И раньше были сирены. Почему именно сейчас у Яэль такая реакция? Младший, вроде, в порядке, а Яэль из дома не выходит, даже к бабушке, которая живет совсем рядом. Говорит, что боится. Все вопросы — про войну. По пять раз то же самое спрашивает. Может она так внимания требует? Засыпает плохо. Вздрагивает от каждого шума. Не ест ничего.

— Совсем ничего? — спрашиваю.

— Ну, не совсем, — её голос становится спокойнее. — Заставлять надо. («Ну, к этому, мы ещё вернёмся» — говорю себе). — А я вот, наоборот, постоянно что-то ем, — продолжает мама — Сладкое, печеньки всякие. («Точно вернёмся, потом, не сейчас...» — уговариваю себя).

— Мы ведь от детей ничего не скрываем. (Снова «ничего?»). Говорим открыто обо всём. («Всё» или «ничего» — какие-то другие варианты есть?) И телевизор не выключается. Всё время новости.

— Всё время? (Говорю о том, что телевизор и повторяющаяся хроника новостей не лучшее для деток семи



и четырёх лет, что не все картинки им стоит показывать, да и взрослым это спокойствия не добавляет.)

— Но, надо же знать, что происходит. (Снова тон повышается) Их отец сейчас там. Я прямо места себе не нахожу. Правда, стараюсь при детях держаться, не распускаю себя, не показываю им, что мне тоже страшно.

— Думаете, они не чувствуют? Не видят? (При встрече, если начнём терапию, проверим, что из её опыта научило её тому, что чувства надо скрывать от детей, подавлять. Тут есть над чем поработать).

— Может и чувствуют, Яэль особенно. А что мне делать? Да и младший спит сейчас только со мной, играет всё время в войну, рисует всё чёрным, как будто других карандашей нет. (Ну вот... а говорила, что только Яэль сложно)

— Во-первых, можно признаться себе и детям, что бывает страшно. И тревожно бывает. И у многих сейчас так. Это даст им легитимацию на то, что они чувствуют, поможет начать говорить об этом. Во-вторых, можно говорить с ними о папе. Если есть возможность – позволять им общаться с ним по телефону, хотя бы по несколько минут слышать его голос. Это добавит им уверенности и спокойствия. В-третьих, стоит помнить, что даже ненормальное поведение в ненормальной ситуации – нормально.

— А все эти вопросы Яэль про железный купол, про то, попадёт ли в нас ракета – это нормально? Мне тяжело всё это слушать и по миллиону раз повторять.

— Нам сложно, когда нашим детям беспокойно. Сложно видеть их испуганными, растерянными, подавленными. Мы хотим, чтобы они быстро вернулись к обычной жизни после бомбёжек и сирен. До этого ещё далеко. Война идёт сейчас. Каждая сирена – дополнительный источник, подпитывающий стресс. Нужно терпение. Многие дети сейчас задают десятки вопросов. Это замечательно. Значит, доверяют, верят, что смогут получить ответ. Это то, что волнует их сейчас. И роль родителей – отвечать со всем терпением, столько раз, сколько понадобится, даже если тот же вопрос звучал несколько минут назад. Это именно то, что даст ребёнку уверенность и ощущение, что он не один, что есть взрослые, на которых можно положиться.

— Так что, не ругать её за это, не сердиться?

— Нет, конечно. И кушать не стоит заставлять. Наша задача – предложить еду, создать спокойную обстановку. Как только ей станет легче – аппетит вернётся. Когда получается, садитесь за стол вместе с детьми. Постарайтесь оставаться спокойной. Можете говорить о том, какая сильная у нас армия, о том, что сирены созданы для того, чтобы мы успели перейти в более защищённое место, объясните, как работает железный купол. Можно говорить о том, что на самом деле у каждого из нас много сил, что мы вместе и обязательно справимся. Можно подумать вместе с детьми, кому нужна помощь, собрать посылку для солдат, вместе написать им письмо.

— Сохранять спокойствие – это сложно!

— Да, но от этого зависит ощущение ваших детей. Постарайтесь в эти дни быть с ними больше, обнимать, говорить о своей любви, о вере в их силы справиться с этой ситуацией.

— Хотелось бы научиться относиться ко всему спокойнее. Мы приедем в конце недели.

— Конечно, приезжайте. До встречи.

Они приехали через два дня. По дороге заехали в супер и купили полотенца и сладости для солдат. Яэль с гордостью протянула мне записку, написанную печатными буквами: «Служите честно. Кушайте хорошо. Слушайте. Будьте осторожными. И возвращайтесь скорее. Мы вас ждём»

Детки в клетке

Они не в клетке. Они на лестничной клетке четырёхэтажного дома в Кирьят Малахи. Почти всё время. Спускаются на один этаж и сидят. Бомбоубежища нет. Вернее есть, но не в их доме, а в соседнем, и до него всё равно не добежать.

Она позвонила несколько дней назад. Ей двадцать семь. Голос тихий и слабый. Её муж всё время на работе. Возвращается поздно без сил. Даниэлю пять лет. Его старшей сестре шесть. Есть ещё два брата (три и два года) и маленькая сестричка, которой два месяца. Молоко пропало очень быстро. Никогда так не было. Всегда кормила до года или больше.

— Как ты справляешься?

— Не знаю. Молюсь. Прошу у Всевышнего сил. Спать хочу всё время. Усталость жуткая.

— Тебе кто-то помогает?

— Да, соседка приходит. Она с машиной. То купит что-нибудь, то старшую к себе возьмёт с её детьми поиграть. А Даниэль отказывается. От меня не отходит. Заикается стал. Я потому и звоню. Это уже было у него. Года два назад началось. Потом лучше стало.

— А что тогда было?

— Ноябрь 2012. Ему тогда три было. Тоже сирены. Он их боится очень. Уши закрывает и кричит. Младшие просыпаются, тоже плакать начинают.

— Ты куда-нибудь обращалась?

— Нет, я и не знаю куда. Мне твой телефон воспитательница Даниэля дала. Она всех обзванивала в первые дни. Но я всё это время не звонила, думала, сами справимся.

— А теперь?

— А теперь я боюсь. Даниэль еле говорит. Пока слово скажет – час пройдёт. Мне плакать хочется. И сил нет совсем. Кажется, что если посплю немного – всё будет по-другому.

— Молодец, что позвонила. Кто может побыть с детьми, чтобы ты поспала?

— Сегодня муж придёт пораньше. Я попросила. Его с работы отпустили.

— Отлично, хорошо, что попросила. Сейчас самое главное – твои силы. Спать, пить, есть. Всё остальное подождёт. Тебе нужны силы, чтобы заботиться о детях. Это как в инструкции в самолёте для пассажиров, путешествующих с детьми: «В аварийной ситуации сначала наденьте кислородную маску на себя, а потом на ребёнка. Так Вы увеличиваете шансы на спасение для двоих».

— Да, я понимаю.

— Если я дам тебе телефон социальной службы, ты позвонишь? Есть лагерь для детей и добровольцы, которые могут принести продукты, поиграть с детьми.

— Позвоню. Может быть, уеду с детьми к сестре в Хайфу на несколько дней.

— Очень хорошо. А Даниэлю (да и остальным) сейчас самое главное быть рядом с тобой. Скажи ему, что один раз он уже это преодолел. И сейчас преодолеет. Обнимаю его больше. Чем спокойнее и увереннее ты будешь, тем легче будет ему. И другим деткам тоже. Если нужен будет логопед или какой-то вид терапии – всё будет, есть субсидированные варианты. Мы поговорим об этом завтра.

— Спасибо. Мы поговорим об этом завтра...

Я никогда не видела её. Мы говорим каждый день по телефону. Она не поехала к сестре. Говорит, что дома ей и детям легче. Но голос её звучит по-другому. Он чуть громче и увереннее. Я жду того момента, когда услышу в нём улыбку.

Случай Литаль

У Литаль маленькие пухленькие ручки. Ей шесть. Она лежит на животе на ковре в моём кабинете. Она сосредоточена. Кулачки сжаты. Её папа и мама сидят на ковре рядом с нами. Братик спит в коляске у окна.

Сначала – братик. До этого шесть лет Литаль была одна. Только стала привыкать к тому, что мама и папа занимаются не только ею – война. Первая сирена прозвучала, когда Литаль была с летним лагерем на экскурсии в музее. Все побежали, а она смотрела на лужу увеличивающуюся под её ногами и не могла пошевелиться. Воспитательница не сразу поняла, что произошло. Закричала: «Быстро! В убежище!» Литаль не двигалась. Потом истерика, которую долго не могли остановить. Когда приехала мама с чистой одеждой – Литаль не могла говорить. Мама обняла её, мокрую и дрожащую, потихонечку успокоила. Дома – снова истерика. И так по несколько раз в день. Спит только с родителями. Не остаётся одна. Отказывается пить. Боится, что это снова случится.

У моих ног – коробка с карандашами. Поближе к Литаль – цветные мелки.

— Карандаши или панда?

— Карандаши, — отвечает и смотрит на папу. Папа одобритительно кивает.

— Какой цвет выбираешь? (Очень важно давать ей выбирать, пусть даже такие мелочи. Следующая встреча – только с родителями, без детей. Надо будет сказать им о важности выбора для неё и о том, как важно вернуть их девочке ощущение контроля, ощущение, что она управляет своей жизнью.)

— Оранжевый, — и взгляд на маму. Теперь кивает мама, и Литаль тянется к коробке.

— С какого пальчика начнём – с большого или мизинчика?

— С мизинчика, он всем помогает.

— А тебе что помогает?

— Мама. И лепить из глины. И коржики печь.

— А маме?

— Папа. Только он всегда на работе. (Родители переглядываются).

Мы обводим оранжевым карандашом сначала самый маленький пальчик, потом безымянный...

— Теперь – мама! (Мама берёт у меня карандаш и продолжает – средний, указательный...)

— А вторую ручку – зелёным! Папа, иди сюда. – Папа обнимает её и обводит пальчик за пальчиком.

На листе остаются две разноцветные ладошки. Литаль разрисовывает их розовым, жёлтым и голубым.

Случай Итамара

Итамару 9 лет. Он младший ребёнок в семье. Его сестре 16. Брату 19. В моём кабинете – родители Итамара.

Мама: Он очень изменился в последнее время. Замкнутый какой-то. Ничего не хочет.

Из дома не вытянуть. Только в игры свои играет. Переходит весь день от одного экрана к другому. Компьютер, планшет и телевизор.

Плохо засыпает. Может вдруг проснуться посреди ночи. Вопросы разные задаёт.

Я: Вопросы?

Мама: Да, «а может ли ракета в наш дом попасть?», «а если на соседней улице упадёт, наш дом разрушится?», «а вдруг мы сирену не услышим?»

Я: И что вы ему отвечаете?

Мама: Говорим, что всё будет хорошо, что никакая ракета никуда не попадёт, потому что есть железный купол, что сирену нельзя не услышать, что война уже кончилась и больше никаких сирен не будет.

Я: А вы сами-то в это верите?

Мама: А что делать? Надо же ребёнка как-то успокоить. Мы сами эти дни не живём. Всё ждём, что старший позвонит. Я от каждого звонка вздрагиваю. Его первый раз через пять недель отпустили. Я чуть с ума не сошла.



А тут ещё Итамар со своими вопросами: «Почему Даник не звонит? А там стреляют? А его могут в плен взять?» По сто раз в день то же самое спрашивает.

А Даник в инженерных войсках, понимаете? Я сама ужасно боюсь...

Папа: Скоро школа начнётся, вот пусть им там всё и объясняют. Они там знают, что детям говорить.

Мама: Да при чём тут школа? Вопросы-то он нам задаёт.

Я: Да, вам. И ответы ему нужны ваши. Честные.

Мама: Честные? Ребёнок и так в напряжении, ему ещё о наших страхах слушать?

Папа: Ты думаешь, он сам не видит, какая ты нервная стала? Чуть что – крик.

Мама: У меня уже сил нет... Просто нет сил... (плачет)

Папа (маме): Да ладно... перестань... не плачь... скоро это всё закончится. Ничего плохого не может случиться.

Я (папе): Обратите внимание, что и Вы пытаетесь поскорее утешить жену. Вы действительно уверены, что ничего плохого не может случиться?

Папа: Нет, не уверен, просто тяжело, когда она плачет.

Я (маме): А как Вам с тем, что говорит Ваш муж?

Мама: Я знаю, что он не переносит, когда я плачу. Но просто сил уже нет. И ещё бесит его тупой оптимизм! Простите...

Я: Скорее всего, так же, как Ваш муж успокаивает Вас, Вы пытаетесь успокоить вашего сына. И Вы можете продолжать то же, что делали с Итамаром до сих пор — успокаивать его, говоря, что всё будет хорошо. Только не ожидайте, что результат будет другим. Те же действия вряд ли приведут к другому результату. Он будет продолжать тревожиться, плохо спать, отказываться выходить из дома. Возможно, со временем будет задавать меньше вопросов. Раз честный ответ всё равно не получить. (Родители смотрят на меня в недоумении. Мама перестаёт плакать).

Первым приходит в себя папа:

— Так что, не успокаивать его?

— Невозможно успокоить кого-то, не будучи спокойным самому. Наши слова – это только слова. Есть ещё внутреннее состояние, которое передаётся через язык тела, тон голоса, интонацию, мимику, жесты, тонус мышц, дыхание. Это легко считывается детьми. В отличие от слов, практически невозможно всё это подделывать. Проще поработать со своим внутренним состоянием и убеждениями.

Так же, как ребёнок может прочесть по картинке в книжке совсем другую историю чем та, которую читает взрослый, так же по внешнему виду и тону голоса он может получить совсем другое послание о жизни и смерти чем то, которое мама или папа пытаются передать ему, тщательно подбирая слова. Какое? Скорее всего то, в которое на самом деле верит взрослый.

Привести вашего мальчика в более уравновешенное состояние – это, прежде всего, изменить что-то в вашем собственном состоянии. А ещё – быть с ним честным. Иначе очень быстро он перестанет вам доверять. Он же видит в новостях и слышит о том, что были попадания, что некоторые здания разрушены, что есть пострадавшие. Кстати, телевизор, в любом случае, лучше поменьше смотреть. Но если вы будете говорить, что попадание невозможно, и никто не может пострадать – какое вам доверие?

Родители переглядываются, после чего папа говорит:

— Это точно, вот с дочкой нашей вообще ни о чём не поговоришь. Я понимаю, подростковый возраст, но, мне кажется, она нам просто не верит. Что не скажешь – ухмыляется или головой кивает, мол, говори-говори...

Мама добавляет:

— Да, что-то упустили мы с ней. А что Итамару на все его вопросы отвечать?

— Ну, например, на вопрос о том, может ли ракета упасть в ваш или соседний дом, можно ответить, что такая возможность существует, но она очень-очень мала. Эффективность железного купола выше 90 процентов. Конечно, человек может не услышать сирену, если он спит или моется в душе, а сигнал сирены в вашем районе слышен плохо, но вероятность стечения всех этих обстоятельств невелика, тем более, что Итамар не остаётся в эти дни один, и всегда есть кто-то из старших, кто может разбудить его и помочь быстро перейти в убежище. По поводу брата тоже лучше отвечать честно, и, если на какие-то вопросы у вас нет ответа, так и сказать, что не знаете, но думаете, верите, надеетесь, что всё будет хорошо.

Очень важно говорить о своих волнениях и переживаниях. Ребёнок всё равно их видит и чувствует. Говоря о них вы как бы позволяете и ему говорить о том, что его тревожит, даёте легитимацию его чувствам, показываете, что можно бояться, сердиться, грустить и можно говорить об этом с близкими людьми. Возможно, в какой-то момент ему меньше потребуется убежать от реальности и от своих чувств в компьютерные игры, где, кстати, абсолютно искажены представления о человеческой жизни и смерти, где жизнь можно купить, здоровье и силу найти, а умирать можно бесконечное количество раз.

— Вы говорили, что реально поработать над изменением нашего внутреннего состояния. Как это?

— Есть специальные техники для уменьшения тревожности, избавления от боли, страха, чувства подавленности, для увеличения уверенности в себе.

— Мы сможем поработать над этим в следующий раз?

— Да, конечно.

Все приведенные кейсы являются примерами оказания первичной помощи. Экстренные первичные консультации могут проводиться как лично, так и по скайпу. Подобная работа не всегда разворачивается в длитель-



ную психотерапию, которая, возможно будет необходима пострадавшим, но она крайне необходима и направлена не только на помощь детям, но и, главным образом, на поддержку родителей в непростой ситуации длительного стресса, связанного с опасностью для жизни.

Что можно порекомендовать родителям в общении с детьми во время ракетных обстрелов, что помогло бы детям чувствовать себя спокойнее и увереннее?

1. Помните, что дети видят мир вашими глазами, поэтому ваши реакции и высказывания так важны. При этом невербальные реакции (выражение лица, язык тела, интонация) не менее важны, чем слова. Постарайтесь транслировать уверенность и спокойствие. Когда сложно справиться с собственной тревогой, сделайте несколько вдохов-выдохов, выпейте стакан воды, скажите себе что-нибудь ободряющее, подумайте, у кого Вы сами могли бы получить поддержку.

2. Спросите у Вашего ребёнка, что он знает о происходящем. Учитывая возраст ребёнка, просто и кратко расскажите ему о том, что происходит. Без лишних фактов и драматизации.

3. Проговорите ваши действия при сирене. Каковы роли в семье? Кто за что отвечает? Что вы делаете, находясь с детьми дома? На улице? В поездке? Выполнение рекомендаций службы тыла важно не только для вашей безопасности. Следование продуманному заранее сценарию и выполнение необходимых действий помогает справиться с тревогой.

4. По возможности, ограничьте просмотр теленовостей при детях.

5. Важно позволить ребёнку выражать чувства: страх, тревогу, неуверенность, растерянность, ощущение подавленности. Если ребёнок не выражает никаких чувств – это тоже нормально. Любая реакция в эти дни есть нормальная и легитимная реакция на ненормальную ситуацию.

6. Очень важно просто быть рядом с детьми, обнимать, выражать одобрение, любовь, давать ощущение, что мы

«вместе». И «вместе» мы обязательно справимся! А ещё у нас сильная армия, которая делает всё, чтобы нас защитить. Постарайтесь также дать Вашему ребёнку ощущение, что он может обратиться к Вам с любым вопросом. Это придаст ему уверенности, уменьшит тревожность.

7. Поддерживайте детей в их желании заниматься интересными и любимыми ими делами: играть, рисовать, лепить, конструировать, читать и т.д. Если в Вашем доме есть комната, в которой Вы находитесь во время ракетных атак – приготовьте в ней заранее игры, книги, игрушки, которые любят Ваши дети.

8. Сделайте что-нибудь вместе. То, что любите Вы и Ваш ребёнок, то, что доставит вам радость.

9. Положитесь на свои силы и силы Вашего ребёнка преодолеть эту ситуацию. Если Вы видите, что Вашему ребёнку трудно, говорите ему о своей вере в его силы.

10. Если состояние Вашего ребёнка вызывает Ваше беспокойство – не ждите! Практически в каждом городе в летние месяцы работает бесплатная психологическая служба для детей и подростков. Во многих городах есть круглосуточный телефон для срочных обращений.

Список литературы:

1. Aldwin, C.M. Stress, Coping and Development. An Integrative Perspective. N.Y.: The Guilford Press. 1994.
2. Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. Journal of Personality and Social Psychology, 66 (1). 1989.
3. Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. . N.Y.: Springer Publishing Company. 1984.
4. Mitchenbaum, D. Stress Inoculation Training, N.Y.: Pergamon. 1985.
5. Stress in Israel. N.Y.: Van Nostrand Reinhold Company Inc. (Breznitz, S. 1983.
6. Waxman, N. Development of Adjustment Skills among Teenage New Immigrants, Tel-Aviv University. 2003.

Features of emergency psychological assistance to families with children in war in Israel

WAXMAN NATALY

Educational Counselor, Marital and Family Therapist, Group Therapist,
Ministry of Education of Israel, MA, Tel-Aviv University, Israel, Kiryat Gat

Abstract: The article describes the experience in the provision of emergency psychological assistance to families with children experiencing traumatic stress related to rocket attacks on Israel from Gaza in July-August 2014. It singles out the main patterns of presentation of the request of the parents, especially the work of psychological defenses and emphasizes the need for a systematic approach to the provision of psychological support and inclusion of parents in the therapeutic process. It also describes the capabilities and limitations of such work and concludes some typical case studies.

Keywords: Stress, emergency psychological assistance, children, parents, family therapy.



Опыт психологического сопровождения больных с инсультом и инфарктом миокарда в остром периоде

ТАРАСОВА Е.В.

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

Рассматривается опыт работы психолога в отделениях неотложной кардиологии и острого нарушения мозгового кровообращения. Обозначаются этапы работы с пациентами в период госпитализации. Рассматриваются методы и техники психотерапевтического взаимодействия с пациентами: арт-терапия, музыкотерапия, тренинги, элементы когнитивно-поведенческой и клиент-центрированной психотерапии в консультировании пациентов в остром периоде болезни.

Ключевые слова: психологическая помощь, пациенты, инсульт, инфаркт миокарда, острый период, тренинги, адаптация.

Проблема психологического сопровождения личности в период болезни, которая зачастую приводит к инвалидизации, социальной дезадаптации является многогранной, нуждается в современном исследовании и разработке.

В отделениях ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) и неотложной кардиологии госпитализируются как пожилые, так и пациенты молодого трудоспособного возраста (25 лет +/- 45 лет), нуждающиеся не только в медикаментозном лечении, но и в психологической помощи.

Е. И. Гусев и А. С. Кадыков отмечают, что реабилитация постинсультных больных, направленная на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, профессиональных навыков, возвращение больного в общество и к посильному труду, делается актуальной медико-социальной проблемой [3,5,4].

О важности использования мультидисциплинарного подхода в лечении больных инсультом пишет Муштафина Л.В. [9], в том числе значимой является роль психолога как в нейропсихологической диагностике, так и в психотерапевтическом процессе [9].

Неотъемлемая часть современного лечения и профилактики ССЗ — психотерапевтическое воздействие [8].

У значительной части больных после перенесенного инфаркта миокарда, устранения патологии коронарных артерий, объективного улучшения гемодинамики и повышения толерантности к физической нагрузке сохраняются стойкие невротические расстройства [10].

По-видимому, у части больных «кризис личности», спровоцированный болезнью, не преодолевается на этапах реабилитации, а в условиях амбулаторного наблюдения порой усиливается, что, несомненно, требует интенсивной психологической помощи и поддержки [10].

Выбор конкретного метода психотерапии основывается прежде всего на соображениях удобства применения, экономичности и доступности для больного. Так, психотерапевтическое вмешательство должно отвечать требованию «субъективной адекватности» и соответствовать особенностям внутренней картины болезни, ожиданиям больного, его возможностям осмысления, интеллектуальному и образовательному уровню. Не менее важно соответствие предлагаемого метода личностным особенностям больного [1].

Психологическое сопровождение пациентов на этапе госпитализации в стационар проводится с целью снижения интенсивности острого стресса, коррекции невротических, ипохондрических реакций, с целью разработки индивидуальной программы психологической реабилитации.

Психологическое сопровождение пациентов с ОНМК и инфарктом миокарда включает несколько этапов, указаны на рисунке 1.

На первом этапе работы с пациентом проводится психодиагностика или нейропсихологическое тестирование (для оценки повреждения ВПФ при инсульте) с целью выявления психопатологической структуры личности во время болезни, преморбидных особенностей, ресурсов, степени патологических изменений психики. Важно определить содержание внутренней картины болезни конкретного пациента для эффективной оценки реабилитационного потенциала. Диагностическая процедура позволяет в форме беседы, формализованного интервью помочь пациенту выразить значимые переживания на начальных этапах госпитализации в форме вербальных сообщений.

На втором этапе психологического сопровождения пациентов психолог занимается восстановлением патологических невротических реакций, тревожно-депрес-





Рис.1. Этапы психологического сопровождения больных с ОНМК и инфарктом.

сивных, апато-депрессивных, невротических, астенических состояний, нарушений сна. Используются элементы клиент-центрированной психотерапии К.Роджерса, когнитивно-поведенческой терапии А.Бека. В период стресса пациенты нуждаются в эмпатии, безусловном положительном принятии, помощи в осознании чувств, эмоций, символизации опыта. Психологическое сопровождение пациентов включает помощь в расширении способов реагирования на болезнь, декатастрофизации, поиске альтернативных стратегий поведения, формирование мотивации для дальнейшего лечения и реабилитации. С пациентами, у которых отсутствуют когнитивные нарушения или имеется незначительный уровень, не препятствующий для усвоения новой информации, используются методы изменения негативных мыслей (методика «Осознание негативных мыслей», прием «шкалирование» (Кулаков С.А., 2003), упражнение «Уменьшение значимости предстоящего события» (по P.Shimer, S.Ferguson, 1990)) [2].

Психолог обсуждает с пациентом способы планирования целей и действий в период лечения.

Важную роль в психологическом сопровождении занимают релаксационные мероприятия. В отделении кардиологии проводятся групповые занятия по аутогенной тренировки (используются техники: аутогенная тренировка №1 «Расслабление и релаксация», №2 «Уравновешенность и устойчивость к стрессу». Авторы: проф. Востриков А.А., психотерапевт., проф. Табидзе

А.А., психопедагог.) для снятия напряжения, переключения сознания на картины природы, прослушивание релаксационной музыки (серия Целебная музыка рекомендована Центром Восстановительной Медицины Министерства Здравоохранения РФ для снятия стресса, отдыха и оздоровления. Примеры композиций: Beethoven - Moonlight Sonata, Grieg - Morning Mood from Peer Gynt, Tchaikovsky - Overture Miniature to The Nutcracker Suite, Mozart - Clarinet Quintet K.581 Larghetto & K.581 Allegre и другие).

Пациентам предлагаются упражнения «Место отдыха» (по M.Loscalzo, 1996), «Воспоминания приятных ощущений, связанных с цветом» [2], которые помогают расслабиться, снять напряжение в теле.

Часто инсульты и инфаркты сопровождаются болевыми синдромами (головная боль, боль в сердце, боль в верхних или нижних конечностях), в связи с этим психолог предлагает эффективное упражнение «Дыхание против боли» (по М.Сандомирскому, 2005) [2].

Противопоказанием к выполнению упражнений, психотерапевтических бесед являются умеренно выраженные и выраженные когнитивные нарушения, интеллектуальная недостаточность, острые психотические состояния, психопатоподобное поведение.

Пациенты, которые по медицинским показателям способны совершать движения, посещают профилактические групповые занятия, где психолог рассказывает об особенностях заболевания, факторах риска и правилах

поведения, которые могут обеспечить безопасность жизни. Проводится отдельный блок занятий по вторичной профилактике курения, злоупотребления алкоголем.

В отделении ОНМК реализуется арт-терапевтическая группа самопознания «Краски моей души». На группе пациенты учатся лучше осознавать свои потребности, чувства, эмоции с помощью пластилина, красок, карандашей. Группа помогает расширить творческие способности, позволяет заново познавать окружающий мир через цвет, форму, оттенки. На группе обсуждаются темы: «Я и мой мир», «Мои отношения с окружающими (моя семья)», «Я и болезнь», «Моя мечта», «Природа», «Чувства и настроение» и многое другое.

Психолог так же использует упражнения «Мой портрет в лучах солнца», которое помогает в развитие коммуникативных навыков, способствует процессу самораскрытия. Упражнение «Дерево чувств» способствует свободному выражению чувств, пациенты обучаются понимать свои чувства и переживания, адекватным образом выражать и контролировать их [6].

Проводится тренинг по развитию познавательных процессов у пожилых по рекомендациям Краевой М.А., Тарасовой Т.О., Чижовой Е.А [7], что способствует эффективной адаптации в бытовых условиях, повышает уровень саморегуляции и качество жизни после выписки из стационара.

Тренинговые, релаксационные и профилактические занятия, индивидуальное консультирование проводятся не более 30 минут 2 раза в неделю, поскольку пациенты склонны к быстрой истощаемости и утомляемости.

Третий этап психологического сопровождения заключается в работе с родственниками больных. Родственникам зачастую требуется поддержка, помощь в коммуникативном взаимодействии с больным, рекомендации по уходу. Для реализации указанных задач проводится школа «Жизнь после инсульта». Это занятие лекционного характера по темам: «Механизм развития инсульта», «Симптомы инсульта и оказание первой помощи пострадавшему», «Особенности реабилитации при инсульте», «Постинсультная депрессия. Рекомендации о том, как избавиться от депрессии».

Для родственников больных с инсультом разработаны следующие рекомендации:

1. Используйте в общении с пациентом принцип наглядности, демонстрации. С больными в остром периоде инсульта рекомендуется общаться, как с детьми в возрасте от 3-5 лет. Важно что то объяснять и одновременно наглядно показывать. Можно использовать картинки, элементы невербального поведения.

2. Наберитесь терпения. Инсульт это не грипп, восстановление может потребовать несколько месяцев или лет! Поведение больного часто напоминает поведение ребенка: капризность, привлечение внимания. Помни-

те, что это больной человек и старайтесь относиться к его поступкам не как к поступкам здорового человека.

3. Соблюдение режима дня. Необходимо спать не менее 7—8 часов. Обязательно спать ночью, днём бодрствовать.

4. Принцип активности. Старайтесь активизировать пациента с первых дней, если для этого нет противопоказаний. Возможно, стоит напомнить пациенту, что не всё зависит только от медикаментов и лечащего врача, стоит заниматься восстановлением движений, развитием памяти каждый день.

5. Принцип поощрения. Старайтесь поощрять больного даже за незначительные изменения.

6. Принцип самостоятельности. Старайтесь давать больному самостоятельно действовать в ситуациях. Не становитесь нянькой. Делайте не вместо, а вместе с больным.

7. Принцип разделения ответственности: не рекомендуется брать всю нагрузку по уходу за больным только на одного родственника. Подумайте, с кем бы вы могли разделить нагрузку. Можно обратиться в органы социальной защиты за дополнительной помощью.

8. Уделяйте внимание своим потребностям, оставляйте время для себя, для хобби. В случаях подозрения на депрессивное состояние, если возникли проблемы во взаимоотношениях с больным родственником, если происходят частые конфликты в семье, непонимание, в случаях кризисных состояний, ощущений собственной вины и несостоятельности обратитесь за помощью и поддержкой к психологу/психотерапевту.

Для родственников больных с инфарктом разработаны следующие рекомендации:

1. Распределение адекватной нагрузки: оберегайте больного родственника от тяжелых физических нагрузок.

2. Режим дня. Необходимо спать не менее 7-8 часов. Обязательно спать ночью, днём бодрствовать.

3. Стресс. Старайтесь минимизировать воздействие стрессов в жизни больного. Учиться изменять отношение к происходящему поможет психолог.

4. Больным не следует менять климатическую зону проживания.

5. Питание. Ознакомьтесь с рекомендациями по питанию, которое необходимо больному. Информацию можно получить, обратившись на консультацию к лечащему врачу.

6. Если больного беспокоит кардиофобия, страх смерти, тревога, то необходимо обратиться к психологу/психотерапевту.

7. Если у вас возникают проблемы в общении с родственником или сам родственник переживает стресс, то рекомендуется обратиться на консультацию к психологу.

Общие рекомендации:

1. Следите за контролем артериального давления у больного родственника.
2. Следите за регулярным и своевременным приёмом препаратов и выполнением всех рекомендаций лечащего врача, наблюдениям в поликлинике по месту жительства.
3. Выражайте заботу и понимание.

Таким образом, психологическое сопровождение построено с учётом индивидуальных особенностей и потребностей пациентов. Это комплексная психологическая помощь, направленная на регуляцию психического состояния в период госпитализации, оптимизацию дальнейшего функционирования в семье и обществе.

Список литературы:

1. Бурно М.Е., Иговская А.С. Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимся преобладанием ипохондрии // Журнал невропатологии и психиатрии. — 2008.108 (12): С. 27— 31.
2. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии. — Н.Новгород.: Издательство Нижегородской гос.мед.академии, 2009. — 205-230с.
3. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. — М.: Медицина, 2001. — 326 с.
4. Ермакова Н.Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушариях головного мозга в процессе реабилитации // Вестник СПбГУ. — 2008. — Сер. 11. Вып. 3.
5. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. - М.: Миклош, 2003. —176С.
6. Костенко М.Б., Чеперин А.И., Степанова О.Н., Драчук Т.А., Осатюк Н.И., Зинкина А.П. Опыт внедрения и функционирования моделей психосоциального лечения и реабилитации в условиях Омского региона // Сборник статей и модульных практик для психологов / — Омск, 2011. — 76с.
7. Краева М.А., Тарасова Т.О., Чижова Е.А. Тренинг познавательных процессов лиц пожилого и старческого возраста / под редакцией И.М.Никольской — СПб.: Речь, 2003. — 62с.
8. Медведев В.Э. Профилактика и терапия психопатологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. — 2012. — №3. — С. 1.
9. Мустафина Л.В. Ранняя реабилитация постинсультных больных мультидисциплинарной бригадой: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2008. — 22 с.
10. Суджаева С.Г., Суджаева О.А. Реабилитация после реваскуляризации миокарда. — М.: Медицинская литература, 2008 — 128 с.

Experience of psychological support of patients with stroke and myocardial infarction in the acute stage

EKATERINA V. TARASOVA

clinical psychologist, Municipal Affordable Health Care Institution
Nizhny Novgorod region «Municipal Hospital №39»

The experience of the psychologist in the emergency departments of cardiology and acute stroke. Designated stages of work with patients during hospitalization. Discusses the methods and techniques therapeutic interaction with patients: art therapy, music therapy, training, elements of cognitive-behavioral and client-centered psychotherapy in counseling patients in the acute period of the disease.

Keywords: psychological care, patients, stroke, myocardial infarction, acute phase, training, adaptation.



На что претендует аналитическая психология? Или неизбежный водораздел внутри психотерапии

ЛОМОВА М.В.

Старший научный сотрудник Института психолого-педагогических проблем детства Российской академии образования

В России заметен существенный процесс внутри психотерапии – это интегративный процесс, наряду с все большим выделением отдельных школ и направлений внутри профессиональной области «Охрана психического здоровья». Хотелось бы, чтобы интегративные процессы шли увереннее и масштабнее, нежели чем процессы разделения. Но существует ли неизбежный и непреодолимый водораздел внутри психотерапии? Или все процессы разделения, мешающие интеграции, сугубо динамические и «человеческие» вопросы, связанные с конкуренцией, защитой границ и автономии, власти и приоритетов? Действительно ли очевидная, но тонкая грань, отделяющая медицинскую психотерапию от не медицинской, является кардинальным и неизбежным водоразделом внутри психотерапевтической практики? И если да, то в чем его суть?

Врач, клинический психотерапевт и медицинский психолог заведомо ориентируются не на здоровую личность, рассматривая другого человека, по крайней мере, в момент его обращения за психотерапевтической поддержкой, не как здорового, а как «больного». И «иметь дело» медицинский психолог, клинический психотерапевт и психиатр, станет именно с «не здоровой психикой», «паталогическим» состоянием, а не со здоровой человеческой личностью. Врач (психиатр), клинический психотерапевт или медицинский психолог, в полном соответствии с медицинскими представлениями, противопоставляющими здоровье и болезнь, выделит «болезнь», «паталогическое состояние», «неадекватные проявления» и будет стараться психику «лечить». Прежде всего, такой специалист увидит нарушения и сосредоточится на диагнозе.

В области «Охраны психического здоровья» используются разнообразные методы: психологические, психофизиологические, телесные, биологические средства. Разница здесь не в методах и средствах. Очевидно, существует разница в базовых психологических установках и взглядах на человека. Такая разница существует внутри самой психотерапевтической области, разделяя ее на врачебную и не врачебную. Психология и психотерапия, ориентированная на личность, а не на психику и болезнь, не разделяет веру «врачебной» (психиатрии, клинической психотерапии и медицинской психологии) в существование «психических болезней». Не врачебная психология и психотерапия не придерживается базового медицинского разделения на здоровье и болезнь в отношении психики человека.

Значит ли это, что ориентированная на личность наука и практика, отрицает само существование безумия

и/или «паталогических» состояний? И, второй вопрос, значит ли это, что главное отличие психиатрии от клинической психологии и психотерапии не во «взглядах», а в методах и средствах? Ответы на эти два вопроса и проводят этот тонкий водораздел внутри психотерапевтической практики.

Аналитическая психология и юнгианский анализ, как ориентированные на личность теория и практика переводит «феномен безумия» в не материальную область – область духа, в область «архетипов» и *anima mundi*. Обыденным языком можно было бы это выразить так: «безумием» является либо недостаток «ума», либо недостаток «морали». Третьего не дано? В современном мире, когда человек так сильно разделен внутри себя самого и его «сердце» отделено от «ума» и часто перестало быть основой нравственности, можно было бы говорить и о недостатке «сердца». Аналитическая психология, ориентирующаяся на «Самость», где под «Самостью» в широком смысле понимается образ Бога в душе человека, образ абсолютного совершенства и абсолютной целостности, «искра Божия» – талант и голос совести – сама неделимая цельность. Этой целостностью является, одновременно, как и ее сердцевина, «ядро» – «душа» личности и «голос» совести, так и вся психика целиком, то есть личность человека в целом.

Юнгианский аналитик, вероятно, как и психотерапевт любой другой школы, если он ориентирован на личность, а не «на болезнь», рассматривает саму личность (Самость) другого человека как цельную и здоровую, наряду и наравне со своей собственной.

Рассматривая личность другого человека как условно цельную и здоровую, Юнгианский аналитик разделяет возможности возникновения условно «паталогических» состояний, хорошо понимая при этом, что серьезные бедствия или тяжелые обстоятельства и их разрушительные эффекты во внутреннем мире, привели человека в данный момент времени к невыносимо тяжелому состоянию, вызванному переживанием острой душевной боли, вплоть до приступа ослепления («аффективного» состояния) или впадению в безнадежное отчаяние («депрессию»). Или, напротив, вызванному долгим и непрекращающимся мучительным страданием до безысходности и помраченного продолжительного иступления («психоза») или беспросветного оглушенного ступора («кататонического» состояния).

То есть юнгианский аналитик рассматривает такие состояния как условно «паталогические», поскольку придерживается концепции *anima mundi* – единства психического пространства для всего человечества и на-



личия коллективного бессознательного – при отношении к самой личности (Самости) другого человека, как безусловно цельной и здоровой. «Безумие» человека, переводится таким образом в сферу общечеловеческого. И с точки зрения юнгианского аналитика выражается в недостатке осознанности и рефлексии (не достаточно глубоко и широко самосознании), в недостатке эмпатичности и децентрации (отсутствии сострадания и милосердия, личностного стержня и зрелости) и в недостатке морали и нравственности (лицемерии, недостатке совестливости и мудрости).

С точки зрения «психологии Самости», все остальные отличия внутри психотерапии заключаются в методах! Но, в методах «лечения». «Лечебное воздействие». С этой точки зрения, даже главное отличие медицины от психологии в целом не во «взглядах», а в средствах. В средствах воздействия на «пациента», а не взаимодействия с личностью, где целью является «патологическое» состояние, «болезнь», а не сама личность – Самость. Юнгианский аналитик, специалист по психотерапии в области психологии личности, «не лечит» и не воздействует с целью заставить человека увидеть и осознать «болезнь», или «патологические» состояния или «нарушения» и начать «лечиться».

Юнгианский аналитик совместно с обратившимся за психотерапией создает специальные условия, важным составляющим звеном которых является сеттинг, холдинг и контейнмент, для которых характерно появление высокого психотерапевтического эффекта, на фоне которого страдающий человек обретает устойчивость и дополнительные силы в психологическом преодолении тех трудностей (внутренних и внешних), которые разрушают его жизнь или снижают ее качество.

Главная задача специалиста-юнгианца, ориентированного на саму личность (сокр. Самость) – помочь человеку выявить и упрочить, приобрести или дополнительно создать психологические ресурсы с целью смягчить его душевные а, часто и физические, страдания. Обеспечив человека в атмосфере сострадания надлежащими знаниями, способами повышения уровня самосознания и умением выдерживать и перерабатывать всплески эмоций и наплывы переживаний, пользуясь своими психологическими резервами, в юнгианском анализе важно оказать непосредственное психологическое содействие в переживании тягостных мучительных состояний в настоящем или совокупности травматических последствий, сложившихся в прошлом, и временами дающих о себе знать.

Стратегической задачей для такого специалиста становится особого рода психологическое участие и содействие человеку в нахождении психологических и не психологических ресурсов для осмысленного выхода из эмоционально-психологических тупиков и изматывающих воронок страданий, наряду с углублением и расширением его самосознания и постижением им своей сокровенной сущности.

Юнгианский аналитик, как и медицинский психолог и клинический психотерапевт будут использовать пси-

хологические методы, в отличие от психиатра, использующего только! или главным образом, фармакологию. Врачебная психотерапия: медицинская психология и клиническая психотерапия, – безусловно, учитывают психологическое знание, но акцент делают на «патологических» проявлениях, используя психологические инструменты и знания во взаимодействии с личностью человека, но для воздействия на его «патологическое» состояние. В отличие от использования биологических методов или акцента на них (применение препаратов в психиатрии), что вообще не учитывает никаких психологических областей знания (о личности, о сознании, о самосознании, о психической и межличностной динамике и т.д.) при полном отсутствии даже намека на взаимодействие с целостной здоровой личностью.

Псевдо психологическими знаниями в области психиатрии является якобы «психологическое» понимание разницы в характерах «пациентов» при оказании врачом-психиатром моральном воздействии (увещевании или давлении) на пациента с целью его «вылечить» или заставить «лечиться», убедив, что он «болен». Такая «психология» заключается в вопросе: как лучше воздействовать. А не взаимодействовать! С одним человеком с точки зрения врача «пройдут» мягкие уговоры, с другим – жесткое давление, вплоть до недобровольной госпитализации и насилия. Психика рассматривается в психиатрии, как, безусловно, очень сложный, но исключительно биологический феномен (в крайнем случае «эпифеномен мозга»), который полностью или почти полностью может быть приведен в соответствие (отждествлен) со сложной работой мозга.

Медицинская психология и клиническая психотерапия, в отличие от психиатрии учитывает психологическое знание, но опирается на область «патопсихологии» и клинической психологии, ориентируясь на «болезнь» и во взаимодействии с личностью воздействует на «болезнь» и «патологическое» состояние. Такого специалиста в области «Охраны психического здоровья» можно определить как специалиста по врачебной психотерапии, то есть условно можно назвать «врач», даже если у него нет классического медицинского образования или психиатрической специализации, а он является медицинским психологом или клиническим психотерапевтом. Тогда тонкое, но кардинальное отличие не врачебной психотерапии от врачебной будет заключаться отнюдь не методах и средствах, а во «взгляде» на человека – антропологическом подходе: не врачебная психотерапия – это психология и психотерапия, ориентированная на саму личность в целом (Самость), а не на какую-то часть личности или ее особенности, как и не «болезнь» и «патологическое» состояние, что является прерогативой психиатрии и врачебной психотерапии.

What does analytical psychology claim? Or inevitably watershed (dividing line) is in psychotherapy

Lomova Mariya Vadimovna

Senior Researcher, Institute of Psycho-Pedagogical Problems of Childhood, Russian Academy of Education



Пошаговая модель в консультировании и психотерапии по гендерным вопросам

АХМАДУЛЛИНА А.А.

канд. психол. наук, психотерапевт Европейского реестра, директор «Тренинг-центра ИНО КФУ»

В данной статье изложен авторский подход к разрешению межличностных и внутриличностных проблем, обусловленных дисбалансом мужского и женского начал, в процессе психологического консультирования и психотерапии. В данном подходе мы предлагаем пошаговую модель консультирования, благодаря чему возможна диагностика «мужского» и «женского» начал как отдельно взятой личности, и диагностика в паре. В результате терапии по методу «пошаговой модели» пробуждая мужскую и женскую сущности, снимая двойственность, конфликтность в проявлениях мужского и женского начал в человеке, в процессе консультирования восстанавливается нарушенный баланс в отношениях (психотерапевт, наблюдая за нарушениями, может помочь отразить их).

Ключевые слова: гендерный подход в консультировании, пошаговая модель, духовная составляющая, личности.

В данной статье будет изложен авторский подход к разрешению межличностных и внутриличностных проблем, обусловленных дисбалансом мужского и женского начал, в процессе психологического консультирования и психотерапии с учетом гендерных особенностей. В основе данного подхода лежат знания, интегрированные из духовных практик, психологии, психотерапии.

Концептуальная идея подхода заключается в том, что в отличие от направлений (психоанализ, интеракционизм, когнитивизм), исследующих механизмы конструирования гендерной идентичности, с акцентом на гендерные роли, основой которых является именно социальное проявление, мы, исследуя феномен кризиса гендерной идентичности, переносим внимание на аспекты психологии, которые исследуют сферу социальную, психоэмоциональную, сексуальную, а также духовную направленность личности человека, экзистенциальной стороны человека.

В данном подходе мы предлагаем пошаговую модель консультирования, благодаря чему возможна диагностика «мужского» и «женского» начал как отдельно взятой личности, и диагностика в паре. Проблемы в межличностных отношениях (включая брачно-семейные, детско-родительские, деловые, интимные и другие взаимосвязи) занимают одно из ведущих мест в психологическом консультировании и психотерапии.

В результате терапии по методу «пошаговой модели» пробуждая мужскую и женскую сущности, снимая двойственность, конфликтность в проявлениях мужского и женского начал в человеке, в процессе консультирования восстанавливается нарушенный баланс в отношениях (психотерапевт, наблюдая за нарушениями, может помочь продиагностировать, отразить их и скорректировать).

Итак, в пошаговой модели консультирования мы выделяем «психоэнергетическую партитуру состояний», которые проявляются в «шагах»: трех мужских и трех

женских. К мужским «шагам» относятся «направление», «структура», «точка», к женским – «предоставление пространства», «заполнение пространства», «благодарность».

При этом в процессе консультирования постоянно решается следующий круг психодиагностических и психотерапевтических задач: анализ женских ошибок, деформирующих мужчину, возможности женщины в развитии творческого потенциала мужчины, анализ жизненных смыслов женщины во взаимоотношениях с мужчиной и мужчины с женщиной, источники и способы взаимного развития пары, анализ кризиса личностного развития мужчины и женщины и внутренних ресурсов для его преодоления.

Одним из ключевых моментов является существующий миф о «половинках». Таким образом, отношения строятся изначально от недостатка. В процессе психотерапевтической работы идет работа с целостностью мужчины и женщины. В результате формируется практическая жизненная программа для женщины, творцей и созидательницей себя и своего успешного мужчину и отработка женских моделей поведения и действий по необходимому творческому и энергетическому взаимодействию с мужчиной. В настоящее время в связи с интенсивностью и все большей включенностью в социальные взаимодействия, возрастает социально-психологическая нагрузка на женщин. Женщине становится все сложнее разделять и распределять функции в семье и на работе, и у нее остается все меньше времени на личную самореализацию. (Профессионализм и личностные регуляторы не дают опоры в той мере, в которой это необходимо). На процессах половой гендерной роли отражаются особенности субъективного восприятия времени, детерминированные ускорением физического времени и динамикой социально-экономических отношений. В современном мире все больше тенденций к стиранию границ, стираются границы «Я» в пространстве «Мы» и границы между мужчинами и женщинами. Наблю-



даются тенденции к подражанию мужскому поведению у женщин, нивелированию ценностей материнства, женственности, стиранию понимания гендерной роли. Женщины все чаще включаются в мужские виды деятельности, а мужчины становятся все более «феминными». В результате чего, отхождение от сути мужского и женского начал отражается на особенностях психологии мужчины и женщины, их социальных ролях, что приводит к «масочному» поведению.

Социальная успешность и «чрезмерная социализация» женщины, отражающиеся на ее поведении (черты «стервозности», «бездушности»), часто ведут к внутренней неудовлетворенности мужчин женским поведением, что сказывается на качестве совместной жизни. Из существующих стилей партнерских отношений на первый план выходят доминирование, манипулирование, соперничество, а партнерство и содружество оказываются невозможны, в силу вышеперечисленных причин.

Специально разработанная практическая программа предназначается для тех женщин, которые настроены на позитивные изменения во взаимоотношениях с мужчиной, стремятся развить свою индивидуальность в совместном диалоге, и хотят научиться сохранять баланс между ограничениями и свободой в отношениях полов.

Переходя непосредственно к раскрытию понятий «трехшаговой модели» хотим отметить, что все «шаги» нанизываются на духовную составляющую в человеке – в мужчине и в женщине. Духовный аспект – это тот необходимый смысл, который дает, ответы на вопросы: «зачем?», «ради чего?». Именно духовная направленность дает возможность человеку преодолеть внутренние кризисы: кризис личностного развития мужчины и женщины и внутренние ресурсы для их преодоления, экзистенциальный кризис и кризис личностной идентичности. Получение ответов на вопросы «кто я?», «в чем смысл моего существования?» дает связь с внутренним источником энергии. Природная женская энергия, тот природой заложенный потенциал, с которым она рождается, утрачивается в результате неправильного воспитания (жесткость воспитания, поощрение мужского стиля поведения сначала в семье, потом в школе, а потом и в вузах) и «сворачивается», не находя социального поощрения. В процессе консультирования используется принципиально новый подход, предполагающий раскрытие внутреннего потенциала женщины для ее личностного роста и улучшения взаимодействия и взаимопонимания в партнерских отношениях.

Раскрывая глубину понятия «направление» мы приходим к выводу, что когда мужчина чувствует ответственность, главенство, он может вести за собой. Женщина, по природе созданная давать жизнь, созидать, «вдыхает» в движение, в направление, в процесс, в ситуацию свою энергию. При этом, она может быть вдохновляющей, открытой, чуткой, созвучной своей женской природе. В тот момент, когда мужчина осознает, что женщина принимает и поддерживает его направление

движения, мужчина активно структурирует текущий процесс. Учитывая, тот факт, что у каждого мужчины своя отличная структура (у одного масштабные проекты, у другого – миниатюрные), важным моментом для женщины является умение видеть структуру «своего» мужчины, и определять подходит ли данная структура конкретно для нее.

Когда женщина хочет «переустроить» мужчину, и она видит, что нужно убрать, что добавить, в структуру «своего» мужчины, то возможно ей вовсе не стоит принимать данное «направление», так как структура данного мужчины ей не подходит. Навык по умению определять подходит или нет конкретной женщине то или иное «направление» мужчины, может иметь важное прогностическое значение на начальном этапе отношений.

«Заполнение» – это «психоэнергетическая сила» женщины, благодаря которой женщина ощущает свою реализованность, творческий потенциал, нужность, и в итоге «расцветает» и «раскрывается во всех своих «ипостасях». Таким образом, осуществляется работа с энергетическими ресурсами женщины, как основными источниками ее здоровья, силы и молодости.

Процесс «заполнения» может носить неуправляемый, хаотичный характер и женщине бывает необходима «направляющая» роль мужчины. Мужчина своей решительностью и отсутствием сомнений помогает женщине остановиться, увидеть завершенность процесса и поставить «точку».

Существует большое количество стереотипов по поводу женского поведения, которые в настоящий момент не работают. Для решения данной проблемы нами была разработана специальная методика «Некоторые секреты женской мудрости», по которой мы проводим практикоориентированные занятия. Мы используем элементы социально-психологического тренинга, коучинга, ролевые дискуссии, техники визуализации, терапию текстом, танцевально-двигательную терапию, практику по расширению «коридора возможностей», что помогает справляться со страхами. Для большей целостности женщины и соединенности ее с природно-стихийной составляющей в процессе работы мы обращаем внимание на необходимость осознать и логически обосновывать происходящее, не поддаваясь только эмоциональным состояниям. При этом, мы опираемся на теорию уровней гендерных различий мужчин и женщин в эмоциональности: эмпатия и эмпатическая экспрессия; эмоциональные переживания и эмоциональная экспрессия, а так же, гендерных различий в «Большой Пятерке факторов»: экстраверсия, доброжелательность, добросовестность, эмоциональная стабильность, открытость к опыту. Важное значение в оценке гендерных различий играет роль мотивации достижений (по шкале Роттера).

Учитывая психологические отличия между полами в способности к ориентированию в пространстве, когнитивных и интеллектуальных возможностях (математи-



ческие способности, речевые навыки и агрессивность по Маккоби и Джеклин), мы отмечаем, что особенностью женского интеллекта и сильной стороной ее психики является «думание образами», нечеткими множествами. Это в свою очередь, обуславливает сложность вербализации переживаний. Очень часто женщина говорит: «Я чувствовала ..., но не смогла объяснить».

В процессе психологических занятий по нашей методике происходит уменьшение дистанции между чувствами и мыслями. Познакомившись со своим внутренним миром, чувствами, желаниями, планами на будущее женщина обретает возможность привести все в гармонию, порядок и начать активную самореализацию.

Таким образом, консультационная и психотерапевтическая работа направлена на активизацию психофизиологических ресурсов, обеспечивающих высокий уровень витальности и энергетики у женщин, восстановлению целостности, обретению внутриличностных и межличностных границ, работе с «негативными» установками, созданию баланса между социальной и природной составляющей, развитию «женского интеллекта», обучению «объемному мышлению», что поможет сохранению полноты бытия в течение всей жизни и повышению качества частной и интимной жизни.

В методическом плане нами предлагается подробная, методически структурированная программа ведения женских личностных групп и индивидуальных консультаций, с использованием синтеза психотерапевтических и психоэнергетических методик в консультировании.

Список литературы:

1. Весельницкая Е.И. Женщина в мужском мире. СПб.: Фонд «Лики культур», 2002. – 150 с.
2. Клецина И. С. Психология гендерных отношений. Теория и практика. – СПб.: Алетейя, 2004. – 408 с.
3. Петрушин С.В. Любовь и другие человеческие отношения. СПб., 2011. – 141 с.
4. Петрушин С. В. Резонансное консультирование. Казань, 2012. – 183 с.
5. Практики семейной расстановки: Системные решения по Берту Хеллингеру / Сост. Г. Вебер. М.: Международный институт консультирования и системных решений; Высшая школа психологии, 2004. – 343 с.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
7. Цзен Н.В., Пахомов Ю.В. Психотренинг: игры и упражнения. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 220 с.

A gender perspective in counseling and psychotherapy: the spiritual aspect of women's self-realization

AHMADULLINA ANGELA ANVAROVNA

phD, psychotherapist European Register, director of «Training Center Kazan State University»

This article describes the author's approach to the resolution of interpersonal and intrapersonal problems caused by an imbalance of male and female, in the process of counseling and psychotherapy. In this approach, we offer a turn-based counseling model, making possible diagnosis of «male» and «female» started as a single person, and diagnostics in a pair. As a result, therapy based on a «turn-based model», prompting the male and female essence, removing duality, conflict in the manifestations of male and female in a man, in the counseling process restores the balance in the relationship (therapist, watching disorders may help repel them).

Keywords: gender approach in counseling, step model, the spiritual component of personality.

Выявление Синдрома Эмоционального Выгорания у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психиатрии и наркологии. Полиmodalная психотерапия как метод коррекции синдрома выгорания

КУХТЕНКО Ю.А.

аспирант кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования,

В статье описывается выявление эмоционального выгорания у врачей психиатров, психотерапевтов и психиатров – наркологов. Дается понятие интегративного подхода, называемого полиmodalной психотерапией. Описываются стандартные тесты на выявление эмоционального выгорания. Рассматриваются результаты проведенной части исследования. Приводятся сравнительные данные между группами. Выдвигается гипотеза о том, что психотерапевты лучше справляются с проявлениями собственного синдрома выгорания.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, полиmodalная психотерапия, данные исследования, метод коррекции.

Феномен эмоционального выгорания имеет сравнительно не продолжительную историю. Отечественными исследователями он изучается приблизительно с 90-х годов прошлого столетия. Наиболее ранние зарубежные публикации датируются 1970-1971гг. История вопроса уходит корнями в работы Г.Селье, который более 50 лет назад в своих трудах: «Очерки об адаптационном синдроме» и в более поздней работе «Стресс без дистресса», описал теоретические основы возникновения стресса у людей. [12],[13].

Актуальность данного вопроса в наши дни значительно возросла, в связи с увеличением социально – психологической нагрузки на современного человека, что зачастую связано с жизнью в мегаполисах, условиями труда на местах, а также, вследствие социально-политической, техногенной и экономической нестабильности жизни во всем мире и в частности в нашей стране. Что приводит к росту числа психических заболеваний психогенной природы, конфликтности в межличностных отношениях, а это в свою очередь отражается на работоспособности, затрагивает «профессиональную эффективность» и качество самой жизни. [4]

По данным отечественных авторов, почти 80% врачей психиатров, психотерапевтов, психиатров – наркологов имеют различной степени выраженности признака СЭВ [цит. по14].

В трудовой деятельности врача, его личность находится под постоянным давлением стрессовых факторов: будь то психологическое давление со стороны

пациентов и их родных или давление со стороны администрации больниц, а также сам характер организации труда, зачастую приводят к возникновению синдрома выгорания. [7]

Психическое состояние самого врача является одним из важнейших условий успешности его деятельности и оказывает значительное влияние на пациентов. Поэтому, научный поиск методов защиты от эмоционального стресса и синдрома выгорания в настоящее время приобрел важную практическую значимость.

Психотерапия – процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем [цит. по 10], по всей видимости, может стать основным решением данной проблемы.

В наше время, в России идет бурное развитие множества методов и модальностей психотерапии. Процесс интеграции методов психотерапии приобретает всё большую актуальность. [9]

Александров А.А. (2009), пишет о том, что групповая психотерапия способствует интеграции различных методов психотерапии. «Групповая психотерапия создает уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими людьми, при которой создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия неизбежно подводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия на когни-



тивные, эмоциональные и поведенческие аспекты личности, разработанных в рамках различных терапевтических подходов». [1]

В настоящее время развивается новый интегративный подход, получивший название полимодальная психотерапия (Макаров В.В., Макарова Г.А., Завьялов В.Ю., Катков А.Л., 2006, 2010, 2011, 2012). Это направление органично сочетает различные теоретические концепции, методики, техники и технологии избранных модальностей психотерапии, что образует новую систему в психотерапии. [5], [6].

В своих работах Макаров В.В. (2009,2010,2011) говорит, что «полимодальность» является основным, магистральным путем развития психотерапии XXI века. [6], [8], [9].

Цель исследования - выявить наличие и особенности течения синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психиатрии и наркологии. А так же, разработка психотерапевтического метода лечения и профилактики синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров, психиатров - наркологов и психотерапевтов по методу полимодальной психотерапии.

За период с сентября 2013 по сентябрь 2014г., было обследовано 100 человек. 75 врачей (психиатров, психиатров – наркологов и психотерапевтов) и 25 психологов (клинических и медицинских) – группа сравнения.

Всем обследуемым проводились стандартные тесты на выявление эмоционального выгорания: 1. Опросник на выгорание MBI (Maslach and Jackson 1981г.), адаптированный Н.Е. Водопьяновой [3], 2. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко (1996г.) [2], 3. Методика нервно – психической устойчивости «Прогноз» (ЛВМА им. С.М. Кирова) [11]. При выявлении симптомов эмоционального выгорания проводится стандартная клиническая беседа, а также предусмотрен ряд дополнительных тестов, для выявления личностных особенностей обследуемых, а в дальнейшем планируется проведение коррекционных мероприятий по методу полимодальной психотерапии.

Методы исследования: метод анкетирования, клинический и статистический методы.

Результаты: всего за период с сентября 2013г. по сентябрь 2014г. было обследовано 75 врачей: психиатров, психиатров – наркологов и психотерапевтов, а так же 25 психологов, проходящих обучение на кафедре психотерапии и сексологии, кафедре детской психиатрии и психотерапии и кафедре наркологии. Из них 32 психотерапевта, 34 психиатра, 9 наркологов и 25 психологов (медицинских и клинических). Были выявлены различные проявления синдрома эмоционального выгорания у 5 врачей психотерапевтов (из 32), что составляет 16,13%, у 22 врачей психиатров (из 34) = 64,7%, у 7 психиатров – наркологов (из 9 человек), т.е. у 77,77%. Что касается группы сравнения (клинических и меди-

цинских психологов), то из 25 человек, различные стадии синдрома выгорания обнаруживаются у 16 человек, что составляет 64%.

Таким образом, из 100 человек обследованных, у 50 отмечаются проявления синдрома выгорания, т.е. у 50% от общего числа всех обследованных. Из 75 обследованных врачей, у 34 (45,33%) есть признаки «выгорания». Надо отметить, что у врачей психотерапевтов процент выгорания значительно отличается от показателей в группах врачей психиатров и наркологов: 16,13% и 64,7%, 77,77% соответственно. На основании этого можно выдвинуть гипотезу о том, что врачи психотерапевты, владеющие различными методами психотерапии, в том числе способами расслабления, аутогенной тренировки и гипноза, более эффективно справляются с проявлениями синдрома эмоционального выгорания, нежели представители других групп.

Выводы:

1. Лица, профессионально занимающиеся профилактикой, диагностикой, терапией и реабилитацией больных психическими заболеваниями и зависимостью от психоактивных веществ, призваны стоять на страже психического здоровья своих пациентов. Однако они могут страдать от проблем в области психического здоровья, связанных с их профессиональной деятельностью.
2. По результатам проведенного исследования, 50% обследованных (врачей и психологов) имеют те или иные признаки синдрома выгорания. А из 75 обследованных врачей, у 34 (45,33%) имеются проявления СЭВ.
3. На основании промежуточных данных исследования можно отметить тенденцию к тому, что психотерапевты лучше справляются с проявлениями синдрома выгорания.
4. Метод полимодальной психотерапии может быть применен для коррекции синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров, психиатров – наркологов и психотерапевтов, а также на основе этого метода возможно разработать психотерапевтическую программу для профилактики данного состояния.

Литература:

1. Александров А.А. Интегративная психотерапия. – СПб.: Питер, 2009.
2. Бойко В.В. «Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других». М.: Филин, 1996г. с.- 469.
3. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
4. Журавлева А.А, Сергиенко Е.А. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011г., 512 стр. (Психология социальных явлений).



5. Завьялов В.Ю., Катков А.Л., Макаров В.В., Макарова Г.А. Система полимодальности // Профессиональная психотерапевтическая газета. – 2006. – Вып. 50. - №12.
6. Катков А.Л., Макаров В.В. Интегративное движение в психотерапии (методология, достижения, перспективы) // Психотерапия. – 2010. - №11 (97), с.3-15.
7. Лукьянов В. В., Синдром эмоционального «выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов // Наркология 2007. № 10 - с. 51-55.
8. Макаров В.В. Интеграция в психотерапии и психологическом консультировании Российской Федерации // Материалы научно-практической конференции «Интеграция традиционных, новых и новейших подходов в современной психотерапии. – 2009.
9. Макаров В.В. Отчетный доклад XII съезду ППЛ // Профессиональная психотерапевтическая газета. – 2011. - №10 (106), с.2-6.
10. Макаров В.В. Горизонты психотерапии // Психотерапия. – 2011. - №10 (106), с.47-53.
11. Практикум по психологии состояний // Учебное пособие / Под ред. проф. А. О. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. – 480 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Виеда, 1992г., – 109 с.
13. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Медгиз, 1960г., 254 с.
14. Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания // Мед. Газета 2005г. №43.

Identification of burnout syndrome in persons engaged in professional activities in the field of Psychiatry and Narcology. Polymodal therapy as a method of correction of burnout syndrome

YULIYA A. KUKHTENKO

postgraduate student of Psychotherapy and Sexology Department, Russian Medical Academy of Postgraduate Education.

The article says about the reveal of burnout syndrome in psychiatrists, psychotherapists and psychiatrist - narcologists. There is also given a notion of integrative approach named polymodal psychotherapy. We can see some standard tests on identification of emotional burnout described and the results of the part of the study held. The comparative data between the groups involved is produced as well. Thus, all these are to set up a hypothesis that psychotherapists better manage their own burnout manifestations.

Key words: burnout syndrome, polymodal psychotherapy, investigation data, method of correction.



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

Список участников: от Р до Я включительно

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА

Москва, 17–19 октября 2014 г.

Медиация в медицине.

Опыт Новосибирского Центра Медиации

Рубан О.И.

дианалитик, директор АНО «Новосибирский Центр Медиации», вице-президент НП Профессиональная Лига Медиаторов, действительный член ППЛ, член комитета по медиации Центрального Совета ППЛ

1. Рыба гниет с головы. С того же самого места происходит позитив и процветание.

Современный взгляд руководителя медицинского учреждения на проблему спорных ситуаций с пациентами – главное условие благополучия в учреждении. (Обоснования. Примеры).

2. Доступность информации для пациентов о том, что медиация – современный способ внесудебного урегулирования конфликтов. Пациенты тратят силы, время и энергию, питая иллюзию победить в тяжбах в одностороннем порядке, по недостатку информации. Колоссальные ресурсы тратятся на войну, в которой невозможно победить. (Примеры).

3. Доступность самой процедуры медиации. Эффективность процедуры медиации обеспечивается независимостью, в том числе, и статуса медиатора. По этой причине в штате медицинского учреждения нецелесообразно иметь медиатора. Однако, выделение кабинета, где работает независимый медиатор, выгодно и пациенту и мед.учреждению. По аналогии с тем, как функционируют кабинеты медиаторов при судах. (Примеры).

4. Нарращивание корпуса медиаторов до уровня профессии, реально влияющей на социум. Нужно прилагать усилия к тому, чтобы количество обучающихся на профессионалов-медиаторов постоянно росло. Не все из обучающихся станут профессиональными медиаторами. Увеличение коммуникативной компетенции имеет самостоятельную ценность на любом участке профессиональной деятельности. Поэтому следует привлекать к обучению как можно больше людей. Совмещением интересов отдельного человека, нацеленного на полноту самореализации, с интересами другого человека и интересами общества – мейнстрим современной цивилизации.

Активная медиация брака

Рубан О.И.

дианалитик, директор АНО «Новосибирский Центр Медиации», вице-президент НП Профессиональная Лига Медиаторов, действительный член ППЛ, член комитета по медиации Центрального Совета ППЛ

На медиацию приходят брачные пары в спорной и конфликтной ситуации. К брачному медиатору обращаются люди, которые осознали неэффективность и бесперспективность имеющихся моделей взаимодействия. И это хороший знак. Осознание наличия проблемы – важнейший шаг на пути выхода из тупиковой ситуации и огромный прорыв.

Великий учёный Блез Паскаль говорил о том, что все люди делятся на две категории: грешников, считающих себя праведниками и праведников, считающих себя грешниками. К нам приходят «праведники» - люди, которые не хотят прятать голову в песок, они осознают наличие неблагополучия, больше так жить не хотят и готовы прилагать усилия к изменению ситуации. Этим стоит дорожить, искренняя поддержка специалиста в этом робком пока движении к более качественной жизни очень важна.

Реальная помощь медиатора заключается в том, чтобы из огромной кучи мусора, который клиенты пытаются вывалить в медиативное пространство встречи, взять в работу принципиальное базовое заблуждение, которое осложняет жизнь людей. В противном случае медиатор рискует превратиться в мусорщика, утилизирующего завалы накопленного нашими клиентами хлама. Людям кажется, что им многого не хватает, на самом деле они перегружены: лишними словами, обидами, собственным эгоизмом.

Проявлять внимание к тому, что и так усложняет и тяготит жизнь наших клиентов, — медвежья услуга. Заострить внимание на главном, важном, принципиальном, оставив за бортом «нажитое непосильным трудом» - задача специалиста. Дианалитический инструментальный позволяет пошагово достигнуть обновленных взаимоотношений.



Селфизм как новое душевное расстройство и его дифференциальный диагноз

Сандомирский М.Е.

преподаватель Института групповой и семейной психотерапии

Одним из побочных эффектов прогресса в сфере информационно-коммуникационных технологий становится появление новых душевных недугов. До сих пор они не представляли собой самостоятельных нозологических единиц, выступая разновидностями традиционных тревожно-фобических расстройств (поморфобия, гинксия, FOMO). Иначе обстоит дело с селфизмом, или селфиманией (selfies), которая в 2014 г. экспертами Американской Психиатрической Ассоциации признана самостоятельным психическим заболеванием, представляющим собой обсессивно-компульсивное расстройство и характеризующимся постоянным желанием больного фотографировать себя и выкладывать снимки в общем доступе в интернет (преимущественно социальные сети).

Конечно, о диагнозе болезни можно говорить лишь в том случае, когда подобное поведение значимо нарушает социальную адаптацию интернет-пользователя. Кроме того, само выделение подобного расстройства в качестве отдельной нозологической единицы представляется спорным. Скорее всего, селфизм полинозологичен и представляет собой не самостоятельное заболевание, а синдром, виртуализированный вариант протекания ряда традиционных душевных расстройств. Соответственно можно ставить вопрос о его дифференциальном диагнозе.

а) Сам по себе центральный симптом селфизма - навязчивое стремление выкладывать в сеть свои фотографии - может выглядеть как обсессивно-компульсивное расстройство, представляя собой своеобразный «интернет-ритуал» для временного снятия эмоционального дискомфорта.

б) Такое поведение может оказываться следствием личностных расстройств, в основном нарциссического (DSM), представляя собой специфический «цифровой нарциссизм» (точнее, социомедийный).

в) Селфизм может быть проявлением дисморфофобии, как невротической (F45.2), так и симптоматической, эндогенного характера.

г) В случаях, когда выкладываемый в сеть видеоконтент имеет эротический контекст, селфизм может рассматриваться как виртуальный эксгибиционизм (F65.2 МКБ-10).

д) Селфизм может выступать как форма интернет-зависимости, (наряду с коммуникативной, игровой, информационной).

е) Для подростков селфизм может выступать в качестве одного из элементов отклоняющегося поведения («цифровая девиация»).

Говоря же о психологических механизмах селфизма как проявления расстройства невротического, личностного или аддикции, можно видеть стоящие за всеми описанными вариантами черты инфантильной личности, отражая феномен социомедийной инфантилизации (Grinfield S.), связанный с индуцированной регрессией.

Selfie as new mental disorder and its differential diagnosis
Sandomirsky Mark Evgenyevich rez@mail.ru
lecturer at the Institute for Group and Family Psychotherapy (Moscow)

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

Сгибов В.Н.

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

Кочерганов П.Н.

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

Бобро К.В.

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

Одной из важнейших задач развития психиатрической службы в настоящее время является переход от чисто медицинской к биопсихосоциальной модели оказания помощи. Основным принципом организации работы с пациентами в биопсихосоциальной модели является полипрофессиональное взаимодействие.

В настоящее время происходит реорганизация практической помощи больным с пограничными психическими расстройствами в направлении большей комплексности и интеграции усилий различных специалистов, введении полипрофессионального бригадного метода ее работы, широком применении психотерапии, создании системы дифференцированной социальной работы, как важной составной части помощи психически больным

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. Сотрудничество ведется на базе негосударственного Научно-практического центра «Психотерапия». Для реализации задач реабилитационной программы в Научно-практическом центре «Психотерапия» работают высокопрофессиональные специалисты: врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, специалист по социальной работе, медицинские сестры. Помощь пациентам осуществляется полипрофессиональной бригадой специалистов. Полипрофессиональная бригада работает по утвержденному плану и графику. На заседаниях полипрофессиональной бригады формулируется многоосевой функциональный диагноз, который включает в себя клиническую, психологическую и социальную составляющую, формируется комплексное заключение и назначаются лечебно-реабилитационные мероприятия. Решение медико-биологических, психологических и социальных проблем, диагностированных в ходе полипрофессионального обсуждения, осуществляется специалистами в ходе непосредственной работы с больными и его ближайшим окружением.

В настоящее время большое значение имеет психотерапия, осуществляемая частнопрактикующими специалистами и психотерапевтическими центрами, организованными вне государственной системы здравоохранения. Врачи, которые работают вне государственной системы здравоохранения, заботятся о повышении рентабельности и экономичности психотерапевтической помощи, активно внедряют в практику достижения современной науки. В нашей работе очень важен 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. Современные исследования подтверждают необходимость биопсихосоциального подхода к решению проблемы психического здоровья.

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

Sgibov V.N.

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)

Kocherganov P.N.

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)

Bobro K.V.

medical psychologist, head of the psychological service of the Research and Practical Centre “Psychotherapy”, Full Member of the Professional Psychotherapeutic League, (Penza)

Проблематика и прагматическая основа творческой психолингвистической терапии и психофоносемантики

Семенова А.И.

Официальный руководитель модальности в ППЛ РФ, автор метода Целебная творческая психолингвистика

В проблемной статье обсуждаются перспективы развития стремительно развивающейся языковедческой дисциплины психофоносемантики. На основе прагматической философии сопоставляется ряд практических методов, построенных на понятиях психотерапии, психолингвистики, психофоносемантики, семиотики, био-семиотики, экологии человека. Сопоставляется способ типирования звукобукв по методу АП Журавлева и типирования звуков и звукообразов по методу АИ Семеновой, условия работы и конечный результат. Обсуждаются критерии философской оценки звукообразов в психофоносемантической азбуке автора и Буквицы в древнеславянской православной азбуке (А Ивашко). Сопоставляются суггестивная лингвистика, метод вербальной мифологизации личности Черепановой и суггестопедическая основа метода НВ Масловой по реинженерингу и императивному изменению нравственных установок у школьников, с предложением ноосферного способа мышления. Сопоставляются теория лингво-педагогической психологии и метод интегративного лингво-психологического тренинга (ИЛПТ) ИМ Румянцевой при обучении иностранному языку и теория и практика целебной творческой психолингвистики АИ Семеновой, практика проведения языковых игр на психофоносемантической основе, техника звуковой дыхательно-энергетической гимнастики саморегуляции (ЗДЭГС), их применение в лечебно-оздоровительных и педагогических целях. Сопоставляются Теория Всеобщих законов Мира НВ Масловой и иммуно-экологическая модель здоровья и эволюции Семеновой АИ.

Problems and pragmatic basis of scientific disciplines “Salutary creative psycholinguistics» and “psychophonosemantics”

Semenova Alla Ivanovna

The author and the official head of the modality in PPL “Salutary creative psycholinguistics”



Русская школа, XXI век**Семенова А.И.***Официальный руководитель модальности в ППЛ РФ, автор метода Целебная творческая психолингвистика*

На конференции преподавателей русских школ Австралии в Сиднее обсуждались современные методы работы. Автор сделал сообщение о психолингвистических методах работы с детьми в медицинской и педагогической практике, поделился опытом проведения языковых игр в детской церковно-приходской школе Канберры.

Russian school of XXI st century

Semenova Alla Ivanovna

The author and the official head of the modality in PPL "Salutary creative psycholinguistics"

Работа с синдромом выученной беспомощности в контексте интегрального нейропрограммирования**Скирдина Л.Н.***психолог, психотерапевт, ведущий специалист Центра Практической Психотерапии при Институте Инновационных Психотехнологий, член ОППЛ, Россия, Москва.*

В последнее время среди клиентов увеличивается число обратившихся с неявным запросом изменения качества жизни. Их желания избыточны номинализациями, а настоящее состояние выражается состоянием потерянности. Как правило, они находятся в состоянии неконтролируемого стресса, порождающего выученную беспомощность и, как следствие, депрессию. Актуальность работы с такими клиентами подтверждается и тем, что уже в опубликованном 24 сентября 2012 года Докладе экспертов центра стратегических разработок Комитета гражданских инициатив, отмечалось: две трети опрошенных испытывают социальный синдром выученной (приобретенной) беспомощности.

Объектом нашего изучения является синдром выученной беспомощности. Предметом выступает работа с этой проблемой в контексте интегрального нейропрограммирования С.В. Ковалева (ИНП). Мы полагаем, что ИНП, благодаря своей продуманной методологии и структурированному подходу, позволяет обеспечить высокую эффективность при работе с этой проблемой. Клиент, вписывая свои карты в структуру мета-уровней и уровней, отвечая на ключевые вопросы, оперируя картами стадий выживания и жизни, ощущает координаты своего настоящего и направление движения в индивидуальное пространство будущего. После этого он способен осознать в

структуре своей идентичности свои желаемые личности, субличности, части, субчасти, интегрироваться с командой своего Я на уровнях своих новых убеждений, состояний, поведения, окружения. Происходит индивидуальная настройка параметров общих структур, проявляются очертания качеств новой жизни и способностей ее проживания. Как результат, клиент находит себя, ощущает свою целостность и, следовательно, осознает адекватность своих воздействий на приходящее в своей жизни. Повышается его витальность.

На выборке 16 клиентов с синдромом выученной беспомощности при распределении по возрастам - 5 клиентов младше 30 лет, 7 — от 30 до 55 лет, 4 — старше 55 лет, можно сделать следующие выводы: наилучшие результаты получены по группам до 55 лет, практически по всем группам работа со структурами ИНП осваивается успешно, индивидуальная настройка порождает более глубинное осознание своей индивидуальности.

Можно сделать вывод о высокой эффективности применения структур ИНП в работе с синдромом выученной беспомощности. В процессе такой работы клиентом приобретаются навыки само моделирования, повышается освоение жизненного сценария «жить и радоваться» с переводом проблем в задачи и их решение, повышается ясность индивидуальных изменений.

Расстановочная работа в свете христианской психотерапии. Заповеди Божии (Библейские и Евангельские) как порядки в расстановочной работе и основа для формирования целостности личности.**Спокойная Н.В.***директор Интернационального Института Системных Расстановок IIS-Berlin ; серт. психотерапевт WCP и EAP, обучающий тренер DGfS, преп-ль ППЛ международного уровня; преп-ль экзегетики Ветхого и Нового Завета, РПЦ Берлин*

В докладе высвечивается глубокая связь расстановочной работы с христианской психотерапией и их общие принципы: «за всё благодарите», уважение ко всем и свобода выбора. Дается взгляд на системную расстановку как на луч Божьего Света, позволяющий определить, где клиент сейчас находится, и куда хочет направить его Бог через проблемы и трудности жизни. Законы мироздания, выражающиеся для христианина в Заповедях, представляются с ракурса Порядков Любви в расстановочной работе, что показывается на примере 1-й и 4-й Заповеди.

Господь сотворил мир и установил в нём правильный порядок. Если человек этот порядок (другими словами, заповеди) соблюдает, любовь Бога течёт к нему и через него дальше, к его детям и внукам... Любовь как река. Она течёт сверху вниз. Если человек по какой-то причине нарушает порядок Божий (по Библии первыми были



Ева и Адам), то он встаёт на чьё-то место выше по иерархии. И как река не течёт снизу вверх, так и движение любви прерывается и идёт вспять; вместо получения ресурса от рода человек попадает в травму. Принимая все события прошлого, в том числе тяжёлые, как дар Божий, человек получает ресурс от рода и идёт в жизнь. «За всё благодарите». Всё в жизни человека в конечном счёте от Бога. Это не значит ни в коей мере, что Господь - источник зла. Человеку дана свобода воли, и он имеет право как совершать ошибки, так и сознательно идти против Бога. Последствия этого (4-я заповедь) влияют на последующие поколения... Зло Бог растворяет в своей любви и трансформирует в добро.

Пример из практики. Я часто работаю с инцестами. С первого взгляда это однозначно зло. Но по опыту знаю, что те клиенты, в роду которых мы встречались с инцестом, просто не родились бы, если бы инцеста не было (например, дочь, не будь инцеста, вышла бы замуж за другого, и мой клиент просто бы не родился). Здесь зло переходит в добро. И клиент должен благодарить Бога и своих пра-пра-дедушек и бабушек за всё тяжёлое. Отрицая ценность своих предков, и тем самым себя и промысла Божьего в своей жизни, человек попадает в ловушку. Любовь становится слепой. А сила её велика. Поэтому в жизни он, как правило, занимает или позицию агрессора, или жертвы, или спасателя (треугольник Карпмана).

Как последствия тяжёлых травм в роду у клиента часто наблюдаются психические нарушения и духовные перекосы, вызванные расщеплением личности. На примере модели Дух-Интеллект-Эмоции-Тело показывается возможность эффективной расстановочной работы по восстановлению целостности личности клиента после подобных травм.

Constellation work in the light of Christian Psychotherapy. Commandments of God (Biblical and Evangelical) as Orders in the Constellation Work and as a basis for a formation of the integrity of personality.

Spokoyniy Natalia Vadimovna

Director of International Institute for Systemic Constellations, Berlin; exegesis teacher of the Old and the New Testament

Интегральный подход в системной расстановке

Спокойная Н.В.

директор Международного Института Системных Расстановок IIS-Berlin ; серт. психотерапевт WCP и EAP, обучающий тренер DGfS, преп-ль ППЛ международного уровня; преп-ль экзегетики Ветхого и Нового Завета, РПЦ Берлин

Как хороший врач лечит не симптом или болезнь, а весь организм в целом, так и в центр интегральной психотерапии поставлена цельная личность человека, а не

отдельные её проблемы или процессы. Это творческая, как правило, авторская работа, сочетающая различные западные и восточные подходы, лучшие достижения естественных и гуманитарных наук и духовных практик. Любая травма расщепляет личность, нарушает её гармонию. Стандартные методы травмотерапии ориентированы на длительную работу, уделяющую особое внимание созданию безопасного пространства и другим «техникам безопасности», что очень важно, но зачастую останавливает клиента в силу очень медленного процесса и большой его стоимости.

Авторский метод интегральной расстановки предоставляет клиенту возможность посмотреть на себя целостно и сформулировать все актуальные проблемы в едином запросе. Расстановка реального состояния клиента, поиск того, что всё объединяет в системах обоих родителей, главного на «здесь и сейчас», позволяет клиенту подняться над всеми проблемами и выйти на новый уровень.

Примерный алгоритм работы.

1. Клиент формулирует все свои основные проблемы
2. Расставляется фактическая ситуация клиента. Это своего рода искусство, потребуются квалификация, навыки, творческие способности терапевта.
3. Поиск того, что всё объединяет, самое главное на «здесь и сейчас». Это позволит клиенту подняться над всеми проблемами и выйти на новый уровень.
4. В системе клиента ищем то общее, что объединяет родителей. Оно существует, потому что мама и папа «притянули» друг друга неслучайно. И у них в системах обязательно будет много похожего.

Например, если по маме были жертвы, то примерно на том же уровне по папе могут быть агрессоры, и система соединяет их в ребёнке, то есть в клиенте. И тогда задача клиента - гармонично соединить эти части в себе.

В случае тяжёлой травмы применяется авторская модель работы с внутренними частями личности, такими как Тело, Эмоции, Интеллект и Дух.

Модель помогает создать интерес у клиента, позволяющий выйти из эпицентра травмы, посмотреть на себя со стороны, создать в кратчайшие сроки необходимое безопасное пространство и получить важные ресурсы благодаря высвобождению заблокированной в травме энергии и доступу к силе рода.

И по выражению Кена Уилбера, одного из основоположников интегральной психологии, стать «проводником Духа, ослепительно сияющего в мире». Планируется демонстрация различных техник на конкретных примерах по запросам участников.

Integral approach to systemic constellations

Spokoyniy Natalia Vadimovna

Director of International Institute for Systemic Constellations, Berlin; exegesis teacher of the Old and the New Testament

Клиент-центрированное консультирование как средство снижения уровня личностного кризиса

Столетова Е.Г.

Магистрант факультета психологии Московского государственного областного университета

Википедия определяет кризис как переворот, перелом, переходное состояние, при котором существующие средства достижения целей не работают и в результате – возникают непредсказуемые ситуации и проблемы.

Психологический взгляд на идею кризиса отражает китайская пиктограмма слова кризис – она состоит из двух основных радикалов: один изображает возможность, другой опасность. Это своего рода коридор, выход из которого трудный и пугающий. Но состояние напряжения толкает человека к выходу и к дальнейшему развитию. (А. А. Осипова)

Кризис личности (личностный кризис) – это поворотный пункт в жизни человека, критический момент развития его жизненного пути. Ф. Е. Василюк в своей работе «Психология переживания» утверждает значимость категории индивидуальной жизни и определяет внутреннюю необходимость жизни личности как реализацию ее пути, ее жизненного замысла. А ситуацию невозможности такой реализации – как кризис. И выделяет два варианта выхода из кризисной ситуации: когда возможность восстановить прежний, докризисный ход жизни есть и – когда такой возможности нет. Во втором случае происходит перерождение личности, ее целей и жизни.

Особую внутреннюю работу по преодолению кризиса выполняет переживание. Ф. Е. Василюк наполнил это понятие новым смыслом, определив переживание как деятельность по перестройке психологического мира человека и повышению осмысленности жизни. Кризис может стимулировать личностное развитие человека. Однако результаты исследования, проведенного В. В. Козловым в 1999-2000 г.г. показывают, что лишь незначительная часть (не более 5 %) испытуемых положительно оценила результаты кризиса для личности, что позволило сделать вывод о необходимости помощи психолога.

Согласно К. Роджерса, снижение уровня личностного кризиса происходит за счет «эффективного консультирования», позволяющего клиенту осознать самого себя настолько, что дает возможность сделать позитивные шаги в свете его новой ориентации.

Цель консультирования в клиент-центрированном подходе – не решить отдельную проблему, а помочь индивиду “вырасти” таким образом, чтобы он сам смог справиться с существующей, а также с последующими проблемами.

Более того, терапевтический сеанс это сам по себе опыт роста, процесс роста. Здесь индивид учится по-

нимать себя, осуществлять значимый для него, независимый выбор, успешно строить отношения с другим человеком уже на другом, более зрелом уровне. По мнению К. Роджерса, это не подготовка изменения, это и есть само изменение и, в каком-то смысле, возможно – важнейший аспект описываемого нами подхода.

Client-centered counseling as a means of reducing the level of personal crisis

Stoletova Elena Georgievna

Master of the Faculty of Psychology, Moscow Region State University

Индивидуальность и её выражение через стиль в контексте интегрального нейропрограммирования

Стрельцова Л.В.

психолог, психотерапевт, специалист Центра Практической Психотерапии при Институте Инновационных Психотехнологий, Латвия, Рига

Стиль является предметом неустанного интереса человечества уже очень давно. И это не удивительно, ведь именно стиль позволяет человеку выразить собственную индивидуальность, проявить ее для окружающего мира, создать гармонию между внутренним и внешним содержанием.

Проблема до сегодняшнего дня заключалась в том, что подходы к стилю были достаточно ограничены в виду недостаточного уделения внимания внутреннему миру человека. А ведь именно внутренний мир является квинтэссенцией, основой для формирования правильного стиля человека, который будет соответствовать его природе, индивидуальности.

Решение этого недостатка в подходах к стилю (а точнее, к выражению индивидуальности через стиль) стало возможным благодаря оформлению современного метода психотерапии – интегрального нейропрограммирования.

Методология интегрального нейропрограммирования включает в себя все направления развития человека, стадии его жизни, уровни психотерапии и коды работы бессознательным. Это позволяет сформировать целостный подход к проявлению индивидуальности и ее выражению через стиль.

Такой подход включает в себя консультационную и психотерапевтическую работу по раскрытию индивидуальности, избавления человека от обусловленностей и ложных карт и программ и др. Когда человек создал контакт с собственной индивидуальностью, он встает перед задачей ее выражения через стиль, что, по сути, является созданием гармонии между внутренним миром и его внешним проявлением. И здесь интегральное



нейропрограммирование предлагает богатый арсенал психотехнологий по моделированию подходящего человеку стиля.

Результатом такой работы является изменение самого человека, понимание им требований, которые он предъявляет к собственному стилю, а также возможность составления технического задания для стилиста, который реализует инструментальный уровень этого процесса.

Использование интегрального программирования позволяет использовать ресурсы бессознательного клиента для создания внешнего проявления собственной индивидуальности, что лучше него никто не знает. Более того, работа в этом контексте позволяет создать стиль, как движущую силу изменений человека, направленный на ближайшую область его развития.

Наша практика показала высочайшую эффективность применения интегрального нейропрограммирования в этой сфере. Особый интерес вызывает сотрудничество психотерапевта, консультанта и стилиста, что позволяет сформировать результат на смысловом, интенциональном, инструментальном уровнях выражения индивидуальности клиента.

Опыт психологического сопровождения больных с инсультом и инфарктом миокарда в остром периоде

Тарасова Е.В.

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

Проблема психологического сопровождения личности в период болезни, которая зачастую приводит к инвалидизации, социальной дезадаптации является многогранной, нуждается в современном исследовании и разработке.

Психологическое сопровождение пациентов на этапе госпитализации в стационар проводится с целью снижения интенсивности острого стресса, коррекции невротических, ипохондрических реакций, с целью разработки индивидуальной программы психологической реабилитации. На первом этапе работы с пациентом проводится психодиагностика или нейропсихологическое тестирование с целью выявления психопатологической структуры личности во время болезни, преморбидных особенностей, ресурсов, степени патологических изменений психики. Важно определить содержание внутренней картины болезни конкретного пациента для эффективной оценки реабилитационного потенциала. Диагностическая процедура позволяет в форме беседы, формализованного интервью помочь пациенту выразить значимые переживания на начальных этапах го-

спитализации в форме вербальных сообщений. На втором этапе психологического сопровождения пациентов психолог занимается восстановлением патологических невротических реакций, тревожно-депрессивных, апато-депрессивных, невротических, астенических состояний, нарушений сна. Используются элементы клиент-центрированной психотерапии К.Роджерса, когнитивно-поведенческой терапии А.Бека. Психолог обсуждает с пациентом способы планирования целей и действий в период лечения.

В отделении кардиологии проводятся групповые занятия по аутогенной тренировки. Противопоказанием к выполнению упражнений, психотерапевтических бесед являются умеренно выраженные и выраженные когнитивные нарушения, интеллектуальная недостаточность, острые психотические состояния, психопатоподобное поведение. Проводится отдельный блок занятий по вторичной профилактике курения, злоупотребления алкоголем.

В отделении ОНМК реализуется арт-терапевтическая группа самопознания.

Третий этап психологического сопровождения заключается в работе с родственниками больных. Родственникам зачастую требуется поддержка, помощь в коммуникативном взаимодействии с больным, рекомендации по уходу.

Психологическое сопровождение построено с учётом индивидуальных особенностей и потребностей пациентов. Это комплексная психологическая помощь, направленная на регуляцию психического состояния в период госпитализации и оптимизацию дальнейшего функционирования в семье и обществе.

Experience of psychological support of patients with stroke and myocardial infarction in the acute stage

Tarasova Ekaterina Vladimirovna

clinical psychologist, Municipal Affordable Health Care Institution Nizhny Novgorod region «Municipal Hospital №39»

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

Тарасова Е.В.

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

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.



Именно в клиент-центрированной психотерапии, где отношения осуществляются за счет «принятия, понимания и человеческой Встречи» (В.Кайль, 2002) появляется особый риск нарушения «границ».

Формулировка слова «принять» может субъективно восприниматься как нарушения «границ» посредством прикосновений, физического контакта, что может быть ступенью «скользкого пути» с постепенным размыванием несексуальных границ.

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.

Прикосновения, проявления власти со стороны терапевта приводят к регриватизации личности клиента, ПТСР, изменению самооценки, зависимым формам отношений, депрессивным расстройствам, теряется способность к доверию, что снижает качество жизни клиента.

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. (Габбард Г., ЛестерЭ., 2014).

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». Тема нарушения «границ» в клиент-центрированной психотерапии нуждается в особом внимании Профессионального Сообщества Клиент-центрированных Психотерапевтов, Австрийского Научного Общества Клиент-центрированной и Разговорной Психотерапии ÖgwG.

В циклах обучения терапевтов клиент-центрированной психотерапии 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.

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»

Инструменты социальной психотерапии.

Титова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, психотерапевт Европейского реестра, действительный член ППЛ, автор и ведущая психотерапевтических программ на ТВ 100. Россия, Санкт-Петербург.

Актуальность социальной психотерапии обусловлена, в первую очередь, значительными изменениями, произошедшими в нашей стране, да и во всем мире за последние 10-15 лет: резкое ускорение темпа жизни и агрессивная информационная среда, зачастую превышающая способности человека к адаптации, трансформация условий жизни и девальвация системы ценностей с массовой переориентацией на карьерный рост и успех, кризис семьи с нарушениями детско-родительских отношений, усложнение и усиление анонимности социальных связей, особенно в мегаполисах и многими другими.

Многочисленные социологические и клиничко-эпидемиологические исследования, проводимые в Российской Федерации и бывших союзных республиках, наглядно показывают, что ситуация в сфере психического и психологического здоровья населения меняется в сторону ухудшения, потребность в психотерапевтической помощи растет в геометрической прогрессии, а предпринимаемые противодействующие усилия недостаточны по охвату населения и малоэффективны по содержанию.

Поэтому социальная психотерапия с ее возможностями массовой помощи за счет привлечения основных ее инструментов – телевизионных, радио- и интернет-коммуникаций с населением – становится важным звеном профилактики и лечения социальных эпидемий и экспресс-терапии связанных со стрессом расстройств.

В докладе будет представлен обзор и анализ эффективности нескольких моделей массовой психотерапевтической помощи населению мегаполиса посредством теле-, радио - и интернет-коммуникации специалистов с телезрителями и радиослушателями, которые были реализованы на базе Санкт-Петербургского городского телеканала ТВ 100 совместно с радио «Балтика» и социальной сетью Facebook.

Специализированные программы с участием психотерапевтов и психологов в прямом эфире выходили в Санкт-Петербурге регулярно 2–4 раза в неделю в течение 7 лет, с 2006 по 2013 год, имели высокие рейтинги и широкую зрительскую аудиторию, в связи с чем были удостоены премии ТЭФИ в номинации «Лучшая информационная программа».



Instruments of social psychotherapy

Titova Vlada Viktorovna

Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy at the State Pediatric Medical University of St. Petersburg, European Register of Psychotherapists Member. Russia, Saint-Petersburg.

Психотерапевтические программы в прямом эфире на tv и радио: модели взаимодействия психотерапевта с телезрителями и радиослушателями.

Титова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, психотерапевт Европейского реестра, действительный член ИПЛ, автор и ведущая психотерапевтических программ на ТВ 100. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе будет представлен обзор и анализ эффективности нескольких моделей массовой психотерапевтической помощи населению мегаполиса посредством теле-, радио - и интернет-коммуникации, которые в течение 7 лет были реализованы на базе Санкт-Петербургского городского телеканала ТВ 100 совместно с радио «Балтика» и социальной сетью Facebook. Программы «Час психотерапевта» и «Остров надежды» выходили в разные годы от 2-х до 4-х раз в неделю в прямом теле-, радио- и интернет-эфире. В рамках программы «Час психотерапевта» происходило взаимодействие психотерапевта с телезрителями, позвонившими в эфир и заявившими свою проблему. Кроме того, у телезрителей была возможность анонимно задать специалисту вопрос через СМС-портал, телефонного редактора, форум на сайте телеканала или по электронной почте. В программе «Остров надежды» происходило консультирование телезрителей, пожелавших прийти в прямой эфир и подробно разобрать свои проблемы в беседе со специалистом, а также выслушать обратную связь по своей проблеме или ответить вопросы от телезрителей или радиослушателей. В 2010 году на телеканале была организована «линия доверия», где ежедневно дежурили психотерапевты и психологи. Каждый телевизионный эфир транслировался в сети интернет on-line, а записи всех программ доступны в архивах на сайте телеканала. За последние 4 года существования в адрес программ «Час психотерапевта» и «Остров надежды» поступило более 6,5 тысяч писем и более 3 тысяч звонков и СМС-сообщений. Было выявлено, что средний возраст обращающихся за помощью составляет 35 лет, более 70% из них имеют высшее образование, женщины обращаются в 3 раза чаще мужчин. Детальный анализ

проблем и задаваемых вопросов показал, что на первом месте стоят нарушения адаптации (25%) и конфликты (22%), из них конфликты с партнером в семье – 54%, с детьми – 19%, с родителями – 24% и с коллегами – 3%. Следует отметить, что 4% писем и звонков были связаны с агрессией и насилием в семье. На втором месте находятся депрессивные жалобы (15%), на третьем - звонки с просьбой порекомендовать психологическую литературу для самостоятельного изучения либо специалиста для «очного» обращения за помощью. Тревожно-фобические расстройства, предположительно, невротического регистра, составляют еще 7% звонков и писем. Далее в порядке убывания в процентном соотношении следуют вопросы, связанные с химической и нехимической зависимостью и созависимостью – 6%, инвалидностью – 4%, вопросы по избыточному весу – 2%, а также по синдрому хронической усталости – 2%. Отдельную группу составляют звонки и письма с высоким суицидальным риском; их около 4% от общего числа обратившихся за помощью.

Psychotherapeutic live program on tv and radio: models of interaction between the therapist and the viewers and listeners.

Titova Vlada Viktorovna

Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy at the State Pediatric Medical University of St. Petersburg, European Register of Psychotherapists Member. Russia, Saint-Petersburg.

Актуальные вопросы этики и обучения психотерапевтов в российской федерации

Топка Э.О.

Преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов

Сегодня у специалистов с медицинским и психологическим образованием, работающих в сфере оказания психотерапевтической помощи, имеется целый ряд существенных различий в понимании целей, задач, механизмов, конечного результата и критериев эффективности терапевтического процесса. В РФ обучиться психотерапии могут врачи-психиатры (по программе последиplomного профессионального образования) и клинические психологи (только после базовых курсов общей и частной психопатологии).

Также в ВУЗах появились учебные программы по специальности «Психология», в рамках которых предлагается обучение различным методам психотерапии без вышеуказанной предварительной подготовки. Однако специалисты, получившие образование в такой



форме, не всегда имеют достаточный уровень знаний и опыта для выявления и дифференциации даже классических протекающих психических и поведенческих расстройств, не говоря уже о стертых и атипичных вариантах. Неспособность правильно оценить состояние психической сферы клиента и учесть особенности имеющихся пограничных или выраженных психических нарушений, приводит их к ошибкам как при определении показаний и противопоказаний для проведения психотерапии, так и при выборе наиболее подходящего метода. Неправильная квалификация психической деятельности достаточно часто приводит не только к невозможности оказать специализированную психотерапевтическую помощь, но и к ухудшению самочувствия клиента, обострению имевшегося, но не распознанного психического заболевания.

В вопросах обучения психотерапевтов имеется и ряд нерешенных этических проблем. Так в долгосрочных многоступенчатых программах дополнительного образования (предусматривают теоретический материал, практику, личную терапию и супервизию в разных объемах, зависящих от ступени) нередко нарушаются межличностные границы внутри круга обучения. Это происходит в рамках двойных отношений преподаватель-обучающийся и терапевт-клиент, которые формируются из-за необходимости набрать определенное количество часов консультирования и терапии только у представителя данной модальности, из-за чего нередко преподаватель становится и терапевтом, и супервизором (например, в небольших городах). Нарушение конфиденциальности происходит и при вынесении на супервизию на одной ступени обучения случаев слушателей другой ступени. Таким образом, на данный момент в вопросах обучения психотерапевтов существует целый ряд проблем, наличие которых говорит о необходимости внесения корректив в образовательный процесс.

Topical issues of ethics and training of psychotherapists in the russian federation

Топка Elvira Olegovna

Teacher of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of the Peoples' Friendship University of Russia

Психологическая работа с родственниками людей, перенесших черепно-мозговую травму

Тремба Е.О.

Магистрант факультета психологии Московского государственного областного университета

Особое значение для восстановления здоровья людей с ЧМТ имеет работа с близкими родственниками. Формирование адекватной позиции к новому состоянию их

близкого очень важно, так как даже при лёгкой черепно-мозговой травме и черепно-мозговой травме средней тяжести последствия дают знать о себе в течение многих месяцев или лет.

По мнению В.Б. Гельфанда, так называемый «посттравматический синдром» характеризуется головной болью, головокружением, повышенной утомляемостью, снижением настроения, снижением в определенной степени умственных или физических способностей.

Эти расстройства могут привести к семейным конфликтам, а как следствие, к потере смысла жизни, страха за свое будущее, агрессивности, тревожности, подавленности, нарушению сна.

Родственники переживают случившееся не меньше, а часто и больше самого пациента, так как внезапно обрушивается огромная дополнительная нагрузка: в первый месяц они разрываются между домом, службой и посещениями больницы, затем, после выписки, начинается освоение нового взаимодействия с больным.

У родственников больного накапливается хроническая усталость и эмоциональная, и физическая, и так называемая «усталость от ответственности».

Как и сам пациент, ухаживающий за ним член семьи, переживает гнетущее чувство тревоги, а порой его тоже покидает надежда на возвращение к прежней жизни.

Поэтому в условиях медицинского учреждения, одним из этапов психологической реабилитации людей, перенесших ЧМТ, является:

- разъяснительная работа с родственниками и близкими,
- совместное обсуждение трудностей и ограничений больного,
- обсуждение путей компенсации и компенсаторных возможностей пациента,
- формирование адекватного отношения к болезни,
- избегание гипер и гипопеки.

Чаще всего родственникам рекомендуют создать оптимальную психологическую среду в домашних условиях, которая способствует более быстрому восстановлению, также объясняется, что любой конфликт приводит только к ненужному стрессу как для больного, так и для ухаживающих за ним людей.

Для родственников, также необходима помощь, как физическая, так и психологическая, так как следует учитывать пределы возможностей при поддержке больного с ЧМТ, оставляя время и на себя.

Psychological work with relatives of people who have suffered a traumatic brain injury

Tremba Elena Olegovna

Master of the Faculty of Psychology, Moscow State Regional University



Использование интегрального нейропрограммирования для социальной реабилитации при невротических и психиатрических состояниях

Фазылов М.Ф.

*специалист Центра Практической Психотерапии
при ИИП, врач-психиатр, Россия, Москва*

Проблема работы с людьми такими клиническими диагнозами как невроз или психическое заболевание до настоящего времени является сложноразрешимой или вообще неразрешимой для психотерапии и совсем проблемной территорией для клинической медицины.

Накопленный опыт работ в рамках ИНП позволяет специалисту в области психотерапии осуществить доступ к разлаженным функциям психики человека; что, в свою очередь позволяет поступательно и системно реализовать желаемые, и, что немаловажно, экологичные редакции с последующей потенциальной возможностью положительного воздействия на судьбу человека.

Система ИНП и ее прикладное и адекватное применение, даже в сложных случаях, позволяет человеку, вернуться к самому себе, примириться с собой, воспринимать прошлые травматические, а от этого токсические, события в своей жизни, не как причину проблем, а как положительный и вдохновляющий урок и знания, относиться к своему настоящему осознанно и приятно, видеть в своем будущем возможности для реализации себя.

В целом восстановление мышления, как диалектическое единство анализа и синтеза (по Гегелю и Канту).

Применяемые техники могут применяться как модульных подходах ИНП, так и изолированно, с целью стабилизации состояния и/или с целью подготовки к системной работе в модульном режиме.

Психотерапевтические подходы в работе с родителями дошкольников с тяжелой глухотой

Фархутдинова Л.В.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры специальной педагогики и психологии Башкирского государственного педагогического университета;

Кускильдина Ф.М.

*Заведующая ГБОУ №6 для детей
с нарушением слуха г.Уфы РБ.*

Проблема супружеских отношений особенно остро стоит в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Такая семья чаще всего имеет

признаки дисфункциональной, в которой создается порочный круг – разногласия в вопросах причин появления такого заболевания, «обвинения» с одной стороны или «чувства вины» с другой, непринятие и неумение позиционировать ребенка как полноценного члена общества, недостаточное понимание особенностей ребенка создает сложности в межличностном общении супругов, что, в свою очередь негативно сказывается на эффективности воспитания и обучения ребенка; часто такие семьи распадаются.

При анализе отношений в таких семьях в большинстве случаев выявляются отсутствие доверительности в отношениях между родителями, неспособность к принятию совместных решений.

Часто родители сами понимают данное положение, но не владеют способами его урегулирования.

По нашему мнению, решение этих проблем возможно лишь в рамках интегративной психотерапии, которая предполагает интегрированный подход к анализу проблемы и применения не только сочетания приемов различных психотерапевтических направлений, но и концептуальный синтез разных систем психотерапии.

В рамках ресурсного центра при дошкольном коррекционном учреждении для глухих дошкольников нами применяется программа, включающая психологическую диагностику семьи, занятия специалистов с целью разъяснения причин заболевания, технологий медицинской, педагогической и психологической реабилитации и психотерапевтического воздействия с применением системной семейной терапии.

Отмечено, что именно после цикла таких бесед с использованием элементов рационально-эмотивной терапии родители сами подходят к необходимости анализа семейных отношений и мотивированы на результат.

Предварительное изучение психологических проблем семьи, характерологических особенностей каждого ее члена позволяет определить объем и технологии вмешательства – от техник когнитивно-поведенческого направления до системной семейной психотерапии.

При неготовности родителей к поиску решения проблем с помощью системной семейной психотерапии используются техники медиации, предпочтительно трансформативная медиация (transformative approach).

Psychotherapeutic approaches to working with parents of preschool children with a heavy deafness

Farkhutdinova Louisa Valeevna,

MD, professor of the Department of Special Education and Psychology of the Bash-kir State Pedagogical University;

Kuskildina Fatima Mahmutyanovna

Head of №6 State budget educational institution for hearing-impaired children, Ufa, Republic of Bashkortostan.



Репродуктивная психология: современный этап интеграции перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы

Филиппова Г.Г.

*доктор психологических наук, профессор, ректор
Института перинатальной психологии и психологии
репродуктивной сферы*

Обострение психологических проблем в современном обществе, связанных с рождением детей, родительством и нарушениями репродуктивного здоровья привлекло пристальное внимание психологов и психотерапевтов разных направлений.

Анализ материалов симпозиумов и научных конференций и конгрессов, прошедших в 2013 и 2014 годах, 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. Стало очевидным, что эти области неразрывно взаимосвязаны.

От раннего онтогенеза зависит какими физически и психически вырастут будущие женщины и мужчины, а также какими родителями они станут, какие условия создадут для развития своих будущих детей, и какие проблемы возникнут в их репродуктивном здоровье.

В свою очередь психология репродуктивной сферы также рассматривает нарушения репродуктивной функции как следствие нарушений в системном онтогенезе репродуктивной сферы.

В таком подходе тесно смыкаются общие проблемы онтогенеза, проблемы онтогенеза родительства, онтогенез общей психосоматики и репродуктивной психосоматики. Можно утверждать, что произошло объединение тех направлений психологии, которые занимались разными этапами репродуктивного цикла и разными аспектами реализации репродуктивной функции.

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. Предметом для этой межсистемной области психологии являются психологические аспекты реализации репродуктивной функции.

Проблематику этого направления составляют три взаимосвязанных поля: перинатальная психология, психология репродуктивной сферы и психология нарушений репродуктивного здоровья (его физиологической и психологической составляющих).

Таким образом в современной отечественной психологии произошло объединение перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы, связанных с ранним развитием ребенка и проблемами родителей в рождении и воспитании детей. Они интегрировались в единое направление, которое можно обозначить как ре-

продуктивная психология. Это направление охватывает все этапы репродуктивного цикла, в нем объединяется проблематика перинатальной психологии, психологии материнства и отцовства, психологии репродуктивной сферы и психологии нарушений репродуктивного здоровья.

Reproductive psychology: present stage of integration perinatal psychology and psychology of reproductive sphere
Filippova Galina

Doctor of Psychology, professor, rector of the Institute of perinatal psychology and psychology of reproductive sphere. Russia, Moscow

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

Филиппова Г.Г.

*доктор психологических наук, профессор, ректор
Института перинатальной психологии и психологии
репродуктивной сферы*

Печникова Е.Ю.

*Генеральный директор, Медико-психологическая
клиника ООО «Семья с плюсом», руководитель
модальности перинатальная психотерапия и
психология и психология репродуктивной сферы*

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 (руководитель секции Печникова Е.Ю., ученый секретарь секции Филиппова Г.Г.). 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 психотерапевтической и консультационной практики в области нарушений репродуктивной функции семьи, психологической неготовности к родительству и использования вспомогательных репродуктивных технологий. Анализ материалов научных конференций и конгрессов 2013 и 2014 годов позволил обнаружить устойчивую связь ряда областей психологии и психотерапии, занимающихся репродуктивной функцией семьи. Произо-



шла интеграция этих областей в единое направление, которое занимается разными этапами репродуктивного цикла и разными психологическими аспектами репродуктивной функции. В этом направлении объединяется проблематика перинатальной психологии, психологии родительства и психологии нарушений репродуктивного здоровья, общие проблемы онтогенеза, проблемы онтогенеза родительства, онтогенез общей психосоматики и репродуктивной психосоматики. Проблема репродукции стала общим профессиональным полем для психологов, а репродуктивный цикл – общим для этой области объектом науки и практики. 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.

From perinatal psychotherapy to reproductive psychology: modern trend of modality

Filippova Galina

Doctor of Psychology, professor, rector of the Institute of perinatal psychology and psychology of reproductive sphere. Russia, Moscow

Elena Pechnikova

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

Работа с утратой, горем и трагедией в парадигме интегрального нейропрограммирования (инп)

Хоботов Д.Г.

*психолог, психотерапевт, ведущий специалист
Центра практической психотерапии при
Институте инновационных психотехнологий,
Россия, Москва*

Одним из характерных запросов клиентов психотерапии является работа с утратой близкого человека. Каким образом можно наиболее эффективно помочь выбраться из депрессивного состояния и перейти к полноценной жизни? Владение соответствующими психотехнологиями ИНП позволяет психотерапевту ответить на этот вопрос, проявляя гибкость и подбирая для клиента наиболее подходящий вариант работы для выстраивания новой жизни. Запрос на эффективные ме-

тоды работы с горем всегда отличался актуальностью. Отметим сразу, что «бытовые» и «аналитические» подходы приводят к обострению и усилению депрессивных состояний и еще большему застреванию в проблеме. Целью нашей работы является изучение особенностей работы с утратой и выведение алгоритма, позволяющего осуществлять результативные психотерапевтические интервенции в ситуациях, когда клиенту особенно требуется деликатный и индивидуальный подход.

Рассматриваемый нами алгоритм представляет интерес как система психотехнологий, обеспечивающих все необходимые условия для преодоления горя утраты и перехода клиента из тяжелого состояния к успешной адаптации в жизни, с вынесением всех необходимых уроков и выводов, по кратчайшему пути. Мы считаем, что когда речь идет о такой сложной теме, как горе утраты, эффективно применение системной модульной работы в парадигме ИНП. Такой подход предполагает использование техник работы в социальной панораме, множественной диссоциации, активного использования ресурсирования и трансов. Основанный на этом подходе алгоритм работы был апробирован на 18 клиентах и показал свою великолепную эффективность. В нашем докладе подробно рассмотрено 3 случая: острое посттравматическое состояние после смерти близкого человека; хроническое посттравматическое состояние (после события прошло более 5 лет); хроническое состояние, отягощенное виной (после события прошло более 20 лет). Результатом применения описанного алгоритма был переход из депрессивного состояния, «схлопывания» мира до одной темы, к адаптации в реальной жизни, с присущими ей «обратными связями», когда человек видит реакцию окружающей среды на свои действия и может их редактировать. Мы уверены, что применение описанного в нашем докладе алгоритма с учетом индивидуальных особенностей состояния клиента, способно существенно изменить его состояние, решая широкий спектр проблем, связанный с утратой и переживанием горя, и, что особенно важно, к успешной адаптации клиента в его новой жизни, и мы предлагаем представленный алгоритм, как один из вариантов реализации данного подхода ИНП.

Применение модели ТОТЕМ при работе с негативными паттернами клиентов

Хунагова Ж.Б.

*психолог, психотерапевт, ведущий специалист
Центра Практической Психотерапии при
Институте Инновационных Психотехнологий, член
ППЛ, Россия, Москва.*

Достаточно часто проблемы, с которыми обращаются клиенты за психотерапевтической помощью, имеют повторяющийся, циклический характер. Это характерно для любых областей жизни клиентов, включая вредные

привычки, деструктивные модели поведения, повторяющиеся неудачи в любви и сексе, и т.д.

Проблема усугубляется тем, что в большинстве случаев клиенты не осознают данные проблемные паттерны, и адаптируются к ним, существенно усложняя для себя процесс изменений.

Достаточно актуально выявление и эффективная проработка причин и движущих сил данного явления, что позволит клиенту освободиться от проблемного паттерна, извлечь для себя уроки, избавиться от обусловленности.

В нашей работе мы рассмотрим применение модели ТОТЕМ, разработанной С.В. Ковалевым для эффективной работы с подобными запросами.

Объектом нашего рассмотрения является модель ТОТЕМ, предметом выступает применение этой модели при работе с клиентами в контексте интегрального нейропрограммирования.

Мы считаем, что работа в данной модели позволяет выявить проблемный паттерн клиента, и понять динамику его развития, чтобы затем проработать и помочь клиенту из него выйти.

Для этого психотерапевту предстоит помочь клиенту отследить историю появления этой проблемы, а также уроки, которые она в себе содержит.

После чего проводится работа по выводу клиента из негативного паттерна, путем изменения запускающего ситуацию триггера, операций по реализации паттерна, критериев завершения или повторения цикла и создание мотивации к повторению паттерна в будущем.

Работа может идти как с ситуативным контекстом, так и на обобщенной линии жизни клиента, затрагивая различные этапы его жизни.

Модель ТОТЕМ, таким образом, применяется в различных ситуациях, показывая высокую результативность в различных сферах жизни клиентов.

Применение модели на выборке в 30 клиентов показало ее высокую результативность при решении широкого класса проблем, включая проблемы в бизнесе, семье, любви и сексе, здоровье, взаимоотношениях и других сферах.

Опыт проделанной психотерапевтической работы показывает что модель ТОТЕМ позволяет эффективно провести клиента из настоящего состояния (из проблемы) в желаемое состояние (решение) достаточно экологичным способом и в краткие сроки.

Работа с профессиональными отношениями посредством эго-состояний в контексте интегрального нейропрограммирования

Цыплакова О.П.

Практический психолог, психотерапевт

Чтобы быть в гармонии с другими, нужно быть в гармонии с собой.

Это верно не только для сферы личных взаимоотношений, но и для профессиональной жизни. В кабинете психолога клиенты могут говорить о беспокоействе, раздражительности, и бессоннице и называть причиной плохие отношения с коллегами и руководством. Такие клиенты составляют многочисленную группу (часто это мужчины и женщины средних лет, руководители среднего звена).

Особенностью профессиональных отношений является их долгосрочный характер, повторяемость и, в некотором смысле, вынужденность общения. При этом клиент ставит целью изменение сложившихся межличностных взаимоотношений, а интенсивность этих взаимоотношений делает желательным получение результата в короткий срок.

Проблема заключается в том, что традиционные психотерапевтические методы, предлагающие поиск причин неудачно сформировавшихся стратегий поведения или отсутствия необходимых навыков общения, в большинстве случаев не охватывают всех аспектов имеющейся проблемы.

Мы применяем метод интегрального нейропрограммирования, который обеспечивает комплексный и целостный подход к созданию гармоничных отношений с собой и другими людьми.

Подготовительная часть работы состоит из прояснения проблемы, формирования запроса, описания образа «Я» в настоящем состоянии, определения цели клиента и проверки готовности клиента к изменениям, оценки возможности клиента измениться.

В основной части мы работаем с эго-состояниями «Дитя», «Родитель», «Взрослый», выявляем, какое из них вызывает негативное настоящее состояние, восстанавливаем через ресурсирование экологию каждого. После этого становится возможным провести изменения образа «Я» в социальной панораме с использованием символов, применяя режим «Мета-зеркало» и подход «ДРВ-проход».

В терапевтической работе с профессиональными отношениями часто затрагиваются вопросы необходимости активных, решительных действий со стороны клиента («Взрослый»), последствий стрессовых ситуаций, вскрывающих глубокие эмоции из прошлого («Дитя»), эмоциональных реакций клиента на значимые фигуры и оценивание со стороны коллег («Родитель»).

Данный алгоритм был применен на 8 клиентах, и полученные результаты подтверждают эффективность работы, во всех случаях клиенты сообщили о положительных изменениях в отношениях на работе.

Алгоритм является подходящим для данной выборки клиентов ввиду своей эффективности (позволяет, не углубляясь в детали конфликта, достичь изменений в короткие сроки) и наглядности.



Работа со сновидениями в процессе психологического сопровождения вспомогательных репродуктивных технологий

Чижова М.А.

Проректор Института перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы. Россия, Москва.

В процессе подготовки и сопровождения ЭКО и других вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) клиенты часто рассказывают о своих сновидениях репродуктивному психологу

Содержание сновидений отражает два аспекта, наиболее значимых для человека в данный момент: психологическое состояние (отражающее взаимовлияние доминант репродукции и тревоги) и физиологическое состояние (отражающее степень готовности тела к наступлению и вынашиванию беременности).

На всех этапах психологического сопровождения ЭКО и других вспомогательных репродуктивных технологий, от планирования до адаптации к результату, сновидения играют важную роль в выявлении неосознаваемых фактов психической жизни.

Сновидения интерпретируются по авторскому алгоритму, затем проводится терапевтическая работа, направленная на трансформацию образа сновидения и формулируются выводы, о том, что необходимо изменить для повышения эффективности ВРТ.

Задачи применения методики работы со сновидениями при сопровождении ВРТ:

1. Диагностическая: диагностика психологического и физиологического состояния, установок и страхов женщины и/или мужчины в отношении процедуры ВРТ.
2. Терапевтическая: работа с образами сновидения, направленная на коррекцию и трансформацию психологического и психосоматического состояния клиента.
3. Системная: коррекция неготовности семейной системы к появлению ребенка в процессе обсуждения сновидения одного из членов семьи.

В процессе работы нами были сформулированы методические приемы, помогающие повысить результативность ВРТ, в частности:

- направленность внимания на образы сновидения сама по себе позволяет переместить фокус терапии с обсуждения сознательных стратегий на доверие неосознаваемым аспектам психики и телу;
- совместное обсуждение сновидения парой позволяет выявить проблемные зоны в семейной системе и своевременно скорректировать их, что повышает психологическую готовность пары к появлению ребенка;
- непосредственная трансформация образов сновидения в проективном рисунке или с применением эмоционально-образных техник позволяет проводить терапев-

тическое внушение на неосознаваемом уровне и сократить время работы с проблемой.

Практическая работа по данной методике в течение более 10 лет позволила сделать вывод о высокой диагностической и терапевтической эффективности работы со сновидениями в процессе психологического сопровождения ВРТ.

Role of Dreams in Psychological Support of Assisted Reproductive Technology

Marina Chizhova

Prorector of Institute of Perinatal and Reproductive Psychology. Russia, Moscow.

Эволюция массовых психотерапевтических моделей

Чугунов Д.Н.

Психолог, кандидат психологических наук. Клиника «Рапи», г. Санкт-Петербург.

В процессе развития человечества создаются специфические способы саморегуляции общественных и внутренних отношений, начиная от внутренних интроецируемых правил малых племен и поселений в древности до предписанного свода законов, регламентирующих поведение современного человека, а также системы специфических ожиданий, соблюдение которых является оптимальным в данном сообществе.

Развитие современных масс-медиа технологий способствует сверхбыстрому распространению практически любой информации, очевидно что вместе с этим возрастает значимость поиска наиболее релевантных сообщений, соответствующих потребностям конкретного индивида.

То, каким образом в данной системе отношений предполагается узнавание имеющихся потребностей и способов (каналов) их удовлетворения является определяющим фактором не только для внешне наблюдаемого поведения, но и для внутренне переживаемых чувств и эмоций отдельного взятого человека.

Глобальные характеристики, описывающие человеческую популяцию, начиная от ключевой – ее численности (по С.П.Капице), также включают транслируемые способы саморегуляции внутренних состояний и внешнего поведения принятые в данном сообществе.

Мифологическое мировоззрение, магическое восприятие, система религий, искусство, политические системы, научная картина мира, включая различные психотерапевтические системы можно рассмотреть как особые динамично развивающиеся саморегуляционные общественные механизмы, продолжающие развиваться и в настоящее время. Специфическая система регуляции

является наиболее характерной и актуальной в каждый период истории, в эпоху преобразований ее значимость возрастает в связи с актуализацией внутренней потребности в поиске оптимальных моделей поведения, и если ранее это могло быть решение старейшин племени, которое не обсуждалось, сейчас это может быть в том числе ответ в поисковой интернет-системе или же актуализация полученной через СМИ информации. СМИ с этой точки зрения являются одним из организующих и катализирующих факторов, определяющим внутреннее состояние и готовность действовать определенным образом.

The evolution of the mass of psychotherapeutic models.
Chugunov Danil Nikolaevich.

Psychologist, PhD in Psychology, Clinic «Rami», St. Petersburg

Спонтанные улучшения в жизни клиентов в результате прохождения психотерапевтического модуля

Шифрин Д.В.

*психолог, психотерапевт, ведущий специалист
Центра Практической Психотерапии при
Институте Инновационных Психотехнологий, член
ППЛ, Россия, Москва.*

Когда человек принимает решение обратиться к психотерапевту за решением каких-либо проблем, он не имеет полной картины того, с чем предстоит работать. Даже когда клиент, совместно с психотерапевтом, устанавливает область ближайшего развития, он все равно не затрагивает все области, которые могут быть изменены в ходе консультирования.

Так формируется феномен, который мы обозначили, как спонтанные изменения. Они происходят, когда клиент в ходе работы по модулю С.В. Ковалева в контексте интегрального нейропрограммирования (ИНП) получает то, чего он «не заказывал». При этом, после определенного времени, клиент выясняет, что это не менее значимые изменения, чем были заявлены, что еще раз

позволяет судить о мудрости бессознательного, которое включает в процесс изменений все значимые для человека участки его развития.

Мы провели исследование клиентов, с которыми велась психотерапевтическая работа. У большинства клиентов были отмечены позитивные изменения факторов жизни, которые не были заявлены, как проблема. К этим факторам в частности относятся: курение, алкоголь, неудовлетворяющие сексуальные отношения и другие значимые аспекты жизни.

Объектом нашего интереса стала работа с клиентами по модулю С.В. Ковалева.

Предмет – спонтанные улучшения качества жизни человека в процессе прохождения терапии по общему модулю С.В. Ковалева.

Опыт нашей работы позволяет предположить, что ИНП С.В. Ковалева позволяет улучшать качество жизни человека, максимально охватывая разные ее аспекты (в том числе: здоровье, взаимоотношение, самореализация, деньги, любовь, секс). Часть этих изменений будет носить характер спонтанных улучшений.

Модуль С.В.Ковалева который включает себя:

- выход на проблему
- формирование запроса
- определение желаемого результата
- создание внутренней мотивации и готовности к изменениям
- работу с прошлым и будущим клиента, куда входят позитивация, ресурсирование и другие действия.
- освобождение от негативного жизненного сценария
- и другие психотехнологии интегрального нейропрограммирования С.В.Ковалева.

Интегральный подход психотерапии позволяет эффективно и качественно решать проблемы человека, а также создавать новые модели жизни, повышая витальность и осознанность Бытия.

Независимо от того, запланированные изменения получил клиент, или результат носит характер спонтанного улучшения, мы можем достоверно судить о том, что работа по модулю С.В. Ковалева в контексте ИНП обладает высочайшей эффективностью и может быть рекомендована при работе с любыми клиентами.

