

ÐĀĀĀĒÖÈĪĪĪĀΒĒĪĒĒĀĀÈΒ:

Īđīōāññīđ, āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ā.Ā. Āēàííā; āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ñ.Ā. Āēōúíááēíā; Í.Ā. Īēđīø íē÷áíēī (íđāāđñđāáííúé ñāēđāđāđū); ĩđīōāññīđ Ī.Ō. Ąóçæáííā; ĩđīōāññīđ Ī.Ō. Ęçìàèēíāā; ĩđīōāññīđ, āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ā.Ē. Ęāđēíā (āēāáíúé đāāāēōīđ); ĩđīōāññīđ, āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ā.Ā. Īàēāđíā (āēāáíúé đāāāēōīđ); ēāíāēāāđ ìñēōīēíāē÷āñēēō íáóē Ā.Ā. Īàēāđíāā; āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ñ.Ā. Íōđìāāāíāāđíāā; Ę.Ī. Īāđēēíā (đāāāēōīđ); āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē P.Ā. Đīññēíñēēē; āēāāāíēē ĐĀ Ī Ī Ā.Β. Ñāìēā; Ā.Ē. Ōāñđāííāā; āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ā. P. Ōīēñđēēíāā; ĩđīōāññīđ, āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ā.Ā. ×ōđēēí; ēāíāēāāđ ìääèöèíñēēō íáóē Ō.Ā. Īāē; ēāíāēāāđ ìääèöèíñēēō íáóē Ā.Ā. Ęōñāēííā

ÐĀĀĀĒÖÈĪĪĪŪÉÑĪĀĀŌ:

Āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ī. Āñēìíā (Āēìāòú); ĩđīōāññīđ Í.Ā. Āíōāí (Ōììñē); ĩđīōāññīđ Ī.Ā. Áóđíí (Īñēāā); āēāāāíēē, āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē, ĩđīōāññīđ Ī.Ō. Āííííēüñēēē (Ōāēōā); ēāíāēāāđ ìääèöèíñēēō íáóē Ā.Ō. Āñēāēēāāā (Īāāēíāāđ); āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē, ĩđīōāññīđ Ā. P. Çāāüýēíā (Ííāñēāēđñē); āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē, ĩđīōāññīđ Í.Ā. Ęíđíāōíā (Ōììñē); āīēōīđ ìñēōīēíāē÷āñēēō íáóē, ĩđīōāññīđ Đ. Ęí÷óíāñ (Āēēüíþñ); āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē, ĩđīōāññīđ Ā.Ī. Ęóāüýđíāā (Āēìāòú); āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ę.Ā. Ęóíđēýííāā (Ōììñē); āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē, ĩđīōāññīđ Ō. Īççøēēāí (Āēñāāāāí); ēāíāēāāđ ìääèöèíñēēō íáóē Ę.Ā. Ñōāíāííāā (Ōììñē); ĩđīōāññīđ, āīēōīđ ìääèöèíñēēō íáóē Ī.Ē. Ōāēāóíā (Āñđāíā)

Đāāēñđāōēííííā ñāēāāđāēüñđāí 1 1706 āūāāíí
Īēíēñđāđñđāí ìā÷āòē ē ìāññíāíē ēíōíđìāōēē
Đāñíóāēēēē Ęāçāōñđāí
Đāāēñđāōēííííā ñāēāāđāēüñđāí ĪĒ 1 77-7054 āūāāíí
Īēíēñđāđñđāí Đīññēēñēíē Ōāāđāōēē ìíāāēā ìā÷āòē,
đāēāđāāēíāā ùāíēý ē ñđāāñđā ìāññíā ūō ēí ìíóíēēāōēē

Āíēìāíēā, ñíēñēāōāēē! Ąóđíāē “Āííđīñū ìáíđāēüííē ìääèöèíú ē ýēíēíāēē”
đāøáíēāí ēíēēāāēē ĀĀĒ ìđ 3.03.2002 ā. āēēþ÷áí ā ìāđā÷áíú ēçāāíēē
āēý íóāēēēāōēē ìñííāí ūō íáó÷í ūō đāçóēüđāđíā āēññāđōāōēē

Ąóđíāē ìñííāāí ā 1995 āíāó
Āāđāñ đāāāēōēē: 140001, Ęāçāōñđāí, ā. Īāāēíāāđ, óē. Ęóđóçíāā, 200
Ōāēāōíí (ōāēñ): 8 (7182) 60-50-93
Ā-mail: neovitae@pisem.net

Ḑīññè íñèèé Ḑ.Á.

Деятельность образовательных программ противодействия эпидемии ВИЧ: целевые группы проектной деятельности

72-77

È Í Ô Î Ì À Ö È Æ È Í Á Ç Î Û

Êâí æ àèèââà Á.Á.

К вопросу о клинической квалификации ремиссии в структуре шизофренического процесса (краткий обзор)

78-80

Ḑóíîâð Ò.

Психическая травма

81-92

×ââèâà È.Á.

Медиативная компетентность руководителя – инновационный инструмент организационного лидерства

93-95

Ḑâçḥ ìâ

96-101

*Áèâèîâðàðèý è æðíàèó «Áíîðíñ ìâíðàèííé ìââ-
ðèí ò ýèíèâèè» çà 2012 âîâ*

102-104

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

SOCIAL EPIDEMICS

FOUNDERS:

- Biketova L.À.*
Role of social factors in forming of computer addiction 7-8

PSYCHOTHERAPY

**Professional
Psychotherapeutic
League**

- Katkov À.L.*
Strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances: general methodology and scientific justification 9-18
- Katkov À.L.*
Macrotechnological veneering of a method of a strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances 18-24
- Katkov À.L.*
Strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances with the underestimated self-rating and basic uncertainty in 24-35
- Katkov À.L.*
Strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances with offense and sense of guilt at a stage of out-patient/stationary aftertreatment 36-43

**RPSE
«Republican Research-
and-Practical Center
of Medical-Social Drug
Addiction Problems»**

PSYCHIATRY

- Kenzhalieva À.B.*
Clinic-psychopatological range of demonstrative psychotic disorders of an endogenous circle 44-47

PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALIOLOGY.

**Volume XVIII
1 4
2012**

**Published 4 times
in a year**

- Burdina À.I., Zhumankulova À.N., Kolyuh Í.À.*
Features of deontological preparation of future teachers to work with children with deviant behavior 48-53
- Rossinsky Yu.À.*
The descriptive analysis of ego identity/self-identification at persons at the age of 9-13 years (the report 1) 53-57
- Rossinsky Yu.À.*
The descriptive analysis of ego identity/self-identification at persons at the age of 14-18 years (the report 2) 58-64
- Rossinsky Yu.À.*
Activity of educational programs of counteraction of epidemic of HIV: syndrome of emotional burning out 64-67
- Rossinsky Yu.À.*
Activity of educational programs of counteraction of epidemic of HIV: stigma and stigmatization 67-72
- Rossinsky Yu.À.*
Activity of educational programs of counteraction of epidemic of HIV: target groups of design activity 72-77
-
-

INFORMATION AND REVIEWS

<i>Kenzhalieva A.B.</i> To a question of clinical qualification of remission in structure of schizophrenic process (the short review)	78-80
<i>Ruppert F.</i> Mental trauma	81-92
<i>Cheglova I.A.</i> Mediative competence of the principal – the innovative tool of an organizational lead	93-95
<i>Summery</i>	96-101
<i>The bibliography to the magazine «Questions of mental medicine and a ecology» for 2012</i>	102-104

На первом этапе – первично-профилактической наркологической помощи – объем психотерапевтических интервенций может ограничиваться 1-3 встречами, длительностью от 1 до 2,5 часов.

Эффективность стратегической полимодальной психотерапии на третьем этапе наркологической помощи – амбулаторной или стационарной реабилитации зависимых от ПАВ – снижается в случае ограничения длительности общего курса менее 2-х месяцев, а ежедневного времени терапевтических сессий – менее 2-х часов.

Границы эффективности метода, при прочих равных условиях, зависят от уровня компетенции специалиста – психотерапевта как в общих вопросах, так и в области стратегической полимодальной психотерапии.

2. *Òííîãðàðèÿ*

Топография – т.е. место стратегической полимодальной психотерапии в общей системе координат профессиональной психотерапии – определяется по следующим параметрам:

1) *íðèíàäèäæ íîñðü è îñííáíú ì àððàèè* – рассматриваемый метод представляет ареал научно-обоснованных психотерапевтических технологий с доказанной эффективностью;

2) *àðàíáíúá ðîðìàð ù* – стратегическая полимодальная психотерапия может использоваться во всех временных форматах: экспресс-психотерапии (1-3 терапевтические сессии); краткосрочной (до 10 сессий); среднесрочной (50-100 сессий); долгосрочной психотерапии (свыше 100 сессий);

3) *íðèíàäèäæ æ íîñðü è îñííáíú ì íàíðàäèäè-ÿì* – направление интегративной и эклектической психотерапии;

4) *îñííáíúá ðîðìàð ù* – стратегическая полимодальная психотерапия реализуется в следующих формах:

– по направленности психотерапевтической активности – аутопсихотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия;

– по основным терапевтическим акцентам и контекстам – поддерживающая, развивающая, ориентированная на структурированный технологический процесс психотерапия;

5) *îñííáíúá ððíáíè* – стратегическая полимодальная психотерапия реализуется, в основном, на уровне переформирования проблемных паттернов поведения (по К.Г. Юнгу) или на уровне личностной реконструкции (по Б.Д. Карвасарскому);

6) *ãèááíúá ìñèðî ðàððàíááðè-âñèèè ì íàäèè*, в контексте которых был разработан и реализуется метод стратегической полимодальной психотерапии – психологическая и клиническая модели психотерапии;

7) *îñííáíúá ñðàð ù ìðíðàññèíáèííèé ääÿ-ðàèèíîè*, в рамках которых реализуется данный метод – превентивная психолого-педагогическая практика, медицина (аддиктология, наркология).

3. *Àèððàèèííáíúá ðàððàíááðè-âñèèè è îñííáíúá ìòòèè*

Актуальной характеристикой метода стратегической полимодальной психотерапии является то обстоятельство, что данный метод в максимально возможной степени учитывает все сложности работы с контингентом зависимых лиц, к числу которых традиционно относят следующие:

1) типичные характеристики психологической и поведенческой сферы, препятствующие терапевтическим изменениям:

– неустойчивая мотивация, часто меняющаяся под влиянием случайных фактов или обстоятельств, либо отсутствие конструктивной мотивации у существенной части зависимых лиц, вовлекаемых в терапевтические программы под давлением обстоятельств;

– наличие, в силу сказанного, частых реакций сопротивления, оппозиции к реабилитационному режиму, формального отношения к терапевтическому контракту и правилам поведения, прописаным в нем;

– перегруженность деструктивными психологическими защитами;

– часто отмечающиеся признаки неустойчивого настроения, повышенной агрессивности, импульсивности;

– наличие сложностей с длительной концентрацией внимания, повышенная утомляемость, особенно на первом этапе вхождения в терапевтическую программу;

– общая ригидность психических процессов, особенно выраженная у лиц с предшествующей интенсивной и длительной интоксикацией (например, у больных полинаркоманией со стажем наркопотребления от 5 лет и выше);

2) особенности селективной терапевтической активности зависимых лиц, частичное или полное неприятие отвлеченных проблем, прямо не относящихся к сфере актуальных потребностей зависимых лиц; длительная «разговорная» терапия на абстрактные темы обычно сопровождается потерей концентрации, мотивации, пассивными (пациенты «выключаются» из диалога) либо активными (находятся разные предлоги для прекращения терапевтической сессии) протестными реакциями; такие поведенческие реакции в большей степени характерны для резидентов, находящихся на этапе вхождения в терапевтическую программу, но также имеют место и на более поздних этапах;

– предрасположенность к «предметному» – т.е. наиболее иллюстративному и демонстративному способу репрезентации каких-либо проблемных сфер жизнедеятельности;

– жажда быстрых результатов с характеристиками «чуда», при отсутствии понимания необходимости и готовности к какому-либо существенному вкладу в динамику терапевтических изменений (наличие рентных установок);

– склонность к подражательному поведению, особенно на первых этапах пребывания в терапевтической программе;

3) сложности во взаимодействии «новичков», проходящих этап вхождения в программу, и резидентов, освоивших существенную часть терапевтической программы, в открытых группах.

В первую очередь здесь следует сказать о сложностях выбора между стратегиями ведения резидентов МСР в открытых и закрытых терапевтических группах.

Вариант закрытой группы привлекателен с той точки зрения, что на втором и третьем этапах МСР – основных рабочих фазах – группа не «разбавляется» вновь принятыми пациентами и не снижает набранных темпов терапевтической динамики. Вместе с тем, такой внешне привлекательный вариант чреват другими осложнениями – в этом случае всю тяжесть проведения пациентов через первый этап вхождения в терапевтическую программу приходится брать на себя специалистам-психологам, психотерапевтам, ведущим процесс групповой психотерапии и тренингов. Позитивное ядро в этих условиях может образоваться не так быстро – в продолжении 3-4-х недель – притом что существует вероятность доминирования отрицательно настроенных лидеров, формирующих негативное ядро группы. В таких условиях фактор подражательного поведения работает недостаточно интенсивно (только лишь позитивного влияния специалиста-психотерапевта здесь недостаточно), либо данный фактор, под воздействием негативного ядра группы, работает против терапевтической динамики. Вероятность последнего варианта развития событий, по нашим данным, соотносится с опережающей вероятностью формирования у групповых терапевтов признаков синдрома эмоционального выгорания, почти неизбежного в данных условиях.

Вариант ведения пациентов в открытых группах привлекателен с точки зрения профессиональной экологии – существенную часть нагрузки по поведенческому компоненту терапии берет на себя позитивное ядро группы, представленное старшими резидентами. Соответственно, риск доминирования отрицательно настроенных лидеров или формирования негативного ядра группы в данных условиях существенно снижается. Но, кроме того, существует возможность утилизации противоречий между терапевтическими предпочтениями резидентов с различным стажем пребывания в программе, которые в полной мере учитываются в стратегии полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ;

4) проблемы соотношения психотерапевтических технологий с другими развивающимися практиками (в том случае, если терапия проводится комплексно, например, в рамках программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ).

Важным здесь является факт непротиворечивости и взаимопотенцирования используемых технологий, что в полной мере учитывается в стратегии полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ.

Методология построения рассматриваемой модальности, в частности, таких узловых компонентов, как идентификация основных мишеней; формирование универсальных и специальных задач; разработка макротехнологического, метатехнологического и структурно-технологического содержания метода – в максимальной степени нацелена, во-первых, на минимизацию вышеприведенных сложностей. А во-вторых – на адекватную утилизацию особенностей терапевтической динамики зависимых от ПАВ.

4. *Í àó-í îâ îáîñí îâàí èà*

В данном разделе раскрываются два ключевых положения метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ, представляющих системообразующий стержень рассматриваемой психотерапевтической модальности.

Первое положение обосновывает универсальную цель рассматриваемого метода – форсированное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ и агрессивному влиянию среды – и дифференцирует ее на определенные компоненты – свойства психологической устойчивости. Данные компоненты в свою очередь являются мишенями второго уровня для психотерапевтических технологий, используемых в общем формате рассматриваемого метода.

Второе ключевое положение обосновывает возможность форсированного развития высоких уровней устойчивости к повторному (в рамках реализации 2-4 этапов наркологической помощи) вовлечению в зависимость от психоактивных веществ в ограниченные временные периоды, сопоставимые с возможностями государственных учреждений, предоставляющих наркологическую помощь, – т.е. от 3 до 6 месяцев.

4.1 В ходе реализации 10-летнего исследовательского проекта, включающего масштабные эпидемиологические, клинические и экспериментально-психологические исследования, нами были сформулированы следующие функциональные требования к системе универсальных факторов, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, в том числе – зависимость от ПАВ:

– *èüáí ò è ô èèàöè í í ú â òàðàè ò àðèñ ò èèè:*

1) возможность обозначения идентифицируемых факторов с помощью известных терминов и определений; 2) измеряемость апробированными тестами и методиками; 3) наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентификационных свойств с доказанными рисками и факта-

личительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – существенное снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности субъекта, порожденных ситуацией неопределенности в отношении основных конструктов (сценариев), координирующих бытие современного человека. Таким образом, позитивный жизненный сценарий, проистекающий из личностного ядра субъекта, завершившего процесс полноценной идентификации, выполняет важнейшую функцию базисной системы координат и обеспечивает: устойчивое продвижение в реализации намеченных целей, чувство деятельностного удовлетворения, эмоциональный комфорт, существенное повышение качества жизни субъекта, что, в совокупности, достаточно надежно профилактирует риски формирования адаптационных нарушений со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Í àâúêê ì ðââðñðââí í îâî âúâí ðà – данное личностное свойство, в идеале, должно являться непременным атрибутом позитивного жизненного сценария, или, условно говоря, – некоей гарантией для его успешной реализации в агрессивной среде, избыточной альтернативными предложениями (чаще всего, с краткосрочной и многообещающей перспективой). Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет); собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (что в литературе морально-нравственного толка обозначается как «стойкость к искушению»). Наличие каких-либо предпочтений или псевдовыбора с неустойчивым или непринятым решением в отношении возможных альтернатив, с одной стороны, негибкость и ригидность – с другой, качественно отличаются от вышеприведенной характеристики. Т.е. в нашем случае отказ от альтернативных сценарных решений – вполне осознанный и продуманный шаг, который делается с пониманием всех возможных потерь (обычно в краткосрочной перспективе) и приобретений (обычно в среднесрочной и долгосрочной перспективе). При этом отказ от альтернативных сценариев сопровождается дезавуацией их внешней привлекательности, что не влечет за собой разыгрывание какого-либо внутреннего конфликта. Субъект, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твердые, однозначные и последовательные решения в ситуации агрессивно навязываемого выбора. А во-вторых – держаться избранного, несмотря на продолжающееся давление. Ответственный выбор, реализованный в отношении

конструктивного жизненного сценария, таким образом, обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но, по сути, конфронтационные и агрессивные в отношении идентификационных перспектив, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению ПАВ с целью получения эйфорического, стимулирующего или релаксационного эффекта, или предложения по вступлению в деструктивную секту, где «тебя по-настоящему понимают» и др.). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации свободного и ответственного выбора – является полноценное удовлетворение от воплощения того плана, в пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем, и в результате оказался прав» – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, обеспечившего безопасность своего жизненного пути и получающего деятельностное удовлетворение от избранной жизненной позиции.

Êà-âñ ð âî â íóððââí íââî èîéóñ-èî í ð ðîëü – данное свойство личности (интернальности-экстенальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Роттером (1947). Характеристики локус-контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности исходит от личности с оформленной мета-позицией внутреннего локус-контроля. Данное качество формируется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует развитие таких свойств личности, как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Субъект с развитым качеством внутреннего локус-контроля полностью осознает, что только он сам несет ответственность за все то, что происходит с ним в жизни. Данная мета-позиция повышает шансы на существенное улучшение качества жизни индивида в том случае, если его не устраивают существующие условия, за счет имеющихся инструментов индивидуального и социального развития. Изменить что-либо в себе или, хотя бы, признать необходимость таких изменений – уже реальный шаг в сторону развития, прелюдия к поиску профессиональной или иной конструктивной помощи и поддержки. Таким образом сформированное качество внутреннего локус-контроля существенно повышает вероятность разворота личности в сторону долговременных, соответствующих идентификационным целям, информационных и психологических ресурсов. И профилактирует, таким образом, неосознаваемый поиск «коротких путей к счастью», связанных с патологической адаптацией.

Í ñðîíëîè-âñêêâ ðâñóðñú, íâíâðîîâè ì úâ äëü ðââëèçàððè ì íçèðèââíâî â èçíâîíâî ñðîíâðèü – данные свойства личности, с одной стороны, являются интегрирующими и включающими вышеназ-

В нашем варианте вышеприведенная схема полярных сценариев личностного развития по Э. Эриксону существенно расширяется на этапе описания 5-го жизненного кризиса (возраст 12-18 лет), на котором, помимо завершения личностной идентификации, должны быть сформированы и другие личностные свойства, обеспечивающие функцию устойчивости субъекта к вовлечению в социальные эпидемии.

4.1.3 Исследованные психологические свойства – характеристики личности – складываются в функциональные блоки следующего порядка, обеспечивающие высокий уровень адаптации субъекта в агрессивной среде.

Первый функциональный блок дополняет схему иерархии индивидуальных потребностей А. Маслоу (1954), в традиционном варианте включающую 5 потребностных уровней – физиологические, безопасности, принадлежности и любви, уважения, самоактуализации. В нашем случае к поименованным иерархическим уровням добавляется еще и 6-й уровень – потребность в эффективной самоорганизации. Данный уровень достаточно четко дифференцируется от предшествующего потребностного уровня – самоактуализации – прежде всего за счет оригинального содержания и вполне осознаваемого характера манифестации этого нового класса потребностей. Кроме того, по нашим данным, деятельностное удовлетворение потребностей в эффективной самоорганизации существенным образом меняет пирамидальную иерархическую конструкцию А. Маслоу. Т.е. развитие ситуации теперь можно представлять следующим образом: 1) вследствие адекватного развития поименованных универсальных свойств актуализируются потребности в эффективной самоорганизации субъекта; 2) далее, данный потребностный уровень полноценно удовлетворяется, что и является ключевым моментом обретения осознанной не-зависимости от возможных «атак» нижележащих (в онтогенетическом плане) уровней; 3) т.е. с этого момента основанием конструкции является перевернутая пирамидальная вершина 6-го потребностного уровня, поскольку именно этот, новый класс потребностей определяет поведение субъекта и выстраивает обновленную иерархию (новый порядок) актуальных потребностей других уровней; 4) таким образом, общую конфигурацию актуальных потребностей человека, складывающуюся после ключевого перехода к 6-му уровню, можно представить знаком «X», где основанием будет пирамидальный сектор потребностей в самоорганизации, а продолжением – расходящиеся грани перевернутого классического треугольника (по А. Маслоу), где уровни организации традиционных потребностей меняются на иной системный принцип, соответствующий идентификационной сущности самоорганизованного человека; 5) данная конфигурация обладает существенно бо-

лее высокой степенью устойчивости в агрессивной среде, поскольку эффективно профилактирует осознаваемые и неосознаваемые поиски «коротких путей к счастью» со всех возможных направлений.

Идентифицированные нами алгоритмы (деструктивный и конструктивный) реализации потребностного цикла субъекта дополняют концепцию потребностных циклов в аспекте формирования патологической зависимости (Ю.В. Валентик, 1998). Проведенные исследования позволили уточнить, что в данном случае речь идет не столько о способах разрядки заблокированной энергии, «скопившейся» в результате нереализованных потребностей, сколько о формировании чаще неосознаваемого ресурсного запроса у субъекта, находящегося в состоянии адаптационного кризиса, и возможности сверхбыстрого удовлетворения такого запроса за счет употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий. При этом было показано, что при формировании патологической зависимости имеет место определенная последовательность событий: 1) формирование дефицита свойств психологического здоровья – устойчивости, приводящего к слабости интегративной функции самоорганизующего, целенаправленного поведения и дезорганизации соответствующих мотивационных структур; 2) манифестация адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, блокирующего и без того дефицитарную функцию самоорганизации; 3) актуализация чаще неосознаваемого ресурсного запроса, направленного в сторону «короткой дороги к счастью», прохождение которой связано с употреблением ПАВ и реализацией специальных психотехнологий измененного сознания; 4) удовлетворение запроса на сверхбыстрый ресурсный доступ с высокой вероятностью формирования химической, либо деструктивной психологической зависимости – патологических форм адаптации субъекта. В данном случае имеет значение практически идеальное совпадение характера неосознаваемого ресурсного запроса с уникальным комплексом свойств, присущих психоактивным веществам, и деструктивными психотехнологиями – и те, и другие являются: адаптогенами сверхбыстрого действия, универсальными заместителями нереализованных потребностей, эффективными протекторами «чудесного» появления желаемых личностных свойств или форм поведения, успешными блокираторами негативной эмоционально заряженной памяти (в том числе памяти о пережитой физической и душевной боли). Повторный прием ПАВ, кроме того, устраняет последствия предшествующей интоксикации. Какие-либо упрощенные представления о взаимодействии этих двух составляющих рассматриваемого потребностного цикла вряд ли приведут к искомым результатам. В то же время, на основании отмеченных закономерностей, понятно, что соответствующие профилактические програм-

мы должны быть представлены как «дальними», так и «ближними» стратегиями, первые из которых направлены на преодоление дефицита в системе универсальных факторов риска – устойчивости, а вторые – на разработку и масштабную реализацию технологий экспресс-психотерапевтической помощи.

Идентифицированный личностный статус – Я-ресурсный/ая, – актуализирующийся в момент адаптационного напряжения и способствующий прохождению кризисных этапов в режиме стресс-серфинга, дополняет концепции Э. Берна (1979), Р. Ассаджиоли (1965), Ю.В. Валентика (2002) о структуре личности, субличности, универсальных нормативных личностных статусах. В приведенных выше теоретических построениях такого рода необходимые, с нашей точки зрения, личностные концепты, обосновывающие возможность эффективной самоорганизации субъекта в условиях агрессивной среды, специально не дифференцируются и не рассматриваются. В то же время нашими исследованиями были продемонстрированы: во-первых, возможность терапевтической диссоциации (растождествления по Р. Ассаджиоли) рассматриваемого личностного статуса; во-вторых – исключительная важность внутреннего диалога диссоциированных личностных статусов Я-ресурсный/ая – Я-нуждающийся/ая в помощи и поддержке, крайне желательного в острой кризисной ситуации, когда возможности оказания экстренной психотерапевтической помощи отсутствуют; в-третьих, по результатам ретроспективного анализа в исследуемых группах было показано, что спонтанные диалоги такого рода в кризисной ситуации не столь уже редкое явление, и что «ценой» такой своевременной терапевтической диссоциации иногда выступает спасенная человеческая жизнь; наконец, в-четвертых, – возможность форсированной проработки обсуждаемого ресурсного личностного статуса в терапевтических и тренинговых технологиях, и его актуализации в режиме стресс-серфинга. В нашем случае данная идентифицированная личностная характеристика встраивается в систему универсальных факторов риска устойчивости (свойство достаточности психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария);

Идентифицированная таким образом система функциональных структур следующего порядка, как понятно из всего сказанного, является психологической матрицей, необходимой для формирования крайне важной интегративной функции психики, обеспечивающей: 1) эффективную самоорганизацию; 2) устойчивость; 3) безопасность человека в агрессивной среде. Данная интегративная функция, отслеживаемая на всех этапах ее становления, является главной мишенью для разрабатываемых инновационных профилактических и терапевтических воздействий.

4.1.4 В специальных исследовательских фрагментах было показано, что сложность терапевтической работы с зависимыми лицами и более чем скромные результаты такого рода деятельности связаны, в первую очередь, с тем обстоятельством, что исходные дефициты наиболее значимых характеристик психологического здоровья – устойчивости усугубляются еще и отчетливым и адресным вредоносным воздействием патологических адаптогенов быстрой действительности, что является крайне неблагоприятной в смысле общих перспектив терапевтического воздействия комбинацией. Такого рода привнесенные дефициты – достаточно «тонкие» негативные психопатологические расстройства интегративных функций психики, выявляемые лишь с использованием специальных диагностических методов, – формируются уже после первых проб наркотиков, первых месяцев регулярного употребления алкоголя, первых недель вовлечения в практику манипулятивного психотехнического воздействия. Основные проявления данной ажурной, не связанной с грубыми расстройствами памяти, интеллекта, эмоциональной сферы, негативной симптоматики, препятствуют сложным интегративным процессам формирования:

- личностной зрелости с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта;
- конструктивного жизненного сценария с возможностями долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития психологических ресурсов, выстраивания адекватной жизненной метапозиции;
- устойчивой мотивации к достижению целей конструктивного жизненного сценария – как одной из главных характеристик устойчивого ресурсного состояния и составляющих важнейшей интегративной функции психологической активности субъекта, обозначаемой как «воля»;
- адекватных представлений о характере и особенностях патологических проявлений химической и деструктивной психологической зависимости (что выражается, в частности, в феномене анозогнозии), конструктивных сценариях перехода из состояния патологической зависимости к состоянию здоровья-свободы, понимаемому как обретение высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в патологическую зависимость.

Было убедительно продемонстрировано, что в полной мере специфическими в данной ситуации могут считаться лишь те профилактические и терапевтические подходы, которые эффективно и в ограниченные временные периоды преодолевают исходные либо двойные дефициты идентифицированных психологических свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к первичному, либо повторному вовлечению в социальные эпидемии. Т.е. это именно те психотерапевтические подходы, которые представляют тех-

нологическую основу метода стратегической полимодальной психотерапии.

4.1.5 Интерпретация данных, полученных при проведении масштабных эпидемиологических, клинических и экспериментальных исследований и интерпретация полученных данных, проводимая на основе статистико-математического анализа, позволила уточнить специфику и определить следующий порядок прохождения этапов формирования высоких уровней устойчивости, характерный для всех исследуемых типов деструктивных социальных эпидемий, в том числе – зависимости от ПАВ:

- фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к агрессивному влиянию среды; акцентированная проработка конструктивного жизненного сценария как основного «проекта» достижения значимых личностных целей и ценностей;

- фаза полноценного усвоения субъектом информации о неизбежном вреде и тотальном проигрыше, связанных с приобщением к патологическим адаптогенам быстрого действия (потреблению психоактивных веществ, практике манипулятивных технологий и др.), именно по отношению к конструктивным жизненным сценариям;

- фаза реального конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария – употребления патологических адаптогенов быстрого действия, – в ходе чего дезавуируются внешне привлекательные характеристики суррогатного удовлетворения ресурсных потребностей субъекта;

- фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному жизненному проекту) сценариев использования патологических адаптогенов быстрого действия, с полной редуциацией или установлением действенного контроля в сфере мотивации к реализации данных сценариев;

- фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, ассертивные способы реагирования, совладающие копинги) с агрессивной средой, в ходе чего редуцируются остаточные уровни мотивации к реализации деструктивных сценариев патологической адаптации субъекта.

Каждый из вышеперечисленных этапов имеет свои отличительные характеристики, диагностика которых дает возможность определить, в какой именно фазе находится субъект и с какой степенью успешности он проходит настоящую и предшествующие фазы формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

Далее нами были идентифицированы следующие основные варианты прохождения вышеназванного цикла, а также условия их реализации:

- нормативно-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости к вовлече-

нию в социальные эпидемии. Данный вариант реализуется при условии конструктивного прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, предусматривающего наличие гармоничных семейных отношений и адекватных стратегий развития, используемых по отношению к субъекту в продолжение первых 15-17 лет его жизни. При таком варианте развития событий фаза конфликта основного жизненного сценария с дивидендами употребления патологических адаптогенов быстрого действия может быть редуцирована в силу неактуальности ресурсного запроса. Т.е. субъект,двигающийся по конструктивному сценарию прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, обладает свойством ресурсной достаточности (5-е свойство в системе идентифицированных факторов риска-устойчивости). Соответственно, борьбы мотивов, характерной для третьей фазы универсального цикла формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, не возникает. Для такого субъекта хватает полноценного усвоения адресной, негативной (по отношению к основному жизненному сценарию) информации о патогенных свойствах быстрых адаптогенов, вследствие чего такого рода сценарий надежно исключается из осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов;

- форсировано-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости. Данный вариант специфичен для контингента лиц с деструктивным сценарием прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, высокими рисками и признаками актуализации ресурсного запроса и, соответственно, высокой вероятностью вовлечения в социальные эпидемии. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных превентивных технологий, предусматривающих, во-первых, надежную идентификацию групп высокого риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии, а во-вторых – эффективную технологическую проработку каждой фазы универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды. В результате чего искажения нормативного развития субъекта, дефициты свойств психологического здоровья-устойчивости должны быть компенсированы, а поисковое поведение, направленное на удовлетворение ресурсного запроса за счет использования патологических адаптогенов, – эффективно скорректировано;

- лечебно-реабилитационный вариант формирования высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант специфичен для контингента лиц с химической, деструктивной психологической зависимостью, проходящих курсы лечения и реабилитации в специализированных учреждениях. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных помогающих и развивающих технологий, к числу которых следует отнести стра-

тегическую полимодальную психотерапию зависимых от ПАВ. Для рассматриваемого третьего варианта характерны выраженная борьба мотивов в фазе конфликта (3-й этап универсального цикла) и достаточная продолжительность – до нескольких месяцев – фазы нейтрализации деструктивных сценариев повторного использования патологических адаптогенов (4-й этап универсального цикла).

Таким образом, из всего вышесказанного следует, что метод стратегической полимодальной психотерапии может эффективно использоваться как по второму, так и по третьему варианту прохождения универсального цикла формирования высоких

уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, в том числе эпидемию химической зависимости.

Специально следует отметить тот факт, что общая методология построения стратегической полимодальной психотерапии и особенно научное обоснование универсальной цели СПП – форсированного развития высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии – открывает возможности дифференцированного определения эффективности каждого психотерапевтического вмешательства в системе промежуточных и конечных индикаторов.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

И АЭДИОАОИ ИЕИАЭ×АНЕИА ИОИДИЕАИЕА ИАОИАА
НОДАОААЕ×АНЕИЕ ИИЕЕ ИААЕУИ ИЕ ИНЕОИОАДАИЕЕ
СААЕНЕ И УО ИО ИНЕОИАЕОЕАИ УОАА УАНОА

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Алматы

Научная разработка и исследование границ эффективности метода стратегической полимодальной психотерапии (СПП) зависимых от ПАВ проводилась нами в период с 2001 по 2010 гг. в рамках отдельного проекта по разработке научно-практического направления интегративной и эклектической психотерапии.

Настоящее сообщение раскрывает макротехнологический базис СПП, который в существенной степени представляет специфику данного метода.

Основные стратегические блоки, используемые как макротехнологические инструменты – стратегических принципов, лонгитудинальных, кросс-секционных и когерентных стратегий – являются особо значимыми компонентами рассматриваемого метода (в связи с чем в названии данного метода и был включен такой термин, как «стратегическая» полимодальная психотерапия). Данные стратегические блоки направлены, прежде всего, на эффективное достижение главной цели – формирование высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ у резидентов программ МСР, устойчивости к первичному вовлечению в химическую зависимость у лиц, входящих в группу повышенного риска. Кроме того, обозначенные стратегические компоненты обеспечивают соответствие используемых технологических подходов особенностям состояния, избирательной активности, специфическим

характеристикам терапевтической динамики, отмечающимися у зависимых от ПАВ, которые следует учитывать в процессе комплексного реабилитационного воздействия.

1. Основные принципы, на основе которых был разработан метод стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ, следующие:

– *íàó-íàÿ íáñííîâáííîñðü* – каждый тезис, касающийся как общих, так и частных характеристик метода, основан на доказательной практике;

– *àäâêââ ò íñðü* – общая структура и технологическое содержание метода соответствуют: актуальным потребностям зависимых лиц, точно идентифицируемых на каждом этапе наркологической помощи; особенностям статуса и терапевтической динамике пациентов; особенностям универсального цикла формирования высоких уровней психологической устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, в том числе – химическую зависимость;

– *ñòí îèðíââíèà âîçìîæíîñòü è äàóóü ò-ò îâ* – общая методология построения метода позволяет суммировать эффекты: глубинного и структурно-технологического уровней развивающей коммуникации; результаты продвижения в решении как универсальных, так и специальных терапевтических задач; первичного и устойчивого ресурсного статуса пациента, уникальных ресурсных характеристик феномена «психотерапевтического простран-

ства», а также терапевтического потенциала множества используемых технологий профессиональной психотерапии;

– *εç î áðÿà î àÿ ÿð ðáêèð èáí îñðü* – в общую идею метода заложена принципиальная возможность измерения главного индикатора эффективности – уровня развития свойств психологической устойчивости к вовлечению в химическую зависимость. Кроме того, предусматривается возможность мониторинга эффективности работы с основными мишенями с помощью опросника ИТА по выявлению индекса тяжести аддикций, компьютерной методики комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ.

Вышеназванные стратегические принципы дают адекватное представление о сущностных характеристиках разработанного метода, его прагматической направленности и приверженности установкам доказательной практики.

2. Лонгитудинальные стратегии, охватывающие весь терапевтический цикл и формирующие его организационную структуру, основываются на аргументированных представлениях о последовательных этапах наркологической помощи, приоритетных для каждого этапа мишенях психотерапевтического воздействия, универсальных и специальных задачах, решаемых методом стратегической полимодальной психотерапии на каждом дифференцируемом этапе наркологической помощи, а также – на идентифицированных алгоритмах по формированию высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Так, из общего перечня мишеней, включающего: мотивационную сферу; патологическое влечение к приему ПАВ; патологический личностный статус (который в нашем случае рассматривается в большей степени как дефицитарный – в смысле низкого уровня развития свойств психологической устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии); деформированный семейный статус; дефицитарная или деформированная социализация, а также опосредованных мишеней, где психотерапии отводится вспомогательная роль: патологический соматический статус (без признаков тяжелой абстиненции); патологический психический статус с такими типичными проявлениями, как депрессивный, тревожно-депрессивный, невротоподобный, диссомнический, психовегетативный и другие синдромы – на каждом дифференцированном этапе наркологической помощи приоритетными являются следующие.

На этапе первично-профилактической помощи – дефицитарный личностный статус и мотивационная сфера лиц, находящихся в зоне повышенного риска.

На этапе первичной наркологической помощи – мотивационная сфера, дефицитарная или деформированная социализация, деформированный семейный статус.

На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации – полный комплекс обозначенных непосредственных и опосредованных психотерапевтических мишеней.

На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии – мотивационная сфера, дефицитарный ресурсный статус, деформированный семейный статус, дефицитарная социализация.

Универсальными задачами, имеющими приоритетное значение на всех этапах наркологической помощи, являются:

– форсированное развитие свойств психологической устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в зависимость от ПАВ;

– формирование адекватных представлений у лиц, входящих в группу повышенного риска, зависимых от ПАВ, их родных и близких: о наркологической болезни, включая неизбежную «лестницу потерь»; о характеристиках здоровья – устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в химическую зависимость; о методах освобождения от зависимости и пути, который необходимо преодолеть в соответствующих лечебно-реабилитационных программах;

– формирование конструктивной и устойчивой мотивации на отказ от употребления ПАВ (этап первично-профилактической помощи); на получение квалифицированной помощи, сохранение трезвости и удержание в соответствующих лечебно-реабилитационных программах (2-3-й этапы наркологической помощи); на достижение конструктивных жизненных целей (этап противорецидивной и поддерживающей терапии).

Специальные задачи стратегической полимодальной психотерапии связаны с эффективным решением типичных осознаваемых и неосознаваемых проблем, имеющихся у зависимых лиц и представителей группы риска. К числу последних относятся: проблема неосознаваемого ресурсного запроса у лиц, входящих в группу повышенного риска; укоренение в конфронтационных стратегиях поведения с такими проявлениями как лживость, хитрость, изворотливость, агрессия, угрозы, шантаж и др., обычно принимаемые за «типичные» личностные изменения у химически зависимых лиц; перегруженность «пораженческими» сценариями, демонстрирующими бесперспективность борьбы с зависимостью (такими, как «героин умеет ждать», «героин смеется последним», «сколько веревочке не виться – конец всегда в кайфе» и т.д.); отсутствие реальных сценариев освобождения от зависимости, неадекватное ожидание и поиск вариантов «чудесного исцеления».

Наиболее типичными осознаваемыми проблемами, предъявляемыми в качестве таковых на 2-4-м этапах наркологической помощи, являются следующие.

На этапе первичной наркологической помощи, а также в период вхождения в программу амбула-

торной или стационарной МСР (фаза медикаментозной коррекции) пациенты отмечают:

- постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ;
- общее «плохое» самочувствие (с вовлечением сомато-вегетативного компонента абстинентного синдрома);
- неустойчивое настроение («нет настроения») с компонентом ангедонии, дисфории;
- неустойчивая мотивация («утром хочу одно, вечером – другое»).

На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации (рабочая фаза психотерапевтической и психологической коррекции) резидентами программ МСР предъявляются следующие актуальные проблемы:

- заниженная самооценка;
- базисная неуверенность в себе;
- неуверенность в собственных возможностях преодоления и освобождения от зависимости;
- перегруженность виной;
- неотрагированная обида;
- неумение выстраивать доверительные отношения, основанные на взаимной поддержке;
- конфликтность в ближайшем окружении.

На завершающей фазе стационарной (в меньшей степени – амбулаторной) реабилитации – возврата в жизнь, резидентами предъявляются следующие проблемы:

- страх перед выпиской;
- страх возврата влечения;
- страх перед необходимостью «нормальной жизни».

На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии чаще всего обсуждаются следующие запросы:

- не хватает сил, энергии;
- «пустота» внутри – не знают чем заполнить;
- не знают, где искать точку опоры в жизни.

Особенность метода стратегической полимодальной психотерапии заключается в поэтапной акцентированной проработке наиболее типичных осознаваемых и неосознаваемых проблем, имеющих у зависимых лиц, в таком технологическом оформлении, которое позволяет продвигаться также и в отношении эффективного решения универсальных задач по формированию высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Что, по нашему мнению, является наиболее адекватной комбинацией и способом удерживания пациентов в терапевтической программе.

Универсальный алгоритм формирования приемлемых уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, с учетом результатов проведенных нами исследований, выглядит следующим образом: 1) актуализация и закрепление синергетической адаптационной стратегии у пациентов, формирование терапевтической гиперпластики, редукция патологического влечения к ПАВ; 2) идентификация и растождествление основных личност-

ных статусов – патологического и нормативного, – установление контакта с нормативным личностным статусом пациента; 3) эскалация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностных статусов с позитивным подкреплением нормативных характеристик личности пациента; 4) полноценное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, с проработкой конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария, связанного с употреблением ПАВ, в ходе чего должны быть полностью дезавуированы внешне привлекательные аспекты «коротких путей к счастью» с помощью патологических адаптогенов; 5) полноценная нейтрализация деструктивных сценарных планов с полной редукцией или установлением действенного контроля в сфере мотивации к их осуществлению; 6) реализация позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия с агрессивной средой, полной редукцией остаточных уровней мотивации к возврату привычных способов патологической адаптации, связанных с употреблением ПАВ.

3. Кросс-секционные стратегии, формирующие общую структуру и последовательность этапов проведения психотерапевтической сессии, основываются на: классической схеме этапов оформления психотерапевтической коммуникации (Д. Франк); ключевых механизмах изменений в процессе психотерапии (К. Гравэ); пятиуровневой модели инсайта и универсальном алгоритме актуализации механизмов множественной гиперпластики, идентифицированных нами в ходе разработки теории двухуровневой развивающей коммуникации; специальных технологиях совмещения базисных модальностей (мотивационная, когнитивно-поведенческая, проблемно-ориентированная, групповая психотерапия).

Так, нами было установлено, что ключевые механизмы изменений в процессе психотерапии, идентифицированные К. Гравэ – прояснение и коррекция значений; актуализация подлинной проблемы; мобилизация ресурсов; компетенция в совладании – по сути, воспроизводят естественный алгоритм поискового поведения субъекта, находящегося в проблемной ситуации, при том условии, что данный механизм не заблокирован какими-либо внешними или внутренними причинами. Далее было показано, что выстраивание терапевтической сессии по принципу «больших шагов», повторяющих последовательность ключевых механизмов терапевтических изменений по К. Гравэ, служит дополнительным стимулом для оживления и форсированного развития самоорганизующего потенциала участников терапевтической группы.

Далее, нами был идентифицирован наиболее эффективный, с учетом специфики клиентской группы, способ прояснения и актуализации проблемного поля участников терапевтического процесса, с

максимальным использованием гиперпластического ресурса двухуровневой коммуникации. Общее направление и последовательность психотехнической активности здесь должны быть следующими: 1) достижение множественной гиперпластики за счет адекватного использования метатехнологий стратегической полимодальной психотерапии; 2) наглядная презентация проблемной ситуации с использованием активного воображения и пластических возможностей всей терапевтической группы; 3) диссоциация и наглядная презентация таких слагаемых проблемной ситуации как Я – эмоции, Я – мышление, Я – поведение, Я – память, Я – статусов (ребенок, подросток, взрослый, партнер, профессионал и т.д.); 4) терапевтическая трансформация диссоциированных сущностей с использованием структурированных техник стратегической полимодальной психотерапии; 5) ассоциация трансформированных психологических конструктов в целостные характеристики устойчивого ресурсного состояния субъекта; 6) экологическая проверка – репетиция возврата в первоначальную ситуацию с обновленными статусными характеристиками. Такого рода стратегия, во-первых, конкретизирует этапность выстраивания терапевтической сессии в соответствии с «большими шагами» терапевтических изменений по К. Гравэ. Во-вторых – в максимальной степени учитывает особенности репрезентации проблемного поля, характерные для зависимых от ПАВ. Кроме того, данное оформление терапевтической сессии предполагает активность всех участников терапевтической группы, вовлекаемых в соответствующую ролевую игру или психодраматическое действие.

Последний стратегический алгоритм может быть усилен в технологии совмещения основных модальностей, всегда присутствующих в общем формате рассматриваемого метода – мотивационной, когнитивно-поведенческой, проблемно-ориентированной и групповой психотерапии. При этом базовым каркасом является последовательность технических действий, установленных для проблемно-ориентированной психотерапии П. Вацлавика. Мотивационный компонент здесь обеспечивается самим фактом того, что для терапевтической работы каждый раз выбирается наиболее актуальная и важная проблема для всех участников терапевтического процесса, и далее, тем обстоятельством, что при последующей дискуссии данная актуальная проблема будет взаимоувязываться с основным мотивом вхождения пациента в терапевтическую программу. Когнитивно-поведенческий компонент здесь представлен особым акцентом на проработку и реализацию двух первых этапов проблемно-ориентированной психотерапии – четкой идентификации проблемного состояния и поведения, и генерации возможных альтернатив. Следует особо подчеркнуть то обстоятельство, что общий формат терапевтической сессии, сконструированный в соответствии с «шагами»

К. Гравэ, эффективно стимулирует самоорганизующую активность участников терапевтического процесса, способствует выстраиванию ясной когнитивной структуры проблемной ситуации. Собственно поведенческий компонент в данной схеме представлен отдельным этапом, в ходе прохождения которого избранная альтернатива репетируется действием. Всегда присутствующий компонент групповой психотерапии (данный алгоритм реализуется в групповом формате), доминирует на этапах идентификации наиболее актуальной проблемы, обсуждения альтернатив, групповой дискуссии по результатам встроенной терапевтической сессии. Таким образом, можно считать, что стратегическая полимодальная психотерапия – это всегда мотивационная, когнитивно-поведенческая, проблемно-ориентированная и групповая психотерапия (в том случае, если метод реализуется в групповом формате).

Модель 5-уровневого инсайта предназначена для конструктивного синтеза специальных и универсальных задач стратегической полимодальной психотерапии. В данном случае к классической триаде (осознание зависимости реакции от ситуации, личностных особенностей и условий формирования личности) добавляются еще два уровня, проработка которых ведется в режиме групповой дискуссии по итогам встроенной терапевтической сессии. При этом, спонтанно или с помощью наводящих вопросов психотерапевта, группа движется к осознанию того факта, что имеющийся дискомфорт, воспринимаемый как проблема, есть сигнал к развитию, и что есть некий уровень (ресурсное состояние, которое обеспечивается высоким уровнем развития свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды) или скорость развития, когда «проблемы» попросту не догоняют активно продвигающегося в данном направлении субъекта. Продолжение и завершение такой, во всех отношениях полезной, дискуссии технически может оформляться по-разному (например, конструированием ментальной карты ресурсного человека, формированием групповой скульптуры, портрета, проявлениями такого рода ресурсных характеристик в себе, в других и т.д.). Важным здесь является то, что группа таким образом приходит к заключению, что каждый шаг в решении конкретных проблем есть вклад в строительство устойчивого ресурсного статуса, надежно профилактирующего возврат к потреблению психоактивных веществ. И с каждым таким терапевтическим шагом «план внутреннего строительства» становится все более отчетливым и понятным. В этом ключевом моменте форматы групповой психотерапии и встроенных в нее терапевтических фрагментов смыкаются, с качеством достижения внутренней целостности и обретения смыслов, выходящих за рамки отдельной психотерапевтической сессии. Такого рода смысловые эпифеномены придают целостность всей терапев-

тической программе, что собственно и является условием эффективного движения к главной универсальной цели – обретению полноценного психологического здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ и агрессивному влиянию среды.

Все вышесказанное является основанием для следующей модификации классического варианта построения этапов психотерапевтической сессии:

- этап установления или возобновления контакта, в ходе которого выясняются особенности эмоционального состояния, самочувствия и готовности к работе участников, происходит знакомство с новыми членами группы, кратко повторяются правила ведения группы (при наличии такой необходимости);

- этап разогрева, в ходе которого проводятся динамичные техники, актуализирующие синергическую адаптивную стратегию и способствующие вхождению участников гиперпластическое состояние;

- этап идентификации актуальных для участников группы проблем; в ходе реализации данного сложного диагностического этапа каждый участник должен почувствовать внимание всей группы к его проблеме, услышать обратную связь, почувствовать перспективу решения заявляемой проблемы (таким образом решается задача полного включения пациентов в терапевтический процесс и повышения мотивации на участие в данном процессе). В ходе дискуссии, проводимой в соответствии с установленными правилами, должны быть отображены две актуальные проблемы, которые в большей степени, чем другие заявляемые темы, затрагивают всех участников терапевтической группы. В этом ключевом моменте должны быть состыкованы потребности «новичков», проходящих период вхождения в программу, и резидентов, находящихся в ее рабочей фазе. Т.е. актуальные проблемы могут быть отображены из одного и другого полюса терапевтической группы. При этом старшие резиденты, оказывая помощь и поддержку «новичкам» в решении уже знакомых им проблемных ситуаций, получают терапевтический бонус в виде фактора альтруизма – весьма значительного компонента в терапевтической динамике. Но, кроме того, старшие резиденты получают дополнительные копинги совладания с типичными проблемами, так как стратегическая полимодальная психотерапия предусматривает разнообразные подходы и широкий технологический ассортимент их решения. Одновременно новые члены группы получают опыт того, что общая проблема зависимости не исчерпывается решением вопроса «как убрать тягу к алкоголю или наркотику» или других, лежащих на поверхности проблем, и что здесь требуется гораздо более глубокий анализ и внутренняя работа. В связи со всем сказанным нами предложен и апробирован такой формат терапевти-

ческих сессий, «встроенных» в общий контекст групповой терапии, в котором, во-первых, реализуется полноценная работа с одним из участников группы, кроме этого проводится завершение терапевтической сессии предыдущего дня и начало работы со следующим актуальным запросом. Т.е. имеет место формула $1/2+1+1/2$, которая дополнительно обеспечивает высокий уровень вовлеченности членов группы, удерживание их на пике интереса в продолжении достаточно длительного периода времени и повышает мотивацию к участию в терапевтической программе каждого следующего дня. Наш опыт показывает, что для успешной реализации такого интенсивного формата «встроенных» сессий общее время проведения психотерапевтической ленты должно составлять не менее 3-3,5 часов, группа должна включать позитивное ядро старших резидентов, терапевт должен обладать навыками работы в экспресс-режиме. При отсутствии или дефиците всех перечисленных слагаемых следует ограничиваться лишь одной встроенной терапевтической сессией;

- этап прояснения, коррекции значений и актуализации сущностных аспектов заявляемой проблемы. На данном этапе помимо того, что активизируется механизм самоорганизации (факторов терапевтических изменений по К. Гравэ), стартует алгоритм проблемно-ориентированной психотерапии (П. Вацлавик), т.е. идентифицируются дезадаптивные способы репрезентации проблемной ситуации, иррациональные когнитивные схемы, неадекватные эмоциональные реакции, формы поведения и др. Кроме того, именно здесь включаются основные терапевтические факторы групповой психотерапии. Интенсивное и заинтересованное обсуждение проблемы в группе обычно способствует продвижению по лестнице инсайтов от 1-го к 3-му уровню. На данном этапе важно позитивно подкреплять креативную активность участников группы, особенно – ее новых членов;

- этап мобилизации ресурсов, генерации и обсуждения возможных альтернатив. Данный этап соответствует третьей и четвертой позициям в системе факторов терапевтических изменений по К. Гравэ, второй позиции в алгоритме проблемно-ориентированной психотерапии. В классическом варианте построения психотерапевтической коммуникации данная позиция соответствует этапу определения терапевтической стратегии. Главной движущей силой и фактором эффективности прохождения такого важного во всех отношениях этапа является креативная активность участников группы, генерирующих варианты адаптивных копингов в проблемных ситуациях, а также согласованная активность терапевта, стимулирующего и подкрепляющего проявленную активность. Но, кроме того, терапевт еще и ненавязчиво «обогащает» обсуждаемые альтернативные варианты необходимыми техническими деталями, в результате чего выстраиваются полно-

ценные терапевтические проекты, авторство которых акцентировано утверждает за участниками группы. Последнее действие дополнительно подкрепляет креативную активность участников группы, повышает их самооценку, формирует уверенность в собственных возможностях и силах, а также способствует развитию конструктивной мотивации. От ведущего группы здесь требуются определенные технические навыки, понимание того обстоятельства, что варианты, предложенные и принятые участниками группы, будут иметь гораздо больше шансов на успешное воспроизведение в реальной жизни, так как соответствуют личному ресурсному опыту. Важно помнить и о том, что в данном случае, как и в любых других ключевых моментах психотерапевтического процесса, следует избегать крайностей, и если группа по каким-либо причинам не готова к самостоятельной активности, ведущим должен быть предложен вариант решения актуальной проблемы, который в максимальной степени соответствует особенностям инициативного пациента;

– следующий этап – компетенции в совладании, репетиции адаптивных копингов в воображении и действии, а также принятия решения в пользу наиболее адекватной альтернативы – соответствует четвертому фактору терапевтических изменений в схеме К. Гравэ и охватывает оставшиеся позиции (с 3-й по 5-ю) в общем алгоритме проблемно-ориентированной психотерапии П. Вацлавика. При этом если на предыдущем этапе в основном прорабатывались когнитивные компоненты, то настоящий этап концентрируется на поведенческих аспектах заявленной проблемной ситуации. Данный этап в классической версии оформления психотерапевтической коммуникации в целом соответствует фазе реализации проекта терапии. Однако в нашем случае есть существенные особенности, которые заключаются в том, что реализовываться могут несколько предложенных вариантов адаптивных копингов и что вначале эти версии репетируются в воображении (техника активного воображения по Джозефу Каутела, 1971), а затем – в реальном действии (ролевое или психодраматическое оформление данного действия). В такой «двухфазной» реализации сконструированных моделей адаптивных копингов участники группы осваивают и общую технологию стрессоустойчивости, предполагающую наличие навыков управления активным воображением. Кроме того, репетиция поведения с использованием навыков активного воображения – в обыденных, стрессовых, проблемных ситуациях – способствует целенаправленному прогнозированию своих действий, эффективно профилактирует импульсивные, неадекватные реакции и поступки, характерные для зависимых лиц. В завершение данного этапа инициативному участнику группы, с которым проводилась «встроенная» терапевтическая сессия, предлагается осуществить выбор в пользу наиболее предпочтительной альтер-

нативы (или нескольких таких альтернатив) и принять решение об их реализации в реальной жизни. Данная процедура должна проводиться акцентировано, на пике гиперпластики, с формированием соответствующего конструктивного сценария в проекции будущего. Далее проводятся стандартные процедуры оценки достигнутого результата и завершение встроенной сессии;

– этап групповой дискуссии, непосредственно следующий за полноценной «встроенной» психотерапевтической сессией, знаменует возврат к «большому» формату групповой психотерапии. При этом основным материалом для дискуссии являются процесс и результат только что проведенной сессии. В этом ключевом моменте должны быть состыкованы специальные и универсальные задачи стратегической полимодальной психотерапии, найдены и реализованы варианты продвижения к четвертому и пятому уровням инсайтов. Ведущий должен стимулировать активность группы, двигающейся в направлении генерации, и усвоения основных смыслов терапевтической программы в целом. На этом этапе могут быть предложены и реализованы групповые структурированные техники (ментальная карта, скульптура, портрет и др.), стимулирующие процесс формирования сущностных характеристик и метафорического образа устойчивого ресурсного статуса субъекта, символизирующего главную цель терапевтической программы. В завершение данного этапа проводится обратная связь со всеми участниками группы по итогам «большой» сессии, суммируется сухой остаток усвоенной информации;

– дополнительный этап реализуется в том случае, если «большая» сессия предусматривает формат 1/2+1+1/2 встроенных психотерапевтических сеансов. В соответствии с логикой построения предыдущих этапов, следующий инициативный пациент должен быть из старших резидентов, а отобранная для проведения встроенной терапевтической сессии проблема должна примыкать к полюсу универсальных задач (например, запрос на форсированное развитие одного из свойств психологического здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ). В этом случае новые члены группы получают наглядный урок того, как на самом деле формируется наиболее ценное качество устойчивого ресурсного состояния, и какие шаги еще необходимо сделать в плане освоения общей терапевтической программы. Данный этап завершается на стадии прояснения и коррекции значений рассматриваемой актуальной проблемы, на волне подъема интереса к обсуждаемой теме. Ведущий переводит мотивационную волну на следующую «большую» терапевтическую сессию и позитивно подкрепляет активность каждого участника группы.

Таким образом, общий алгоритм построения «большой» психотерапевтической сессии представляет собой место встречи поименованных кросс-

секционных стратегий и технологических подходов, специфических для рассматриваемой психотерапевтической модальности, где каждая из ассоциированных конструкций усиливает потенциал другой без какого-либо противоречия.

4. Когерентные стратегии, формирующие адекватное взаимодействие и взаимное потенцирование главного терапевтического компонента – стратегической полимодальной психотерапии – и других развивающих практик, используемых в комплексной программе медико-социальной реабилитации, основаны на идеологии двухуровневой развивающей коммуникации и модели пятиуровневого инсайта.

Научно-обоснованная теория двухуровневой развивающей коммуникации наглядно демонстрирует возможность сочетания технологических подходов, реализуемых в общем формате консультативных, тренинговых, образовательных, социальных и других развивающих и помогающих практик, с универсальными механизмами глубинного уровня развивающей коммуникации, обеспечивающими гиперпротекцию соответствующих технических действий. В данном случае представляются важными моменты соответствующей метатехнологической подготовленности специалистов из смежных с профессиональной психотерапией областей – консультативной психологии, социально-психологической и психолого-педагогической практики, а также непротиворечивость основных идеологических и технологических установок. Последнее достигается за счет проработки всеми специалистами, принимающими участие в терапевтическом процессе: основных положений концепции психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии и аг-

рессивному влиянию среды; главных положений стратегической полимодальной психотерапии, касающихся универсальных и специальных задач; основных технологических подходов, используемых в общей терапевтической программе. Таким образом вырабатывается общая профессиональная позиция, разделяемая и реализуемая всеми специалистами-участниками терапевтического процесса.

Модель 5-уровневого инсайта можно рассматривать как основной способ формирования терапевтической проблематики для таких развивающих технологий, как тренинговые, консультативные. Так, отдельные характеристики устойчивого ресурсного состояния – идентифицированные свойства психологической устойчивости – осознанные в качестве таковых в ходе продвижения пациентов по соответствующим уровням инсайта, могут и должны эффективно прорабатываться в общем формате вышеназванных развивающих практик. Существенным отличием в пользу более высокой заинтересованности и мотивации на достижение приемлемого результата здесь будет полное осознание участниками важности и необходимости форсированного развития каждого свойства и навыка, обеспечивающего свой собственный, уникальный вклад в достижение главной цели терапевтической программы.

Таким образом, макротехнологическое оформление метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ позиционирует данный метод в числе тех немногих психотерапевтических модальностей, которые используют продуманную специфическую стратегию как самостоятельный терапевтический инструмент, существенно повышающий общую эффективность терапевтического процесса.

УДК 615.832.9; 615.851; 616.89

**НОВАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕОКОГНИТИВНОЙ
САМОНЕУЧЕБНОЙ ТЕРАПИИ ЗВИСИМЫХ ОТ ПАВ: АНАЛИЗ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ
И АПЛИКАТИВНЫХ АСПЕКТОВ**

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Алматы

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) – базисная инновационная модель психотерапии зависимых от ПАВ, разработанная и апробированная нами в период 2001-2010 гг.

В настоящем сообщении описываются структурированные техники СПП, используемые при лечении химически зависимых лиц с запросом в сфере коррекции самооценки и уверенности в себе.

В работе с таким проблемным блоком, как: заниженная самооценка, базисная неуверенность в себе, неуверенность в собственных возможностях преодоления и освобождения от зависимости (данные проблемы объединены на основании общего психогенеза) используются:

1) Специальная разминочная техника «Портрет» – основной смысл которой заключается в том,

что пациенты с низкой самооценкой, базисной неуверенностью и зависимостью от чужого мнения получают от значимых лиц в группе такую обратную связь, которая повышает их самооценку и обнадеживает в отношении возможности достижения целей.

Техническое действие начинается после проведения стандартной процедуры оценки состояния участников на начало терапевтической сессии, в ходе чего озвучиваются соответствующие проблемные ситуации («чувствую неуверенность в любых сложных ситуациях», «не верю в себя», «постоянно думаю о том, что ничего не добьюсь» и т.д.). Терапевт обращает внимание участников группы на тот очевидный факт, что человек не может знать о себе всего – обязательно есть какая-то часть его личности, характера, о которых он не догадывается, но эту важную часть, при соответствующем желании и концентрации, можно разглядеть «со стороны». В этом случае портрет человека будет существенно отличаться от привычного образа самого себя, который в данном случае не столько помогает, сколько мешает в жизни. Далее терапевт предлагает участникам разбиться на пары (нужно следить за тем, чтобы, по возможности, старшие резиденты работали в парах с проблемными пациентами, однако это условие не является обязательным) и определиться, кто является «художником», а кто – «моделью». Задача художника – увидеть «спящую» часть личности партнера и составить ее словесный портрет. Затем роли меняются. Как правило, при спокойной и доверительной обстановке нужные слова и образы находятся. В начале этого действия терапевт может продемонстрировать с каким-либо пациентом пример того, как это делается. Упражнение выполняется стоя. Участникам предлагается, как минимум, три раза поменять партнеров с тем, чтобы каждый услышал не менее трех описаний своего нераскрытого потенциала. По мере реализации технического действия уровень вовлеченности участников повышается. О вхождении группы в первичное ресурсное состояние свидетельствует повышение уровня «шума». В завершение технического действия проводится короткая обратная связь, в ходе чего обращается внимание на позитивные изменения в состоянии проблемных пациентов.

2) Специальная разминочная техника «Ресурсный опыт» – смысл данного технического действия заключается в актуализации и усвоении опыта совладания со стрессовой ситуацией, снижении уровня тревоги, избавлении от иррациональных проекций в отношении такого рода ситуаций.

Техническое действие показано после проведения стандартной процедуры опроса состояния участников на момент начала терапевтической сессии и выявления соответствующего актуального запроса на повышение уверенности в сложных, неопределенных ситуациях. Терапевт обращает внимание группы на то, что те чувства, которые возникают в

сложных, стрессовых ситуациях – тревога, неуверенность, беспокойство – обычная человеческая реакция, которая переживается как дискомфорт, но в то же время и мобилизует на активные поиски выхода. В жизни каждого человека такие ситуации возникают не однажды. Иногда это поворотные моменты, которые меняют весь уклад жизни. Далее участникам предлагается разбиться на пары и поделиться с партнерами воспоминаниями о тех пережитых кризисных ситуациях, выход из которых находился благодаря собственным усилиям. При этом важно припомнить свои мысли и ощущения как на пике кризисных переживаний, так и после благополучного разрешения ситуации. По завершении данного упражнения участники разворачиваются в круг, и ведущий предлагает каждому из партнеров коротко пересказать историю, услышанную от собеседника (с согласия последнего). В ходе этого пересказа терапевт дает короткие, точные комментарии, которые позитивно подкрепляют и подчеркивают ценность опыта каждого участника – т.е. всемерно способствует тому, чтобы данный опыт был адекватно воспринят и закреплён в группе. Специально обращается внимание на тот факт, что «сильным» или «слабым» человека делает не само по себе чувство неуверенности в неопределенной ситуации, а только лишь наличие или отсутствие активных действий в направлении поиска выхода и преодоления. С началом осмысленного действия уровень тревоги и неуверенности резко снижается (о чем, как правило, и сообщают все участники группы). Кроме того, существуют простые правила, которые помогают освободиться от неприятного эмоционального фона – «шпаргалка», «антистрессовая гимнастика» – которые будут прорабатываться на специальных терапевтических сессиях. Техническое действие завершается короткой обратной связью по самочувствию участников. Приемлемым результатом следует считать повышение эмоционального фона и активности у проблемных пациентов.

3) Специальная разминочная техника «Перевертыш» – используется с целью изменения оценочных критериев, которыми пациенты пользуются в отношении квалификации своих «недостатков» и которые весьма часто являются причиной низкой самооценки.

Проведение данной разминочной техники показано при выявлении соответствующего актуального запроса на начальной стадии терапевтической сессии. Техническое действие начинается с предложения терапевта провести особую форму знакомства участников группы. Теперь, когда все присутствующие уже многое знают друг о друге, пришло время доверить партнерам кое-какие «тайны» о своих недостатках. Терапевт предлагает разделиться участникам по парам, в которых и будут проводиться соответствующие «признания» примерно в следующей форме: мы уже достаточно знаем друг дру-

га, много узнали и о себе. Я, например, знаю, что у меня есть такие достоинства, как... (далее следует перечисление тех достоинств, которые участники действительно находят в себе сами или с помощью окружающих)..., но есть и недостатки... (описывается один или два недостатка, о которых пациент может сказать). Далее терапевт предлагает организовать знакомство между парами – каждой паре необходимо познакомиться как минимум с тремя другими парами участников – таким образом, чтобы участники представляли друг друга, а не самих себя. При этом именно то качество, о котором партнер говорил как о недостатке, преподносится как его самое главное достоинство. Пациенты в этом упражнении должны продемонстрировать подлинную креативность, представляя каждой следующей паре все более разнообразные аргументы в пользу «исключительного достоинства» обсуждаемой характеристики партнера. Тем более что говорить о другом, в этом плане, всегда легче, чем о себе. В то же время «перевернутая» информация о своих недостатках, идущая от партнера, воспринимается с гораздо более высокой степенью доверия, чем если бы это делал сам пациент. При необходимости терапевт демонстрирует образец такого рода процедуры попарного знакомства, после чего начинается активная фаза технического действия. При этом, как правило, наблюдается существенный рост креативной активности пациентов и удлинение процедуры знакомств в парах, свидетельствующие о формировании первичного ресурсного состояния у участников группы. После выполнения упражнения проводится короткая обратная связь, в ходе чего внимание группы акцентируется на изменении состояния проблемных пациентов. Терапевт стимулирует процесс обсуждения проведенной техники – чему научилась группа, как теперь участники относятся к своим недостаткам, что произошло с правилами, по которым обсуждаемые качества ранее квалифицировались как недостатки и пр. Хорошим результатом здесь следует считать готовность к изменению заниженной самооценки у проблемных пациентов.

4) Техника «Пьедестал» (с опорой на когнитивный компонент) – основная терапевтическая идея данного технологического подхода заключается в том, что пациенты, получая четкое, понятное представление об истоках и механизмах неуверенности в себе, неуверенного поведения, о том фундаменте – «пьедестале», который необходимо выстроить для эффективного совладания с этой проблемой, – избавляются от тягостной для них неопределенности в данной сфере. План продуманных действий по формированию уверенного поведения, который формируется в результате реализации данной техники, уже сам по себе является характеристикой устойчивого ресурсного состояния – краеугольным камнем всего фундамента.

Техническое действие проводится в виде мозгового штурма, совмещенного с ролевыми действия-

ми. На первом этапе в группе проводится дискуссия в отношении причин неуверенности в себе. Идеи, высказываемые участниками группы, первоначально записываются на доске, систематизируются, убираются повторы. Творческая активность группы и отдельных участников всемерно поощряется терапевтом. Последний также следит за тем, чтобы главные компоненты неуверенного поведения – завышенные требования к себе, основанные на некритически усвоенных правилах того, что от человека ожидают только совершенства; нерациональная уверенность в том, что только окружающие имеют право оценивать поведение и поступки; заниженная самооценка; страх быть высмеянным, отвергнутым; отсутствие навыков выражения чувств – не остались вне сферы внимания группы. Далее у инициативных участников выясняется степень присутствия у них главных компонентов неуверенного поведения, из которых формируется первый пьедестал-фундамент неуверенности в себе. Основу такого «пьедестала» составляют именно те пациенты, которые в своих позах, жестах олицетворяют поименованные свойства. После того как этот первый фундамент сформирован, каждый из инициативных участников может высказаться о мыслях, действиях и поведении неуверенного человека, который будто бы стоит на этом пьедестале – т.е. формируется некий обобщенный образ той проблемы, с которой следует внимательно разобраться. А что значит разобраться? – это означает необходимость разобрать ее на составные части, понять, как изменить каждую часть, и сложить эти переформированные части в новый фундамент – второй пьедестал, на который теперь встанет фигура уверенного в себе человека. Данный процесс также проводится в рамках мозгового штурма, в ходе чего участники группы решают, каким образом: фрагмент завышенных требований может быть заменен адекватными правилами и убеждениями, позволяющими чувствовать себя относительно комфортно в любых обстоятельствах; фрагмент опоры на исключительно внешнюю оценку – заменен на совокупную, гармоничную внешнюю и внутреннюю оценку; компонент заниженной самооценки – на адекватную самооценку; страх быть высмеянным, отвергнутым – на умение регуляции эмоционального состояния; отсутствие коммуникативных навыков и навыков выражения чувств – на формирование адекватных навыков в данной сфере. Все эти новые компоненты и рецепты по их «изготовлению» также записываются на доске или флипчарте. И после исключения повторов на основе данных записей из инициативных пациентов, предлагавших соответствующие рецепты «изготовления», формируется «пьедестал-2». Каждый пациент символизирует определенное свойство уверенного в себе человека, описывает чувства, мысли и способы действий, которые отчетливо выражают определенный компонент данного состоя-

ния. Таким образом формируется общий образ уверенного в себе человека, располагающегося на данном фундаменте, который, конечно, не «родился таким», а двигался к этому рубежу за счет развития определенных свойств. Здесь терапевт еще раз обращает внимание группы на совершенно конкретные «рецепты» развития искомым свойств, разработанные, записанные и усвоенные самими участниками терапевтического процесса. Теперь дело только в том, чтобы энергично выполнить намеченную программу. Далее, в завершение технического действия проводится процедура обратной связи и оценки состояния участников, дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом следует считать осознание участниками важности понимания истоков неуверенности в себе и разработку адекватных планов по совладанию с этим состоянием.

Намеченную программу действий лучше реализовывать, начиная от простых технологий к сложным. Это касается как тренинговой программы (в которую, как минимум, должны включаться тренинги коммуникативности, сензитивности, ассертивности), так и психотерапевтических технологий.

5) Блок простых технических приемов по управлению эмоциональным состоянием – главная идея здесь заключается в том, что быстрая редукция эмоционального дискомфорта (страх, тревога, беспокойство), обычно испытываемого в состоянии неопределенности, неуверенности, сама по себе способствует разблокировке «деятельностного ступора», когда человек с трудом воспроизводит даже и хорошо усвоенные навыки поведения. С этой целью используются техники:

– «шпаргалка» – суть данного технического действия заключается в том, что инициативных пациентов сначала просят выучить, прорепетировать в воображении, а затем и в ролевом действии простую «трехходовку» – 1. сказать, что он чувствует в стандартной проблемной ситуации (например, в начале выступления перед аудиторией); 2. сказать, что он собирается сделать; 3. начинать это делать.

Для реализации техники следует выбрать именно ту ситуацию, в которой пациент чаще всего испытывает состояние неуверенности. Ключевым моментом здесь является высказывание пациента о своем эмоциональном состоянии. В ходе ролевой игры он может убедиться в том, что такое высказывание как раз и разворачивает аудиторию в стону понимания и поддержки. Ему самому становится легче уже потому, что не нужно прилагать никаких сверхусилий для сдерживания тех самых чувств, о которых следовало просто сказать. Далее, существенно сокращается период времени до начала активных действий, в ходе чего ситуация становится существенно более определенной;

– антистрессовая гимнастика (массаж точки Хэ-Гу с двух сторон в течение 5–6 минут; глубокое

диафрагмальное дыхание; массаж лица горячим влажным полотенцем – 5–6 минут) – данная техника с ее нейрофизиологическим обоснованием описывалась в предыдущем разделе;

– техника «взмаха» – т.е. управляемого воображения, в ходе чего пациенту предлагают 1. идентифицировать в одном или нескольких «кадрах» те тревожные или проигрышные сценарии, которые неизбежно сопутствуют состоянию тревоги, неуверенности в типичных проблемных ситуациях; 2. сконструировать «оптимистический» кадр – сценарий, который демонстрирует уверенное поведение пациента; 3. освоить технику замены первого, деструктивного «кадра» на второй за счет серийных повторов (до появления требуемого эффекта). Приемлемым результатом здесь будет дезактуализация привычного тревожного образа и его стойкое замещение позитивным сценарным «кадром». С использованием данной техники блокируется один из главных механизмов «разгона» эмоциональной составляющей неуверенного поведения.

6) Блок комплексных техник по коррекции эмоционального состояния (данные технологии описаны в предыдущем разделе – техники 3–7 по работе с проблемами эмоциональных расстройств).

7) Технологии когнитивной терапии (по А. Беку, А. Эллису), направленные на коррекцию иррациональных правил и установок, неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций в типичных проблемных ситуациях, связанных с неуверенностью в себе.

Техническое действие начинается с обсуждения правил презентации проблемной ситуации в модели (А, В, С), где А – обстоятельства, в которых проявляется дискомфортная реакция; В – иррациональные правила и убеждения, в соответствии с которыми формируется данная реакция; С – описание именно тех ощущений, которые возникают в определенных обстоятельствах. При этом используются доска или флипчарт, где записывается соответствующая схема. Первыми заполняются позиции А и С, с которыми более или менее все ясно: в типичной ситуации ... Я испытываю ... (здесь обычно расписываются те ощущения, которые сопутствуют состоянию неуверенности – страх, тревога, ожидание чего-то неприятного, мысли о неизбежном провале, гипертрофированная самокритика и пр.). Далее идентифицируются иррациональные правила и убеждения – позиция В – в соответствии с которыми у инициативного пациента т обостряется ощущение собственной неполноценности, неуверенности, никчемности. Этот процесс требует настойчивых усилий как самого пациента, так и всей группы, предлагающей возможные варианты формулировки иррациональных правил, однако последнее слово всегда остается за инициативным пациентом.

На следующем этапе проводится работа по изменению иррациональных правил с опорой на

1. здравый смысл клиента; 2. очевидное несоответствие гипотез, которые лежат в основе иррациональных правил, очевидным и установленным фактам; 3. постоянную поддержку и креативную помощь группы и терапевта. В этих условиях инициативный пациент, который, возможно, первый раз в жизни видит отчетливую формулировку правил собственной жизни, довольно быстро осознает их нелепость и несоответствие элементарной логике, и только лишь удивляется тому, что раньше этого не замечал и не придавал значения. Далее первоначальный вариант правил меняется на новый, формулируемый с опорой на здравый смысл. Этот процесс также нужно проводить постепенно, шаг за шагом изменяя имеющийся вариант только в тех пределах, которые безоговорочно принимаются пациентом. Параллельно меняется и позиция С. Т.е. именно таким образом и формируется обновленный стыковочный сценарий теперь уже приемлемой реакции пациента на типичную проблемную ситуацию. В завершение технического действия желательна экологическая проверка – репетиция поведения клиента в проблемной ситуации, организованного теперь уже по новым правилам (техника активного воображения по Дж. Каутела); проигрывание проблемной ситуации в ролевых действиях. Приемлемым результатом здесь будет спокойное, достаточно уверенное поведение клиента, сопровождающееся чувством эмоционального комфорта как в первом, так и во втором случае.

8) Техника когнитивной терапии с акцентом на коррекцию иррациональных правил, лежащих в основе низкой самооценки. Данные технические подходы целесообразно использовать в работе со старшими резидентами, которые существенно продвинулись в терапевтической программе, имеют представление о диссоциированных личностных статусах (Я-ребенок, Я-родитель, Я-взрослый, Я-наркоман, алкоголик) и стратегиях, используемых данными субличностями для достижения своих целей. Такого рода условие необходимо выдерживать и дополнительно оговаривать в группе, поскольку у недостаточно подготовленных резидентов может возникнуть неверное понимание терапевтического контекста методики и произвольный импульс к усилению позиций личностного статуса «Я-наркоман, алкоголик». Далее необходимо иметь в виду, что техническое действие здесь может быть продолжено как процесс формирования конструктивного жизненного сценария у инициативного пациента, т.е. это пример техник – окон, эффективных как в отношении актуальных, так и универсальных задач терапевтической программы.

Техническое действие начинается с точной идентификации заявленной проблемы и понимания того, что речь идет о низкой самооценке, которая осознается клиентом как явно неадекватная, «но сделать с этим он ничего не может». Далее терапевт стимулирует групповую дискуссию на выявление причин

такого несоответствия и невозможности самостоятельно изменить ситуацию. Дискуссия проводится в максимально креативном режиме мозгового штурма. Генерируемые идеи, варианты фиксируются на доске или флипчарте. Терапевт направленными вопросами подвигает группу к осознанию того обстоятельства, что вполне зрелым человеком может себя считать лишь тот, кто, безусловно, испытывая уважение к своим наставникам – учителям, родителям – т.е. всем тем, кто учил его жизни, тем не менее выстроил собственную дорогу в жизни и те правила путешествия по этому пути, которые являются его личной «конституцией». При этом, конечно же, речь не идет о том, что «личная конституция» во всем должна противоречить родительским и учительским посланиям. Они также могут быть включены в основополагающий «документ», но только лишь после того, как эти важные тезисы утвердит внутренний «парламент» под председательством взрослого Я субъекта. Критерий здесь только один – в какой степени все эти тезисы-правила соответствуют сущностному пониманию своего места в жизни и самостоятельно избранному направлению жизненного пути. В ходе такого обсуждения может возникнуть идея психодраматического действия, воспроизводящего «заседание внутреннего парламента», проводимого под председательством взрослого Я субъекта. В этом случае данный фрагмент, после соответствующей подготовки (здесь должны быть идентифицированы родительские – учительские послания, правила, тезисы, подобраны соответствующие персоналии, которые их будут представлять в «парламенте»; подобраны основные парламентарии – Я-статусы, в функцию которых входит обсуждение презентуемых посланий с позиции интересов каждого статуса. Ключевым моментом и основной терапевтической идеей настоящего действия является актуализация и форсированное развитие личностного статуса Я-взрослый, которое всемерно подкрепляется терапевтом и группой). Если же группа по разным причинам не готова, переходят к следующему этапу технического действия. Терапевт предлагает участникам разбиться на микрогруппы по 3 человека и подготовить именно те «поправки» в основополагающий «документ» внутренней конституции, которые, по их мнению, будут способствовать устранению глубоких корней низкой самооценки инициативного пациента. Последний также принимает участие в работе одной из микрогрупп (желательно, с наиболее креативными партнерами из старших резидентов). В качестве образца ведущий может раздать участникам варианты «Билля о правах» (Бишоп С., 1996; Бубличенко М.М., 2007), обращая внимание, что весь смысл технического действия заключается в том, чтобы опираясь на эти образцы, сконструировать собственный вариант «внутренней конституции», только в этом случае и будет достигнут нужный результат. При этом обсуж-

даются права пациента на то, чтобы: «Иметь свое собственное мнение или убеждение», «Не обращать внимания на советы окружающих, которые не согласуются с его личным мнением», «Иметь свои собственные (какие угодно!) чувства, независимо от того, понимают ли их окружающие», «Сказать «нет», не чувствуя себя виноватым», «Заявлять о своих потребностях», «Устанавливать свои собственные приоритеты», «Выражать свои чувства открыто», «Сказать «Я не понимаю», «Высказываться в свою пользу, не чувствуя себя эгоистом», «Менять свое мнение», «Иногда терпеть неудачу», «Блюсти свои интересы», «Не зависеть от одобрения других», «Быть собой, а не тем, кем нас хочет видеть другой человек» и т.д.

На следующем этапе каждая микрогруппа презентует свой результат. При этом инициативный пациент (входя в роль Я-взрослого, принимающего решение о приемлемости предлагаемых вариантов) активно обсуждает предлагаемые варианты «внутренней конституции», дополняет и усиливает тем самым свой собственный проект. В результате должен быть сформирован «основополагающий документ» – стержень обновленного чувства самооценки субъекта, выполняющий кроме того функции связующего моста с конструктивными сценариями будущего. Завершение работы над «внутренней конституцией», в идеале должно сопровождаться ощущениями подлинного прорыва и удовлетворения от проделанной работы, возникающих у инициативного резидента (такой результат вполне закономерен в том случае, если пациент подготовлен к проведению технического действия всей предшествующей работой в терапевтической программе).

На завершающем этапе проводится экологическая проверка «жизни по новым правилам» – репетиция прохождения типичных проблемных ситуаций, в которых ранее обострялось чувство низкой самооценки, в техниках активного воображения и ролевых играх. Далее проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам проведенной сессии. Приемлемым результатом следует считать существенное изменение подходов к самооценке и формирование позитивных жизненных сценариев в группе.

9) Техника с акцентом на поведенческий компонент – основная идея данного подхода заключается в идентификации и закреплении моделей уверенного поведения в типичных проблемных ситуациях, проводимых с использованием «многовекторного наводнения».

В начале технического действия идентифицируются соответствующие запросы, типичные проблемные ситуации, особенности эмоциональных реакций, «горячих мыслей», неуверенного поведения в этих ситуациях – т.е. всего того, что обозначается общим термином «неуверенность в себе». Далее, инициативному пациенту, при креативной под-

держке группы, предлагается сконструировать прообраз, полярно противоположный модели уверенного поведения, ясно представить себе, как в этом состоянии он будет мыслить, и что чувствовать. Этот новый образ должен быть в «замедленной съемке» 2-3 раза проигран в воображении пациента, с комментариями того, как развивается динамика изменений – мыслей, чувств, поведения.

На следующем этапе технического действия инициативному пациенту предлагают сформировать специальную микрогруппу из числа участников (при необходимости может быть задействована и вся группа), которая под его руководством будет воспроизводить обновленный вариант развития в пошлом проблемной ситуации. При этом инициативный пациент последовательно выступает в роли: 1. режиссера; 2. суфлера; 3. дублера; 4. основного актера; 5. «добродушного критика – советчика» – т.е. с разных сторон (многовекторное наводнение) осваивает модель уверенного поведения. При этом активность пациента всемерно подкрепляется терапевтом и группой. На данном этапе технического действия – ролевой игры или полноценного психодраматического фрагмента – никакой излишней поспешности проявлять не нужно, напротив, важным обстоятельством успеха здесь является условие того, чтобы инициативный пациент «входил во вкус» своих ролевых функций и все более вживался в образ уверенного в себе человека. После нескольких «прогонов» эта новая роль может быть полностью усвоена, о чем также свидетельствуют все «артисты», которыми наш клиент руководил как «режиссер». Терапевт высказывает осторожное предположение, что если эта «новая, более просторная и удобная одежда так впору клиенту, то он, может быть, не захочет с ней расставаться? Но если это так, что делать со старой?». Варианты ответов на этот вопрос показывают, в какой степени пациент усвоил навыки уверенного поведения, и как он собирается далее двигаться в этом направлении. Приемлемым результатом здесь является решение пациента «носить только новую одежду, а старую повесить на гвоздь и посматривать на нее, чтобы не забыть, из какой точки пришел к этому новому состоянию».

В этом же направлении должна продвигаться и вся группа. В завершение технического действия проводится оценка состояния участников и групповая дискуссия по материалам пройденной сессии.

10) Техника «Линия времени» – используется в работе с клиентами, испытывающими неуверенность в силу преувеличения возможных сложностей продвижения в терапевтической программе, а также сложностей в решении предстоящих жизненных проблем после завершения курса реабилитации.

Основная терапевтическая идея заключается: 1. в обыгрывании закона «обратной перспективы», что в результате приводит к терапевтической редукции неадекватной значимости предстоящих «испы-

таний»; 2. использовании стратегии релизинга, т.е. переформирования фронтальной структуры репрезентации всего комплекса проблемных задач, в продольную, когда в каждый момент времени пациент будет иметь дело только с одной, наиболее актуальной для него задачей; при таком композиционном построении общего проблемного поля пациент может быть уверен в том, что его силы и ресурсы после решения каждой актуальной задачи будут лишь возрастать, а степень «подъемности» каждой следующей проблемы – уменьшаться; 3. использовании стратегии «ресурсного серфинга», в ходе чего клиента выводят в точку «силы» – т.е. первичного ресурсного статуса – откуда он с гораздо большей степенью успешности (уверенности, креативности) генерирует варианты адекватного решения проблемных ситуаций.

Техническое действие начинается с выявления соответствующего запроса, уточнения того, что в данном случае речь идет о проблемном векторе будущего, рождающего дискомфортное чувство неуверенности в себе, собственных силах. Далее техническое действие реализуется в такой последовательности. В помещении, где проводится терапевтическая сессия, определяется направление будущего (инициативный пациент находится в точке настоящего). По этому направлению выстраиваются проблемные «точки» (стулья), каждая из которых символизирует актуальную задачу определенного временного этапа. Такого рода «цепочка» должна выстраиваться весьма тщательно, с тем чтобы актуальные задачи были четко сформулированы и расположены именно в том секторе, где, по мнению пациента, они должны быть решены. При выстраивании этой «цепи» формируется стыковочный сценарий того, что клиент таким образом почти всегда будет иметь перед собой только одну актуальную проблему, которую он в состоянии решить. Далее определяется дистанция до того рубежа, где все актуальные проблемы (их общее количество не должно превышать 5–6) будут успешно решены. Эта дистанция отмеряется в реальном пространстве, где параллельно устанавливается соответствующий масштаб – 1 шаг – 1 год или полгода, или какой-либо другой период времени. Пациенту предлагают выбрать из числа присутствующих «скульпторов», которые будут «лепить» статую клиента-победителя, расположенную в намеченной точке будущего, где все проблемы успешно решены. Отобранные участники отправляются в эту важную точку игрового пространства, где получают необходимые инструкции по «изготовлению» живой статуи клиента – победителя – т.е. они должны воспроизводить микротехнику телесного наводнения с формированием кинестетического трансa. По мере готовности инициативный клиент в сопровождении терапевта перемещается из точки настоящего через проблемные зоны к намеченному рубежу будущего (здесь

используются микротехники присоединения клиента к себе-ресурсному; проговаривания закона «обратной перспективы»; проговаривания закона «последовательного усиления») именно в том темпе, в котором клиент чувствует себя наиболее комфортно. Далее реализуется техника «живой скульптуры» с наведением кинестетического трансa. При этом позитивно подкрепляется особый личностный статус – Я-сильный, уверенный, способный находить решения в любой ситуации, ненавязчиво проговариваются сценарии успешного преодоления проблемных зон цепи, с отнесением их (важный момент!) в прошлое. После того, как устанавливаются очевидные признаки вхождения в первичное ресурсное состояние, терапевт, располагаясь на линии теперь уже пройденного пути, за счет акцентированных вопросов и манипуляции с символами проблемных задач, добивается от клиента четких формулировок их решений, которые будто бы находятся в прошлом. При этом проблемные символы последовательно удаляются с дистанции. После того, как таким образом все актуальные задачи находят свое адекватное решение, клиент в сопровождении бригады скульпторов возвращается в исходную точку. Обратная связь, проводимая в отношении его самочувствия на данном рубеже, обычно показывает, что характеристики первичного ресурсного состояния клиента здесь сохраняются. Терапевт предлагает вновь измерить дистанцию до того рубежа будущего, где все проблемы решены. Дистанция обычно существенно сокращается. Некоторые пациенты заявляют, что поскольку сущностное решение проблем найдено, то такое будущее уже наступило. С чем его и поздравляет группа и ведущий. Далее проводится оценка состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Приемлемым результатом здесь следует считать существенное повышение уверенности участников терапевтического процесса в том, что какие бы проблемные вопросы не вставали перед ними – все они решаемы. И теперь они знают, как к этому подойти, чтобы максимально повысить свои шансы.

11) Техника «Машина времени» используется в работе с теми пациентами, которые испытывают глубоко укорененное, болезненное чувство неуверенности в себе, сопровождающее все время их сознательной жизни (при углубленной работе с такими пациентами выясняется, что имел место деструктивный вариант прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, который и предопределил дефицит базисной уверенности в себе). Основная терапевтическая идея здесь заключается в возможности компенсации травмированной памяти субъекта за счет темпоральной гиперпластики психотерапевтического пространства и обретения базисной уверенности, подкрепляемой конкурирующим психодраматическим сценарием проживаемой заново жизни. Главным условием успешной реализации

данного технического действия является достаточная зрелость терапевтической группы, понимающей всю важность определенных эмоциональных контекстов и готовность воспроизводить такие контексты в психодраматическом действии.

Техническое действие начинается с того, что за-являемая проблема неуверенности в себе четко идентифицируется как базисная (т.е. относимая к ранним периодам формирования личности инициативного пациента). Терапевт стимулирует развитие тематической дискуссии или же данная тема «всплывает» в групповой дискуссии и без специальных усилий терапевта. Ему следует быть лишь несколько более настойчивым в выяснении причин базисной неуверенности в себе, подводя группу к мысли о том, что, в конце концов, человек испытывает чувство уверенности, когда кому-то нужен, и что это ощущение нужности, необходимости, заботы должно сопровождать его на протяжении всей жизни. По крайней мере, в раннем детстве. Таким образом, в качестве основной версии при обсуждении причин базисной неуверенности в себе на групповой дискуссии, проговаривается вариант дефицита внимания, заботы, ощущения «нужности и необходимости» своим родителям и другим значимым лицам (основным агентом развития). На данном этапе групповой дискуссии у пациентов, в обстановке эмпатии, понимания и сочувствия, могут возникать спонтанные желания поделиться с группой своими переживаниями травмирующего эмоционального опыта раннего детства и более позднего периода развития. Эти спонтанные импульсы обычно находят поддержку у группы. Терапевт при этом мягко стимулирует участников к открытости и активности, подчеркивая полную безопасность и отсутствие принуждения к такого рода признаниям. В завершение данного этапа обычно выясняется, что травмирующий эмоциональный опыт в той или иной степени присущ многим участникам группы. Это и есть основное препятствие к формированию прочного, основательного чувства уверенности в себе, снижению степени зависимости от оценок окружающих. Далее, группе предлагается более конструктивно и точно переформулировать запрос на коррекцию (или компенсацию) травмирующего опыта. Обсуждение рождающихся терапевтических проектов означает вхождение группы в креативный режим, развитие которого активно стимулируется терапевтом. Он, например, может ненавязчиво подсказать группе возможность смещения временных (если нужно что-либо изменить в прошлом) рамок происходящих событий – ведь в поле психотерапии все возможно! После этого, группе нужно совсем немного времени, чтобы воспроизвести идею машины времени, которая, как выясняется в последующем, достаточно конструктивна. Далее реализуется процедура получения согласия пациента на путешествие по психологическому времени. Такая пре-

амбула необходима не только по формальном ображениям безопасности, но и для того, чтобы напомнить о терапевтических целях данного действия (компенсация травмирующего опыта), снять излишнее напряжение предыдущего этапа, определить готовность основного «инструмента» данного действия, напомнить участникам группы, что таким универсальным инструментом – машиной времени – для человека является его собственная душа, с легкостью переносящая нас в сколь угодно отдаленное прошлое и далекое будущее. Своеобразный пафос предстоящего момента, работа голосом, драматические паузы в терапевтической презентации готовящегося действия рассчитаны на стимуляцию интереса и вовлеченности группы до максимально возможной степени. Последний и самый действенный шаг в данном направлении – техника «пробного шара», которая должна, с одной стороны, «разогреть» интерес группы к происходящему, с другой – продемонстрировать пластическую готовность пациента к путешествию в психологическом времени. Терапевт и пациент, находящиеся в центре круга, договариваются о сигналах, которые должны быть понятными для всех присутствующих – если скрытая неличностная инстанция («подготовленная душа пациента») согласна «организовать» такое путешествие в прошлое, то присутствующие увидят импульс движения в психологическую проекцию прошлого (данная проекция должна располагаться за спиной пациента), причем терапевт указывает на возможность уже в ходе этого «пробного шара» получить реальное подтверждение продвижения пациента в свой ранний возраст. Он может указать и масштабы терапевтической регрессии, например, 1 сантиметр – 1 год. Если же, по каким-либо причинам, согласия не получено, то пациент останется в прежней позиции, или, наоборот, двинется в противоположную сторону. Терапевт, обращаясь к главному агенту действия в соответствующем тоне, просит подтвердить готовность к сотрудничеству в достижении целительных изменений – организации путешествия в психологическом времени в условленных сигналах. При этом он располагается справа и впереди от пациента, закрывая проекцию будущего и оставляя свободной проекцию прошлого. Его левая рука страхует активного участника от падения назад (пациент должен это почувствовать), правая слегка касается области средостения. После некоторой латентной паузы, обычно, все присутствующие убеждаются, что тело пациента движется в направлении проекции прошлого (если этого не происходит, возможны варианты работы с сопротивлением, другим участником группы после позитивной интерпретации полученного опыта). Вслед за этим терапевт, на фоне драматической паузы, «бросает пробный шар» (при этом имитируется процедура бросания мяча) пациенту, объявляя, что сейчас его поймает пятилетний или пятилетняя (на-

зывается имя). В случае успешной возрастной регрессии пациент «ловит» мяч и «бросает» его терапевту в ответ на просьбу вернуть мячик. Его мимика и моторика существенно изменяются, приобретая узнаваемую пластику пятилетнего ребенка. Пациенту (называется его имя) объявляют, что чуть позже интересная игра будет продолжена и он, быстро скатившись с горки, «вернется в самое начало, где будет интересно, весело и тепло». Терапевту при этом, важно убедиться, что пациент не испытывает какого-либо дискомфорта, пребывая в состоянии терапевтической регрессии возраста, охотно сотрудничает с окружающими и готов к дальнейшим изменениям, формат которых задается на фоне максимальной пластичности пациента. Далее пациента возвращают к исходной точке, где «шаг вперед означает возвращение в реальное психологическое время – возраст». После того, как этот шаг сделан, оценивается состояние пациента (обычно, это ресурсное состояние с демонстрацией готовности к изменениям). Позитивными сигналами здесь являются возрастание степени открытости и доверия, выражаемых инициативным участником на вербальном и невербальном уровнях. Следующее техническое действие предполагает проведение возрастной регрессии до момента рождения пациента (терапевт сообщает об этом пациенту и группе), что уже не выглядит таким невероятным после только что полученного опыта. В сущности, данная техника имитирует процедуру рождения: пациента просят встать на подставку или стул и вновь озвучивают условия взаимодействия с «машиной времени» – неличностной инстанцией, с той разницей, что теперь движение назад будет означать возврат к моменту рождения (травмирующий компонент первоначального опыта здесь перекрывается отсроченным внушением, организованным в предыдущем техническом действии). Терапевт в ходе подготовки к данному действию, организует «колыбель» из сплетенных рук участников группы позади пациента таким образом, чтобы проекция движения пациента назад не встречала каких-либо препятствий, кроме готовых к приему рук. После того как «колыбель» готова и «родители» проинструктированы (при максимально возможной эмоциональной экспрессии они должны воспроизвести соответствующие запросы пациента, адресованные к родителям, проговоренные на предыдущем техническом этапе), терапевт воспроизводит процедуру обращения к «машине времени» – неличностной инстанции, подчеркивая целительный характер производимых действий. Далее, после некоторой латентной паузы обычно происходит отклонение, а затем и падение пациента на приготовленную, живую «колыбель», которая сразу же начинает выполнять свои функции: ритмичного укачивания, телесного наводнения и интенсивного эмоционального общения (это может быть колыбельная песня

с импровизированным текстом, где пациент – центральная фигура, долгожданная радость, подарок родителям; либо простой текст, выражающий искреннюю радость по поводу рождения ребенка). Положительными сигналами в данной ситуации являются невербальные реакции пациента, выражающие чувства удовлетворения, радости, интереса и позитивного принятия окружающих. Далее, в ускоренном режиме, при деятельном участии и эмоциональной поддержке группы и, в первую очередь, «родителей» пациента воспроизводятся процедуры прохождения им основных жизненных коллизий (первые шаги, игра, учеба, дружба со сверстниками, успехи в конструктивной деятельности и т.д.). Прохождение каждого этапа сопровождается позитивным подкреплением развивающих импульсов, инициативы, интереса к окружающим объектам и субъектам и сотрудничества с ними, несмотря на то, что пациент может недостаточно активно имитировать или только лишь обозначать соответствующую деятельность. Не следует акцентироваться на каком-либо этапе даже в том случае, если соответствующей активности пациента не отмечается вовсе. Ведь, так или иначе, все эти события разыгрываются, главным образом, во внутреннем, психологическом поле и переживаются с достаточной интенсивностью при адекватном вербальном и невербальном подкреплении. Таким образом, пациент «дорастает» до своего реального возраста. С этого момента возможно два технических варианта развития событий: а) разворот пациента в психологическое поле будущего, где он должен «увидеть» основные вехи своего жизненного пути, в частности, картины того, как он воспитывает своих родившихся детей и внуков, получая позитивные эмоции от своей второй семьи (родительская семья – первая); б) техническое действие на этом завершается – участники психодраматического процесса поздравляют инициативного пациента с тем, что он «родился во второй раз. И, возможно, это и есть его главная инициатива и действие в жизни».

Проводится стандартная процедура оценки состояния всех участников, дискуссия по материалам проведенной сессии. Приемлемым результатом здесь является существенная или полная редукция чувства базисной неуверенности у инициативного пациента, а также – растущая уверенность группы в том, что даже и проблемы с глубинными, уходящими в прошлое корнями, вполне решаемы при соответствующей активности группы.

12) Техника «Ангел – хранитель» также используется в работе с пациентами, испытывающими базисное чувство неуверенности в себе. Такое глубоко укорененное чувство в данном случае должно сопровождаться острым переживанием одиночества, покинутости, притом что рядом с таким пациентом присутствуют более или менее близкие ему люди из его «взрослой» жизни.

Основная терапевтическая идея здесь заключается в актуализации и персонализации образа суперресурсных инстанций психики клиента, который вследствие всего этого понимает, что он не один в этом мире. Более того, никогда не был и не будет одиноким и забытым путником, бредущим неизвестно куда и зачем. Из предварительных условий здесь важно то, чтобы такой, несколько эксцентричный, психотерапевтический подход гармонизировал с личным мифом клиента.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего запроса и дискуссии в отношении способов обретения уверенности в себе, особенно необходимой в критических жизненных ситуациях. Терапевт предлагает участникам группы поделиться жизненными эпизодами, когда в ситуации критического напряжения, риска или даже угрозы для жизни пациента (ситуации, связанные с употреблением наркотика или алкоголя, заранее исключаются), нечто или некто (здесь возможно предположительное перечисление наиболее распространенных идиоматических ресурсных персоналий) приходил на помощь. Терапевт может позволить себе развить данную тему (если группа не делает этого в спонтанном режиме), указав на то, что многие люди в критических ситуациях обращаются к этим же персонажам повторно. Собственно, поэтому и родились устойчивые представления об «ангелах-хранителях», «охраняющих духах», «внутренних стражах» и т.д. Этим заявлением группе терапевт снимает возможные опасения (как воспримут?) участников в отношении воспроизведения собственно опыта. Члены группы, получив подтверждение безопасности и адекватного принятия любого опыта, обычно достаточно активно делятся соответствующими переживаниями. Терапевт при этом внимательно отслеживает особенности формирования доступа к ресурсным инстанциям, включая обстоятельства их манифестации (в кризисной ситуации, во сне, при особом стечении обстоятельств), особенности «предметного» оформления («внутренний образ», «внутренний голос», «особое чувство, ощущение»), особенности воспроизведения и коммуникации с ресурсными инстанциями (спонтанные проявления или в ответ на призыв, коммуникация в режиме монолога – сообщения или диалога – общения и т.д.). Пристальное внимание должно быть проявлено к особенностям интерпретации данных ресурсных состояний. Здесь, во-первых, следует проводить четкую дифференциацию между возможными психопатологическими проявлениями и соответствующим оформлением доступа к ресурсным инстанциям психического. Психопатологические дебюты сопровождаются, как правило, аффектами страха, тревоги. Данные состояния не контролируются, или слабо контролируются пациентом. Они возникают независимо от ситуации и его желания, не помогают, а мешают ему выполнять соци-

альные функции и адаптироваться к складывающимся обстоятельствам. Для психопатологических переживаний, особенно в начальной фазе их развития, характерны ощущения чуждости, насильственности, крайнего неприятия и дискомфорта в отношении их «предметного» оформления у пациента. Кроме того, данным состояниям, как правило, сопутствуют и другие специфические психопатологические проявления в моторной, аффективной и мыслительной деятельности, так или иначе обращающие на себя внимание в ходе групповой коммуникации. Наличие нескольких из перечисленных признаков у кого-либо из группы является основанием для исключения его из состава участников данного технического действия и последующего углубленного обследования. Напротив, «предметное» оформление доступа к ресурсным инстанциям психического не вызывает ощущения чуждости и отвержения, это «знакомо-незнакомое», свое. Ресурсное состояние пациента облегчает, а не препятствует взаимодействию с реальностью, повышая его адаптационные кондиции. Режим монологизированного или диалогизированного «общения» с ресурсными инстанциями полностью контролируется осознаваемой личностью и прекращается по необходимости. В данном случае (второе, на что следует обратить особое внимание) обычно прослеживается четкая взаимосвязь «предметного» оформления ресурсного доступа с идиоматическим полем и этнокультуральными особенностями формирования личности пациента. В ходе инвентаризации вышеназванных признаков и особенностей «предметного» оформления ресурсных инстанций, терапевт обращает внимание группы на то, что существуют возможности «достучаться» до этих инстанций. Но что это за «ставни», в которые раз за разом упираются ищущие источника уверенности и сил? Какие препятствия здесь выставляются и как их эффективно преодолевать? Эти вопросы смещают дискуссию в более конструктивный и ограниченный фокус, в поле которого обычно выясняется, что главными препятствиями на пути к собственным ресурсам являются: а) отсутствие соответствующего опыта; б) неверие в то, что такой опыт возможно получить; в) различные стереотипы восприятия реального окружения и переносы этих стереотипов на психологическое пространство (раз этого нет в реальности, значит, этого не может быть вообще). Предварительный этап заканчивается предложением терапевта к группе попытаться преодолеть все эти препятствия и получить облегченный доступ к ресурсным инстанциям психического.

Далее техническое действие реализуется в трех вариантах. При реализации первого варианта инициативному участнику предлагается работа по формированию устойчивого доступа к ресурсным инстанциям с использованием возможностей сна. Ведь сон обладает уникальными преимуществами – он «выключает» реальность с ее стереотипами вос-

приятия (здесь эксплуатируется механизм скрытого расширения когнитивного пространства). Но, кроме того, сон как раз и является естественным «стражем» психики, самого человека как целостного субъекта, часто предупреждая и помогая последнему в преодолении жизненных кризисов (эксплуатируется механизм отсроченного формирования предметного образа ресурсных инстанций). Поэтому совершенно естественно именно в состоянии сна встретить своего «стража, хранителя» и попытаться установить с ним прочные, доверительные отношения. Далее пациенту предлагается сформулировать соответствующий запрос для тех психических инстанций, которые «показывают сны», и подготовить его в виде письма. Обычно такого рода запрос оформляется в соответствии со скрытыми инструкциями, усвоенными пациентом при подготовке к техническому действию, и содержит почтительную просьбу показать своего «стража-охранителя», дающего силы, уверенность, надежду и выручающего в самые трудные жизненные минуты, с тем, чтобы установить с ним прочные и доверительные отношения. Пациенту дают определенное время для подготовки послания, в продолжение которого группа и терапевт могут позволить себе в полголоса обсуждать варианты предполагаемого ответа. Затем инициативного пациента перемещают на другую позицию («лицом к сну»), и уже в полной тишине дают возможность отслеживания и фиксации возникающих образов. Вхождение пациента в состояние «сна» может сопровождаться ненавязчивым подсказыванием стадий развития релаксации: «вот и дыхание становится спокойнее и глубже, лицо мягкое и спокойное и т.д.». Время, отведенное для получения образного ответа, специально не регламентируется. Если пациент спрашивает об этом, терапевт может ответить, что группа никому не торопится, но обычно ответ формируется в первые 10-15 минут и пациент может подать сигнал, когда ресурсный доступ будет сформирован. В отведенное время нередко кто-либо из группы пытается повторить эксперимент. Препятствовать этому не следует (по завершении процедуры можно пригласить всех инициативных участников к обсуждению результатов; в том случае, если акценты предварительного этапа были расставлены правильно, результаты обычно бывают конструктивными). Благоприятными признаками динамики состояния пациента являются форсированные развития мышечной релаксации, отсутствие произвольных движений, появление соответствующих вегетативных реакций. Пациент подает сигнал о завершении коммуникации. И, далее, ему предлагается описать, а затем интерпретировать полученный образный ответ. Терапевт и группа включаются в процесс интерпретации образов, порой весьма неожиданных. Обычно креативные возможности и общий ресурсный настрой пациента, группы, терапевта, позволяют сформировать «предметный» образ ресурсных инстанций и уяснить

механизмы устойчивого доступа к нему (например, через то же состояние сна). Главное в данной процедуре – закрепить взаимосвязь этого образа с ощущением спокойствия, уверенности, поддержки. После чего достаточно будет «ресурсного воспоминания» или соответствующего обращения к данному образу для форсированного воспроизведения ресурсного статуса пациента. По вербальным и невербальным реакциям пациента в завершение данного технического действия формируется предварительный вывод о полученных результатах. Благоприятными признаками являются общий эмоциональный подъем, уверенность, возрастание активности, инициативность и помощь группе в последующих действиях.

При реализации следующего варианта технического действия приглашается пациент из когорты тех, кто при обсуждении темы основной упор делал на феномене «духа предков», охраняющего и сберегающего представителей определенного народа, рода, семьи. Данная тема, сама по себе достаточно интересная, вызывает и множество вопросов, в которых легко потерять нить общего терапевтического контекста. Поэтому после короткого обсуждения и выявления степени готовности пациента терапевтом выдвигается версия (здесь эксплуатируется феномен отсроченного внушения и репетиция выхода за пределы осознаваемой Я-памяти) о наличии где-то, в самых глубоких тайниках человеческой психики, другой, генетической памяти (ведь генетическая память не прерывается никогда!), о его предках, сильных и мужественных людях, которую можно актуализировать. Это и будет явление «духа предков», могучего и неустрашимого, способного оказать помощь и поддержку в кризисных ситуациях. При обсуждении данной гипотезы нередко можно отметить признаки развития акцентированных трансовых состояний не только у инициативного пациента, но и у других участников группы. Для «проверки» гипотезы инициативного пациента просят пройти в центр круга. Далее, на фоне драматической паузы, терапевт обращается к душе (подсознательным, бессознательным, неосознанным психическим инстанциям пациента) с почтительным вопросом-просьбой: готова ли эта скрытая инстанция быть проводником к глубоким слоям памяти, могучему, охраняющему духу предков? Положительным сигналом будет отклонение тела пациента назад в проекцию прошлого. При адекватной подготовке пациент и группа, обычно, являются свидетелями «готовности к сотрудничеству» проводника к генетической памяти и попутного развития акцентированного трансового состояния у инициативного пациента. Терапевт, кинестетическими приемами углубляя данное состояние, объявляет, что сейчас, через пациента, он обращается к тому, кем он (она) был триста, пятьсот, тысячу, две тысячи лет назад. При адекватной подготовке все эти персонажи – проекции недостающих ему качеств – отзываются доста-

точно охотно, предлагают помощь, поддержку и выражают готовность к сотрудничеству. В завершение данной процедуры полезно получить совокупный образ «духа предков», организовав диалог с ним самим, получив «из первых рук» описание его узнаваемых черт и целительных возможностей. Данный совокупный персонаж может «скрепить» договоренность о сотрудничестве и ресурсной поддержке путем поднятия правой руки пациента (эксплуатация внешних признаков общепринятой церемонии клятвы). Только что проявленному «духу предков» в самом почтительном и проникновенном тоне выражается благодарность за готовность помощи и поддержки (называется имя пациента), после чего из поля генетической памяти пациент возвращается в свои персональные границы. Обычно это критический выход из глубокого транса, который может сопровождаться частичной амнезией. Поэтому нужна некоторая пауза, чтобы пациент полноценно вошел в контекст ситуации и осознал случившееся. С этой целью терапевт предлагает группе вначале коротко обсудить полученный в результате последнего технического действия опыт (здесь также неакцентированно укрепляются взаимосвязи с образом «духа предков» и ресурсным состоянием силы, могущества, уверенности, надежности и прочной опоры). Затем высказывается пациент. Благоприятным сигналом здесь является его уверенность в том, что теперь он может опираться не только на собственный, индивидуальный, но и на консолидированный опыт предков, доступ к которому стал шире и прочнее. По невербальным характеристикам можно отследить признаки состояния уверенности, комфорта и эмоционального подъема. Свидетельства пациента в отношении особенностей контакта с «генетической памятью» позитивно и акцентировано подкрепляются с целью упрочить взаимосвязи между ресурсным образом «духа предков»; эмоциональным комфортом, подъемом, уверенностью в себе. Таким образом, формируется ресурсный паттерн памяти, актуализация которого будет закономерно вызывать форсированное развитие соответствующих эмоциональных и физических кондиций у пациентов в кризисных состояниях.

Следующий вариант технического действия имеет название: «забытая встреча». Идея данного технического действия заключается в том, что основное препятствие в доступе к ресурсным инстанциям психического – неверие в возможность данного прецедента и перенос стереотипных представлений о реальности в психологическое пространство – обходится за счет терапевтической регрессии возраста. Пациент, вернувшийся в детство, должен повстречать своего ангела – хранителя. Эта встреча давным-давно состоялась, но забыта и затерта блоками времени – памяти. Теперь эти препятствия могут быть устранены. После изложения данной преамбулы активному пациенту предлагается выйти в

центр круга, где терапевт исследует возможности сотрудничества скрытых ресурсных инстанций по той же методике, что и в предыдущем техническом действии. Сигнал отклонения тела пациента назад означает возможность возрастной регрессии. Этого, однако, не всегда достаточно. Поэтому дополнительно используют технику «пробного шара». Терапевт объявляет, что сейчас он подбросит шар вверх, в сторону пациента, но поймает его 5-летний мальчик (или девочка), по имени (называется имя). Терапевт имитирует движение бросания мяча в сторону пациента. Если тот «ловит» виртуальный шар, то техническое действие продолжается. Пациенту – мальчику (или девочке) предлагают поиграть в мячик. При этом благоприятными признаками являются появление моторики, мимических реакций и речевых оборотов, присущих ребенку 4-5 лет. Далее терапевт обращает внимание пациента – ребенка, что на их игровой площадке появился ангел, тот ангел, который постоянно охраняет его и заботится о нем. Терапевт просит дотронуться до него, рассказать, какой он и далее поиграть в мяч, поговорить с ним. После установления первых контактов терапевт обращает внимание пациента-ребенка на то, что ангела-хранителя можно о чем-нибудь попросить, о чем-то самом важном, таком, что нужно будет всегда. И далее, терапевт в мягком, ненавязчивом ключе старается организовать «договоренность» о дальнейшей дружбе и поддержке. Благоприятными сигналами здесь являются активность и заинтересованность пациента – ребенка в ходе игры – взаимодействия, пожелания будущих ресурсных отношений. Однозначно позитивным признаком служит договоренность пациента-ребенка с ангелом-хранителем о месте пребывания последнего. При этом нередко пациент – ребенок указывает место непосредственно за своей спиной – самое незащищенное. После того, как договоренности состоялись, активному пациенту можно проводить возрастную прогрессию с возвратом в реальное время. При этом нелишне подчеркнуть ценность того опыта, который он приобрел при последней встрече. После некоторой паузы, необходимой пациенту для того, чтобы вновь сориентироваться в происходящем и оценить собственное состояние, проводится процедура обратной связи по результатам последнего технического действия. Оценивается состояние участников. Удовлетворительным результатом здесь будет существенная или полная редукция базисного чувства неуверенности, одиночества, покинутости; отчетливые признаки формирования устойчивого ресурсного состояния в продолжение следующих нескольких дней.

Наш собственный опыт использования вышеописанных структурированных техник СПП в работе с такими типичными проблемами зависимых лиц, как заниженная самооценка и базисная неуверенность в себе, позволяет сделать вывод об эффективности данных технологических подходов.

ՆՈՒԱՌԱՅԷՔԱՆԵԱՅ Ի ԴԵՆ Ի ԴԱՅԵՄ Ի ԱՅ ԻՆԵՕԻՕԱԴԱԻ ԵՅ
ՇԱՅԵՆԵ Ի ՄՕ ԻՕ ԻՆԵՕԻԱԵՕԵՒ Ի ՄՕ ԱԱ Մ ԱՆՈՒՆ Ի Ա Ի ՕԴԱԱՅԵԴ Ի ԱԱ Ի Ի Ի Ե Ի ԱԵԱ Ի Ե
Է ՔՕԱՆՈՒ Ի ԱԵ Ի Մ Ի Ա ՄՕԱ Ի Ա Ի ԱՕԵԱՕ Ի Դ Ի Ե/ՆՈՒԱՅԷ Ի Ի ԱԴ Ի Ե ԴԱԱԵԵԵՕԱՅԵ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Алматы

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) – базисная инновационная технология, разработанная и апробированная в ходе реализации комплексного исследовательского проекта РНПЦ МСПН в 2001-2010 гг.

В настоящем сообщении описываются структурированные техники СПП, используемые для лечения химически зависимых лиц с запросом на избавление от обиды и чувства вины.

В работе с таким блоком типичных проблем, как неотреагированная обида и перегруженность виной, используются:

1) Техники с опорой на когнитивный компонент – основная идея данного терапевтического подхода заключается в отыгрывании коммуникативной функции данного сложного эмоционального комплекса – чувства обиды – и разработке адекватных копинговых блоков, в совокупности «удаляющих» главный иррациональный стержень рассматриваемой эмоциональной реакции. После чего интенсивность такой реакции существенно уменьшается (прошаю или могу простить не потому, что они – обидчики – «не ведают, что творят», но потому, что я теперь ведаю что есть обида и для чего она есть). Рассматриваемый технический подход используется в работе с пациентами, у которых острое чувство обиды уже «свое» отработало, оно не является тотальным и определяющим основной вектор поведения пациента, и напоминает о себе лишь при обсуждении темы соответствующих отношений между пациентом и его «обидчиками» (по нашим наблюдениям, именно так обстоит дело в подавляющем большинстве запросов, предъявляемых на данной стадии прохождения терапевтической программы).

Техническое действие начинается с уточнения запроса у инициативного пациента (или микрогруппы), с которым далее поводится встроенная терапевтическая сессия. Терапевт предлагает предварительно обсудить вопрос того, какова функция такого состояния как обида, что эта эмоция дает человеку, от чего оберегает, что показывает и чему учит его. Таким образом неявно актуализируется коммуникативная функция рассматриваемой реакции. Кроме того, включается механизм двойной диссоциации – эмоция «отделяется» от пациента и «уходит» в холодное когнитивное поле, где возможен продуктивный анализ проблемной реакции. Далее процесс обсуждения идет в режиме креативного

штурма. Предлагаются различные варианты функционального оформления чувства обиды, в том числе и достаточно парадоксальные (это нужно всемерно приветствовать, поскольку именно таким образом расширяется когнитивная схема, которую использует пациент в отношении заявляемой проблемной реакции). Благоприятным признаком является возрастающая активность пациента в данном процессе, указывающая, что ключевой фактор диссоциации «работает». Таким образом формируется первый копинговый блок – новая конструкция когнитивной решетки, которая теперь отделяет пациента от диссоциированной эмоциональной реакции. Если все было сделано правильно – т.е. данная конструкция формировалась в гиперпластическом, креативном режиме – то такой копинговый блок является устойчивым образованием, эффективным также и в отношении других сходных эмоциональных реакций.

Следующий этап реализации технического действия связан с идентификацией собственных «горячих мыслей», которые почти в автоматическом режиме возникают у пациентов в момент острой эмоциональной реакции и которые могут актуализироваться при воспоминаниях о травмирующем событии. Эти «горячие» мысли следует отделять от той информации, которую несет чувство обиды (и которая была адекватно осмыслена на предыдущем этапе технического действия), прежде всего по тому признаку, что первые «разгоняют» деструктивную эмоциональную реакцию, а вторая, наоборот, она навливает ее. Данная дифференциация не составляет особого труда для пациента, активно отрабатывающего первый этап технического действия. После обсуждения этих различий пациента просят составить таблицу типичных «горячих мыслей» – на бумаге, доске или флипчарте. Таблица строится так, чтобы справа оставалось место для соответствующих мыслей, генерация которых является главной задачей данного этапа. Второй копинговый блок формируется таким образом за счет следующей фазы креативного шторма, в реализации которой пациент должен принимать самое активное участие. Придуманные и отобранные им варианты заполняются в подготовленную таблицу – напротив соответствующих «горячих мыслей». Далее следует «укрепить» конструкцию второго копингового блока за счет специальной микротехники «качели».

Терапевтический смысл данной микротехники заключается в установлении парных взаимосвязей «горячих» и соответствующих копинговых мыслей, фиксации «качельного» ритма их взаимодействия, когда стоит только возникнуть одной («мах» в сторону «горячих» мыслей), сразу же активируется другая («мах» в сторону копинговых мыслей). Однако при этом, за счет постоянной активности первого копингового блока и собственных усилий пациента, второй «мах» с каждым разом производится все сильнее, а первый, наоборот, тормозится. Данная метафора воспроизводится в игровом действии почти буквально – две группы пациентов образуют «качельную» пару, перебрасывающую пациента из одной площадки на другую. При этом «горячая» площадка действует жестко, с очевидным дискомфортом для пациента, «копинговая» площадка – наоборот, мягко, в режиме кинестетического наводнения. Таким образом формируется смещение вектора активности пациента в сторону более комфортного для него полюса активизации копинговых мыслей.

На третьем этапе технического действия проводится экологическая проверка – игровое воспроизведение проблемной ситуации, в которой пациент демонстрирует свои приобретенные навыки. Хорошим результатом считается доминирование рациональной оценки данной ситуации с ощущением относительного комфорта – «все идет будто мимо меня, а я остаюсь спокоен». В завершение технического действия проводится стандартная оценка состояния участников, дискуссия по материалам проведенной сессии. О положительной терапевтической динамике здесь будет свидетельствовать постоянно озвучиваемый рефрен того, что чувство обиды действительно сообщает нечто важное человеку – то, что нужно адекватно «услышать и понять», а уж тогда и многому научиться.

2) Техника с акцентом на арт-терапевтический катарсис – основная идея здесь заключается в том, что обида, как и всякая другая негативная эмоциональная реакция, может быть адекватно отреагирована и интерпретирована в процессе творческого самовыражения. В ходе чего – в условиях креативного терапевтического транса – существенно облегчается диссоциация сохранного ядра личности клиента и пережитого травматического опыта. Чисто технологическое оформление данного подхода не имеет каких-то существенных отличий от описанных нами ранее принципов построения и общей последовательности действий по арт-терапевтической коррекции эмоционального дискомфорта. В то же время интерпретация получаемых креативных образов-проекций чувства обиды, безусловно, носит свой уникальный характер, показывающий пациентам все значимые аспекты этого сложного чувства. Хорошим результатом данного технического действия является существенное улучшение эмоци-

онального состояния участников группы. А также понимание того, что с травматическим опытом всегда можно что-то сделать. И лучше всего это получается в творческом процессе, сама суть которого заключается в переформировании имеющегося материала в новое качество.

3) Техника с акцентом на гештальт-подходы – использование данных психотерапевтических технологий показано в отношении пациентов, демонстрирующих высокую степень вовлечения в рассматриваемую эмоциональную реакцию обиды, с охватом всех сфер психической активности и жизненного пространства пациента. Основная идея здесь заключается в возможности полноценного отреагирования чувства обиды, реализуемой таким образом, чтобы, во-первых, соответствующие эмоции были проявлены в полном объеме и экспрессивной форме. Т.е. используется механизм катарсиса, действие которого в реальной жизни может быть связано с понятными трудностями (именно это обстоятельство является причиной «блокировки» процесса эффективной самоорганизации – главного механизма психологического саногенеза, со всеми вытекающими отсюда последствиями). А во-вторых – чтобы была выполнена коммуникативная функция чувства обиды, т.е. соответствующая эмоциональная реакция получила бы главного адресата.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего запроса в группе, уточнения характеристик состояния инициативного клиента и показаний для реализации рассматриваемого технического подхода. Уточняется ситуация, в результате которой была «запущена» реакция обиды, характер того внутреннего диалога, который клиент вел или продолжает вести с обидчиком. Далее терапевт обращает внимание инициативного пациента и группы на то, что в пространстве психотерапевтической сессии могут быть воспроизведены любые ситуации. И если в реальной жизни клиент по каким-либо причинам (семейные, культуральные запреты, ситуационные ограничения) не имел возможности адекватно отреагировать на какие-либо унижительные, враждебные или иные неприятные для него действия, то в рамках терапевтической сессии это будет вполне уместно. При этом абсолютно неважен сам по себе факт отсутствия в данном терапевтическом пространстве реальных персонажей-обидчиков пациента – их с успехом заменят участники группы. Клиенту предлагают определиться с тем, что в данной ситуации для него представляется наиболее важным – воспроизвести именно тот эпизод, где была запущена реакция обиды (данный эпизод можно разыграть и заново пережить так, чтобы «зажатые» в то время эмоции были полностью проявлены в психотерапевтическом пространстве), либо – «встретиться» с обидчиком в режиме реального времени и попытаться воспроизвести тот внутренний монолог, который «не дает ему покоя».

При избрании первого варианта клиент подбирает участников ролевого действия, объясняет суть происшедших событий. С помощью терапевта выстраивается обновленный сюжет общего действия, оставляющий возможность адекватного эмоционального отреагирования, распределяются функциональные роли. Далее, при деликатной поддержке группы действие вначале репетируется, затем проигрывается в слегка замедленном темпе. В случае «заминки» с началом катартического отреагирования чувства обиды, терапевт стимулирует клиента: «... ты только начни, дальше будет проще...». В ходе самого процесса отреагирования терапевт невербально подкрепляет активность клиента, показывая, что нужно выплеснуть все – так, чтобы ничего не оставалось из тягостного эмоционального состояния. В этот момент «обидчик» не должен проявлять какой-либо встречной агрессии – это целиком «время пациента». После завершения катартического выплеска – о чем свидетельствует сброс напряжения, вегетативные реакции, признаки эмоциональной разрядки – и некоторой понятной паузы, терапевт просит клиента охарактеризовать свое состояние. Особое внимание обращается на эмоциональную сферу. По желанию клиента, после этого может высказаться и обидчик. Характер его высказывания будет зависеть от контекста ситуации. Но обычно – это слова понимания состояния клиента, попытка объяснения своего поведения и желание примирения. Эта речь не должна быть долгой (2-3 минуты). Довольно часто после такого диалога клиент говорит о том, что «выплеск» обиды помог проявиться другим чувствам по отношению к этому человеку (самые «злостные» обидчики – это родные и близкие люди), которые он продолжает испытывать, несмотря ни на что. Далее может следовать спонтанная сцена примирения – в данном случае абсолютно не лишняя, так как именно это действие повышает шансы на реальное примирение конфликтующих сторон.

Если клиент остановился на втором варианте, выбирается участник на роль обидчика, который получает соответствующие инструкции. Инициативный пациент должен самостоятельно определить наиболее удобную для него позицию во время предстоящего диалога – лицом к лицу, спина к спине, либо что-то другое. Далее начинается главное действие – монолог клиента, сопровождающийся порой весьма бурными эмоциональными реакциями. Терапевт находится в это время рядом с клиентом, оказывая невербальную поддержку, а при необходимости – стимулируя на открытое выражение тех чувств, которые клиент испытывает: «Здесь можно все... говори обо всех чувствах, которые испытываешь сейчас... выплесни их полностью...». После достижения эмоциональной разрядки – о чем судят по вербальным и невербальным сигналам клиента – диалог может быть продолжен в том же ключе, что

и в первом варианте. Техническое действие завершается снятием ролей, стандартными процедурами оценки состояния участников, дискуссией по материалам пройденной сессии. Приемлемым результатом здесь является существенное снижение интенсивности или полная редукция чувства обиды, ощущение свободы и желания двигаться дальше в установлении нормальных отношений.

4) Техники с опорой на диссоциацию личностных статусов – данное техническое действие проводится в отношении пациентов, склонных к дифференцированному анализу своих эмоциональных реакций и обнаруживающих признаки диссоциированного чувства обиды («с одной стороны, я понимаю, что обижаться не должен – это неправильно, но ничего не могу с этим поделать», «на одну и ту же ситуацию реагирую по-разному – иногда обижаюсь, иногда – все нормально» и др.). Основная терапевтическая идея здесь заключается в том, что при анализе чувства обиды, проводимого с точки зрения дифференцированных личностных статусов (Я-ребенок, Я-подросток, Я-взрослый, Я-родитель, Я-партнер и др.), появляется возможность 1. полноценной терапевтической диссоциации данного чувства; 2. трансформации данной эмоциональной реакции в более зрелую; 3. освобождения от регрессивного способа эмоционального реагирования на травмирующую, кризисную ситуацию в межличностных отношениях.

Техническое действие в данном случае начинается с групповой дискуссии по вопросу того, почему вообще стоит освобождаться от дискомфорта состояния вины, обиды и можно ли научиться «не обижаться» с пользой для себя – чтобы это не было расценено окружающими как признак слабости. При этом терапевт идентифицирует тех пациентов, для которых характерна диссоциированная эмоциональная реакция обиды, актуальная на момент проведения терапевтической сессии. Далее работа ведется с одним из этих пациентов. Терапевт высказывает предположение, что различие в эмоциональных реакциях, в той или иной степени, присуще человеку. Он, например, может «радоваться как ребенок», «плакать как малое дитя», «беситься как подросток», «быть серьезным как столетний старец или школьный учитель». Возможно, потому, что в нем умещаются все эти персонажи: «Я-ребенок; Я-подросток; Я-родитель; Я-взрослый». Дело, следовательно, заключается в том, кто именно из этих «постояльцев» реагирует на ситуацию, или, может быть, реагируют две или три субличности одновременно. Отсюда проистекают все сложности попыток разобраться в своих чувствах, тем более – таком дискомфортом, как обида.

На втором этапе клиенту предлагают сконструировать несколько вариантов актуальной для него ситуации, когда в одном случае – реагирует Я-ребенок, в другом – Я-подросток, в третьем – Я-взрос-

лый. С помощью креативных участников группы такие ситуации воспроизводятся довольно легко. Инициативный пациент, дифференцируя собственный эмоциональный опыт и пользуясь информацией от участников терапевтического процесса, выстраивает линию поведения и эмоциональных реакций рассматриваемых персонажей. А затем «играет» каждого из них. Пережитый и должным образом отреагированный в каждой из этих ролей эмоциональный опыт помогает инициативному пациенту «расставить все по своим местам». В частности – осознать, что чувство обиды в ответ на какие-либо нелицеприятные действия окружающих – это чаще всего реакция ребенка, т.е. незрелая эмоциональная реакция, которая у гармоничного человека должна сравнительно быстро «уступать место» другим формам психической активности. Личностный статус «Я-подросток» чаще всего реагирует на эту же самую ситуацию чувством гнева, протеста, ярости. И только статус «Я-взрослый» пытается извлечь уроки из пережитой ситуации, которые могут заключаться в следующем: 1. поскольку этические или другие значимые границы приемлемого поведения были нарушены – насколько эти границы были утверждены, проговорены или осознаны, в том числе и обидчиками; что нужно сделать, чтобы эти границы укрепились; 2. в случае, если в роли обидчика выступали родные и в прошлом близкие люди (а так бывает в подавляющем большинстве случаев), то это значит, что и от них нужно уметь защищаться, т.к. они вовсе не идеальные создания, а люди со своими интересами и слабостями; однако быть защищенным в ситуации конфликта – не значит дистанцироваться от своих близких; это другая крайность, которую следует избегать; 3. чувство обиды переживается так остро еще и потому, что это почти всегда удар по самоуважению и себялюбию; почему же так случилось, что эти ресурсные характеристики оказались столь уязвимыми, и что нужно сделать для их развития. Эти и другие уроки пережитой ситуации могут быть адекватно осмыслены взрослым Я пациента, все более дистанцирующимся от дискомфортного эмоционального чувства. Таким образом инициативный пациент усваивает важный алгоритм гармоничной реакции на «обидную» ситуацию: чувству обиды (т.е. реакции Я-ребенка) – минуты; анализу ситуации и адекватным действиям (т.е. активности Я-взрослого) – часы и дни. Все эти выводы должен, в результате, сформулировать сам пациент с ненавязчивой помощью терапевта и группы. В завершение технического действия проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссии по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь может считаться существенная или полная редукция чувства обиды у инициативного пациента и продвижение группы в сторону развития эмоциональной зрелости.

5) Техники с опорой на поведенческий компонент – данный технический подход, включающий этапы прохождения проблемно-ориентированной психотерапии П. Вацлавика, используется почти во всех случаях, когда нет особых показаний к реализации других специальных техник. Основная терапевтическая идея здесь заключается в поиске и усвоении более адекватных способов совладания с кризисной ситуацией в сфере межличностных отношений, чем реакция обиды.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего клиентского запроса. Далее, в ходе предварительной дискуссии обсуждается тезис того, что реакция обиды – не самый лучший и комфортный способ поведения в ситуации межличностного или группового конфликта. Инициативному клиенту с помощью участников группы предлагается: четко сформулировать особенности своих эмоциональных и поведенческих реакций – т.е. всего того, что подразумевается под словом «обида» – в проблемной ситуации, сфокусировав внимание на том, что именно его не устраивает; сконструировать возможные альтернативы реагирования на рассматриваемую проблемную ситуацию, каждая из которых будет заведомо более адекватной (нужно стремиться к тому, чтобы таких вариантов было не менее 3-4-х); обсудить, а при возможности и отрепетировать каждую из имеющихся альтернатив; выбрать наиболее приемлемый и комфортный для инициативного пациента вариант; проработать избранный вариант в технике активного воображения по Дж. Каутела, убедившись в его адекватности; принять решение в пользу данного варианта альтернативного поведения; отрепетировать этот вариант в ролевой игре или фрагменте психодрамы, вначале в «замедленной съемке», а затем в нормальном ритме; поделиться с группой своими мыслями, чувствами, ощущениями и планами на будущее. Далее эта программа полностью реализуется при деятельном участии и поддержке группы. Хорошим результатом здесь будет редукция дискомфорта состояния обиды, удовлетворение от приобретенных способов совладания с проблемной (теперь уже в прошлом) ситуацией.

Чувство вины у зависимых от ПАВ почти всегда соседствует с реакцией обиды, причем по отношению к одним и тем же лицам. Обычно это близкие родственники или друзья, иные значимые лица. С нашей точки зрения, правильной последовательностью решения этих рядом стоящих проблем является первоначальная работа по отреагированию эмоциональной реакции обиды, а затем – работа с чувством вины, поскольку весьма часто выясняется, что последнее чувство актуализируется лишь после того, как пациент освобождается от блокирующего прессы обиды.

Психотерапевтическая работа с чувством вины имеет свои особенности, обусловленные тем, что

данное состояние не сводимо к обычной эмоциональной реакции, пусть и тесно спаянной с ядром личности субъекта. В этот психологический комплекс вовлекаются практически все личностные конструкции высшего уровня, обеспечивающие экологию («нравственный закон внутри нас») межличностных, микро- и макросоциальных отношений. Отсюда выводится необходимость экологически выверенного подхода в работе с чувством вины у зависимых от ПАВ. При этом используются следующие стандартные технологические подходы:

б) Техника «Принесение вины» – данный технический подход используется в отношении пациентов, «перегруженных» чувством вины до такой степени, что это прослеживается на физическом уровне в виде ощущения тяжести, давления на плечах, постоянного внутреннего напряжения. Основная терапевтическая идея здесь заключается в «опредмечивании» чувства переживаемой вины и диссоциации этого комплекса от личностного ядра клиента, актуализации экологического механизма освобождения от вины, предусматривающего необходимость изменений личностных установок клиента (хотя бы на уровне того, чтобы состоялся факт публичного признания вины и покаяния – т.е. явных свидетельств наличия изменений такого рода).

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего проблемного запроса, уточнения характера переживаний ситуации, складывающейся, как правило, в области межличностных отношений с близкими людьми. Инициативный пациент на данном этапе может сказать о том, что после того как его собственная реакция обиды была проработана, может быть, даже и неожиданно для него – обнаружилось чувство вины, которое не дает жить и развиваться так, как он этого хочет. Может быть сказано и то, что попытки примирения им предпринимались, но ни к чему хорошему не привели. Все это не должно смущать терапевта и группу. Наоборот, с этим «стартовым материалом» и нужно начинать работу. Терапевт стимулирует групповую дискуссию вокруг терминов «приносить вину», «искупить вину» – откуда они взялись? Какой смысл заключается в этих словах? – ответы, генерируемые группой с помощью или без помощи терапевта должны показать то, что в этих идиомах есть глубокий смысл, заложенный еще в те далекие времена, когда от качества межличностных отношений напрямую зависела жизнь конкретного человека, его родных и близких. В ходе креативного штурма группа приходит к следующей экологически выверенной церемонии принесения вины, когда по всем нравственным законам «правильно принесенная» вина должна отпускаться сущностно изменившемуся человеку: 1. пациент, испытывающий чувство вины, должен определить символ этой вины – выкуп, который он принесет на себе обиженному им лицу, показывая насколько он страдает под этим нештуч-

ным грузом и, следовательно, изменился в самом глубоком, сущностном плане; 2. «приемщик» – оскорбленное лицо – глядя на объем и тяжесть выкупа, определяющего стоимость вины, должен оценить степень его соответствия нанесенному ущербу. И если ущерб всем этим не восполняется, пациента не извиняют (т.е. не освобождают от вины), а отправляют на следующий круг. Если же объем приносимой стоимости вины сопоставим с понесенным ущербом, то оба участника вступают в переговоры; 3. такого рода переговоры имеют внешний и внутренний смыслы; на внешнем уровне все достаточно просто – «ответчик» просит «приемщика» освободить его от вины – т.е. «извинить» в наиболее полном, прямом смысле этого слова; «приемщик» вины произносит фразу: «Я извиняю тебя» и освобождает покаявшегося от его груза. Однако на самом деле такой важный диалог не отражает глубинного смысла происходящих изменений и мало что дает. Участники данного действия должны воспроизвести глубинный диалог примерно следующего содержания: приносящий вину, глядя в глаза приемщику (прямой взгляд в данном случае должен выражать его искренность) произносит: «Посмотри на меня – ты видишь, как я изменился?» В данном случае он обращает внимание «приемщика вины» на явные знаки сущностного изменения – объем и тяжесть принесенной вины, усилия, которые были им затрачены, страдания под этой тяжестью, которые он без сомнения испытывает. Приемщик, глядя в глаза принесшему вину, после некоторой паузы отвечает: «Да, я вижу, как ты изменился, и теперь я изменился тоже». Данный наиболее драматический момент действия символизирует тот очевидный факт и результат всех предшествующих шагов, что именно сейчас, но никак не ранее, все можно начать с «чистого листа», ибо и тот и дугой персонаж пережили травматический эпизод, оставив его в прошлом, сущностно изменились и готовы к восстановлению дружеских отношений. Завешает эпизод процедура освобождения пациента, принесшего вину, от его груза – т.е. извинения в прямом смысле этого слова. В данном случае освобождение от телесной тяжести должно в точности совпадать с избавлением от тяжести душевной и проводиться с акцентированным подкреплением стыковочного сценария; 4. участники психодраматического действия и его свидетели должны поделиться пережитым. На следующем – активном этапе реализации технического действия вся разработанная процедура драматического действия реализуется инициативным пациентом и отобранными участниками группы. Роль «вины-выкупа» при этом могут играть один или два партнера, усаживающиеся на плечи, спину инициативного пациента. С этим грузом он должен сделать столько кругов, сколько сможет, прежде чем «повинится» именно так, как это было предусмотрено в разработанном сценарии. После реализации

драматического действия, снятия ролей и обратной связи проводится стандартная процедура оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь будет считаться существенная или полная редукция чувства вины, со всеми его телесными атрибутами, у инициативного пациента и продвижение группы в понимании экологии человеческих отношений.

7) Техника «Суд» – представляет собой фрагмент психодраматического действия, направленного на терапевтическую проработку деструктивного компонента испытываемого чувства вины, избавление клиента от навязываемой ему вины, формирование действенного стимула для последующих позитивных изменений (т.е. данная технология построена по принципу «окна», открывающегося как в сторону актуального клиентского запроса, так и в сторону универсальных задач терапевтической программы по формированию таких свойств психологического здоровья – устойчивости, как полноценное завершение личностной идентификации, сформированность внутреннего локуса контроля, наличие позитивного жизненного сценария).

Техническое действие начинается с идентификации и уточнения существенных характеристик запроса, связанного с испытываемым чувством вины у одного или нескольких участников группы. В ходе расспроса инициативного пациента обращается внимание на обстоятельства генеза этого чувства – под влиянием каких факторов или мнений значимых лиц оно было сформировано, какими механизмами оно поддерживается и др. Таким образом инициативному пациенту дают понять, что чувство вины редко появляется неведь откуда – это почти всегда следствие факта осуждения, явного или скрытого. При этом очень важно понять, каким образом состоялся этот суд, кем были представлены судьи и участники данного процесса (были, например, там адвокаты пациента, свидетели защиты или только прокуроры судьи и свидетели обвинения), на основании каких аргументов был вынесен вердикт этого тайного суда, был ли этот вердикт справедлив или это была судебная ошибка – все эти вопросы могут быть проработаны в соответствующем психодраматическом действии. И тогда, по крайней мере, будет ясно, заслуживает ли пациент такого наказания – тяжелого чувства вины, или оно может быть заменено на другие, более эффективные формы «исправительных работ». Обычно это предложение встречается группой и инициативным пациентом со сдержанным интересом. Осторожность здесь вполне понятна, ведь судебное заседание – процедура слишком серьезная даже и в игровом исполнении, ну а в данном случае решается действительно важный вопрос наказания одного или нескольких участников группы. Терапевт не пытается облегчить «судьбу» участников этого действия, наоборот – только

лишь повышает «градус» драматического накала. Далее терапевт стремится к тому, чтобы в последующем обсуждении общей канвы и деталей драматического действия главным лицом оставался инициативный пациент, которому он помогает лишь точно поставленными вопросами.

На следующем этапе уточняется сюжет, общий порядок и действующие лица предстоящего «пересуда». Как минимум, там должны присутствовать: «обвиняемый» – т.е. сам пациент, судьи, прокурор, адвокат, главные свидетели обвинения и защиты; оставшаяся часть группы может выполнять функцию присяжных заседателей. Одно важное условие оговаривается предельно четко – инициативный пациент должен показать участникам все их роли (т.е. это практически полноценный прогон определенных фрагментов судебного заседания, где он выступает от лица прокурора, защитника, свидетелей и судей). Данный момент является во всех отношениях важным, так как именно здесь формируется новый угол зрения на проблему вины и невиновности и, соответственно, возможность новых этических и эмоциональных реакций со стороны пациента. Все важные фрагменты, таким образом, репетируются при максимально возможном позитивном подкреплении терапевта и креативной активности группы. Наконец, по мере готовности, терапевт объявляет о досудебном совещании, на котором говорится о том, что, скорее всего, прокурор ничего нового не скажет, но вот адвокат (это может быть личностный статус Я-взрослого инициативного клиента) как раз может повлиять на пересмотр решения авторитетных судей и присяжных заседателей – например, он может аргументировано просить замену наказания вины или хотя бы ее части на исправительные работы, которые его подзащитный готов выполнять в течение достаточно длительного времени (например, период прохождения терапевтической программы и еще 2-3 года после этого).

На следующем – игровом – этапе судебное заседание объявляется открытым. При этом реализуется как оговоренная, отрепетированная часть, так и те импровизации, подсказанные терапевтическим контекстом и общим драматическим накалом разыгрываемого действия. Существенным моментом здесь являются выступления свидетелей защиты – т.е. участников терапевтической группы, которые высказываются в пользу инициативного пациента, поскольку видели и знают, как он двигался в реабилитационной программе; выступление адвоката обвиняемого-пациента, и наконец – присяжных заседателей и судей, которые могут в этот раз учесть доводы адвоката и свидетелей защиты и главное – поверить самому пациенту в том, что он действительно двигался, многого достиг и достигнет еще большего на пути формирования именно тех свойств, которые делают его уже другим человеком – испутившим значительную часть вины. Вер-

дикт, который при этом выносится, зачитывается в торжественной обстановке, с ритуальными действиями по освобождению пациента от вины в обмен на зрелый контроль над своим поведением и жизнью. Терапевт здесь также может высказаться в том плане, что все эти персонажи – судьи, прокуроры, адвокаты, свидетели – никуда не денутся от пациента, но теперь все они смотрят на него как на человека, заслуживающего доверия, а не наказания. Куда-то «даться» в этой ситуации может только сама вина (здесь терапевт готовит разрыв шаблона для всех присутствующих и вызывает в зал заседания бывшую «вину», подталкивая пациента к месту свидетеля и показывая, что именно он и должен выступит от имени вины). Вопрос, который задается бывшему чувству вины, звучит следующим образом: «В какое новое чувство она согласна превратиться, и уже, собственно говоря, трансформировалась?» Ответ в этом случае дается пациенту достаточно легко – это то чувство, которое он испытывает здесь и сейчас – облегчения, надежды, рождающейся уверенности в том, что дальше будет все именно так, как он прописал в своих жизненных планах. На этой ноте «судебное заседание» объявляется закрытым. Проводится обратная связь с участниками, оценивается динамика состояния инициативного клиента и группы. Хорошим результатом реализованного технического действия является редукция чувства вины, актуализация позитивного жизненного сценария и внутреннего локуса контроля у инициативного пациента и в группе в целом.

8) Техники, основанные на сказко-драматических сюжетах. Данный технический подход используется в отношении пациентов, в достаточной степени продвинувшихся в терапевтической программе, имеющих представление о сложной структуре психики человека (например, о дифференцированных личностных статусах), а также – осознавших весь комплекс непростых, глубинных проблем, связанных с чувством вины. Предлагаемое техническое действие в данном контексте является лишь неким заключительным аккордом, необходимым для того, чтобы: 1) освободить пациента от чувства вины; 2) сформировать устойчивое ресурсное состояние. Эта техника также построена по типу «окна», открывающегося как в сторону решения конкретной проблемы, так и в сторону достижения универсальных психотерапевтических целей. Основная идея здесь заключается в персонификации и закреплении приобретенного ресурсного опыта, укреплении «нравственного закона внутри нас» – как главного инструмента ментальной экологии пациента.

Техническое действие начинается с идентификации соответствующего проблемного запроса, который, в данном случае, является следствием предшествующей внутренней работы инициативного пациента и работы группы с комплексом проблем, связанных с чувством вины. На начальном этапе

уместно возобновление тематической дискуссии в группе с обсуждением того, какие этические уроки могут быть усвоены в связи с чувством вины, посылаемым человеку. Результатом такой дискуссии, с неявной подачи терапевта, могут быть тезисы того, что есть некие нравственные законы «внутри нас» – неявные и не прописанные ни в каких официальных бумагах – за выполнением которых следят такие же неявные и невидимые инстанции (которые можно называть как угодно: душа, дух, бессознательное, неличностные психические инстанции, внутренний страж, хранитель и пр.). Сущностный смысл посылаемого этими невидимыми силами чувства вины состоит в усвоении важного этического урока: нельзя безнаказанно нарушать экологическое пространство другого человека – в этом случае будет нарушена и твоя собственная экология. Этот принцип хорошо известен с давних времен и прописан в этических кодексах всех наиболее известных религиозных конфессий. Однако каждый человек, по-видимому, должен осознать действие «нравственного закона внутри нас» посредством своего собственного пережитого опыта. Но вот – этот важный опыт получен, этический урок усвоен. Что же дальше? На следующем этапе реализации технического действия терапевт предлагает разыграть сюжет сказочного действия, где приобретенный инициативным пациентом опыт должен «ожить» в сказочных персонажах, а суперресурсные инстанции человеческой психики, убедившись, что преподанный урок усвоен правильно, «чудесным образом» освобождают пациента от чувства вины. Группой и пациентом обсуждаются известные сказочные сюжеты (данный период вхождения участников в игровое сказочное пространство с нарастанием сензитивности к «чудесным изменениям» весьма важен, поэтому необходимо, чтобы такой креативный штурм продолжался не менее 10-15 минут). Если не найдется никакого подходящего или оригинального сценария, терапевт предлагает использовать канву известного сказочного сюжета «Репка», внешне напоминающего историю инициативного пациента: 1) был «посеян» проступок; 2) из которого выросла «большая – пребольшая» проблема; 3) эту большую проблему – чувство вины – тянули, да не вытянули другие, будто бы «хорошие» поступки пациента (наверное потому, что корни у вины-репки очень глубокие, да и сил у тех, кто тянул, было недостаточно); 4) теперь нужно попробовать тянуть так, чтобы вытянуть – как это сделать? Обсуждение последнего вопроса также проводится в режиме креативного штурма, в ходе чего «опредмечиваются» все достижения инициативного пациента в его продвижении в терапевтической программе, внутренней работе. Во время этого действия участники креативной группы получают наглядный урок того, до какой степени важны результаты этой работы – действия по искуплению вины; приобретенные умения, знания, на-

выки; идеи конструктивного жизненного сценария, планы по их реализации; правила внутренней экологии, которые сформулировал для себя пациент и другие ресурсные приобретения – и насколько они значимы в решении тех непростых проблем, которые встречаются в жизни человека. При этом главные достижения инициативного пациента должны быть представлены отобранными участниками предстоящего сказочно-драматического действия. Их функция заключается в вытягивании опредмеченного чувства вины с проговариваемого вклада, который каждый из них вложил в это общее действие. Важным моментом является определение телесного компонента заявляемой проблемы – зоны расположения и «укоренения» чувства вины. При этом выясняются детали испытываемых дискомфортных телесных ощущений, предпочтений пациента в отношении способов контакта ресурсной группы «тянущих – потянувших» с опредмеченным корнем вины – виртуальный конфликт, простое касание, плотный телесный контакт и др. На стадии действия, когда все детали уточнены и сюжет понятен каждому участнику, инициативный пациент располагается в удобной для него позиции, его персонифицированные ресурсные функции – друг за другом, в установленном самим пациентом порядке. Терапевт следит за тем, чтобы руки пациента были свободны, и сам он мог легко поменять свое положение по отношению к группе помощников. Сказочно-драматическое действие, реализуемое на пике гиперпластики пациента и группы, начинается по сигналу. После каждой попытки (всего их 3-4), оформляемой в духе «тянут – потянут, вытянуть не могут», пациент делится своими ощущениями, передающими, как правило, возрастание внутреннего напряжения в зоне опредмеченного корня чувства вины. В ходе реализации третьей попытки, терапевт сигналом «Стоп, все застыли» разрывает шаблон сюжета, коротко поясняя, что в сказках возможно и такое чудо, как остановка времени. Это может случиться только по очень важному поводу. И такой повод есть – именно сейчас пришел черед суперресурсным инстанциям (душе, духу и пр.) проявить себя ... показать свою силу ... и желание ... помочь изменившемуся ... и усвоившему все уроки пациенту ... в том, чтобы освободиться ... вытянуть корень ... этого созревшего плода ... переставшего

быть виной ... утратившего горечь. Терапевт касается правого плеча пациента и просит ту силу, которая сейчас, в этой сказочной ауре слышит его, ... сделать правую руку легкой и невесомой ... наделить её волшебной силой ... ухватить корень созревшего плода, вместе со всеми ... (здесь, как правило, присутствующие наблюдают феномен левитации руки пациента, её движения в указанном направлении – к контактной зоне) ... и – (с резким усилением голосового акцента и подчеркнутым разъединяющим жестом) – вытянуть, вырвать его (при этом группа помощников «уваливается» назад, как при перетягивании каната). Руки пациента укладываются на зону контакта. После некоторой паузы его просят поделиться своими ощущениями. Обычно – это чувство легкости, освобождения, особого подъема. Терапевт не забывает поблагодарить помогающую им «чудесную силу», выражая уверенность, что она и далее будет оказывать поддержку пациенту в его добрых делах.

При реализации последнего фрагмента возможен вариант простого проговаривания факта участия внесознательных суперресурсных инстанций в этой общей цепи помощников (т.е. без демонстрации «очного» присутствия в психотерапевтическом пространстве). Также возможен вариант, когда пациент присоединяется к усилиям группы и «вытаскивает» первого из помощников, образующих ресурсную группу, помогая ему в свою очередь «вытянуть» корень чувства вины из контактной зоны. Однако эти последние варианты не дают полного эффекта терапевтической сессии, связанного с возможностью проработки стыковочного сценария эффективного взаимодействия с суперресурсными инстанциями в проекции будущего.

После завершения активной фазы проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников, снятия полей, дискуссии по материалам пройденной сессии. Удовлетворительным результатом здесь будет полная редукция чувства вины у инициативного пациента, повышение мотивации на углубленную терапевтическую работу в группе.

Наш собственный опыт использования вышеприведенных структурированных техник СПП в работе с такими типичными проблемами зависимых лиц, как неотрагированная обида и чувство вины, позволяет сделать вывод об эффективности данных технических подходов.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ЕЭЕІЕЕІ-ІНТЕОІІАОІЕІАЕ×АНЕЕЕЊІАЕОД ІАІЕОАЊОІЎОІНТЕОІОЕ×АНЕЕОДАНЊОДІЕЊОАҮІАІААІІІАІЕБОВА

А.Б. Кенжалиева

врач-психиатр ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана

ААААІЕА

Одним из важных вопросов большой психиатрии по-прежнему остается проблема динамики психотических расстройств, и в частности особенности манифестных состояний, определяющих прогноз целого заболевания.

Инициальный период эндогенного заболевания чаще всего скрыт от глаз клиницистов. Обращение за медицинской помощью в период острого манифеста повышает прогностическое и клиническое значение последнего. Следовательно, от практического врача требуются системные знания о профиле таких состояний и их клинико-динамических характеристиках, умение выявить среди всего разнообразия подвижных симптомов сформированные паттерны синдрома кинеза [5].

Исследования первых приступов эндогенных психозов («первого эпизода») являются направлением, значимость которого определяется необходимостью своевременного начала адекватной терапии на ранних этапах заболевания, а также важностью исследования фундаментальных основ эндогенных психозов (первые приступы считаются оптимальной моделью для их изучения).

Сложность, а, следовательно, и актуальность данного вопроса повышается в связи с привнесением в данную тему параметров патоморфоза эндогенных расстройств, изменяющих «классическую» картину не только основного периода заболевания, но и «стирающего» и без того сложную дифференциально-диагностическую канву «входа» в диагноз [1].

В целом, по мнению одних авторов, в отношении шизофрении патоморфоз направлен от эволюционно более древних приступообразных форм к непрерывным и малопрогрессирующим (невроз- и психопатоподобным). По мнению других – патоморфоз шизофрении характеризуется «депрессивно-апатическим сдвигом» клинической картины, но, все же, большей склонностью к фазному, а не непрерывному протеканию процесса.

В целом, патоморфоз затрагивает как стержневую симптоматику болезни, так и соотношение форм болезни, симптомокомплексов, скорость течения процесса, последовательность развития синдромов.

Другим немаловажным вопросом, связанным с манифестацией психотической симптоматики, яв-

ляется соотношение биологического и социального в общей структуре предрасполагающих факторов, что является наиболее актуальным именно при манифестации заболевания. Другими словами манифест чаще всего «задает тон» последующим экзакцербациям эндогенного процесса [3, 5].

Так, вопросы «уязвимости», чувствительности к стрессовым воздействиям на манифестном этапе эндогенных психозов исторически рассматривались в двух аспектах: генетико-биологические факторы риска и дизонтогенез. Наибольшее распространение в западной литературе получила концепция стресс-диатеза (Eaton W.W., 1978). Среди отечественных авторов, развивающих эту концепцию в своих исследованиях, следует отметить работы С.Ю. Циркина (2005) и А.П. Коцюбинского (1996). В наиболее обобщенном виде суть диатез-стрессовых теорий может быть сведена к существованию биологической уязвимости как генетически обусловленной предрасположенности к шизофрении и клинически определяемого психопатологического или шизотипического «диатеза», понимаемого как особая чувствительность организма к стрессорам, после столкновения с которыми развивается эндогенная болезнь. Исследуя этапы формирования психики в доманифестном периоде, можно обнаружить множество дизонтогений, которые определяют недоразвитие тех или иных психических функций. В результате в системе компенсаторно-приспособительных механизмов образуется слабое звено. В зависимости от того, на какой период онтогенеза пришлась задержка психического развития, формируется стандартная аномальная регрессивная реакция на стресс, которая при наличии соответствующей биологической предрасположенности определяет клиническую структуру эндогенного манифестного психоза, тип течения и прогноз эндогенного заболевания [4].

Наследственная отягощенность, патология беременности и родов, особенности развития в первые годы жизни, приводящие к задержкам или асинхрониям развития, выявляющимся когнитивными расстройствами, являются факторами риска (предпосылками) для возможной провокации психической травмой параноидной шизофрении и шизоаффективного психоза [2].



Рисунок 1. *Îñîáâííñðè à àíèðáñðò íóò ïñèðòíçíá*

Учитывая, что клинический специалист периодически сталкивается в своей практической деятельности с манифестным психозом, ключевым моментом в отношении диагностики таких состояний, является знание им общих закономерностей первичных психотических расстройств.

В связи со всем указанным выше интерес представляет клинико-психопатологический анализ манифестных психозов, встречающихся в рамках стационарного звена.

Таким образом, *öäëü à íáëèçà – èññëääíáàðòü èëèíèèí-ïñèðòíçíá ðèíèáè-áñèèé ïðíðèèü à àíèðáñðò íóò ïñèðòíçíá, áñððá-àð ùèðñü ïðè à ííèðáðò íé áíñèèðáèèçàèèè à à ÿðàíà àèðèáííáí ïðíðáññà.*

Ì àðáðèàè ù è í áòíáü èññëääíáàíèü

Группу исследования составили пациенты, проходившие лечение в отделении первичных психозов для мужчин МЦППЗ г. Астана с клиникой манифестного психоза.

Êðèòèðèü í è áèèð-áíèü в анализируемую группу являлись:

- клинические признаки психотического расстройства,
- отсутствие в анамнезе указаний на психотические расстройства до настоящей госпитализации.

Ðàçóèüðàò ù è íáñóæääíèà

Данным критериям соответствовала группа из 26 человек.

По возрасту группа разделилась следующим образом (рисунок 2).

Таким образом, по возрастному составу в исследование попали примерно равномерное количество участников разных возрастных периодов, с акцентом на 22-25 годах.

По социальному статусу были представлены (рисунок 3):

- учащиеся ВУЗов – 11 человек (42,3%);

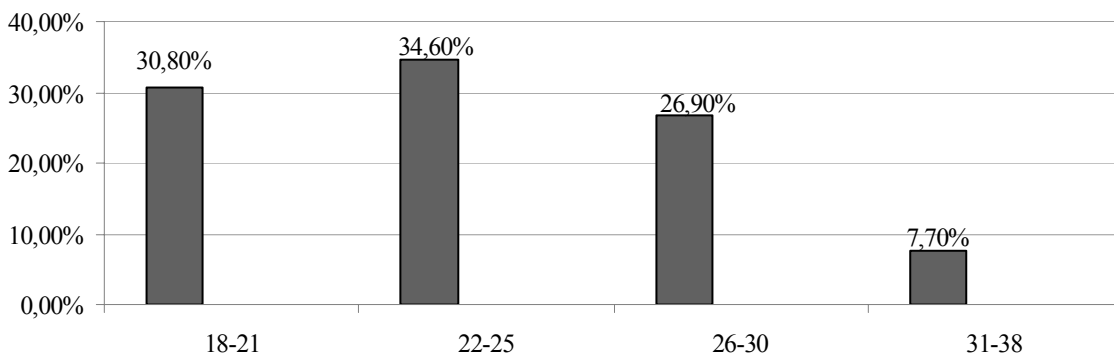


Рисунок 2. *Â íçðáñðò í íé ñíñðàà ó-àñðò íèèíá àðóííü*

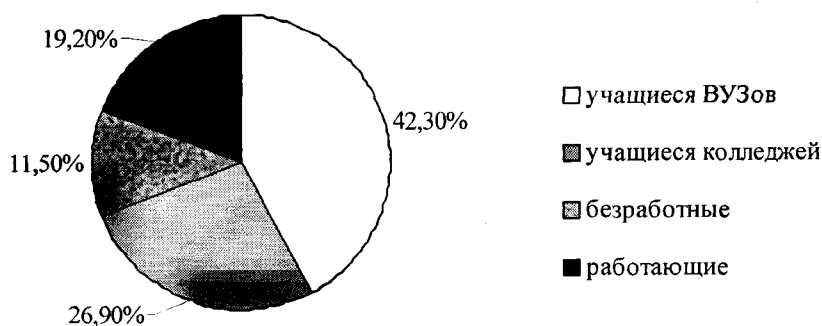


Рисунок 3. Социальный статус пациентов

- учащиеся колледжей – 7 (26,9%);
- работающие – 3 (11,5%);
- безработные – 5 (19,2%).

Согласно сформулированным диагнозам, группа распределилась следующим образом (таблица 1).

Таким образом, группа была нозологически чаще представлена острыми формами заболевания с подвижной симптоматикой продолжительностью менее 3 месяцев.

Далее анализировались предрасполагающие факторы (таблица 2).

В подавляющем большинстве случаев в анализируемой группе манифестация психоза проходила на основании тех или иных определенных факторов.

Непосредственный интерес для анализа имела синдромальная структура психотических расстройств (таблица 3).

Таблица 1

Нозологическая структура анализируемой группы

Диагноз (МКБ-10)	Число пациентов (n=26)
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.	11 (42,3%)
Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении.	9 (34,6%)
Острое шизофреноформное (шизофреноподобное) психотическое расстройство	4 (15,4%)
Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства.	2 (7,7%)

Таблица 2

Предрасполагающие факторы манифестации психоза

Предрасполагающий фактор	Число пациентов (n=26)
Указание на эндогенное заболевание в семейном анамнезе	12 (46,2%)
Стрессовое психогенное воздействие	8 (30,8%)
Соматическое неблагополучие	5 (19,2%)
Отсутствие внешних провоцирующих факторов	1 (3,8%)

Таблица 3

Синдромальная структура

Психопатологический синдром		Число пациентов (n=26)	
		n	%
Аффективно-бредовый синдром	депрессивно-параноидный вариант	9	34,8%
	маниакально-бредовый вариант	3	11,5%
Галлюцинаторно-бредовый синдром	бредовый вариант	4	15,4%
	паранойяльный вариант	1	3,8%
	галлюцинаторный вариант	4	15,4%
	вариант с преобладанием синдрома Кандинского-Клерамбо	3	11,5%
	галлюцинаторно-бредовый вариант с кататоническими включениями	1	3,8%
	Онейроидно-кататонический синдром	1	3,8%

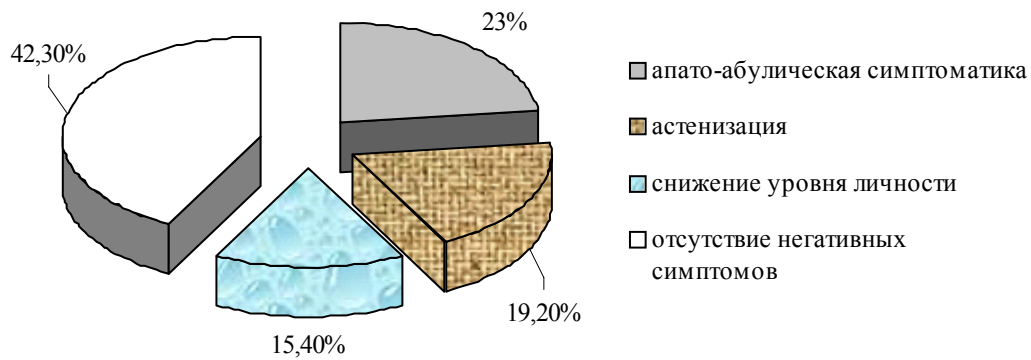


Рисунок 4. *Íääððéáíúâñèìòíú*

По динамическим характеристикам можно выделить следующие варианты течения заболевания.

Типичный динамический паттерн с последовательной сменой стадий от аффективной симптоматики к острому чувственному бреду. Такой паттерн регистрировался у большинства пациентов – 18 (69,2%). Заболевали лица гипертимного либо психастенического склада, отличающиеся высокими интеллектуальными способностями и, нередко, стеничностью. Инициальный период исчерпывался аффективными расстройствами, чаще континуального характера, с преобладанием гипоманий (58% случаев), либо доминантные проявления отсутствовали вообще.

Нетипичный динамический паттерн объединяет в себе различные варианты (нетипичный острый чувственный бред, развертывание бреда с признаками овладения, «флюктуирующий» психоз»). Данный динамический тип был характерен для 8 пациентов (30,8%). Чаще всего именно данные варианты формировали группу дифференциального диагноза с группой экзогенных психозов.

Список использованной литературы:

1. *Éävää Á.Ã. Çæííí äðíñðè ðá-áíëý è èñòíää íðñðóíí ääçíúò ýíáíáííúò ìñèðíçíá, ìáíè ðá-ñðèðóíú èð á þíí ðáñéíí áíçðáñðá (èà ðá íáñðè-áñéíá èññèääíááíèä) // Æóðíáè íááðíëíáè è ìñèðèäð-ðèè. – Ì., 2008. – ¹ 9. – Ñ. 9-23.*
2. *Éóçþéíáá Á.Á. Èèèíèí-ìñèðíáð íëíáè-áñèèä ìñíááííñðè è ðèííèíáëý ìáíèðáñðíúò ðíðí ýíáí-ááííúò ìñèðíçíá þíí ðáñéííáí áíçðáñðá // «Íñèðèäððèý» (íáó-íí-íðáèðè-áñèèé æóðíáè). – Ì., 2006. – ¹ 5. – Ñ. 7-12.*
3. *Ííííá Ì. Þ. ððááíáá á ñððóèððá ìñððúò ìñèðíðè-áñèèð ñíñðíýíèé èäè íáíñíááíèä ííáðíáíá è ðáðáíèè // Íñèðèäððèý è ìñèðíðáðíáèíðáðáíëý. – 2002. – ¹ 2.*
4. *Ñííèííá Ð.Á. Ðíëý ííèä á ðíðíèðíááíèè ìáíèðáñðíúò ðèçíððáíè-áñèèð ìñèðíçíá ó ííáðíñðèíá // Æóðíáè íááðíëíáè è ìñèðèäððèè. – Ì., 2011. – ¹ 5. – Ñ. 9-15.*
5. *McEvoy J.P., Lieberman J.A. Ýð ðáèðèáííñðú è íáðáííè è ìñðú íëáíçáíèíá, èááðèàíèíá è ðèñíáðè-áííá íðè èá-áíèè ìáíèðáñðíúò ìñèðíðè-áñèèð ñíñðíýíèé: ðáçþèýðáð ú ðáíáííèçèðíááííáí ááíèííáí ñèáííáí 52-íáááèýííáí ñðááíèðáèýííáí èññèääíááíèý (ðáñðèðáííúé ðáðáðáð) // Íñèðèäððèý è ìñèðí-ðáðíáèíðáðáíëý. – 2008. – ¹ 3.*

І ÑÈÕÎË ÎĀÈВ ÇĀ ÎĐÎĀÛВ. ĀĀÈĀ ÎË ÎĀÈВ.

І ÑÎĀĀ Í ÎÑÒÈ ĀĀ Í ÎĐÎĀÛÈ × ĀÑÈÎË Î ĀĀÎĐÎĀÈÈ ĀÓĀÓ Û ÈÕ ÎĀĀĀĀĀĀĀĀ È ĐĀĀ ÎĐĀ ÑĀĀÓÛ Î È ĀĀĀÈĀ ÎĐÎĀĀ Î ÎĀĀĀĀĀĀÈВ

Е.И. Бурдина профессор кафедры психологии и педагогики ПГУ им. С. Торайгырова, д.п.н.
Е.Н. Жуманкулова доцент кафедры психологии и педагогики ПГУ им. С. Торайгырова, к.п.н.
О.А. Колух доцент кафедры психологии и педагогики ПГУ им. С. Торайгырова, к.пс.н.

Характерными особенностями XXI века являются глубокие преобразования в различных сферах общественной жизни, сопряженные с переосмыслением системы социальных ценностей. С учетом современных тенденций устойчивого развития экономики, непрерывного образования, глобализации строится стратегия развития образовательной системы в Республике Казахстан (РК). Воспитание физически и духовно здоровой личности с высоким интеллектуальным потенциалом является ведущей задачей современной школы. На смену педагогике грамотности приходит педагогика личности. Неслучайно в своем выступлении перед студентами Евразийского университета им. Л.Н. Гумилева Президент РК Н.А. Назарбаев отметил: «Само понятие образования трансформируется и расширяется, происходит переход от концепции функциональной подготовки к концепции развития личности. Новая концепция предусматривает индивидуализированный характер образования, который позволяет учитывать возможность каждого конкретного человека и способствует его самореализации и развитию». Поэтому главной задачей педагогов становится поиск путей, посредством которых они могли бы помочь детям в позитивном обустройстве собственной жизни. Личность как сложная автономная система, отличающаяся направленностью, волей к положительной деятельности и сотрудничеству, самоопределением в человеческих ценностях, признанием важности своей индивидуальности, всегда тяготеет к самореализации. Но если самореализация и самоактуализация через любовь, духовность и творчество в силу всевозможных субъективных и объективных причин невозможны, они могут быть подменены самовыражением через девиантное поведение.

Безусловно, что асоциальное поведение – это следствие нарушений духовного развития личности. Кардинальные изменения в развитии экономической сферы, возрастающая социальная дифференциация и социокультурная деформация общества оказали нежелательное влияние на социализацию подрастающего поколения. Переосмысление многих прежних ценностей и отсутствие новых идеалов привели к нравственному разрушению и бездуховности подростков, к их агрессивности и снижению уровня культуры. К большому сожалению, в большинстве одним из «резервов» пополнения числа несовершен-

нолетних правонарушителей, как это ни парадоксально, является общеобразовательная школа.

Одной из основных причин такой ситуации является низкая профессиональная культура педагогов, отсутствие педагогического такта и невыполнение ими своего профессионального долга, незнание индивидуальных особенностей подростков. Вместе с тем, именно детям переходного возраста необходима реальная поддержка в решении возникающих проблем и трудностей, а позицию активного посредника в системе «подросток – общество» должны занять педагоги, способные реализовать свои профессиональные функции через эффективную систему общения и творческую деятельность.

В данной ситуации наиболее важной становится проблема, связанная с деонтологической неготовностью будущих педагогов к работе с детьми с девиантным поведением, разрешение которой будет способствовать развитию чувства профессионального долга. Данная проблема чрезвычайно актуальна, и ее решение представляется возможным в специально организованном педагогическом процессе высшей школы. Следовательно, возрастает значимость знания методологии деонтологической науки, ее связи с основными концепциями педагогики, психологии, философии, так как деонтология как наука рассматривает человека, в первую очередь, через такие объективные понятия, как сознание, самосознание, самопознание, а также профессиональное взаимодействие, взаимоотношения, развитие.

Категория «готовность» определяется психологами Н.Д. Левитовым, Ш.А. Надирашвили, А.С. Прангишвили, Н.Д. Узнадзе, как особое длительное состояние, которое связано с понятием установки. В трудах А.Г. Асмолова мы находим обобщение грузинских ученых, где исследователь приходит к выводу о том, что процесс возникновения установки зависит от потребности как предпосылки возникновения деятельности, активности как момента деятельности и ситуации удовлетворения потребности.

В контексте исследований структурных составляющих деятельности, особенностей ее функционирования, психологической характеристики учителя, требований к личности учителя рассматривается готовность в работах В.А. Кан-Калика, Н.В. Кузьмина, В.А. Сластенина, В.А. Сухомлинского, А.И. Щербаква.

Л.И. Рувинский, опираясь на концепцию профессионально-деятельностной подготовки будущих педагогов к воспитательной работе в школе, считает, что наиболее важными для деятельности педагогов являются интеллектуальные педагогические знания и умения педагогической техники, включенные в эмоционально волевою сферу личности учителя.

Вышеизложенное показывает, что в современной психолого-педагогической литературе понятие «готовность к профессиональной деятельности» рассматривается с различных позиций, что обусловлено спецификой и особенностями теоретических подходов.

Следовательно, в контексте нашего исследования возрастает значимость знания методологии деонтологической науки, ее связи с основными концепциями педагогики, психологии, философии, так как деонтология рассматривает человека, в первую очередь, через такие объективные понятия, как сознание, самосознание, самопознание, а также профессиональное взаимодействие, взаимоотношения, развитие.

В связи с этим возникает необходимость в раскрытии сущности понятий «деонтология» и «деонтологическая готовность будущих педагогов» как важных аспектов профессиональной подготовки студентов педагогических специальностей.

Деонтология (греч. *deontos* – должное, надлежащее, *logos* – учение) – раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и вообще должного, то есть всего того, что выражает требования нравственности в форме предписаний. Термин деонтология впервые был введен английским философом – утилитаристом И. Бентамом, который употребил его для обозначения теории нравственности в целом. Однако впоследствии деонтологию стали отличать от аксиологии – учения о добре и зле – и стали употреблять для обозначения науки о профессиональном долге и профессиональном поведении человека. Если предметом аксиологии является природа ценностей, ценностное отношение человека к миру, то предмет деонтологии – это проблема долга, моральных требований и норм, долженствования как специфической для нравственности формы проявления социальной необходимости. Одной из особенностей морального сознания как специфической формы общественного сознания является то, что оно отражает объективную социальную необходимость, потребности людей, общества, исторического развития в особой субъективной форме – в виде представления о должном (о том, что «должно быть»), устанавливая то, насколько соответствует этому представлению фактически существующее. Моральное сознание оценивает жизненные явления с той точки зрения, насколько они оправданы в силу своего нравственного достоинства. Из представления о должном складываются нравственные требования, представления о том, какие поступки люди должны совершать.

Применительно к человеку эти требования выступают как его обязанности: последние в обобщенной форме правил, равно распространяющихся на всех, формулируются в моральных нормах, заповедях. Все эти этические категории и являются предметом изучения особого раздела этики – деонтологии. Понятие «деонтология» в равной мере применимо к любой сфере профессиональной деятельности – медицинской, педагогической, юридической и т.д. Следовательно, деонтология – это наука о долге, о моральных обязанностях человека.

Основателями педагогической деонтологии и деонтологической готовности педагогов являются К.М. Кертаева и К.Д. Левитан.

Педагогическая деонтология рассматривается учеными и как наука о профессиональном поведении педагога, и как профессиональная этика, гарантирующая отношения доверия между участниками деятельности и общения. Педагогическая деонтология означает педагогическую компетенцию, терпимость по отношению к учащимся и другим людям, их идеям, взглядам, убеждениям, моральную ответственность за принятые в учебной и воспитательной деятельности решения.

Анализ понятия педагогической деонтологии позволил выявить его сопряженность с такими философскими категориями, как мораль, этика и долг. При этом среди них основной акцент делается на понятие профессионального долга, которое трактуется как система нравственных требований, обуславливающих эффективное осуществление педагогом профессиональной деятельности. Нравственные аспекты этого явления определяют общие точки соприкосновения с понятиями морали и этики. Каждый из вышеперечисленных понятий является предметом изучения отдельных научных отраслей. Так, понятие профессионального долга находится в фокусе деонтологических исследований.

Все сказанное в полной мере относится и к профессионально-педагогическому долгу. Однако деонтологические аспекты педагогической деятельности имеют свои специфические особенности, которые определяются характером и состоянием объекта педагогической деятельности, социальным статусом участников педагогического процесса.

В проекции на профессиональную подготовку данная проблема обуславливает необходимость формирования деонтологической готовности будущих педагогов к работе с детьми девиантного поведения.

В контексте рассматриваемой проблемы актуализируется проблема деонтологической готовности. Совокупный анализ основных положений теории деонтологии и теории профессиональной подготовки позволяют уточнить сущность деонтологической готовности будущих педагогов к работе с детьми девиантного поведения.

На этом основании *ī ī ŷ ò è à ä ä ī í ò î ĩ â è - ã ñ ê ĩ é ã ĩ ò î â ĩ ñ ò è á ó ó ù è ò ä ä ä ĩ ä ĩ é è ð ä ĩ ò à ñ ä ð ü*

Какими бы различными ни были формы отклоняющегося поведения, они взаимосвязаны, а порой и взаимообусловлены. Так, пьянство, употребление наркотиков, агрессивность и противоправное поведение образует единый блок, и вовлечение несовершеннолетних в один из этих видов девиантных действий повышает вероятность его вовлечения также и в другие.

Девиантное поведение, как социальное развитие и поведение в целом, обусловлено факторами наследственности, воспитания, среды, деятельности, в соответствии с перечисленными факторами можно назвать и причины девиантного поведения подростков, имеющие биологический, психологический, социально-педагогический, социально-экономический, морально-этический характер.

Г. Кэплан начинал с изучения взаимосвязи между девиантным поведением и пониженным самоуважением. Поскольку каждый человек стремится к положительному образу «Я», низкое самоуважение и заниженная оценка окружающими переживаются подростком как неприятное состояние, принятие себя ассоциируется с освобождением от травмирующих переживаний. Это побуждает его поступать так, чтобы уменьшить субъективную вероятность принятия себя. Подростки сильнее других страдают от самоуничтожения, испытывают большую потребность в том, чтобы своим поведением изменить свое состояние. Пониженное самоуважение связано у подростков практически со всеми видами девиантного поведения – нечестностью, принадлежностью к преступным группам, пьянством, агрессивным поведением, суицидальным поведением и различными психическими нарушениями.

Кроме неадекватной самооценки важной причиной девиации подростков являются психологические состояния, значимость которых с возрастом меняется, к примеру, такие, как тревожность. «Тревожность – это склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги: один из основных параметров индивидуальных различий». Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный или желательный уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Однако повышенный уровень тревожности является субъективным проявлением неблагополучия личности.

По результатам проведенного исследования на выявление ситуативной и личностной тревожности воспитанников ГУ «Приют для детей» у 146 из 236 подростков был выявлен высокий уровень личностной тревожности – 61,9%; у 152 подростка уровень ситуативной тревожности – 64,4%, что свидетельствует о высокой вероятности проявления девиантности. Для воспитанников приюта характерны такие признаки социальных и педагогических отклонений, как

бродяжничество, уход из дома, систематические пропуски школьных занятий, табакокурение, употребление алкогольных и наркотических веществ.

Проявления тревожности в различных ситуациях не одинаковы. Подростки склонны вести себя тревожно всегда и везде. Ситуативно-устойчивые проявления тревожности принято называть личностными и связывать с наличием у человека соответствующей личностной черты так называемой «личностной тревожности». Это устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающий, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные, связанные со специфическими ситуациями угрозы его престижу, самооценке, самоуважению. Так, при поступлении в приют подросток, очутившись в новом месте, среди незнакомых людей ощущает повышенную ситуативную тревожность.

Ситуативно-изменчивые проявления тревожности именуют реактивными, а особенность личности, проявляющей такого рода тревожность, обозначают как «реактивную тревожность». Это состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Такое состояние возникает в качестве эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Подросток с отклоняющимся поведением постоянно находится в напряжении, так как в большинстве случаев такие дети происходят из неблагополучных семей или из семей внешне благополучных, но равнодушных к проблемам подростков, он склонен воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма напряженно, выраженным состоянием тревожности.

Воздействие сложившейся ситуации, собственные потребности, мысли и чувства подростка, характер его тревожности определяют оценку им возникшей ситуации. Эта оценка в свою очередь вызывает определенные эмоции. Информация обо всем этом через нервные механизмы обратной связи передается в кору головного мозга человека, воздействуют на его мысли, потребности и чувства. Эта же когнитивная оценка ситуации одновременно и автоматически вызывает реакцию организма на угрожающие стимулы, что приводит к появлению контрмер и соответствующих ответных реакций, направленных на понижение возникшей ситуационной тревожности. Все это непосредственно сказывается на выполняемой деятельности, находящейся в непосредственной зависимости от состояния тревожности, которое не удается преодолеть с помо-

стью предпринятых ответных реакций и контрмер, а также адекватной когнитивной оценки ситуации.

Повышенная тревожность подростка характеризуется подавленностью, плохим настроением, растерянностью, возникают проблемы в общении и установлении контакта. Подросток обижается легко, без видимой причины. Он много времени проводит один, ничем не интересуется, подавлен, не инициативен, с трудом входит в контакт, или же, наоборот, подросток, попав в новую среду, стремится обосноваться, адаптироваться в ней и найти свое место среди других воспитанников.

Предпосылкой возникновения тревожности является повышенная чувствительность. Однако не каждый ребенок с повышенной чувствительностью становится тревожным. Много зависит от способов общения родителей с ребенком дома, учителя с учеником в школе, сверстников во дворе. Немаловажную роль играет то, окажется ли рядом в момент возникновения тревожности человек, который поможет найти несовершеннолетнему выход из тревожного состояния. Большую часть времени подросток находится в школе, поэтому этим человеком может и должен, в силу педагогической деонтологии, стать педагог.

При несвоевременном снятии тревожности это состояние может перейти в агрессивное поведение подростков – одну из форм девиантного поведения.

Таким образом, анализ психолого-педагогической литературы по проблемам девиации позволяет выделить биологические, социально-экономические, морально-этические, психологические, социально-педагогические факторы, влияющие на отклоняющееся поведение подростков. На проявление агрессии в детском и подростковом возрасте оказывают влияние семья, школа, средства массовой информации, компьютерные игры, интернет.

Человеком, который должен помочь найти выход из трудных ситуаций, помочь правильно оценить себя и свои действия, должен стать педагог. При встрече учителя и подростка первый должен поставить перед собой практическую цель – формирование культурного человека, полезного для общества гражданина, здорового физически и психически.

Подросток понимает, что в детском учреждении их обучают и воспитывают, однако они не хотят подвергаться специфическим педагогическим процедурам и тем более не любят, когда с ними бесконечно говорят о пользе учения, морализируя каждое замечание. Поэтому сущность педагогической позиции педагога должна быть скрыта от подростка. Педагог, бесконечно докучающий подростку явно специальными беседами, надоедает ему и почти всегда вызывает с его стороны некоторое противодействие, в итоге приводящее к конфликтной ситуации.

Большинство конфликтных ситуаций, участниками которых являются педагог и учащийся, характеризуются несовпадением, а иногда и прямой

противоположностью их позиций в отношении учебы и правил поведения в школе. Недисциплинированность, несерьезное отношение к учебе того или иного ученика и излишняя авторитарность, нетерпимость учителя – основные причины острых межличностных столкновений, выливающихся порой в конфликт.

Педагогическая деонтология рассматривает умение правильно выходить из конфликтной ситуации как одно из необходимых профессиональных умений педагога.

Продуктивное разрешение конфликта происходит только в том случае, когда будущий специалист осуществляет тщательный анализ причин, мотивов, приведших к создавшейся ситуации, целей, вероятных исходов конкретного межличностного столкновения, участником которого он оказался. Способность педагога быть при этом объективным является показателем не только его профессионализма, но и ценностного отношения к подросткам.

Универсальных способов разрешения разнообразных по своей направленности и характеру межличностных конфликтов не существует. Одним из условий их преодоления является учет возрастных особенностей подростков, так как формы конфликтного взаимодействия педагога и несовершеннолетнего и способы разрешения их конфликта во многом определяются возрастом обучаемых.

Кроме агрессивного поведения известна и такая форма девиантного поведения, как зависимое (аддиктивное) поведение. Этот вид отклоняющегося поведения связан со злоупотреблением чем-то или кем-то в целях саморегуляции и адаптации.

Очевидно, что отклоняющееся поведение является одним из проявлений социальной дезадаптации. Говоря о детско-подростковой дезадаптации, необходимо уточнить категории детей, которые подвержены этому процессу. Как правило, это дети школьного возраста, не посещающие школу, а также социальные сироты: действительность такова, что в силу ограниченности мест в детских домах, дети месяцами ждут очереди для помещения их в детский дом, живя в приютах, где количество мест также ограничено, или с родителями, лишенными родительских прав, не имея нормальной еды, одежды, подвергаются физическому, психологическому, сексуальному насилию.

Как показывают наблюдения, девиантное поведение вначале всегда бывает немотивированным. Подросток, как правило, хочет соответствовать требованиям общества, но по каким-то причинам (конституциональные факторы, социальные условия, неумение правильно определить свои социальные идентичности и роли, недостаток материальных ресурсов, плохое овладение нормальными способами социальной адаптации и/или преодоления трудностей) он не может этого сделать. Это отражается в его самосознании и толкает на поиски в других направлениях. Одним из таких направлений пред-

стает существование девиантных сверстников (Кэп-лан Г., Джонсон Р., Бэйли К., 1987), ибо наличие девиантной группы, во-первых, облегчает совершение девиантных действий (тем более, если личность к ним внутренне готова), во-вторых, обеспечивает психологическую поддержку и поощрение за участие в таких действиях, в-третьих, уменьшает эффективность личных и социальных контрольных механизмов, которые могли бы затормозить проявление девиантных наклонностей. В итоге образуется порочный круг – девиантные поступки увеличивают привлекательность совершающего их подростка для других, которые принимают такой стиль поведения; с другой стороны, подросток привлекает внимание, интерес к себе, совершая антинормативные поступки и т.д. Вместе с тем, девиантные поступки усиливают потребность подростка в социальном одобрении группы, особенно если он вырос в нормальной среде, где такие действия осуждаются. Наконец, девиантные действия вызывают отрицательное отношение к санкции со стороны «нормальных» других, вплоть до исключения девиантного подростка из общения с ними. Это социальное отчуждение способствует активизации общения подростка с девиантной средой, уменьшает возможности социального контроля и способствует дальнейшему усилению девиантного поведения и склонности к нему.

Личность педагога в такой ситуации играет немаловажную роль. При правильном и своевременном вмешательстве учителя можно помочь выйти подростку из «роли», которая его тяготит и дать переоценку своим поступкам. В такой момент подросток нуждается в моральной поддержке и укреплении веры в свои силы. Учитель, который морально не готов и не настроен на такую работу, может лишь усугубить этот процесс, и тогда принятая подростком «роль» может перерасти в сущность личности, в его образ жизни, что очень опасно как для самого подростка, так и для

общества. В этой ситуации так необходима развитость педагогических умений, которые соответствуют разным позициям педагогов, где «профессиональные педагогические позиции – это устойчивые системы отношений учителя (к ученику, к себе, к коллегам), определяющие его поведение».

Знания стадий развития учебной дезадаптации и их характерных особенностей порождает у педагогов определенный подход к работе с детьми с девиантным поведением и позволяют им своевременно и правильно организовать профилактическую и коррекционную работу с этой группой детей с учетом их индивидуальных и возрастных особенностей.

Анализируя вышесказанное, можно отметить, что отклоняющееся поведение имеет сложную природу, обусловленную различными факторами, находящимися в сложнейших взаимодействиях и взаимовлияниях:

- проявление «аномии», т.е. несогласованности между целями, выдвигаемыми обществом, и средствами, которые оно предлагает для их достижения;
- наличие в обществе социального неравенства;
- нарушение соответствующих возрасту социальных норм и правил поведения, характерных для микросоциальных отношений;
- специфическое сочетание черт характера и т.д.

Таким образом, девиантное поведение представит как нормальная реакция на ненормальные для детей или группы подростков условия (социальные или микросоциальные), в которых они оказались, и в то же время как язык общения с социумом, когда другие социально приемлемые способы общения исчерпали себя или недоступны. Необходимость формирования деонтологической готовности будущих педагогов к работе с детьми девиантного поведения созревает в реальном процессе подготовки будущих специалистов.

УДК 159.9.018.6+159.99+613.86

ААÑÈÐÈ ÌÒÈÁÍ Û É ÀÌÀÈÈÇÝÁÎ-ÈÄÁÍÒÈ× Í ÌÑÒÈÑÀ Ì ÈÄÁÍÒÈÒÈÈÀÒÈÈ
Ó ÈÈÖ Á Á ÎÇÐÀÑÒÁ 9-13 ÈÁÒ
(ñîîáóáèà 1)

Ю.А. Россинский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), директор центра психотерапии и психологической поддержки (г. Павлодар)

Проблема неудовлетворительной личностной адаптации в современном обществе является крайне актуальной и выражается в мировых трендах роста распространённости случаев химической зави-

симости, суицидального поведения, а также ухода человека в деструктивные социально-опасные группы – экстремистские, террористические группы, секты и пр. (Катков А.Л., 2010-2012).

Адаптационный потенциал личности, определяющий его способность нормативного существования в обществе в кризисные периоды, в том числе антинаркотическую, антисуицидальную устойчивость – нормативно-социальную устойчивость – по сути, является основным индикатором развития психологического здоровья индивида. Уровень развития психологического здоровья тождественен уровню зрелости личности индивида. Согласно теории психосоциального развития личности Эрика Эриксона, эго-идентичность, формирующаяся к возрасту 18-19 лет, является показателем номинальной личностной зрелости (Erikson E.H., 1968, Эриксон Э., 1996). Однако в современной клинической медицине и психологии проблемой является дефицит объективизированных критериев и инструмента оценки свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности, в том числе индикаторов процесса эго-идентичности индивида. Особенно важным представляется возможность оценки эго-идентичности как динамического процесса в разные периоды развития индивида.

Как уже было отмечено выше, эго-идентичность должна окончательно сформироваться к возрасту 18-19 лет. Соответственно и наиболее полный ряд признаков, свидетельствующих о полноценной эго-идентичности, проявляет себя в этой возрастной группе. Однако крайне важным представляется возможность оценки признаков, свидетельствующих о процессе эго-идентификации в более ранних возрастных группах. Это необходимо для ранней диагностики дефицита или дисфункций процесса формирования эго-идентичности. С нашей точки зрения, эту задачу возможно решить с помощью дескриптивного анализа развития индивида в разных возрастных группах в контексте психогенетической модели Ю.В. Валентика. Ниже приводится описание поведенческих индикаторов процесса эго-идентичности у детей в возрасте 9-13 лет.

Í î ð ì à ò è à í ù é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä ä ñ í î â»

Í î ð ì à ò è à í ù é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä ä ñ í î â»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - телесное» является знание своих телесных потребностей, способность узнавать их актуализированное состояние и своевременно их удовлетворять в социально-приемлемой форме. Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Признаками полноценной идентификации личностного статуса «Я - телесное» в этом возрасте могут являться следующие формы поведения:

- у таких детей адекватная самооценка своего тела и своей внешности;
- такие дети считают, что они достаточно красивы, симпатичны;

- в целом им нравится их тело и их внешность;
- для них уже важны некоторые аспекты телесной гигиены и эстетики, например, у них уже сформирована привычка чистить зубы, следить за своей причёской, внешним видом и пр. Они, как правило, опрятны и аккуратны.

Í î ð ì à ò è à í ù é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä ä í î â»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - ребёнок», является эмоциональная независимость от родителей и других значимых, авторитетных лиц. Такие люди при принятии решения или решении важных жизненных вопросов, как правило, ориентируются на собственные представления, мнения, решения, а не на решения родителей или других влиятельных взрослых людей. Идентичность данного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. А в этом возрасте эмоциональная зависимость от родителей и других взрослых лиц является нормой. Если они сталкиваются с настойчивым мнением родителя или влиятельного взрослого, которое противоречит их собственному мнению, они будут принимать это мнение.

Í î ð ì à ò è à í ù é ñ ò à ò ó ñ «β - ä ä í ä ä ð í î â»

Основной чертой полноценной идентификации себя в гендерном аспекте является адекватное восприятие себя и других людей по половой принадлежности и адекватная сексуально-социальная роль. Такие люди с одинаковым уважением, равноценно относятся к лицам, как своего, так и противоположного пола. Для таких детей возрастной нормой формирующейся идентификации себя в гендерном аспекте будет являться адекватное восприятие себя и других сверстников по половым особенностям. Такие дети способны хорошо общаться со сверстниками, как своего, так и противоположного пола, могут хорошо играть с представителями разного пола. Мальчики окончательно утверждают и предпочитают мужские варианты самореализации и времяпровождения: мужская одежда и аксессуары, мужские игры и игрушки. Девочки, соответственно, утверждают и предпочитают женские варианты. Девочки в большей степени начинают интересоваться косметикой, украшениями и модными вещами. У мальчиков отсутствуют запреты на проявление эмоций и интересов, они не считают зазорным или постыдным заплакать, общаться с девочкой. Среди друзей таких детей могут быть дети противоположного пола, однако, большинство друзей одноименного пола.

Í î ð ì à ò è à í ù é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä ä ð í î â»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - партнёр» является адекватная мотивация иметь семью. У детей данного возраста этот статус ещё никак не проявляет себя, так как период его идентификации приходится на возраст 14-19 лет.

Í î ð ì à ò è à í ù é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä ä è ð ä ä ü ï»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - родитель» является осоз-

нанное желание родить ребенка, любить его, заботиться о нем и воспитывать его. У детей данного возраста этот статус еще никак не проявляет себя, так как период его идентификации приходится на возраст 14-19 лет.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ò ñ : «β - ì ð ì ò à ñ ñ è ì í à è»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - профессионал» является определение в профессии, регулярная трудовая деятельность и ответственное отношение к работе. Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Возрастной нормой этого периода формирующейся идентификации нормативного личностного статуса «Я - профессионал» является тот факт, что дети, как правило, не имеют проблем с обучением в школе. Им интересно учиться, они ответственно относятся к учебе и выполнению домашних заданий и их не нужно контролировать.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ò ñ : «β - ä ð ó à í é»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - другой/Я - член группы» является восприятие себя, как представителя какой-либо культуры или социальной группы и других людей, представляющим эту же или другую культуру или социальную референтную группу по принципу «равный – равному». Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Для таких людей характерно толерантное и уважительное отношение к людям, отличающимся от них самих по своей культуральной принадлежности (этно-национальной, религиозной, идейной и пр.) и культуральной приверженности. Для них совсем нехарактерна межэтническая, межнациональная, межрелигиозная напряженность и дискриминация. Они принимают и придерживаются принципа: «Плохих культур не бывает, культуры бывают разные». Признаком полноценной идентификации нормативного личностного статуса Я-другой в этом возрасте является адекватное и дружеское восприятие людей с различными этническими, национальными и религиозными особенностями отличными от собственной принадлежности. Они также адекватно равно относятся к людям с ограниченными физическими (инвалидам) и социальными (нищим) возможностями. Такие дети не разделяют детей и взрослых по социальному статусу, как правило, принимают сверстников из другого социального уровня. Для их дружбы это не имеет никакого значения.

Í î ä ä ä ä í - à ñ è è à è í à è è à ò ì ð ù í à è è - è ÿ ì ð è ç í à è í à í à í è í î ó à í í é ñ à ì í è ä ä í ò è ò è è à ò è è - ä è ò ð ó ç è è ý à í - è ä ä í ò è - ì ñ ò è - ó ä ä ó ä é á â í ç ð à ñ ò à 9-13 è ä ò

Наличие проблем в одном или в нескольких нормативных личностных статусах при удовлетворительной общей социальной адаптации свидетельствует о диффузии эго-идентификации – неполноценной

самоидентификации. Ниже перечислены те нормативные личностные статусы и возможные проблемы, которые могут быть индикаторами «рисков» эго-диффузии – неполноценной самоидентификации для данной возрастной группы. Необходимо понимать, что необязательно должны присутствовать все нижеперечисленные индикаторы. Могут присутствовать один или несколько индикаторов.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ò ñ «β - ò ä è ä ñ í í à»

Признаками возможного нарушения идентификации личностного статуса «Я - телесное» в этом возрасте могут являться следующие формы поведения. Для таких детей может быть характерной неадекватная (чаще заниженная) самооценка своего тела и своей внешности. Такие дети могут считать, что они недостаточно красивы или недостаточно симпатичны, им в целом может не нравиться их тело и их внешность. Для них может быть ещё не столь важен вопрос гигиены и эстетики. У них, например, может ещё не сформироваться стойкая привычка чистить зубы, следить за своей прической и пр. Они иногда могут позволить себе быть неопрятными.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ò ñ «β - ð ä ä , í î è»

В этом возрасте эмоциональная зависимость от родителей и других взрослых лиц является нормой. Если такие дети сталкиваются с настойчивым мнением родителя или влиятельного взрослого, которое противоречит их собственному мнению, они будут принимать это мнение. Возможными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - ребёнок» для этого возрастного периода может являться чрезмерно повышенная привязанность к родителю, чрезмерно повышенная зависимость от мнения родителя, либо потребность дистанцироваться от общения с родителями и протестно-агрессивные формы выражения своего несогласия с родителем.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ò ñ «β - ä ä í ä ä ð í í à»

Признаками возможного нарушения идентификации личностного статуса «Я - гендерное» для данной возрастной группы может являться нарушение в восприятии сверстников противоположного пола при адекватном восприятии себя в гендерном аспекте. Такие дети могут хорошо играть со сверстниками своего пола, но испытывать затруднения в общении со сверстниками противоположного пола. Это может проявляться в неприятии сверстников противоположного пола от избегания и игнорирования до протестных форм. Если эти дети испытывают симпатии или интерес в общении со сверстником противоположного пола, то они могут стесняться этого факта, скрывать его, при общении с друзьями склонны отрицать этот факт.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ò ñ «β - ì ð ì ò à ñ ñ è ì í à è»

Возможными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - профессионал» для данной возрастной группы может являться тот факт, что у таких детей могут возникать проблемы с учё-

бой. У них могут возникать проблемы с самоконтролем при выполнении домашних заданий. Они могут просто забыть выполнить домашнее задание. Такие дети лучше справляются с выполнением домашнего задания, если родители осуществляют контроль.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - äðóáíé»

Возможными признаками нарушения идентификации нормативного личностного статуса «Я - другой» в этом возрасте могут являться: наличие комплекса неполноценности в отношении собственной этнической, национальной, религиозной или социальной принадлежности. Такие дети могут переживать по поводу того, что родители не занимают какого-либо положения в обществе. Могут стесняться социального положения или других особенностей своих родителей. Также может проявляться недоверие или признаки предвзятого отношения к отдельным людям и сверстникам, имеющим другие этнические, национальные, религиозные, физические или социальные особенности. Например, ребёнок может дружить с ребёнком-инвалидом или ребёнком из другого социального уровня, но стесняться этой дружбы в некоторых ситуациях.

Í î ä ä ä ä í ÷ ä ñ è è à è í ä è è à ò ð ù í á î í è í î ä á í í é ñ à - ì í è ä ä í ò è ò è è à ò è è - ä è ò ó ò è è ý ä í - è ä ä í ò è ÷ í î ñ è - ó ä ä ó ä é ä â î ç ð ä ñ ò ä 9-13 è ä ò

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ò ä ä ä ñ í í ä»

Признаками явного нарушения идентификации личностного статуса «Я - телесное» для детей данного возраста являются следующие формы поведения. У таких детей уже сформирована неадекватная (чаще заниженная) самооценка своего тела и своей внешности. Такие дети считают, что они некрасивые, несимпатичные. Им в целом не нравится и не устраивает их тело и их внешность. Часто они смущаются своей внешности. Также признаками явного нарушения данного личностного статуса может являться тот факт, что для них вопрос гигиены и эстетики не является важным и значимым. У них, например, может быть ещё не сформирована стойкая привычка чистить зубы, следить за своей причёской и пр. Они регулярно или часто позволяют себе быть неопрятными, неряшливыми. И ответственность за их опрятный вид, часто переходит к их родителям.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä á , í í è»

Признаками явного нарушения идентификации личностного статуса «Я - ребёнок» для этого возрастного периода являются крайняя привязанность к родителю и крайняя зависимость от мнения родителя. Такие дети часто застенчивы, в компании других, особенно незнакомых или малознакомых детей, чувствуют себя дискомфортно или неуверенно, если рядом нет родителя или взрослого опекуна. Поэтому они предпочитают индивидуальные игры групповым интерактивным играм. Они не могут определиться в том, что они хотят носить, надевать, у них полностью отсутствует собственное мнение

на этот счёт. Противоположное поведение – выраженная потребность дистанцироваться от общения с родителями и минимизировать времяпровождение с родителями – также является признаком нарушения идентификации данного личностного статуса. Такие дети чувствуют себя дискомфортно в общении с родителями. Особенно это может проявляться у усыновленных детей. У таких детей могут отмечаться активно-протестные, агрессивные формы выражения своего несогласия.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ä ä í ä ä ð í í ä»

Основной чертой нарушения идентификации себя в гендерном аспекте в данной возрастной группе является неадекватное восприятие себя и/или других сверстников по половым особенностям. Такие дети либо не принимают вовсе, либо испытывают крайние затруднения в общении со сверстниками противоположного пола. Причиной могут быть выраженное смущение, протест, агрессивное отношение, избегание. Часто проявляются неадекватные когнитивные установки. Например, мальчик может считать, что дружить/общаться с девочками нельзя или постыдно. Такие дети избегают контактов со сверстниками противоположного пола, могут высмеивать других детей, кто дружит со сверстниками противоположного пола. Или мальчикам запрещается плакать. Может отмечаться и следующий вид нарушений, когда ребёнок не может общаться, играть со сверстниками своего пола. Девочки, например, играют или дружат в основном с мальчиками и у них не получается дружить с девочками. И наоборот, мальчики в основном играют с девочками или предпочитают девчочковые увлечения и не могут играть с мальчиками, мужские игры им не интересны.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ì ð í ð ä ñ ñ è í í à è»

Признаками явного нарушения идентификации личностного статуса «Я - профессионал» для данной возрастной группы являются проблемы с обучением в школе. Такие дети, как правило, имеют проблемы со школьной успеваемостью. Они часто ходят в школу не подготовленными, не выполнив домашнего задания. Они нуждаются в постоянном контроле. Лучше справляются с выполнением домашнего задания совместно с родителем. В данном случае наказания не являются эффективными. У них в выраженной степени отсутствует способность к самоорганизации.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ä ð ó ä í é / β - ÷ è ä í ä ð ó í í ú»

Признаками явного нарушения идентификации нормативного личностного статуса «Я - другой» в этом возрасте являются: наличие стойкого комплекса неполноценности в отношении собственной этнической, национальной, религиозной или социальной принадлежности или неадекватное и/или предвзятое, вплоть до враждебного восприятие людей с различными этническими, национальными, религиозными физическими или социальными особенностями.

ностями, отличными от собственных. Такие дети переживают по поводу того, что родители не занимают какого-либо положения в обществе, стесняются этого, часто скрывают от сверстников или искажают эту информацию. Они даже могут ставить в упрек собственным родителям тот факт, что у его/её друзей родители занимают какой-либо пост или

имеют какой-либо значимый социальный статус. Такие дети также неадекватно, предвзято или враждебно относятся к людям с ограниченными физическими (инвалиды) и социальными (нищие) возможностями. Они не желают или отказываются дружить с ребёнком-инвалидом, или ребёнком из другого социального уровня.

Список использованной и рекомендуемой литературы:

1. *Áíáíúáá* Á.Á. *Íñèðéíáè-áñèáÿ ñòðóèðòðà è-é-ííñð è àá ñòáííááíèà á íðíòáññà èíáèèáòáèííáí ðàçàèðèÿ -áéíááè / Á.Á. *Áíáíúáá // Íñèðéíáèÿ è-é-ííñð è. -* Ò.2. *Òðáñð ííàðèÿ. -* Ñàíàðà: *Èçäàðáèíèèé* Áíí «*Ááððàð-Ì*», 2002. - *Ñ. 7-95.**
2. *Ááðíñ* Ð. *Ðàçàèðèà ß-éííóáíðè è áíñíèðáíèà / Ð. Ááðíñ / *Íáð. ñ áíáè. -* *Ì.:* *Èçä-áí «Íðíáðáññ», 1986. - 424 ñ.**
3. *Áíðáí* Í.Á., *Èàðéíá* Á.È., *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Ðáííÿÿ íðíðèèàèðèè è íáíáèèèðàðèÿ áíèííóò ííèéíé íáðèííáíèè. -* 2005 - 288 ñ.
4. *Áàèáíðèé* *Ð.Á.* *Ðàáàèèèðàðèÿ á íáðèéíáèè: Ó-áá. ííñíáèà / Ð.Á. *Áàèáíðèé. -* *Ì.:* *Íðíáðáññèáíúá* *Áéííáèèèíèèà* *Òáóííéíáèè, 2001. - 36 ñ.**
5. *Áàèáíðèé* *Ð.Á.* *Ìèðáíè ññèðíðáðáíèè á íáðèéíáèè / Ð.Á. *Áàèáíðèé // Èàèèèè íí íáðèéíáèè. -* *Èçä. 3-á / *Íáðáá. Í.Í. Èááíðà. -* *Ì.:* *Íááíðáèèèèà, 2001. -* *Ñ. 295-309.***
6. *Áàèáíðèé* *Ð.Á.* *Ðóéíáíñðáíí ñí ðááàèèèðàðèè áíèííóò ñ çàáèñèííðòíð ñ ð ññèðíáèèðáííó áá-ùáñðà / Ð.Á. *Áàèáíðèé, Í.Á. Ñèðíðà. -* *Ì.:* *Èèðáðà-2000, 2002. - 256 ñ.**
7. *Èàðéíá* Á.È. *Òáíðèÿ è íðáèèèèà óíðíèðíáíèà íñèè-áñèíáí çáíðíáÿ íáñáèáíèÿ / Á.È. *Èàðéíá. -* *Èíñðáíáè, 1998. - 268 ñ.;**
8. *Èàðéíá* Á.È., *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Èííóáíðèÿ ññèðíáèè-áñèíáí çáíðíáÿ - áíðèèíáèèè-áñèíé óñðíé-èáíñðè // *Æ. Áííðíñú íáðèéíáèè Èàçàñðàíá. -* *Íááèíáð, 2004. -* Ò. IV, *Ñíáèèèííé ááíóñè, ííñáÿ áí-íúé II ñúáçáó ññèèàððíá, íáðèéíáíá, ññèðíðáðáíáð íá Ðáñíóáèèèè Èàçàñðàíá. -* *Ñ. 26-41.**
9. *Èàðéíá* Á.È., *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Íðááèáíèà èá-áñðááííóò íáðáíáððíá èíáèèáòáèííáí è ñíòèèèíí-áí ññèè-áñèíáí çáíðíáÿ (íí ðàçóèùðàðáí èíííèííáí èññèáíáíèÿ íáñáèáíèÿ Ðáñíóáèèèè Èàçàñðàíá) // *Æ. Áííðíñú íáíðáèííé íáèèèííé è ÿéíéíáèè. -* *Ìíèèá -* *Íááèíáð, 2003. -* Ò. IÖ, *1 4. -* *Ñ. 102-107.**
10. *Èðáèá* Á. *Íñèðéíáèÿ ðàçàèðèÿ / Á. Èðáèá. -* *ÑÍá.:* *Èçä-áí «Íèðáð», 2000. - 992 ñ.;*
11. *Ìÿñèúáá* Á.Í. *Ñòðóèðòðà è-é-ííñð è íðííðáíèà -áéíááè è ááèèðáèðáèííðè / Á.Í. *Ìÿñèúáá // Íñèðéíáèÿ è-é-ííñð è. Òðáñð ííàðèÿ. -* Ò.2. - *Ñàíàðà: Èçä. Áíí «Ááððàð-Ì», 2002. -* *Ñ. 223-227.**
12. *Ðáèñ* Ó.Ó. *Íñèðéíáèÿ ííáðíñðèíáíèè è ñííðáíèíáí áíçäáñðà / Ó.Ó. *Ðáèñ. -* *ÑÍá.:* *Èçä-áí «Íèðáð», 2000. -* *Ñ. 40-41.**
13. *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Íñèðéíáè-áñèíá, ññèè-áñèíá è ñííáðè-áñèíá çáíðíáÿ èàè áñíáèðò è íððáðáè-ííáí çáíðíáÿ è èðçíá-áíèáá «ííáðáíè-ííé» ññèèàððèè è íáðèéíáèè // *Æ. Áííðíñú íáíðáèííé íáèèèííé è ÿéíéíáèè. -* *Ìíèèá -* *Íááèíáð, 2003. -* Ò. IÖ, *1 1. -* *Ñ. 79-83.**
14. *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Èííóáíðèÿ ðàçàèðèÿ ññèðíáèè-áñèíáí çáíðíáÿ è ñððáðáèè ðàçàèðèÿ áíðèíáè-éíðè-áñèèè óñðíé-èáíñðè è-é-ííñðè // *Íáðèéíáèÿ. -* 2003. - *1 8. -* *Ñ. 2-4.**
15. *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Èííóáíðèÿ ðàçàèðèÿ ññèðíáèè-áñèíáí çáíðíáÿ è ñððáðáèè ðàçàèðèÿ ñáíèñðá áíðèíáèè-áñèíé óñðíé-èáíñðè è-é-ííñðè / *Áàáíáñÿ-íúé íáð-íí-íðáèè-áñèèè æóðíáè «Íñèðíðáðá-íèÿ». -* *Ìíèèá, 2003. -* *1 7.**
16. *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Áçàèííáÿçè íðááèáííóò ðèñíéíá íáðèííáíèè ññèðíáèè-áñèè è çáíðíáÿ // *Æ. Áííðíñú íáíðáèííé íáèèèííé è ÿéíéíáèè. -* *Ìíèèá -* *Íááèíáð, 2004. -* Ò. Ö, *Ñíáèèèííé ááíóñè, ííñáÿ áííúé ááñÿðèèàðè ðæóðíáè «Áííðíñú íáíðáèííé íáèèèííé è ÿéíéíáèè». -* *Ñ. 92-94.**
17. *Ðíññèíñèé* *Ð.Á.* *Áèááííðèèà è èíðáèèè ááñíèèð íáááí-áñèèð ðèñíéíá ñðáèè ááðáè è ííáðíñð-éíá // *Íáðáðáèííé Áðíðíé èííóáðáíèèè íí áííðíñáí ÁÈ×ÑÍÈÈÀ á Áíðí-ííé Ááðííá è Òáíðáèííé Áçèè, *Ìíèèá, 3-5 íáÿ 2008.***
18. *Óúáèè* È. *Òáíðèè è-é-ííñðè (ííííáíúá ííèíæáíèÿ, èññèáíáíèèÿ è íðèíáíèèà) / È. Óúáèè, Á. Çèáèè. -* *ÑÍá.:* *Íèðáð *Íðáññ, 1997. - 608 ñ.**
19. *Ýðèèííé* Ý.Á. *Ááðñðáí è íáúáñðáí. -* *Èçä. 2-á, íáðáðáá. è áíí. / *Íáð. ñ áíáè. -* *ÑÍá.:* *Èáíàðí, АСТ, Óííá «Óíèááðñèðáðñèáÿ èíèá», 1996. - 592 ñ.**
20. *Ýðèèííé* Ý. *Æèçíáííúé èèè: ÿíèáííáç èááíðè-ííñðè / Ý. *Ýðèèííé // Íñèðéíáèÿ è-é-ííñðè. Òðáñð ííàðèÿ. -* Ò. 1. - *Ñàíàðà: Èçä. Áíí «Ááððàð-Ì», 2002. -* *Ñ. 305-348.**
21. *Ð íá È. Í ñòáííááíèè è-é-ííñðè / È. *Ð íá // Íñèðéíáèÿ è-é-ííñðè. Òðáñð ííàðèÿ. -* Ò.1. - *Ñàíàðà: Èçä. Áíí «Ááððàð-Ì», 2002. -* *Ñ. 128-155.**
22. Erikson E.H. *Identity: Youth and crisis / E.H. Erikson. -* New York: Norton, 1968.
23. Erikson E.H. *Life cycle / E.H. Erikson // International Encyclopedia of the Social Sciences. -* New-York: Crowell Collier & Macmillan, 1970. - V. 9. - P. 286-292.

**ΑΑΝΕΕΕ ΙΟΕΑΙ Ū Ε ΑΙΑΕΕÇ ΥΑΙ-ΕΑΑ ΙΟΕ× Ι ΙΝΟΕ/ΝΑ Ι ΙΕΑΑ ΙΟΕΟΕΕΑΟΕΕ
Ο ΕΕΟ Α Α Ι ÇΑΝΟΑ 14-18 ΕΑΟ
(ñîîáùáíèà 2)**

Ю.А. Россинский

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), директор центра психотерапии и психологической поддержки (г. Павлодар)

Проблема неудовлетворительной личностной адаптации в современном обществе является крайне актуальной и выражается в мировых трендах роста распространённости случаев химической зависимости, суицидального поведения, а также ухода человека в деструктивные социально-опасные группы – экстремистские, террористические группы, секты и пр. (Катков А.Л., 2010-2012).

Адаптационный потенциал личности, определяющий его способность нормативного существования в обществе в кризисные периоды, в том числе антинаркотическую, антисуицидальную устойчивость – нормативно-социальную устойчивость – по сути, является основным индикатором развития психологического здоровья индивида. Уровень развития психологического здоровья тождественен уровню зрелости личности индивида. Согласно теории психосоциального развития личности Эрика Эриксона, эго-идентичность, формирующаяся к возрасту 18-19 лет, является показателем номинальной личностной зрелости (Erikson E.H., 1968, Эриксон Э., 1996). Однако в современной клинической медицине и психологии проблемой является дефицит объективизированных критериев и инструмента оценки свойств психологического здоровья, определяющих адаптационный потенциал личности, в том числе индикаторов процесса эго-идентичности индивида. Особенно важным представляется, возможность оценки эго-идентичности как динамического процесса в разные периоды развития индивида.

Как уже было отмечено выше, эго-идентичность должна окончательно сформироваться к возрасту 18-19 лет. Соответственно и наиболее полный ряд признаков, свидетельствующих о полноценной эго-идентичности, проявляет себя в этой возрастной группе. Однако крайне важной представляется возможность оценки признаков, свидетельствующих о процессе эго-идентификации в более ранних возрастных группах. Это необходимо для ранней диагностики дефицита или дисфункций процесса формирования эго-идентичности. С нашей точки зрения, эту задачу возможно решить с помощью дескриптивного анализа развития индивида в разных возрастных группах в контексте психогенетической модели Ю.В. Валентика. Ниже приводится описание поведенческих индикаторов процесса эго-идентичности у детей в возрасте 14-18 лет.

Ī îääáí ÷ añèèà ĩðèçíàèè ĩ îë í îöáí í îé ñà ĩ î-èääíòèòèèàòèè/ýáí-èääíòè÷ ĩ îñòè ó ääóáé á âîçðà-ñòà 14-18 èâò

Í îðí à ò è á í ũ é ñ ò à ò ó ñ «β - ò ä è ñ ñ í î á»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - телесное» является знание своих телесных потребностей, способность узнавать их актуализированное состояние и своевременно их удовлетворять в социально-приемлемой форме. Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Для лиц данного возраста признаками процесса идентификации являются следующие формы поведения. Для таких детей присуща адекватная самооценка своего тела и своей внешности. Это, пожалуй, наиболее важный признак для этого возраста, так как данные дети находятся в периоде пубертата, и у некоторых из них может появляться недовольство своей телесной внешностью. Такие дети считают, что они достаточно красивы или симпатичны, им в целом нравится их тело и их внешность. Они уже знают о своих сексуальных потребностях и имеют адекватные представления о сексуальной жизни. Некоторые из них уже имеют постоянного сексуального партнера (после 16-ти лет). У них отсутствует табу на исследование и удовлетворение собственной сексуальности. Для них важен вопрос гигиены и эстетики. Они уделяют достаточное внимание своей внешности. Хотя возрастной нормой в этом периоде является повышенное внимание к своей внешности. Они опрятны, чистоплотны, следят за модой, умело пользуются косметикой. Незначительное злоупотребление косметикой также является возрастной нормой в данном периоде.

Í îðí à ò è á í ũ é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä á , í î é»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - ребёнок», является эмоциональная независимость от родителей и других значимых авторитетных лиц. Такие люди при принятии решения или решении важных жизненных вопросов, как правило, ориентируются на собственные представления, мнения, решения, а не на решения родителей или других влиятельных взрослых людей. Они сами решают, кем им быть в профессии, в какое учебное заведение поступать, где учиться, с кем дружить, за кого выходить замуж или на ком жениться. Идентичность данного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. А в этом возрасте эмоциональ-

ная зависимость от родителей и других взрослых лиц является нормой. Если они сталкиваются с настойчивым мнением родителя или влиятельного взрослого, которое противоречит их собственному мнению, они будут принимать это мнение. Хотя возрастной нормой данного периода является протестное поведение и яркая эмоциональная конфронтация с родителями, так называемая проблемы «Отцов и детей», но при эмоциональных эксцессах с такими детьми всегда можно найти разумный компромисс, особенно, если родители или взрослые в общении сохраняют принцип «равный – равному».

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ð à ð ó ñ «β - äáí ää ð í í à»

Основной чертой полноценной идентификации себя в гендерном аспекте является адекватное восприятие себя и других людей по половой принадлежности и адекватная сексуально-социальная роль. Такие люди с одинаковым уважением, равноценно относятся к лицам, как своего, так и противоположного пола. Для таких детей возрастной нормой будет являться способность хорошо, дружно общаться со сверстниками, как своего, так и противоположного пола. Они могут хорошо общаться с представителями разного пола. Важным признаком является принятие и уважительное отношение к субъектам противоположного пола, как к объектам социальной жизни, так и к объектам сексуальной принадлежности. Мальчики-юноши окончательно утверждают и предпочитают мужские варианты самореализации и времяпрепровождения: мужская одежда и аксессуары, мужские игры и времяпрепровождения. Возрастной нормой для мальчиков-юношей может быть некоторая гиперкомпенсация своей маскулинности. Юноши в этом возрасте часто начинают заниматься спортом, бодибилдингом, отрачивают усы, начинают курить и т.п. Девочки-девушки, соответственно, утверждают и предпочитают женские варианты. Для этого возраста характерно поведение, свидетельствующее о зарождающемся интересе и появлении первых симпатий к объектам противоположного пола. В целом, эти субъекты могут открыто проговаривать этот интерес. Хотя нормой будет также являться сокрытие от сверстников и родителей данного интереса и симпатии, особенно, если этно-культуральные нормы табуируют проявление открытых симпатий к объектам противоположного пола. Девочки-девушки в этом возрасте в большей степени начинают интересоваться косметикой, украшениями и модными вещами. У них может отмечаться повышенный интерес к косметике, украшениям, взрослым и/или модным вещам. Для девочек-девушек возрастной нормой также будет являться некоторая гиперкомпенсация своей фемининности. У них появляется потребность надевать и носить уже не детские вещи, а взрослую одежду. У некоторых из них может отмечаться в одежде и манере одеваться компенсация формирующейся женской сексуальности. Они мо-

гут перебарщивать с косметикой, носить вызывающие наряды, подчеркивающие их сексуальность (мини, обтягивающая одежда и т.п.). Нормой для мальчиков-юношей будет являться отсутствие запретов на проявление эмоций и интересов, они не считают зазорным или постыдным заплакать, общаться / «дружить» с девочкой-девушкой и т.п. У детей этого возраста уже сформированы базовые представления о том, как они должны вести себя в своём обществе, в своей культуре. Они уже понимают основные принципы, каким должен быть юноша или девушка, с присущими для этого социальными ролями и функциями.

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ð à ð ó ñ «β - ää ð ð í , ð»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - партнёр» является адекватная мотивация иметь семью. Период окончательной идентификации данного личностного статуса приходится на возраст 18-19 лет. У лиц данного возраста этот статус должен проявлять себя, как адекватную осведомленность и принятие в личностной перспективе факта создания семьи. Осознанного желания создать семью в этом возрасте ещё нет. Очень ранние браки (15-17 лет), скорее свидетельствуют о деформации или дефиците нормативных личностных статусов «Я - ребёнок» и «Я- телесное» нежели о зрелости статуса «Я - партнёр».

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ð à ð ó ñ «β - ð í ä è ð ä ä ü ï»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - родитель» является осознанное желание родить ребенка, любить его, заботиться о нём и воспитывать его. Период окончательной идентификации данного личностного статуса приходится на возраст 18-19 лет. У лиц данного возраста этот статус должен проявлять себя, как адекватную осведомлённость и принятие в личностной перспективе факта создания семьи, рождение и воспитание ребенка. Осознанное желание родить ребенка в этом возрасте еще не является нормативно-актуальным.

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ð à ð ó ñ: «β - ï ð ì ð ä ñ ñ è í í à è»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - профессионал» является определение в профессии, регулярная трудовая деятельность и ответственное отношение к работе. Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Возрастной нормой этого периода формирующейся идентификации личностного статуса «Я - профессионал» является тот факт, что эти лица, как правило, не имеют проблем с обучением в школе. Им интересно учиться, они ответственно относятся к учебе и выполнению домашних заданий и их не нужно контролировать. Они также уже имеют представления о будущей профессии и, каким образом, они будут её осваивать. То есть они уже знают, куда они будут поступать учиться после того, как закончат школу.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - äðááíé»

Основной чертой полноценной идентификации личностного статуса «Я - другой/Я - член группы» является восприятие себя, как представителя какой-либо культуры или социальной группы и других людей, представляющим эту же, или другую культуру или социальную референтную группу по принципу «равный – равному». Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Для таких людей характерно толерантное и уважительное отношение к людям, отличающимся от них самих по своей культуральной принадлежности (этно-национальной, религиозной, идейной и пр.) и культуральной приверженности. Для них совсем нехарактерна межэтническая, межнациональная, межрелигиозная напряжённость и дискриминация. Они принимают и придерживаются принципа: «Плохих культур не бывает, культуры бывают разные». Признаком полноценной идентификации нормативного личностного статуса Я - другой в этом возрасте является адекватное и дружеское восприятие людей с различными этническими, национальными и религиозными особенностями, отличными от собственной принадлежности. Они также адекватно равно относятся к людям с ограниченными физическими (инвалиды) и социальными (нищие) возможностями. Такие дети не разделяют детей и взрослых по социальному статусу, как правило, принимают сверстников из другого социального уровня. Для дружбы это не имеет для них никакого значения.

Í î ä ä ä ä í ÷ à ñ é è à è í ä è è à ò ð ù í à è è ÷ è ý ÷ ð è ç í à è í à í à í è í í ò á í í é ñ à ì í è ä ä í ò è ò è è ä ö è è – ä è ò ó ç è è ý à í - è ä ä í ò è ÷ í ñ ò è – ó ä ä ò á é á â í ç ð ä ñ à 14-18 è ä ò

Наличие проблем в одном или нескольких нормативных личностных статусах при удовлетворительной общей социальной адаптации свидетельствует о диффузии эгоидентификации – неполноценной самоидентификации. Ниже перечислены те нормативные личностные статусы и возможные проблемы, которые могут быть индикаторами «рисков» эго-диффузии – неполноценной самоидентификации для данной возрастной группы. Необходимо понимать, что необязательно должны присутствовать все нижеперечисленные индикаторы. Могут присутствовать один или несколько индикаторов.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ò ä è ä ñ í í à»

Признаками возможного нарушения идентификации личностного статуса «Я - телесное» для лиц данного возраста, могут являться следующие формы поведения. Для таких лиц может быть характерной неадекватная (чаще заниженная) самооценка своего тела и своей внешности. Это, пожалуй, наиболее важный признак для данного возраста, так как данные дети находятся в периоде пубертата, и у некоторых из них может появляться недовольство своей телесной внешностью (дисморфофобия). Такие

дети могут считать, что они некрасивые, им в целом может не нравиться их тело и их внешность, и они будут переживать по этому поводу. Они уже могут знать о своих сексуальных потребностях и иметь адекватные представления о сексуальной жизни, хотя знания на эту тему у них могут быть недостаточными. У них может присутствовать запрет на исследование и удовлетворение собственной сексуальности. Или, напротив, у них может быть чрезмерно повышено проявление сексуальности – вплоть до демонстративного поведения. Для них может быть не столь важен вопрос или актуален гигиены и эстетики. Они иногда могут позволить себе быть неопрятными или чрезмерно и безвкусно использовать косметику.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ð ä á , í î è»

Признаками возможного нарушения идентификации личностного статуса «Я - ребёнок» для этого возрастного периода может являться повышенная привязанность к родителю, повышенная зависимость от мнения родителя, либо потребность дистанцироваться от общения с родителями и протестно-агрессивные формы выражения своего несогласия. Конфликты с родителями могут носить затяжной или хронический характер. И поиски компромисса в ситуации конфликта с такими детьми будет достаточно тяжелым занятием.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ä ä í ä ä ð í í à»

Признаками возможного нарушения идентификации личностного статуса «Я - гендерное» для данной возрастной группы может являться нарушение в восприятии сверстников противоположного пола при адекватном восприятии себя в гендерном аспекте. Такие дети хорошо общаются со сверстниками своего пола, но испытывают затруднения в общении со сверстниками противоположного пола. Это может проявляться в неприятии сверстников противоположного пола от избегания и игнорирования до протестных форм общения и конфронтации. Важным признаком нормы является принятие и уважительное отношение к субъектам противоположного пола, как к объектам социальной жизни, так и к объектам сексуальной принадлежности. В этом случае может отмечаться фрагментарность в толерантном и уважительном отношении к представителям противоположного пола. Признаками неадекватной идентификации данного нормативного статуса (его диффузии) может являться тот факт, что мальчики-юноши ещё не окончательно утверждают себя в мужском варианте самореализации и времяпрепровождения (мужская одежда и аксессуары, мужские игры), а девочки, соответственно, не окончательно утверждают себя в женских вариантах самореализации. Для этого возраста характерно поведение, свидетельствующее о зарождающемся интересе и появлении первых симпатий к объектам противоположного пола. В целом, подростки могут открыто проговаривать этот интерес. Нормой также будет являться сокрытие от сверстников и родите-

лей данного интереса и симпатии, особенно, если этно-культуральные нормы табуируют проявление открытых симпатий к объектам противоположного пола. Но если эти дети испытывают симпатии или интерес в общении со сверстником противоположного пола, и сильно стесняются этого, а также активно скрывают или отрицают этот факт при общении с друзьями – это скорее будет свидетельствовать о нарушении идентификации данного личностного статуса. Девочки в этом возрасте в большей степени начинают интересоваться косметикой, украшениями и модными вещами. У них может отмечаться повышенный интерес к косметике, украшениям, взрослым и/или модным вещам. Но если девочки чрезмерно внешне проявляют сексуальную сторону своей женственности – чрезмерно пользуются косметикой, носят соответствующую одежду, то это скорее также будет свидетельствовать о нарушении идентификации данного личностного статуса, как, в том числе, и заниженный интерес к своей внешности. У мальчиков признаком нарушения идентификации данного личностного статуса может являться запрет на проявление эмоций и заинтересованности к сверстникам противоположного пола. Они считают зазорным, недостойным или постыдным заплакать, общаться с девочкой и т.п.

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ò à ð ò ñ: «β - ì à ð ò í, ð»

У лиц данного возраста этот статус должен проявлять себя, как адекватную осведомлённость и принятие в личностной перспективе факта создания семьи. Осознанного желания создать семью, в этом возрасте, ещё нет. Очень ранние браки (15-17 лет) скорее свидетельствуют о деформации или дефиците нормативных личностных статусов «Я - ребёнок» и «Я - телесное» нежели о зрелости статуса «Я - партнёр». Признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - партнёр» может являться тот факт, что эти лица еще не задумывались о том, что в будущем они будут иметь семью. Эта тема для них запретна или неактуальна.

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ò à ð ò ñ: «β - ð î ä è ò à ä ü ü»

У лиц данного возраста этот статус должен проявлять себя, как адекватную осведомлённость и принятие в личностной перспективе факта создания семьи, рождение и воспитание ребенка. Осознанное желание родить ребёнка в этом возрасте ещё не является нормативно-актуальным. Признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - родитель» может являться тот факт, что эти лица ещё не задумывались о том, что в будущем они будут иметь семью и детей. Эта тема для них запретна или неактуальна.

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ò à ð ò ñ: «β - ì ð ì ò ð ñ ñ è ì í à è»

Признаками возможного нарушения идентификации личностного «Я - профессионал» для лиц данной возрастной группы могут являться проблемы с обучением в школе/колледже, а также неопределённость в выборе профессии. У них в недостаточной

степени может проявляться интерес и ответственность к учёбе, что сказывается на школьной успеваемости. Снижение школьной успеваемости, в принципе, может быть связано не с дефицитом развития/идентификации личностного статуса «Я-профессионал», как такового, а с пубертатом и связанным с этим онтогенетическим периодом психофизиологическим стрессом. Дефицит данного личностного статуса в большей степени будет характеризовать неопределённость в будущей профессии. Эти лица ещё не окончательно определились в профессии.

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ò à ð ò ñ: «β - ä ð ó á í é»

Признаками возможного нарушения идентификации нормативного личностного статуса «Я - другой» в этом возрасте может являться наличие комплекса неполноценности в отношении собственной этнической, национальной, религиозной или социальной принадлежности. Такие дети могут переживать по поводу того, что родители не занимают какого-либо положения в обществе, стесняются социального положения или других особенностей своих родителей, а также «комплексовать» по поводу того, что они также не относятся к «золотой молодёжи». Следующим признаком деформации или депривации развития данного личностного статуса будет являться проявление недоверия или признаки предвзятого отношения к отдельным людям и сверстникам, имеющим другие этнические, национальные, религиозные, физические или социальные особенности. Например, ребёнок может дружить с ребёнком-инвалидом, или ребёнком из другого социального уровня, но стесняться этой дружбы в некоторых ситуациях.

Í î ä ä ä ä í ð ñ è è à í ú é ñ ò à ð ò ñ ð ù í á î ï è í î ó á í í é ñ à - ì í è ä ä í ò è ò è à ò è è - ä è ò ó ç è è ý ï - è ä ä í ò è ð - í ñ ò è - ó ä ä ó á é á â ç ð à ñ ò á 14-18 è à ò

Наличие проблем в пространстве одного или нескольких нормативных личностных статусов при неудовлетворительной социальной адаптации свидетельствует о явной эго-диффузии – неполноценной эго-идентификации. Ниже перечислены те нормативные личностные статусы и возможные проблемы, которые могут быть индикаторами эго-диффузии – неполноценной эго-идентификации для данной возрастной группы. Необходимо понимать, что необязательно должны присутствовать все нижеперечисленные индикаторы. Однако при явной эго-диффузии деформация или депривация развития личностных статусов будет присуща большинству из них.

Í î ð ì à ð è à í ú é ñ ò à ð ò ñ: «β - ò à è ä ñ í í à»

Признаками явного нарушения идентификации личностного статуса «Я - телесное» для детей данного возраста, являются следующие формы поведения. Для таких лиц уже сформирована неадекватная (чаще заниженная) самооценка своего тела и своей внешности. Негативное восприятие собственной внешности часто доходит до уровня дисморфо-

фобии – расстройства, характеризующегося стойкой убежденностью о внешней некрасивости / уродстве. Подростки часто воспринимают себя «гадким утенком». Необходимо понимать, что пубертат, характерный для этого возрастного периода, проявляет существующие проблемы развития и полноценной идентификации данного личностного статуса. У них существуют проблемы, связанные с развитием их сексуальной сферы. Это может быть отсутствие осведомленности и информированности в отношении сексуальной сферы жизни или запрет на исследование и удовлетворение собственной сексуальности. Или, напротив, у них может быть чрезмерно повышено проявление сексуальности, вплоть до демонстративного поведения и раннего сексуального опыта с партнёром. Также признаком неполноценной идентификации личностного статуса «Я - телесное» может являться тот факт, что для таких детей вопрос гигиены и эстетики не является важным и значимым. Они регулярно или часто бывают неопрятными, неряшливыми, нечистоплотными. Ответственность за их опрятность и чистоплотность ложится на плечи родителей или опекунов.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ð á á, í î ê»

Признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - ребёнок» для этого возрастного периода будет являться повышенная привязанность к родителю, повышенная зависимость от мнения родителя. Такие подростки в компании других сверстников, особенно незнакомых или малознакомых, чувствуют себя дискомфортно или неуверенно, если рядом нет родителя или взрослого опекуна. Они не могут определиться в том, что они хотят носить, надевать, у них полностью отсутствует собственное мнение на этот счёт. Противоположное поведение – выраженная потребность дистанцироваться от общения с родителями и минимизировать времяпрепровождение с родителями – также является признаком нарушения идентификации данного личностного статуса. Такие дети чувствуют себя дискомфортно в общении с родителями. Особенно это может проявляться у усыновленных детей. Их утомляет родительский контроль. Распределение властных полномочий в этот возрастной период являются прерогативой родителей. Такие подростки крайне эмоционально протестуют против родительского контроля подчинения родителям. У таких детей могут отмечаться активно-протестные, агрессивные формы выражения своего несогласия по отношению к родителям или другим взрослым (учителям, преподавателям и пр.). Конфликты с родителями часто носят затяжной или хронический характер. И поиски компромисса в ситуации конфликта с такими подростками является достаточно тяжёлым занятием.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ä á í ä ð í î á»

Явными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - гендерное» для данной возрастной группы является неадекватное восприя-

тие себя и/или других сверстников по половым особенностям. Такие подростки либо не принимают вовсе, либо испытывают крайние затруднения в общении со сверстниками противоположного пола. Причиной могут быть выраженное смущение, протест, агрессивное отношение, избегание. Важным признаком нормы является принятие и уважительное отношение к субъектам противоположного пола, как к объектам социальной жизни, так и к объектам сексуальной принадлежности. В этом случае может отмечаться фрагментарность в толерантном и уважительном отношении к представителям противоположного пола. На этот жизненный период приходится пубертат – половое созревание субъекта. И крайне повышенный сексуальный интерес к объектам противоположного пола является специфической чертой этого возраста. Лица с проблемами идентификации личностного статуса «Я - гендерное» будут проявлять предвзятое отношение, неуважение и неприязнь к лицам противоположного пола, являющимися объектами их сексуальных интересов, особенно в ситуациях фрустрирующих их надежды и мотивы, связанные с проявлением или удовлетворением собственной сексуальностью. Полное отрицание или отсутствия интереса и симпатий к объектам противоположного пола также является признаком нарушения идентификации данного личностного статуса. У таких подростков часто проявляются неадекватные когнитивные установки. Например, мальчик-подросток или юноша может считать, что плакать или дружить / общаться с девочками нельзя или постыдно. Они избегают контактов со сверстниками противоположного пола, могут высмеивать других детей, кто дружит со сверстниками противоположного пола. Признаками неадекватной идентификации данного нормативного статуса (его диффузии) также является тот факт, что мальчики ещё не утвердились окончательно в мужском варианте самореализации и времяпрепровождения (мужская одежда и аксессуары, мужские игры и игрушки), а девочки, соответственно, не окончательно утвердились в женских вариантах самореализации. Может отмечаться и следующий вид нарушений, когда подросток не может общаться или дружить со сверстниками своего пола. Девочки, например, играют или дружат, в основном, с мальчиками и у них не получается дружить с девочками. И, наоборот, мальчики в основном играют с девочками или предпочитают девчочковые увлечения и не могут играть с мальчиками, мужские игры им не интересны.

Í î ð ì à ò è à í ú é ñ ò à ò ó ñ «β - ì à ò ò í à ð»

У лиц данного возраста этот статус должен проявлять себя как адекватную осведомленность и принятие в личностной перспективе факта создания семьи. Осознанного желания создать семью, в этом возрасте ещё нет. Очень ранние браки (в 15-17 лет) скорее свидетельствуют о деформации или дефиците нормативных личностных статусов «Я - ребёнок»

и «Я - телесное» нежели о зрелости статуса «Я - партнёр». Признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - партнёр» может являться тот факт, что эти лица ещё не задумывались о том, что в будущем они будут иметь семью. Эта тема для них запретна или неактуальна.

Í î ð ì à ð è à í ú è ñ ð à ð ó ñ: «β - ð î à è ð à è ü»

У лиц данного возраста этот статус должен проявлять себя как адекватную осведомлённость и принятие в личностной перспективе факта создания семьи, рождение и воспитание ребёнка. Осознанное желание родить ребёнка в этом возрасте ещё не является нормативно актуальным. Признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - родитель» может являться тот факт, что эти лица ещё не задумывались о том, что в будущем они будут иметь семью и детей. Эта тема для них запретна или неактуальна.

Í î ð ì à ð è à í ú è ñ ð à ð ó ñ: «β - ï ð î ð à ñ ñ è í í à è»

Явными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я-профессионал» для данной возрастной группы являются проблемы с обучением в школе/колледже, а также неопределённость в выборе профессии. У них отсутствует интерес и ответственное отношение к учёбе. В первую очередь это сказывается на школьной успеваемости. Снижение школьной успеваемости, в принципе, может быть связано не с дефицитом развития/идентификации личностного статуса «Я - профессионал», как такового, а с пубертатом и связанным с этим онтогенетическим периодом психофизиологическим стрессом. Дефицит данного личностного статуса в большей степени будет характеризовать стойкое нежелание учиться и непонимание для чего это нужно. Также явным признаком дефицита данного личностного статуса является неопределённость в будущей профессии. Эти лица еще окончательно не определились в профессии.

Í î ð ì à ð è à í ú è ñ ð à ð ó ñ: «β - ä ð ó à í è»

Основным признаком нарушения идентификации личностного статуса «Я - другой/ Я - член группы» является неспособность воспринимать себя как

представителя какой-либо культуры или социальной группы и других людей, представляющих эту же, или другую культуру или социальную референтную группу, по принципу «равный - равному». Для таких людей не характерно толерантное и уважительное отношение к людям, отличающимся от них самих по своей культуральной принадлежности (этнонациональной, религиозной, идейной и пр.) и культуральной приверженности. Для них характерна межэтническая, межнациональная, межрелигиозная напряженность и дискриминация. Они не принимают и не придерживаются принципа: «Плохих культур не бывает, культуры бывают разные». Окончательная идентификация данного нормативного статуса должна сформироваться к 18-19 годам. Явными признаками нарушения идентификации личностного статуса «Я - другой» в этом возрасте являются: наличие стойкого комплекса неполноценности в отношении собственной этнической, национальной, религиозной или социальной принадлежности; неадекватное и/или предвзятое, вплоть до враждебного восприятие людей с различными этническими, национальными, религиозными физическими или социальными особенностями, отличными от собственных особенностей и принадлежности. Такие лица переживают по поводу того, что родители не занимают какого-либо положения в обществе, стесняются социального положения или других особенностей своих родителей, а также «комплексовать» по поводу того, что они также не относятся к «золотой молодёжи». Следующим признаком деформации или депривации развития данного личностного статуса будет являться проявление недоверия или признаки предвзятого отношения к отдельным людям и сверстникам, имеющим другие этнические, национальные, религиозные, физические или социальные особенности. Они могут испытывать неприязнь и враждебное отношение как к людям низшего социального сословия (нищим, бездомным), так и к людям, чей социальный статус гораздо выше их собственного.

Список использованной и рекомендуемой литературы:

1. *À í à í ú à à Á.Á. Í ñ è ð í è í à è - à ñ è à ý ñ ð ð ó è ð ó ð à è è - í í ñ ð è è à ñ ð à í í à è à í è à á ï ð í ð à ñ ñ à è í à è à è à ó à è ü í í à ï ð à ç à è ð è ý - à è í à à è à / Á.Á. À í à í ú à à // Í ñ è ð í è í à è ý è è - í í ñ ð è. - Ò.2. Õ ð à ñ ð í ì à ð è ý. - Ñ à ì à ð à: È ç à ð à è ü ñ è è è À í ì «Á à ð ð à ð - Ì », 2002. - Ñ. 7-95.*
2. *Á à ð í ñ Ð. Ð à ç à è ð è à β - è í í ó à ï ö è è è à í ñ ï è ð à í è à / Ð. Á à ð í ñ / Ì à ð. ñ à í à è. - Ì.: È ç à - à í « Ì ð í à ð à ñ ñ », 1986. - 424 ñ.*
3. *À í ð à í Í.À., È à ð è í à À.È., Ð í ñ ñ è í ñ è è è Ð.Á. Ð à í í ý ý ï ð í ð è à è ð è è à è í à í à à è è è ð à ð è ý à í è ü í ú ð ï è è í è í è í à ð è í ì à í è à è. - 2005 - 288 ñ.*
4. *Á à è à í ð è è Ð.Á. Ð à à à è è è ð à ð è ý à í à ð è í è í à è è: Ó - à á. ï ñ ñ í à è à / Ð.Á. Á à è à í ð è è. - Ì.: Ì ð í à ð à ñ ñ è à í ú à À è í ì à à è ð è ï ñ è à ð à ð í è í à è è, 2001. - 36 ñ.*
5. *Á à è à í ð è è Ð.Á. Ì è ð à í è ï ñ è ð í ð à ð à ï è è à í à ð è í è í à è è / Ð.Á. Á à è à í ð è è // È à è ð è è ï ì í à ð è í è í à è è. - È ç à. 3-à / Ì í à ð à à. Í.Í. È à à í ò à. - Ì.: Ì à à ï ð à è ð è è à, 2001. - Ñ. 295-309.*
6. *Á à è à í ð è è Ð.Á. Ð ó è í à í à ñ ð à í ï ð à à à è è è ð à ð è è à í è ü í ú ð ñ ç à à è ñ è ì ñ ð ï ð í ð ï ð ï ð ï ñ è ð è à í ú ð à à - à ñ ð à / Ð.Á. Á à è à í ð è è, Í.Á. Ñ è ð í ð à. - Ì.: È è ð à ð à - 2000, 2002. - 256 ñ.*
7. *È à ð è í à À.È. Ð à í ð è ý è ï ð à è ð è è à ó í ð í è ð í à à í è à ï ñ è ð è - à ñ è í à í ç à ï ð í à ú ý í à ñ à è à í è ý / À.È. È à ð è í à. - È í ñ ð à í à è, 1998. - 268 ñ.;*

8. *Éaðéíá.Ā.Ē., Ðíññéíñééé Þ.Ā. Éííðáířöý ÿñðöíēíāē-āñēíāí çáíðíāüý – áí ð è íāðēí ð è-āñēíē óñ ð íē-ēáíñð è // Ā. Áířðíñú íāðēíēíāēē Éāçāðñ ð á íā. – Íāāēíāāð, 2004. – Ò. IV, Ñíāōēāēüí ú ē áú í óñē, íñāýú áí-íú ē Þ ñúāçāó ÿñðēā ð ð íā, íāðēíēíāí, ÿñðöí ð āðāíāā ð íā Ðāñíóāēēēē Éāçāðñ ð á í. – Ñ. 26-41.*
9. *Éaðéíá.Ā.Ē., Ðíññéíñééé Þ.Ā. Í řðāāāēāíēā ēā-āñāāíí ſō íāðā íā ð ð íā ē íāēāēāóāēüí íāí ē ñíōēāēüí í-āí ÿñðē-āñēíāí çáíðíāüý (íí ðāçōēü ð ā ð ā í ē í í řēāēñííāí ēññēāííāāíēý íāñāēāíēý Ðāñíóāēēēē Éāçāðñ ð á í) // Ā. Áířðíñú íāí ð āēüííē íāēōēíú ē ýēíēíāēē. – Í ñēāā – Íāāēíāāð, 2003. – Ò. IŌ, ¹ 4. – Ñ. 102-107.*
10. *Éðāēā Ā. Íñēōíēíāēý ðāçāē ð ēý / Ā. Éðāēā. – ÑÍā.: Ēçā-āí «Í è ð āð», 2000. – 992 ñ.;*
11. *Ì ýñē ú āā Ā. Í. Ñ ð ð ē ð ð ā ē ē-íñ ð è ē í ð í í ð ā í ē ā-āēíāāēā ē āāēñ ð ā ē ð ā ē ü í ñ ð è / Ā. Í. Ì ýñē ú āā // Íñēōíēíāēý ē ē-íñ ð è. Ōðāñ ð í ā ð ēý. – Ò.2. – Ñāí ā ð ā: Ēçā. Āí í «Āāōðāō-Ì », 2002. – Ñ. 223-227.*
12. *Ðāēñ Ō. Ō. Íñēōíēíāēý ííāðíñ ð ē í ā í ā í ē ē Þ í í ð āñēíāí āíçðāñ ð ā / Ō. Ō. Ðāēñ. – ÑÍā.: Ēçā-āí «Í è ð āð», 2000. – Ñ. 40-41.*
13. *Ðíññéíñééé Þ.Ā. Íñēōíēíāē-āñēíā, ÿñðē-āñēíā ē ñí í ā ð è-āñēíā çáíðíāüā ē āē āñíāē ð ú ē í ð āāðāēü-ííāí çáíðíāüý ē ē ð çíā-āíēā ā «í íāðāíē-ííē» ÿñðēā ð ð ē ē ē íāðēíēíāēē // Ā. Áířðíñú íāí ð āēüííē íāēōē-íú ē ýēíēíāēē. – Í ñēāā – Íāāēíāāð, 2003. – Ò. IŌ, ¹ 1. – Ñ. 79-83.*
14. *Ðíññéíñééé Þ.Ā. Éííðáířöý ðāçāē ð ēý ÿñðöíēíāē-āñēíāí çáíðíāüý ē ñ ð ð ā ð āāēē ð āçāē ð ēý áí ð è í ā ð-ēí ð è-āñēēē óñ ð í ē-ēáíñ ð è ē ē-íñ ð è // Íāðēíēíāēý. – 2003. – ¹ 8. – Ñ. 2-4.*
15. *Ðíññéíñééé Þ.Ā. Éííðáířöý ðāçāē ð ēý ÿñðöíēíāē-āñēíāí çáíðíāüý ē ñ ð ð ā ð āāēē ð āçāē ð ēý ñāíēñ ð ā áí ð è í ā ð ē í ð è-āñēíē óñ ð í ē-ēáíñ ð è ē ē-íñ ð è / Ā ā ā í āñý-íú ē í ā ð-í í-í ð ā ē ð è-āñēēē ā ð í ā ē «Íñēōí ð ā ð ā-í ēý». – Í ñēāā, 2003. – ¹ 7.*
16. *Ðíññéíñééé Þ.Ā. Āçāē ð íñāýçē í ð āāāēāí ð í ſ ð ēñēíā íāðēí í ā í ē ē ñ ÿñðöíēíāē-āñēē í çáíðíāüā í // Ā. Áířðíñú íāí ð āēüííē íāēōēíú ē ýēíēíāēē. – Í ñēāā – Íāāēíāāð, 2004. – Ò. Ō, Ñíāōēāēüí ú ē áú í óñē, íñāýú ā í í ú ē āāñý ð ēēā ð ē Þ ā ð í ā ēā «Āířðíñú íāí ð āēüííē íāēōēíú ē ýēíēíāēē». – Ñ. 92-94.*
17. *Ðíññéíñééé Þ.Ā. Āēāāííñ ð ēēā ē ēíððāēōēý āúñíēēō ííāāāí-āñēēō ð ēñēíā ñðāāē āā ð ā ē ē ííāðíñ ð-ēíā // Íā ð ā ð ē ā ē ü Ā ð í ð í ē ē í í ð ā ð ā í ð ē ē í í ā í ř ð ā í Ā Ē × / Ñ Í Ē Ē ā ā Ā í ñ ð í-í í ē Ā ā ð í ř ā ē Ō ā í ð ð ā ē ü í í ē Ā ç ē ē, Í ñ ē ā ā, 3-5 í ā ý 2008.*
18. *Ōūāēē Ē. Ōāí ð ē ē ē-íñ ð è (íñííāí ſ ā í ř ē í ā ç ē ý, ēññēāāíāāíēý ē í ð è í ā í ā í ē ā) / Ē. Ōūāēē, Ā. Çēāēāð. – ÑÍā.: Í è ð ā ð Í ð āñ, 1997. – 608 ñ.*
19. *Ýðēēñíí Ý.Ā. Āā ð ñ ð ā í ē í ā ú āñ ð ā í. – Ēçā. 2-ā, íā ð ā ð ā ā. ē ā í ř. / Í ā ð. ñ ā í ā ē. – ÑÍā.: Ēāíā ð í, ACT, Ō í í ā «Ō í ē ā ā ð ñ ē ð ā ð ñ ē ā ý ē í ē ā ā», 1996. – 592 ñ.*
20. *Ýðēēñíí Ý. Āēçíāííú ē ð ē ē ē: ýí ē ā ā í ā ç ē ā ā í ð è-íñ ð è / Ý. Ýðēēñíí // Íñēōíēíāēý ē ē-íñ ð è. Ōðāñ ð í-ā ð ēý. – Ò. 1. – Ñāí ā ð ā: Ēçā. Āí í «Āāōðāō-Ì », 2002. – Ñ. 305-348.*
21. *Þ í ā Ē. Í ñ ð ā í í ā ē ā í ē ē ē-íñ ð è / Ē. Þ í ā // Íñēōíēíāēý ē ē-íñ ð è. Ōðāñ ð í ā ð ēý. – Ò.1. – Ñāí ā ð ā: Ēçā. Āí í «Āāōðāō-Ì », 2002. – Ñ. 128-155.*
22. Erikson E.H. *Identity: Youth and crisis* / E.H. Erikson. – New York: Norton, 1968.
23. Erikson E.H. *Life cycle* / E.H. Erikson // *International Encyclopedia of the Social Sciences*. – New-York: Crowell Collier & Macmillan, 1970. – V. 9. – P. 286-292.

УДК 159.99+364.022+614.256.5

**ĀĀΒŌĀĒŪÍ ÍŊŌŪ ÍĀÐĀÇÍĀĀŌĀĒŪÍ ŪŌ ÍÐÍĀÐÀ Ì Ì ÍÐÍŌĒĀÍĀĀĒŊŌĀĒĒ ÝÍĒĀĀ Ì ÈÈĀĒ ×:
ÑĒÍĀÐÍ Ì Ý Ì ÍŌĒÍĀĒŪÍ ÍĀÍĀŪĀÍÐĀÍĒĒ**

Ю.А. Россинский

д.м.н., заведующий кафедрой «Педагогика и психология» Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), консультант-тренер образовательных программ ООН в Центральной Азии

Ñēíāðí Ì ý Ì í ð ē í í ā ē ü í í ā í ā ſ ā í ð ā í ē ý

*«Ñāíðāíēā – íēā ð ā ç ā ñ í-óāñ ð ā ē ā»
Ēðēñ ð ē í ā Ì āñēā-*

Синдром эмоционального выгорания – СЭВ; burnout syndrome; the syndrome of «emotional burnout»; «staff burn-out syndrome» – состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического дистресса на работе.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «синдром выгорания – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболева-

ниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных веществ (ПАВ) с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и суицидального поведения».

СЭВ расценивается как стресс-реакция в ответ на безжалостные производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом (Лексикона психиатрии ВОЗ, 2001).

Диагностическим эквивалентом СЭВ в МКБ-10 является таксон/шифр Z73.0 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью).

Тема СЭВ обсуждается в научных кругах около 40 лет и связывается с именем американского психиатра Х. Дж. Фрейденберга, который в 1974 г. для описания психологического состояния у сотрудников служб психического здоровья, проявляющегося в виде истощения, разочарования и отказа от работы, впервые применил термин «синдром выгорания сотрудников» («staff burn-out syndrome»).

СЭВ является одной из форм профессиональной деформации. Под профессиональной деформацией следует понимать приобретение человеком в результате работы в данной профессии специфических особенностей взгляда на мир и поведения (стереотипа, привычек), которые могут проявляться не только в профессиональной деятельности, но и вне неё. Профессиональная деформация постепенно развивается из профессиональной адаптации, когда под влиянием профессии формируется новая особенность личности.

СЭВ, по мнению врачей, является клиническим синдромом с невротическим компонентом, а не только увеличением естественной усталости в результате работы. Вопрос же нозологической принадлежности синдрома остаётся открытым. Многие учёные и практики считают СЭВ психологическим эквивалентом клинического расстройства ПТСР и депрессии. В ряде случаев эквивалентом может считаться РПА или неврастения.

Главной причиной «выгорания персонала» считается психологическое, душевное переутомление от профессионально вынужденного общения и чрезмерных профессиональных обязанностей.

òðë äðóííà ðàëè ïðèä ðëñà ÑÝÁ

Все факторы риска, которые могут привести к развитию СЭВ или пограничному нервно-психическому расстройству можно разделить на три группы.

Íäðàý äðóííà – ïðèäçàíüðäáííà ðàëè ïðèä,
связанные с экстремальными условиями труда. Это те условия труда или особенности профессии, которые являются крайне энергозатратными для человека и при длительном влиянии могут вызвать расстройства его психофизиологической адаптации. В РТ наиболее распространёнными экстремальными условиями является климатический стресс – крайне высокая температура в летний период времени. Работа в резких температурных перепадах, когда на улице очень жарко, а в помещении весьма прохладно от кондиционеров, – также является экстремальным условием труда. Второй очень распространён-

ный экстремальный фактор – чрезмерная интенсивность профессиональной деятельности – повышенные рабочие нагрузки. Об этом уже говорилось выше. Существуют и другие условия труда, относящиеся к группе экстремальных. Это, например, десинхроноз (нарушение циркадных – суточных/окло-суточных ритмов), когда специалист работает ночью без права на сон; перегрузка информацией и постоянный поток нервных импульсов, поступающих в ЦНС; возможный риск – угроза для жизни/здоровья (инфицирование вирусом гепатита, ВИЧ и т.п.); неожиданность возникновения «аварийной ситуации» (резкое ухудшение здоровья пациента и возможность летального исхода) и пр.

Áð ïðàý äðóííà – èíðäðàëè äáííà ðàëè ïðèä или факторы межличностного взаимодействия. Это те условия труда или особенности профессии, которые связаны со спецификой отношения врача к пациенту или консультанта к клиенту. Во-первых – это та ситуация, когда специалист «по долгу службы» должен «дарить» пациентам или клиентам тепло своей души. Во-вторых – это избыток ситуаций, связанных с переживанием отрицательных эмоций. Например, профессиональная эмпатия – сопереживание и сочувствие со стороны специалиста по отношению к пациенту/клиенту. Если клиент испытывает душевную боль, то специалист сопереживает и, как будто, берёт на себя часть этой боли. Это очень важно для того, чтобы клиент/пациент чувствовал, что о нём заботятся. Но это очень энергозатратно и вредно для здоровья специалиста. Или же, когда, например, врач делает болезненную лечебную процедуру пациенту – он заботится о пациенте и делает ему добро, но в ответ на это он получает недовольство от самого пациента или от его родственников, или от своего начальства. Это могут быть и другие ситуации, предполагающие взаимодействие, необязательно с пациентами, но, например с руководством, администрацией, властями. Например, непризнание истинных заслуг врача, ограничение его права на свободу выбора (стиля жизни, направления научного исследования и т.п.) или несоответствие нравственно-этических требований профессии и реальной ситуации на рабочем месте. Или ограничение активности профессионала по овладению новыми знаниями, препятствие к внедрению новых технологий и прогрессивных методов, понижение социального статуса профессии (в том числе и в материальном плане), её значимости, а также семейно-бытовые проблемы. К этой катего-

рии относится и общение с «трудными» клиентами (сопротивляющимися, низко мотивированными), такими как ПИН, подростки, СР, а также общение с конфликтными родственниками. Сотрудники проектной деятельности в РТ подвержены вышеуказанным факторам, и представляют собой уязвимую группу в плане развития СЭВ и других ПДАС.

Òðàòüü àðóíüà – ýò í ïàðñíííàëüíüà (интраперсональные) факторы. Это те факторы, которые связаны с особенностями личности специалиста – с его внутренними проблемами. Например, это могут быть склонность к переживанию чувства вины или же переживание вины за какое-то событие, произошедшее в его жизни. В данном случае вина будет пе-

реживаться не только в повседневной жизни, но и в профессиональной деятельности специалиста. Ниже, как пример, приводится «Письмо ангелу»¹ одной участницы семинара-тренинга по профилактике СЭВ, проведённого в 2010 г. в городе Душанбе, в рамках проекта ЮНЭЙДС. Эта участница по профессии врач, очень опытный и компетентный специалист, человек с активной гражданской позицией. Она являлась одним из лидеров группы: всегда весёлая, чуткая, способная помочь и посочувствовать человеку. Она явно творческая личность: сама пишет стихи, много цитирует стихов из классики, хорошо поёт. Внешне, никогда не подумаешь, что у неё могут быть какие-то проблемы. Вот её «Письмо ангелу».

Íðëààò! Íó, áíò ì ù è àñòðàððèëëñíí, ì íé áííàë! ß òàë áíëáí òàáý ðñëàëè è æààëà, ÷ò íáí ðàññëàçàò òü òàáá í òíí, èàë áíëüíí è òðòáíí, éíààà ðíàëðàëë òàðþð ò ñü íà, à ñàñòðà – ëðáë ì íáí àðàòà.

Ýò í áíëí òðë àíà ì íàçàà, èàò ìí - à éííà ðëíý. Í íé àðàò ìðëø, è è íàí áíí íé ñëàëà áííèàøë. ß ááí ìíòòàëà, ñëàçàà, ÷ò í áíáñò ò ò íáí, ÷ò íáí ìíààðæàòü ðíàëðàëë, ìíí-ù è ì, ò ù áííèààøó! Íó ÷ááí òàáá íà òààòààò? Ñàñòðà èóíëà òàáá èàððòðò, ìòòò, íáñòààë! Æëàë è ðàóóëñí! Í í, ì-ááí íà ñëàçàà, ìííðíëë ááíáá. ß áíó íà ààèà, òëàçàà íà áááðü. ... Í òò ì íí áíøàë, ý ííàáæà çà íè è èðëéíóà àñëà: ìí æàò, ò ù ìñòàíàøñí, ìíí, øü ÷àð? Áðàò, íà íàëýáááñí, ìàñíóë òòéíé è áíñòðí ñíòðòëëñí ìí èáñò íèòà áíëç.

17-áí ëðíý (áá-áðí ì ò íáí áíý, éíààà íí ìðëøàë) áíëè ñàááááà àðàòëà, 24-áí - ñàááááà ì íáé áí-áðë. È íà íááëò ñàááááàò ááí íà áíëí. Í òò çàíðàððèë áíó ìíýáëýòñí òàí. Áñà ýò í áðàíý íí áíë íàëí, áçç íáñ. Á -áðàç òðë áíý íàí ñííáíëëë, ÷ò í íí òíáð...

Áëý áñàò áëý íáñ ýò í áíë òàéíé óààð è øíë. Áñë áí íí áíë ñ íàíè, ìí æàò áíòü íàøà áíëíàíëà è ëðáíáí è íáíò ñíàñë áí ááí, è íí áí æëë?

Í áòü áí ñëò ìð íááëíýàò ìòòà, ÷ò í òíò çàíðàððèë ìðëéòë áíó íà ñàááááò, áñ, áðàíý ì-áò, áíáí-ðëò: «Óíòý áí çàíá-àðëàëë íà ìèíëà». ß áí ñëò ìð íà ííàò ìðííèèòü ñàáá, ÷ò í íááòàëà, ìíòòàëà ááí. Í àíà, áñàááà áñíííèíàý ì íááí àðàòà, ì-áò è áíáíðëò: «Íáóáæë áëý íááí íà íàøéíñí áí íáííáí ìáñòà íà ñàááááà?»

ß íà ííàò ááí çàáúòü, òàéíáí áíáðíáí, ìááðíáí, òíðíøááí. Í í íëéíàà íëéííó íà çàáëííàë. Èíààà ì ù ááí ìíòòàëë, ì ù ìíýëë, èàë íí áíë áíðíà áëý íáñ. ß áñàááà áíáëëñí àðàò ì è íà áíëáñí íëéíáí, ìíòííó, ÷ò í ó íáíý áíë áðàò-çàíèòíë. Òáíáðü, áñíííèíàý áðàòà, ý áóíàð, íáñíëüéí æà íí áíë ñëüííüí - íí íááëáííí òíèðàë è æààë, éíààà ìðíëáóò ýòë ñàááááú, ÷ò íáí ñëàçàòü íàí í ñáíáé áíëáçíë. Í í íáííáë ìíòòëòü íàí ìðàçáíëë. Áíëüøá ý ááí íà áëààëà...

Áñòü íà ñàáòà èàëáý-òí ñáýçü. Ñëà æáí í áíáí òí è àðàíý ìòàëýàò, òí èë ìðëéë æààò íáñ è íáíó? Íà ííàò ìíýòü. Í í íáíí ý çíàð, ÷ò í ý ááí ì-áíí-ì-áíí ëðáëð, íà ííàò çàáúòü ááí, è íëéíàà íà çàáóóó!

Áñà ì ù çàéíí-ëëò òàà æëñëòøø øéíéò è áííà áíáíðëí ìí-òàà æëñëë. Í í áðàòíí ì ù éííàà áíáí-ðëë ìí-òòñëë. Íáíáæáí ì ù ñ íèí ñííòàëë ìóëüò òëëüí «Èíøëí áíí», è òàí áíëë ì-áíí ìááðá ñëíàà éíðáíëà éíøëà:

«Èòí çíààò, èàë ì íëðà áíáà, èàë ñòðàøáí òíëíà ëðòüé,

Òíò íà ñíàáëò íëéíàà ìðííí æò ááç ìðëðòà...»

Áðàò ìíááðíóëñý á ýòíò ìííáíò éí ííà è ñëàçàë: «Ñàñòð, íëà – ýòí áóááò íàøà òàéíà è ëëýòàà. Í ù áíëæ íá áñàááà ìíííàòü è ìíááðæààòü áðòà áðòà, ÷ò íáí íé ìðíëçíøéí, ÷ò íáí íé ñëò-ëëíñí á æççíë...».

Í ù ìíëëýëñí, è íí ñàáðæàë ñáí, ñëíáí. Í í áíë áñàááà ìíáé ìííðíë, áíðáíñòüø è ìíááðæëíé. Á ý íáðøëëà íàøò ëëýòàò è ì-áíí íá ýòíí æàëð, áñàááà ìðííóó íááí ìðííáíëý. Í í æàò áíòü, íí íáíý íà òñéúøëò, íí ááí òòíà çç æççíë çàñòààëë áñàò íáñ ñííòàòü íà æççíí ìí-áðòáííó...

С., участница тренинга, г. Душанбе. 27.10.2010 г.

Когда она прочитала своё письмо, многие участники стали говорить ей, что она стала им ещё ближе, что у них появилось еще большее уважение к ней, и что они хотят продолжать с ней общение после окончания группы. Эта женщина призналась, что она обычно не выносит наружу свои проблемы. Об этом её переживании не знал даже её муж. Она при-

зналась на группе, что когда муж случайно прочитал письмо, он заплакал и сказал ей, что он даже не мог подумать, что ей так тяжело на душе.

Подобная история вообще характерна для людей Востока. По крайней мере, те люди, с которыми довелось мне встречаться и работать, не проявляли склонность показывать свои переживания другим

¹ «Письмо ангелу» – психологическая проективная техника.

людям. В восточной культуре поощряется внешнее проявление уважения, внимания, учтивости и заботы и табуируется внешнее проявление слабости и неприязненного отношения.

Необходимо отметить, что в душе каждого жителя Республики Таджикистан (РТ) ещё не утасли раны, связанные с гражданской войной. Низкий уровень материального благосостояния также порождает многие внутри-личностные конфликты и душевные кризисы. Люди в Таджикистане в целом уязвимы в отношении наличия внутренних конфликтов и переживаний. И они в повышенной степени нуждаются в

психологической помощи. Как следствие, сотрудники проектной деятельности в РТ наиболее уязвимы в плане развития СЭВ или других ПДАС. И это необходимо учитывать при планировании мероприятий, направленных на укрепление потенциала проектов.

Все вышеуказанные факторы явились основными мотивами для разработки психологического семинара-тренинга по профилактике СЭВ среди специалистов, чья активность и деятельность связана с профилактикой ВИЧ, которые были проведены в РТ в 2009-2010 гг. в рамках проектов ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС.

Ñïëñîé èñîïëüçîââîííé èèðàðàðòòó:

1. Ðîññèíñêé Ð.À., Ñâîéà Á.ß., Àñëíáâéíàá Í.Á. Èà-àñðàî æåçîè è ïñèððè-àññèá çâîððîâüà áðà-áé ñðàðèéíáðîíîâ ïðîèðèé. – Ìàâèíàð. – 2008. – 319 ñ.;
2. Ñéóàððàññèá, Ì.Ì. Ñéíáðî ÿ ïðèéíáüíîâ áóâîððàé/ Ì.Ì. Ñéóàððàññèá // Ìàâèíàð ïñè-ñè. – 2002. – 7. – Ñ. 3-9;
3. Maslach, C. Burnout: A social psychological analysis / C. Maslach // *The Burnout syndrome* / ed. J. W. Jones. – Park Ridge, IL: London House, 1982. – P. 30-53;
4. Maslach, C. *The Maslach Burn-out Inventory Manual* / C. Maslach, S.E. Jackson. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986;
5. Maslach, C. *The truth about Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it* / C. Maslach, M.P. Leiter. – San Francisco: Jossey-Bass, 1997. – 200 p.;

УДК 159.99+364.444+614.253

ÀÀÂÏÄËÛ Î ÑÏ ÌÁÄÀÇ ÎÁÀÏÄËÛ Î Õ ÎÐÎÁÀ Ì Ì ÎÐÎËÈÁ ÎÁÀËÑÏÏÈÂ Û ÎÈÁ Î ÈÈÁÈ ×: ÑÏÈÁ Ì À È ÑÏÈÁ Ì ÀÏÈÇÀÏÈÂ

Ю.А. Россинский

д.м.н., заведующий кафедрой «Педагогика и психология» Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), консультант-тренер образовательных программ ООН в Центральной Азии

ÑÏÈÁ Ì À È ÑÏÈÁ Ì ÀÏÈÇÀÏÈÂ

Ëðàè, æåáóóèà ñ ÁÈ×/ÑÎÈÁ Ì, àíèæ íó è ìàðó àíç ì æ ì ñðò ìá ñèððàðòòó ñâèé ñðà-ðòñ è ïíèð-àðò ì ìàâàð æ èó à ñâèé ìá ì è ìá.

ЮНЭЙДС

Áíðüàà ñî ñðèá ì è è ñèððè è ìáðèèé ÿæý-àðñ ìðàâ ì ñîèéíé æý ÿó óàèð èáíó ì áðî-ðèé è ì ìðîèèèèèèè è èá-áíèþ ÁÈ×/ÑÎÈÁ. ... Àññèððè è ìáðèé ìá ì ñîíáá ÁÈ×-ì è è æ èðàèíîâ ñðàðòòà ÿæýàðñ ìáðòó á-èðð ì ìðàá -áèíáèè.

Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, 2001 г.

× ð î ð à è í à ñ ð è á ì à ?

Стигма имеет греческий корень (στίγμα), который дословно означает – пятно, ярлык, клеймо. В Древней Греции на теле раба или преступника ставили

метку или клеймо, для того, чтобы его можно было найти, в случае если он совершит побег. Это клеймо на теле преступника или раба и называлось стигмой.

Гофман (Goffman, 1963), ученый-социолог, изучавший стигматизацию, связанную с психически-ми расстройствами, определял стигму как динамичный процесс девальвации личности, который в значительной степени дискредитирует индивидуума в глазах окружающих и исключает полное принятие человека в общество. Стигму можно определить как признак неприязни или недоверия, которые ставят человека в особое положение, отдаляя его от общества. Качества, на основе которых возникает стигма, могут быть самыми случайными – например, цвет кожи, манера говорить или сексуальная ориентация. В различных культурах или обществах определённые качества принято считать дискредитирующими или недостойными. Если такими качествами обладает человек, то он может стать объектом стигмы и стигматизации в этом сообществе.

Стигматизация – это клеймение, нанесение стигмы. В отличие от слова клеймение, слово стигматизация может обозначать навешивание социальных ярлыков. В этом смысле стигматизация – ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей. Необходимо понимать тот факт, что различие между «нормальным» и стигматизированным человеком – это вопрос точки зрения, а не реального положения дел, что стигма – в глазах оценивающего человека. Стало быть, стигма это персонально-общественный феномен.

ЮНЭЙДС определяет стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ как: «... «процесс обесценивания» людей, которые живут, или ассоциируются с ВИЧ/СПИДом. ... Дискриминация следует за стигмой и представляет собой несправедливое и пристрастное отношение к отдельному человеку на основании его или ее реального или предполагаемого ВИЧ-статуса»¹.

С момента начала эпидемии ВИЧ мировые информационные кампании сформировали и стойко закрепили образ проблемы ВИЧ/СПИДа в глазах и сердцах мировой общественности, как нечто ужасное, страшное – то, что в обязательном порядке в короткие сроки приводит к смерти – к смерти мучительной и к смерти постыдной. Тем самым информационные кампании, неправильно отражавшие проблему ВИЧ/СПИДа, поселили устойчивый страх у людей перед проблемой ВИЧ/СПИД, и, соответственно, страх перед теми, кто представляет собой источник этих бед – людьми, живущими с ВИЧ, потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), работниками секс-бизнеса (РС), гомосексуалистами (МСМ). И этим они сформировали стигму, породили стигматизацию и узаконили её.

В настоящее время результатом этих информационных кампаний является устойчивое мнение у гражданского общества о том, что люди, живущие с ВИЧ, заслужили свою судьбу, потому что совершили какие-то «неправильные проступки». Это вызывает у людей страх перед реакцией окружающих – люди боятся узнать о своём ВИЧ-статусе – инфицированы они или нет. Этот страх блокирует их мотивы узнать информацию о том, как снизить собственный риск и изменить поведение. Страх перед стигмой и дискриминацией мешает людям, живущим с ВИЧ, раскрыть свой статус даже членам семьи и сексуальным партнерам.²

Участники семинаров-тренингов по противодействию стигме и дискриминации отмечали тот факт, что проблема стигмы в РТ на сегодняшний день является крайне актуальной. И это стигматизация не

только лиц, входящих в социально уязвимые группы (ПИН, РС, ЛЖВ, МСМ), например, объектами общественной стигмы в РТ являются женщины, проживающие в разводе, женщины, не состоящие в браке. Некоторые из участников отмечали, что женщины – танцовщицы или певицы по профессии, также часто являются объектами общественной стигмы. Но самый высокий уровень стигматизации в РТ на сегодняшний день отмечается в отношении ЛЖВ, и этот факт является очень весомым аргументом для реализации информационно-психологических программ, направленных на искоренение стигмы и противодействие стигматизации, и расширения их объёма.

**Ў нёоїеїаё-ањеа іабаїеçì ù оїдїедїааїеу
оїеабаїоїїаї іоїї оаїеу е іауаёоаї іауааоаї ііе
нёеаї ù**

*β ίίίϋεä, ÷οί ίίε δαέεä æå ēpæè èäè ί ù,
èäè ϋ, èäè ίϋ äí-ü – èäè åñå ēpæè. β äđīüä
äú è δäíüøå ίίίεìäèä, ÷οί ίίε δαέεä æå
ēpæè èäè è ί ù. Í í ñåé-åñ ϋ ÷òí ίίίεìäp íä
ò íüüéí δαçóí íì, íí è ñäðäöäì.*

Участница семинара-тренинга,
врач-гинеколог, г. Душанбе, 2010 г.

Однажды, на семинаре-тренинге, посвящённом противодействию стигме и дискриминации, проходившем в г. Душанбе в 2010 г. в рамках проекта ЮНИСЕФ, произошла следующая история. Врачи-гинекологи высказали своё убеждение, что в отношении них совершается дискриминация, когда они вынуждены подвергать себя опасности, оперируя женщину, возможно инфицированную ВИЧ, при этом, не имея информации об её ВИЧ-статусе. Было бы более справедливым, если бы врач-гинеколог заведомо знал информацию о ВИЧ-статусе пациентки, которую предстоит оперировать. Эта дискуссия вызвала яркий эмоциональный резонанс в группе. К этому вопросу участники возвращались на протяжении нескольких дней. В итоге, в процессе семинара, все участники пришли к единому мнению, что на сегодняшний момент – это обоснованно и справедливо, когда пациент имеет право на сокрытие информации о статусе ВИЧ, что та ситуация, когда оперирующий врач не знает о ВИЧ-статусе своего пациента – это не является дискриминацией по отношению к нему.

Особенно запомнились слова одной участницы, которая была яркой сторонницей позиции, предполагающей право на осведомлённость врача о ВИЧ-статусе пациента. На обратной связи – процедуре

1 Снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ: важная часть национальных программ по СПИДу: Материал для национальных участников мер в ответ на ВИЧ. ЮНЭЙДС/08.22R / JC1521R (2008 г.).

2 Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ. Тематические исследования успешных программ. ЮНЭЙДС/05.05R (2005 г.).

подведения итогов - она сделала паузу и очень спокойно сказала: «Я теперь поняла, почему пациент имеет право скрывать информацию о ВИЧ-статусе. Я поняла это тогда, когда поняла, что они – такие же люди как мы, как я, как моя дочь – как все люди. Я вроде бы и раньше понимала, что они такие же люди как и мы. Но сейчас я это понимаю не только разумом, но и сердцем. Я поняла, что на сегодняшний день наше общество еще не готово к тому, чтобы эти люди могли открыто говорить о своем ВИЧ-статусе. И я поняла, что эту ситуацию нужно менять. И я поняла, что нужно начинать с себя. И я приняла для себя этих людей».

Это высказывание крайне важное и представляет собой квинтэссенцию процесса формирования истинного толерантного отношения по принципу «равный – равному» к людям, относящимся к социальной категории «Другой» или «Не такой, как я», то есть людям – потенциальным объектам общественной стигмы.

В работе с участниками семинара-тренинга был обнаружен один очень важный психологический механизм, позволяющий специалисту и вообще человеку принять другого человека по принципу «равный – равному», представляющего собой объект общественной стигмы. Этот психологический механизм – полное отождествление этого/другого человека с самим собой и себя с этим человеком. Отождествление происходит тогда, когда человек понимает и принимает тот факт, что эти люди и он, в подавляющем своём большинстве являются одинаковыми за одним лишь исключением – у каждого своя история жизни.

Когда происходит отождествление собственной персоны с людьми, являющимися объектом стигмы, исчезает дистанция, напряжение, тревога, неприятие. Этот человек уже не представляется «неправильным». В этот момент полностью меняется когнитивная и эмоциональная установка. Человек теперь понимает единство начала и различие развития между собой и этим «другим» человеком. И тогда происходит второй удивительный момент, который также является психологическим механизмом, способствующим изменению своего отношения к людям, являющимся объектами общественной стигмы. Этот психологический механизм – полное растождествление личности/персоны и его поведения. С этого момента человек чётко разделяет понятие ÷-áííááé со своей историей развития и ÷í-ááááíéá человека, которое может зависеть от этой истории, от условий его развития или иметь корни в его прошлом, например, детстве.

Ñèð ùòàÿ ñòèáì à è à ì áéááéáí ò í ñòü

– Èáé Áú ñ-èðááðá, è ìááð ÷ðááí ÁË×-èí-ðèðððíááííé ðáá, í íè ÷íñáù à òü ø èíéò, ááá ò-à ðñÿ çáíðíááá ááðè?

– Áà, èí íá-íí è ìááð.

– Á Áú òí ðáèè áú, ÷ ò íáú ÁË×-èí ðèðððí-ááííéé ðáá, í íè ò-èñÿ á íáíí èèáññá ñ áá-ø è ì ðáááíéíí?

– Íáð. ß áóì àð, ÷ ò í áóááð èò-ø, áñèè ò-à-èèá ááð è áóáóð ò-è ò ùñÿ á í ðááèííí èèáññá. Íòñ òü á íáííé ø èíéá, í í á ì ðááèííí èèáññá.

Из опроса общественного мнения

Первое время семинары-тренинги, проводимые в рамках проектов ООН и посвященные теме «противодействие стигме и дискриминации», в большей степени включали в себя информационный компонент, который раскрывал сущность феномена «стигма», способы противодействия стигме и дискриминации и т.д. Если вопрос касался собственного отношения участников семинаров-тренингов к представителям социально-уязвимых групп, то в основном это был либо опрос участников, либо обсуждение в группе. И, как правило, подавляющее большинство участников позиционировали себя, как людей, толерантно относящихся к людям с отклоняющимся поведением или входящим в социально-уязвимые группы – РС, ПИН, ЛЖВ, МСМ. Были, конечно, и открытые признания о неприятии людей этой категории, но это было скорее единичными исключениями, а не нормой.

Однако в процессе работы неоднократно отмечались случаи амбивалентного отношения со стороны участников семинаров-тренингов по отношению к представителям социально-уязвимых групп. Это, как правило, не были открытые заявления о своём негативном отношении к этим людям. Иногда это проявлялось по отношению к другой категории людей с отклоняющимися формами поведения.

× ò í ðáèíá à ì áéááéáí ò í ñòü?

Амбивалентность – это переживание противоречивых чувств по отношению к чему-либо. Это ситуация, когда в одном человеке живут два противоположных мотива или чувства по отношению к одному и тому же объекту. Например, амбивалентность у потребителей наркотиков может проявляться в виде двух противоположных желаний – прекратить употреблять наркотики и продолжать употреблять наркотики. Часто один из амбивалентных мотивов является неосознанным, то есть скрытым. В ситуации амбивалентности человек может раскачиваться как маятник – от одного мотива к другому.

Ситуация предвзятого человеческого отношения к лицам с отклоняющимся поведением, которое есть глубоко внутри, но не проявляется внешне, например, под влиянием профессиональной этики и морали и есть ситуация скрытой стигмы. Или ситуация амбивалентного отношения к лицам, являющимся объектами общественной стигмы. В этом случае существуют две противоположные, по своей, сути морально-этические установки: принятие и от-

ку их личности в целом. Выше уже было отмечено, что в 2009 году на базе Центра по психическому здоровью и ВИЧ/СПИД – Таджикистан (MHAIDS) был проведен тренинг личностного роста для сотрудников данной организации. В этой организации работают различные специалисты, в том числе ЛЖВ. Уникальность этого тренинга заключалась в том, что у всех сотрудников ВИЧ-статус был открыт, и одним из основных норм и правил этого тренинга являлся принцип «равный – равному». У одной сотрудницы этой организации, которая являлась ЛЖВ, явно отмечались проблемы, связанные с наличием внутренней стигмы. Эта сотрудница подняла вопрос о предвзятом отношении к ней со стороны других сотрудников. Это очень изматывало её и мешало ей работать. Более того, её убежденность в предвзятом к ней отношении часто являлось причиной производственных конфликтов – с одной стороны, и ухудшения её самочувствия и снижение работоспособности – с другой. В результате в процессе тренинга эта сотрудница смогла осознать и принять тот факт, что она искаженно воспринимает действительность и что причиной этого является её внутренняя стигма.

Ещё одним очень важным моментом, связанным с проблемой стигмы и проявившим себя на тренинге с сотрудниками вышеуказанной организации, явился феномен инверсии стигмы и инверсии ролей «Жертва – Агрессор», который описан ниже.

È í áãðñëý ñòèàì ù è è í áãðñëý ðíëáé «æãðòàà-àãðãññíð»

Áñèè ì ù íá áóááì òðèíèìàðó àí àíèìàíèà òðèðíáó è òñèèàñòàèý ñòèàì ù, íè íáíí ìàòá ìáðí òðèýðèà íá ñí ì æàð àíàè òñíý òñíàðà.

Эдвин Камерон

На тренинге личностного роста с сотрудниками вышеуказанной НПО, произошёл следующий случай. Одна сотрудница, имеющая положительный ВИЧ-статус, заявила, что ей не хватает внимания и сочувствия со стороны её коллег, она очень нуждается в этом внимании, что она нуждается в эмоциональной поддержке, и что коллеги недостаточно внимательны по отношению к ней. Также она заявила, что внутренняя обида по отношению к одной из коллег этой организации – врачу-гинекологу – была связана со следующим моментом. Эта коллега про-

дила курс профилактической АРВТ по поводу того, что при работе с пациентом ЛЖВ, она случайно укололась иглой. Эта коллега очень переживала в течение трёх месяцев (период окна) в отношении вероятного инфицирования ВИЧ. По истечению 3-х месяцев она сдала тест на ВИЧ. Тест оказался отрицательным. Коллега устроила по этому поводу чаепитие с сотрудниками этого НПО, чтобы разделить свою радость с ними. Но сотрудница с позитивным ВИЧ-статусом отреагировала на это выраженной обидой и гневом, считая, что нет повода для такого праздника. Она также чувствовала, что она является ЛЖВ и ей никто не сочувствует. «А здесь все так радуются потому, что она не заразилась ВИЧ. Если они все радуются, то они неискренне относятся к ЛЖВ». У неё, таким образом, сложилось мнение, что ее коллеги относятся к ней неискренне и предвзято.

Это, естественно, неверный вывод, связанный с её психологической защитой (проекцией). Выраженная потребность в эмоциональной поддержке у этой сотрудницы, которая не могла быть удовлетворена в тех производственных условиях, привела к инверсии стигмы и инверсии ролей «жертва - агрессор». Она стала осуждать сотрудников. Эта сотрудница смешала два персональных статуса: «Я - профессионал» и «Я - ЛЖВ». Будучи сотрудником этой организации, у которого есть свои профессиональные обязанности (персоналогический статус «Я - профессионал»), она не воспринимала себя именно как сотрудника, а воспринимала себя, как объекта общественной стигмы, т.е. как ЛЖВ (персоналогический статус «Я - ЛЖВ»). Соответственно, на работе она ощущала себя жертвой отношений общества к людям, живущим с ВИЧ, а не профессионалом. В итоге это привело к тому, что она сама стала агрессором по отношению к своим коллегам, необоснованно обвиняя их в предвзятом к ней отношении.

Вышеприведённые примеры обосновывают необходимость проведения психологических тренингов личностного роста среди сотрудников проектной деятельности. Это позволит снизить вероятность СЭВ, уменьшить количество межличностных конфликтов в профессиональных отношениях. В итоге это будет способствовать улучшению качества работы сотрудников и повышению эффективности проектов. Устойчивость таких мероприятий может быть обеспечена, если в РТ будут подготовлены дипломированные психологи.

Список использованной литературы:

1. Áãèèàðàòèý òðèèàð æ àííí ñòè àãèó àíòóáú ñí ÑÏÈÁí ì Ñòèèèàèýííé Ñãñèèè Ááíàðàèýííé Áññà ì à-èàè Í Í Í, 2001;
2. Áíèèà ì òàíèèàè-áñèí ì ñàíèèàðà ìà òàíó ñòèàì ù à ñáýçè ñ ÁÈ×/ÑÏÈÁí, 8-11 áãèèáðý 2003 á., Áèíáðòè, Íàíèàèý / Ïðè òíááð æ èá Ñ ÍÝÈÁÑ. Ñ ÍÝÈÁÑ/05.01R (òàðàíà ìà ðóññèèé ýçóè, àòðàèý 2005 á.) / Ïðèèèàè: ìà àíèèèèèíè ì ýçóè, Ñ ÍÝÈÁÑ/04.01E, òáãðàèý 2005 á.: A Report of a Theological Workshop Focusing on HIV- and AIDS-related Stigma;
3. Íàòèíàèýííá èññèàííàíèà òí àíýàèèèè òíðí ñòèàì à òçàòèè è àèñèèèèèèèèè è ðááé, æ èáó-ù èò ñ ÁÈ×. Òàí òð ñòèàð àãè-áñèèè èññèàííàíèà èè òðè Ïðàçèèèí òà ðãñíóáèèèèè Òàà æ èèèè òàí. 2007 á.;

4. *Đĩññèíñèèé P.À., Đàõìàçíàà Ę.Ă., Āñèàèèàà Ā.Ò. «Ýìíòèííàèüíúà đaññòđíèñðàà ó áíèüíúò íàđèí-íàíèàé, èíòèòèđíàáííúò ĀĘ×», Īààèíààđ, 2006 áíà – 180 ñ.;*
5. *Đĩññèíñèèé P. À., Ñàìèà Ā.β., Āñèàíàèèíàà Ī.Ā. Ęà-àñðáí æèçíè è ìñèðè-àñèèà çáíđíàüà áđà-áé ñðàòèííàđííáí ìđíòèèý. – Īààèíààđ. – 2008. – 319 ñ.;*
6. *Ñíèæáíèà ñðèáí ù è àèñèđèìèíàòèè á ñáyçè ñ ĀĘ×: ààæ íàý -àñðù íàòèííàèüíúò ìđíàđàì ì ì ĪĪĘĂó: Īàòðèàè æý íàòèííàèüíúò ó-àñò íèèíá ì áđá íðàáò íà ĀĘ×. P ĪÝĘĂÑ/08.22R/JC1521R (íàđà-áíà íà đòññèèé ýçúè, àíđàèü 2008 á.). / Īđèàèíàè: íà àíàèèèñèí ì ýçúèà, P ĪÝĘĂÑ/07.32E / JC1420E, àà-èàáđü 2007 á: Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes: a resource for national stakeholders in the HIV response;*
7. *Ñðèáíà, àèñèđèìèíàòèè è íàđóòáíèý ìđàà -àèíààèà á ñáyçè ñ ĀĘ×. Òáìàðè-àñèèà èññèàáíàáíèý òñíàòíúò ìđíàđàì ì. Ęíèèàèèèý P ĪÝĘĂÑ «Ęó-òý ìðàèòèèà». P ĪÝĘĂÑ/05.05R (íàđàáíà íà đòññèèé ýçúè, ìáé 2005 á.). / Īđèàèíàè: íà àíàèèèñèí ì ýçúèà, P ĪÝĘĂÑ/05.05E, àíđàèü 2005 á. HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes;*
8. *P ĪÝĘĂÑ, Ęíòíđíàòèíííúé áñèàòáíü P ĪÝĘĂÑ “Ñðèáíà è àèñèđèìèíàòèèý”. Āàèàáđü 2003 á.;*
9. *Cameron, E. Legislating an epidemic: the challenge of HIV/AIDS in the workplace. 2007. ILO Headquarters;*
10. *Goffman E. Stigma: notes on the management of a spoiled identity. New York: Simon and Schuster. 1963;*

УДК 159.99+614.253+614.256.5

**ĀĀÒÀÈÜÍ ĪÑÒÛ ĪÁĐÀÇĪĀÀÒÀÈÜÍ ŪŌ ĪĐĪĀĐÀ Ī Ī ĪĐĪÒÈĀĪĀĀÈÑÒĀÈÈ ÆÝĪÈĀĀ Ī ÈÈ ĀĘ×:
ÒĀÈĀĀŪĀ ĀĐŌĪ Ī Ū ĪĐĪĀÈŌĪ Ī È ĀĀÒÀÈÜÍ ĪÑÒÈ**

Ю.А. Россинский

д.м.н., заведующий кафедрой «Педагогика и психология» Инновационного евразийского университета (г. Павлодар), консультант-тренер образовательных программ ООН в ЦА

В настоящей статье приводится аналитическая информация в отношении психологических семинаров-тренингов, которые проводились за период 2008-2011 гг. и имели цель – изменить отношение специалистов услуг здравоохранения проекта к группе риска (ПИН, РС, МСМ), людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Тренинги имели идею и были посвящены противодействию стигме, стигматизации в отношении уязвимых групп населения и профилактике синдрома эмоционального выгорания специалистов, работающих в программах по Профилактике Передачи ВИЧ от Матери к Ребенку (ППМР) и Услуг Дружественных Молодым Людям (УДМ), которые технически и финансово поддерживаются ЮНИСЕФ и ГФ по борьбе с ВИЧСПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан.

Āā ì í è ññà òāèāā ūō āđóí Ī Īđíāèòí í è āāý-òāèüí Īñòè

Целевыми группами проектов, направленных на профилактику ВИЧ и противодействие распространению эпидемии ВИЧ в ЦА являются лица, представляющие собой группу риска в отношении передачи или заражения ВИЧ. Это потребители инъекционных наркотиков, подростки и молодежь с отклоняющимися формами поведения, секс-работницы, мужчины практикующие секс с мужчинами, ВИЧ-инфици-

рованные люди, лица, практикующие небезопасный секс и пр. Основными целями и задачами проектной деятельности являются организация и реализация каких-либо мер, действий или мероприятий, способных повлиять на ситуацию или людей, входящих в группу риска и изменить их поведение в сторону безопасного. Это первый полус целевых групп, в отношении которых направлена проектная деятельность.

Исполнителями этих глобальных целей и конкретных задач являются тоже люди. Это руководители и сотрудники ООН, которые разрабатывают мировую политику в отношении противодействия распространения ВИЧ и ищут ресурсы для этого ресурсы и возможности. Это региональные представители ООН, организаторы и менеджеры региональных проектов, которые исследуют актуальные проблемные зоны в каждом конкретном регионе, организуют, реализуют мероприятия по профилактике ВИЧ и отслеживают их эффективность. Это консультанты и тренеры проектов, которые советуют, что и как нужно делать, чтобы лучше и качественнее выполнить поставленные задачи, а также реализуют образовательные программы по подготовке специалистов проектной деятельности. И это участники образовательно-тренинговых программ, которые воплощают или должны воплощать эти задачи в жизнь – это активные заинтересованные граждане, полити-

ки, государственные чиновники и руководители, представители неправительственных организаций, представители уязвимых групп, специалисты-профессионалы (врачи, педагоги, психологи, юристы и пр.), представители духовенства и религиозных конфессий. Специалисты и люди, которые реализуют или должны реализовывать проектные идеи – это второй полюс целевых групп, в отношении которых направлена проектная деятельность.

Ë pãè, æèáòù èà ñ ÆÈ × – ó-àñò í èèè ñà ì è íàðíá è ñíáòèàèèòù ÆÈ ×-ñáðàèñí ùò íðàà í èçàòèé

Проектная деятельность с людьми, живущими с ВИЧ, имела две основных формы проектной деятельности. В обоих случаях это были семинары-тренинги. Но это были разные тренинги. Первый вариант – это была лечебная работа с людьми, живущими с ВИЧ. Это были пятидневные информационно-лечебные группы. Эти группы являлись закрытыми. По завершению формирования группы и после того, как она начинала свою работу, никто не мог войти в нее, т.е. группа «закрывалась». Все участники группы являлись людьми, живущими с ВИЧ.

Ë pãè, æ èáòù èà ñ ÆÈ × – ó-àñò í èèè è ì ò í ð ì à-òè ì í í-èà-áá í ùò àðòí

В основном группа были сформирована НПО «Гули Сурх». Группа была моногамной по полу, т.е. участниками являлись только женщины. Первой, основной отличительной характеристикой группы являлся тот факт, что подавляющее большинство участниц были инфицированы своими мужьями

при супружеских половых отношениях. Только несколько женщин из общего числа групп были инфицированы ВИЧ инъекционным путем.

В Казахстане основным путем заражения ВИЧ является инъекционный путь передачи, в том числе у женщин. В Республике Таджикистан подавляющее большинство женщин ЛЖВ – участников вышеуказанных программ были заражены своими мужьями, имеющими положительный ВИЧ-статус во время сексуальных отношений. У каждой участницы была своя – очень нелегкая, а иногда и трагическая судьба. История жизни каждой участницы могла бы стать отдельной книгой или сценарием к фильму. И эта книга, этот фильм оставили бы на любого человека такое впечатление, которое заставило бы его задуматься о своей собственной жизни и судьбе, о жизни и судьбе близких и родных людей, о жизни и судьбе всего человечества.

Можно было бы рассказать о жизненной истории каждой женщины, участницы этих психотерапевтических групп. И каждая была бы наполнена своей печалью и жизненной трагедией. На тренинговых занятиях участницам предлагалась техника «Письмо ангелу» – этим людям писать письма их ангелам-хранителям. Есть целый ряд психологических техник, направленных на преодоление чувства одиночества, разрешение психологических проблем, эмоциональную поддержку, принятие жизни в период душевного кризиса и пр. Техника «Письмо ангелу» – одна из таких техник. Ниже, как пример приводится «Письмо ангелу» одной из участниц тренинговых групп.

Í èñù ì ì ýò í ò ò áëý ì íááí Á íáàè-òðà í è ò àëý. Çàðààñòáóé ì í è à íáàè.

ß ç íàð, ÷ ò í ñçààè ì áíý è ò í-ò í àñòù, è ò í íáàðáààò ì áíý. ß ý ò í çà íá-àð í ñò ò í ý í í. Á èàáí áàäý Á í ó, ÷-òáñòáóð ñááý ñ èëü í í è. ß ý ò í çà í á ð è èà, è í áàà ó ì áíý çà á í è è ñ ù í. ß ò í ðà èà ááí í ò áàñò è è è à è í è-í è áóáü áàáó ò èà, è à è í á ñ í áàà ò í áà è è ñ ò àð ò èà, í í í è à è ì-ò í àñò í ý ò à è ù ñ ò à à ì í á í í á è à è ò è ò è óð áàáó ò è è. Áàáü ý à à íà ò ù, è í á í í á è à ñ í ò ò à ò ù í à ò í, è à è í è áàá í í è í-ò-áàà ñ ý. Í í ý à è à ñ ù è à è à ý-ò í ñ è èà, è ý ñ à ì à ñ ò à è à è à-è ò ù ñ ù í á. ß ááí è à-è èà, ò à è è à è è í á à è à è à, è à è í í ý í à ì à è à-è è à í í ááí í è à ì ý í í è à. È ñ ñ ù í í àñò ñ ò à è ò ò í ò í. Í í á ù è à-è è ñ ý. È ý áà è è à á ò í, ÷ ò í è à è à ý-ò í ñ è èà í í í í á è à í á. È à è à ù è ð à ç, è í áàà ý í í áà à è à áàá è è í í á í ò è ò í á è è è à ò ò í á à ì ñ è è, è í áàà í á ò í ò à è ñ ù ñ á è à ò ù ñ ñ í á í è ÷ ò í-í è áóáü, è á ý ò ñ ñ í ó òð á í í á í í ý à è ý è ñ ù è à ò à è à-òáñòáà, è ý í ò à í ò à-è à è à ñ ù í ò ý ò è ò à ò ò í á ò ì ñ è à è.

È í áàà ý ó ç í á è à í ñ á í á ñ ò à ò ñ á, á ý ò í ò ì í í á í ò á è ý í áíý æ è ç í ù ç à è í í-è è à ñ ù. ß á ù è à á ò í è à è à ñ áàà çà áàà è à ñ áà á í ò ò í ù: í í-à í ó ý? Çà ÷ ò í? ß áàá í è-ááí è í è è í ó í è í ò í á í í á à è à è. ß ñ í ò à í ý è à á í í ò ù í ó á ó, ý í á ò í ò ð áà è ý è à í à ð è è è. Çà ÷ ò í? Í í-à í ó ý? ß è à è á óð í è í ó ò ç à áàà è è à è ò í í á í ó à í á à è. Í í-à í ó ò ù è à è à ù è ð à ç á à à è ì í á ñ è ù, ÷-òáñòáà, ó áà á á í í ò ù á ñ áà, í í í í á è à è ò ù í í á à è ù ó á, í í á ý ò í ò ð à ç í á í áà ð á í áíý ì ò ý ò í è à í è á è ç è? Í í-à í ó, í ó ñ è à è ÷ í-à í ó? Í í á í á è í í è-à è. ß í á í á ò í á è à í ò áà ò à. Í í ð à è í í á í á à è è ð Ò Ñ Í È Á ý í í ó è à á Í Í Í «Á ó è è Ñ ó ð ò», è í í è à è è í á è í í ò è ù ò à è ð. Í í ý á ñ á ð á á í ò í ò à è à à ò í ñ è ò ù ñ ý í í á í à ò è í ó. Í í í á í á è à ù á í ó ò ð è í áíý í í ý à è è ñ ý è à è í è-ò í á í è í ñ: çà-á í, á è ý-á á í? Ò ù áàáü í á à è í í á à ò à. È ò í áàà ý í ò áà á ò í è à ñ ù í ò ñ á í è ò ì ñ è à è. È í í è à ò á ù ò ù, ý ò í á ù è ò ù, í í è à í á à è? Á í á à è, è í ò í ò è ñ ñ á ñ í í ð æ è ç í ù?

È ñ à è-à ñ ý í ò í ó ò ð á á ý, ÷ ò í á ù è ç à á à è è í áíý ì ò ý ò í è à í è á è ç è, ÷ ò í á ù ý í í è í ñ ò ù ð è ç è à-è è à ñ ù. Á ñ è è ò ù á à è í á ò à è óð ñ è è, è í áàà ý ñ í í á è à í á ð á è è ò ù ý ò è áàà è à ò á ñ ò ò ù: í á ð á óð – è í áàà ý ó ç í á è à í ñ á í á ñ ò à ò ñ á; è à ò í ò ð, è í áàà ý í ò áà ð ý è à í á ñ á à à ñ à í í á í á è è ç è í á í á è ý í áíý-à è í á à è à – í á á í í ó á. Ý ò í áà à ò í á í á à à æ á ò í á ò ì, ÷ ò í í í è à ò á ù ò ù, á ù á ð à ç ò ù í í á í í í è à ò ù – í í í í è à ò ù ñ ò à ò ù ç à í ð í á í è. ß í á ý ò í í-á í ù í á à ð ñ ù è á ó á ó æ à ò ù á á í ù ç à á í á í.

Á á ñ è è ò ù í á ñ í í è à ò ù í í í-ù í í á á ý ò í í, í í è Á í á à è, ò í áàà í ò í ó ò ð á á ý í á ð á á í. È í áàà Á í á ç à á à ð á ò í áíý è ñ áà, í ó ñ ò ù í í è Á í á à è-òðà í è ò à è ù í áà ð á à à ò ì í è ò á à ð á è á í è í í ó à è ò æ è ç í è.

È á è í í ó à í ò í ó, ÷ ò í á ù Á í á ñ á à è è ò à è, ÷ ò í í á á ñ à è ç à í è à, á í á ñ à ì í è ð á í á á ù è í í è ò è í á í á í á à à í è ç í á ý ò í á í á è ð ñ á. ß í-á í ù í ò í ó ò ð á á ý í á ý ò í í. Á í ñ á è à í è ý, í í è Á í á à è-òðà í è ò à è ù.

Г., участница группы, г. Душанбе, 2010 г.

алисты-медики, работающие в государственном секторе здравоохранения в ЦА, часто выполняют работу, которая не оплачивается дополнительно. И это их тоже добрая воля.

В чем же дело? Существуют, как минимум, три причины для этого.

Первая причина имеет свои корни в советской медицине и заключается в повышенной ответственности врача перед пациентом. Это ни в коем случае не означает, что у западного врача уровень профессиональной ответственности ниже, нет! Западный врач, четко знает свои права и обязанности, работает по системе прописанных квалификационных стандартов, стандартов услуг и придерживается принципа разделенной ответственности. Принцип разделенной ответственности предполагает прописанные ответственные обязательства по отношению к врачу, по отношению к организации здравоохранения и медицинского сервиса и по отношению к клиенту/пациенту. В советской медицине принцип разделенной ответственности не всегда принимался во внимание, или не всегда принимался в пользу врача.

Длительное время в советском обществе, а впоследствии и в странах бывшего советского пространства, в частности в ЦА, действовала и действует норма, которая гарантировала и гарантирует, что в процессе врачевания все будет ориентировано только на интересы пациента. Реальные мотивы и устремления врача оказывались и часто оказываются вытесненными, репрессированными. «Клятва Гиппократова советского врача» в ее неизменной редакции автоматически стала клятвой врача РК, врача РТ, и врачей других республик ЦА. Врач, часто является незащищенным перед случаем или обстоятельствами. Деятельность врача часто оценивается по разрешению или исходу клинического «случая» и часто только с позиций его ответственности, а специфика ситуации, например, крайне сложный или тяжело-курабельный «случай», или безответственное отношение к своему здоровью со стороны пациента – не принимаются в расчет. Сама по себе изначальная установка «За все несет ответственность врач» логически приводит к установке оценки следствия «Во всем виноват врач». Это является постоянным стрессором и источником тревоги у врача. А это в свою очередь является специфическим для стран ЦА фактором риска синдрома эмоционального выгорания среди врачебного персонала.

Второй причиной чрезмерного злоупотребления профессиональной нагрузкой – является трудовая аддикция или трудоголизм – форма психической адаптации, при которой психологические проблемы личности решаются через «уход» специалиста в работу. Эта причина одинаково характерна как для врачей ЦА, так и для специалистов запада. Сущность трудоголизма связана не с особенностями культуры, а связана с особенностями личности. В разных культурах есть свои трудоголики. Другое

дело – «центрально-азиатский» трудоголизм имеет свою специфику.

Одним из механизмов трудоголизма, который является сугубо специфическим для ЦА – является хроническая неудовлетворенность базовых жизненных потребностей и негативные переживания, связанных с крайне низким уровнем заработной платы. Деньги являются эквивалентом возможностей положительных стимулов и положительных переживаний работника. Если труд работника оценивается хорошо – высоким уровнем зарплаты, то выше его возможности: создать себе ситуации, связанные с переживанием радости и других положительных ресурсных переживаний: не перегружать себя дополнительной работой; организовать для себя регулярный желаемый и адекватный отдых и т.п. В западных странах и США, по сути, так и происходит: врач не стремится перерабатывать, т.к. уровень его зарплаты является очень высоким. Этого уровня хватает для удовлетворения жизненно-важных потребностей.

Врач в развивающихся странах центрально-азиатского региона не может за счет его зарплаты удовлетворить свои жизненно-важные потребности. Следовательно, эта сторона работы ограничивает его возможности в плане положительных ресурсных переживаний. Но существует другая сторона, которая дает возможность специалисту переживать положительные моменты в его профессиональной деятельности, не связанные с материальным вознаграждением. Это эмоциональные взаимоотношения и положительные переживания, связанные с: ощущением собственной значимости для жизни клиента/пациента и жизни его родственников; благодарностью и эмоциональной зависимостью со стороны клиента, что дает ощущение дружеской привязанности. Это смешение профессиональных и человеческих отношений в профессиональной деятельности приводит к размыванию границ диады врач-пациент и ее диффузии – взаимопроникновению в персональное и личностное пространство друг друга. Врач перестает быть только врачом. Он с этого момента является дополнительно другом, в прямом смысле этого слова. В этом случае материальный дефицит профессии компенсируется добрыми эмоциональными не только профессиональными отношениями. Но, это приводит к сверх-профессиональным отношениям с клиентом/пациентом и его родственниками и, соответственно, к сверхнормативным нагрузкам.

Третьей причиной сверхнормативной переработки специалиста является осознанный мотив повышения уровня материального дохода, обеспечивающий удовлетворение актуальных жизненных потребностей и реализацию жизненных планов. Эта причина, также связана с низким уровнем заработной платой врача.

Следствием вышеуказанных специфических факторов и условий профессиональной деятельности

врача в ЦА часто являются ухудшение здоровья, различные психодезадаптационные состояния – невротические, аддиктивные, психосоматические расстройства, синдром эмоционального выгорания и пр.

Ниже приводятся данные исследования уровня психического здоровья врачей стационарного профиля, проведенного в 2008 году в северо-восточном регионе Казахстана.

В 53,7±5,3% случаев врачи имеют проблемы с зависимостью или злоупотреблением (употребление с вредными последствиями) ПАВ (алкоголь, табак, кофеин).

В 16,9±3,9% случаев врачи имеют проблемы с зависимостью или злоупотреблением алкоголя. При этом 8,0±2,9% врачей имеют алкогольную зависимость, что превышает показатели распространенности данной патологии среди населения РК в 2,5 раза (3,0%).

В 36,6±5,1% случаев среди врачей отмечаются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

В 51,3±5,3% случаев среди врачей отмечается синдром эмоционального выгорания разной степени выраженности.

Практически у каждого третьего врача стационарного профиля – 27,1±4,7% – отмечается тревожно-депрессивная симптоматика, связанная со специфическими условиями их профессиональной деятельности.

В среднем у 79,2% врачей отмечается симптом «Переживание психотравмирующих обстоятельств».

У 41,2% врачей стационарного профиля выявляется психологический феномен в виде симптома «Загнанности в клетку». Причем, в 20,5±4,2% случаях данный симптом выявлялся как полностью сформировавшийся. То есть, практически каждый пятый врач стационарного профиля переживает чувство безысходности, «интеллектуально-эмоционального тупика», связанные с невозможностью устранить психотравмирующие ситуации.

Не смотря на то, что эти данные приведены в отношении казахстанских врачей, представляется тот факт, что среди таджикских врачей, ситуация будет похожей. Эти данные свидетельствуют о крайней необходимости расширения объема мероприятий, направленных на профилактику пограничных нервно-психических расстройств и синдрома эмоци-

онального выгорания среди врачебного персонала проекта, как деятельности по укреплению потенциала проекта. Каждый раз, когда на семинаре-тренинге обсуждались индикаторы/признаки или симптомы СЭВ и других психодезадаптационных состояний, практически каждый участник отмечал эти признаки у себя.

Использованная литература:

1. *Ääëäðàäöëý í ðèäàäð æ áíííñðè ääëó áíðúáú ñí ÑĪĒÄĪ ï ÑĪâðèäëüĪĪé Ñãññèè ÄáíàðäëüĪĪé Äññà ì á-ëäè Ī Ī Ī, 2001;*

2. *ÄĪëëäâ Ī ðáĪëĪâè-âñèĪ Ī ñâĪèĪäðâ Īà ðâĪó ñòëâĪ ù â ñâýçè ñ ÄĒ×/ÑĪĒÄĪĪ, 8-II ääëäáäý 2003 ä., ÄèĪâ-ðóé, ĪàĪèäëý/Īðè ĪĪââðæëâ Þ ĪÝĒÄÑ. Þ ĪÝĒÄÑ/05.01R (ĪâðâáĪâ Īà ðóññèèèé ýçúé, àĪðäëü 2005 ä.) / Īðè-âèĪâè: Īà àĪâëèññèĪ Ī ýçúëâ, Þ ĪÝĒÄÑ/04.01E, ôââðäëü 2005 ä.: A Report of a Theological Workshop Focusing on HIV- and AIDS-related Stigma;*

3. *ÐĪññèĪñèèé Þ.Ä., ÐâòĪàçĪââ Ē.Ä., Äñèäèèäââ Ä.Ò. «ÝĪĪòèĪĪâëüĪĪâ ðãññòðĪèñðââ ó áĪëüĪĪò ĪâðèĪ-ĪàĪèâé, èĪðèèèðĪâáĪĪúõ ÄĒ×», ĪâëĪââð, 2006 áĪâ – 180 ñ.;*

4. *ÐĪññèĪñèèé Þ. Ä., ÑâĪèâ Ä.ß., ÄñèâĪââèĪââ Ī.Ä. Êâ-âñðâĪ æèçĪè è Īñèðè-âñèĪâ çâĪðĪâüâ äðâ-âé ñòâèèĪâðĪĪâĪ ĪðĪðèëÿ. – ĪâëĪââð. – 2008. – 319 ñ.;*

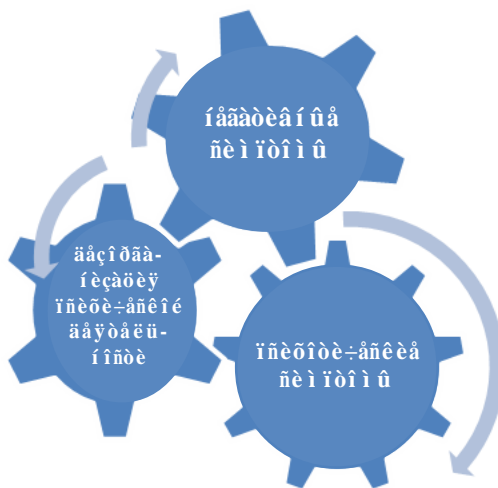


Рисунок 1. Æ ì áíñè ï áëüí ú é òðèóèè

Таблица 1

Ñíñòàáëÿð ù èá ÷áñòè «òðèááü»

Í ááàòèá í úá ñè ì òî ì ù	Ááçíðáà- í èçàöèÿ ïñèðè-áñè í é ááÿòáëü- í ïñè	ïñèóíðè-áñèéá ñè ì òî ì ù
бедность речи	неадекватности аффекта	галлюцинации
уменьшение спонтанности моторики	бедность содержания речи	
бедность мимики	соскальзывания	
нев्यразительность жестикуляции,	отвлекаемость внимания	бредовые идеи
эмоциональная отгороженность	речевой напор	
отсутствие модулированности голоса		

ровать мероприятия по актуализации, поддержке и возможном возвращении нормативных (саногенных) позиций [4].

В связи с этим видится крайне актуальным знание и учет разнообразия взглядов на данную проблему.

В настоящее время чаще всего применяется клинический подход при определении ремиссии. В свою очередь в рамках такого подхода применяется измерение через симптоматическую призму (деление на симптомы – дименсиональность). С данным методом перекликается трехмерная шкала, предложенная Г.Я. Авруцким (1957 г.) для оценки ремиссий при шизофрении включала показатели, отражающие степень выраженности психопатологической симптоматики, клинический тип синдрома ремиссии и социальный и трудовой аспект ремиссии.

Существующие международные критерии ремиссии основаны на оценке выраженности 8 показателей «Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов» («Positive_and_Negative_Syndrome_Scale» PANSS) и в соответствии с 3-факторной дименсиональной моделью шизофрении. Для установления ремиссии все эти симптомы должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выражены (1–3-й уровень по шкале PANSS) на протяжении 6 месяцев.

К основным недостаткам международных критериев ремиссии следует отнести их низкую чувствительность, особенно к непрерывным формам течения заболевания, отсутствие параметров социального функционирования, а также игнорирование качества и психопатологических особенностей ремиссии при различных формах и типах течения шизофрении, включая аффективные симптомы, когнитивные нарушения, критику к заболеванию и компенсаторные личностные феномены [1].

Напротив, в практическом здравоохранении все чаще начинает терять позиции подход, предложенный Серейским М.Я., который основан на трудовой адаптации, что возможно связано с рецессией мероприятий социально-трудовой реабилитации в системе отечественной психиатрической помощи.

В клинике чаще применяется типология ремиссий, предложенная В.М. Морозовым.

- I тип – гиперстенический тип ремиссии,
- II тип – астенический тип ремиссии,
- III тип – параноидный тип ремиссии.
- IV тип – апатический тип ремиссии.

С данной классификацией перекликается типология Г.В. Зеневича (1964), выделяющая следующие варианты:

- стенический,

Рисунок 2. *Ὀβριτείαυ δαιεπνέε ιί Νάδαεπει ιό Ι.β.*

- псевдопсихопатический,
- параноидный,
- аутистический,
- апатический,
- астенический,
- ипохондрический.

Немаловажным является рассмотрение ремиссии ни как отдельно взятого феномена, но как процессуального состояния, имеющего свои динамические характеристики [3]. Так, чаще всего ключевым является рассмотрение ремиссии с позиций трех стадий:

- 1) достижение ремиссии/выздоровления;
- 2) индукция ремиссии («очищение» ремиссии) или выздоровления;
- 3) консолидация ремиссии (продление ремиссии, предотвращение рецидива).

Выделение данных стадий обоснованно с позиций подбора психофармакотерапии.

Таким образом, при освещении теоретических аспектов ремиссионных состояний при шизофренческом процессе можно сделать вывод о многомерности фактологических и опытных данных, составляющих основу большинства закономерностей в данной области. Кроме того обращает на себя внимание подвижность в поиске чувствительного диагностического аппарата не только для квалификации ремиссий, но и для определения прогностической ценности и динамических характеристик всего заболевания. И наконец, ключевым моментом является выстраивание терапевтических и реабилитационных воздействий, обеспечивающих саногенные процессы и максимально возможную адаптацию пациентов в ремиссионный период эндогенной нозологии.

Νίεπτε επριεуцтааίίε εε δαδαδδδύ:

1. *Αιαδιανεαυ Ι.Α. Ιδιαιτερεδταατεα οηδ ιε-εαιηε ε δαιεπνέε ιδε υφαιααίίυ ο ιηεε-αηεεε εαίεαα-τευδ: ιαδπιαε δεαυ επριεуцтааίίεу οφίεεε ιαεуίίαι аεαаίίεа // Αρεεα δαίυ ηεεεδηεε ι ααεεείу. – 2004. – 1 2 – Ν. 34-44.*

2. *Αίειαεε Α.Ι. Οφίεεε ιαεуίίε аεαаίίε а ιηεεαδδδεε ε ιαεε ο ιδύα ηριδίуа аι ιδινύ ιηεεα δε-αηεεε аεαаίίηδ εεε // Οαίδαο εεε-ιαδ ιαίειαε-αηεεа ιδίαεа ι а εεεε-αηεεε ιηεε ιααδτειαεε / Ιίа даа. Еа-ааίίаа Ι.Ι., Ааηρείαа Ι.Ι., εа-αίεεείаί Δ.А. – Е., 1975. – Ν. 79-89.*

3. *εαίααε-Α.Α. Δαιεπνέε ιδε φεεε ο δαίεε. – Ι.: Ιαεεεε ιа, 1964. – 215 η.*

4. *Νάαδαεια Ε.Ν., Νειτεε Α.Ε. Ι ι ααατεε ιαδ δαεε δεу δαεεαεα ιа ιδε υφαιααίίυ ο ιηεε ιαεε. Αεε δαεу-ίηδυ δαιεπνέε ιδε αδ οαεεεаίίυ ο ιηεε ιαεε // Αεδίαε ιααδ ιаδ τειαεε ε ιηεεαδδδεε. – 1991. – 0. 91. – Ν. 65-69.*

5. *×οια-αίεε Α.Α. Ιδιуаεаίεу ιηεε ιαδ ιειαε-αηεεаίί аεαδαεа ο аίεуίίυ υφαιαаίίу ιε ιηεε-αηεεε ιε δαηηδδτεηδαа ιε: Αεηηαδ δαεу ιа ηίεηεаίεа ο-аίίε ηδαίίε εαίεαα δα ιαεεεε ιηεεε ιаεε. – ΝΙа., 2004.*

6. *Remission in Schizophrenia Proposed Criteria and Rationale for Consensus / Nancy C. Andreasen, William T. Carpenter, Jr. John M. Kane et. al. // Am. J. Psychiatry. – 2005. – V. 162. – P. 441-449.*

Ф. Рупперт

психотерапевт, профессор психологии, Мюнхенская высшая школа прикладных наук

Основополагающие предпосылки

Как и тело, человеческую психику можно травмировать. Это воззрение не ново. Однако прошло немало времени, пока общество его не приняло. До сих пор оно слишком мало распространено и осознано. Это связано не только с недостаточной просветительской работой и плохой образованностью. Причины следует искать глубже. Поскольку очень много людей причиняет другим людям душевные раны, они не хотят признавать, что они делают на самом деле. Ведь в противном случае пришлось бы признать, что война не только убивает и калечит людей, но военные действия наносят серьезный вред и душам выживших, телесно целым и невредимым людям. И не только жертв оргий массового насилия, но и многих насильников война тяжело травмирует. Сторонники войны должны сознаться, что они порождают жертв не только здесь и сегодня, но и спустя поколения. С точки зрения души после войны не бывает победителей, есть одни пораженные.

Еще, если признать душевную травму реальным фактом, больше нельзя закрывать глаза на то, сколько насилия в мирное время люди причиняют людям. Следует взглянуть в лицо правде, сколько детей подвергается эмоциональному и сексуальному злоупотреблению и как они всю жизнь страдают от тяжелейших последствий этих травм.

Войны и семейное насилие, помимо несчастных случаев и природных катаклизмов, являются главными причинами травмирующих событий (Херман, 2003). Из-за сопротивления общественности и склонности каждого отдельного человека к вытеснению болезненного опыта «травма», как причина многих душевных страданий, была признана таковой и в широких научных кругах только недавно (Бутолло, Хагль и Крюсманн, 1999).

Определения

Слово «травма» означает поражение. В этом смысле травмой называются физические поражения костных и мягких тканей в медицине (например, черепно-мозговая травма). Переноса это определение на психические процессы, можно говорить о психических поражениях, когда нарушаются и время от времени или в течение длительного срока серьезно ограничиваются процессы восприятия, осязания, мышления, вспоминания или представления: как, например, при повышенной бдительности, ког-

да человек при малейшем шорохе вздрагивает и покрывается потом; если человек заикнулся на определенном представлении или образе и его мысли постоянно крутятся вокруг какого-либо события в прошлом; если у человека не осталось воспоминаний об определенных событиях; если человек ничего больше не чувствует ни эмоционально, ни физически, его психические функции также поражены.

Луиза Реддеманн и Ульрих Захссе доказывают универсальность и гомогенность травматических реакций у млекопитающих: «С точки зрения нейробиологии травма – это массивное событие, превосходящее способность животного переработать раздражитель. У всех млекопитающих, включая homo sapiens, оно приводит к сходным типам реакций на телесном уровне» (Реддеманн, Захссе, 2000, стр. 555).

Готтфрид Фишер и Петер Ридессер определили в своем учебнике по психотравматологии травматичный опыт как «...витальное переживание неравновесия между угрожающими обстоятельствами и индивидуальными возможностями борьбы с ними, сопровождающееся чувством беспомощности и незащищенности и вызывающее длительное потрясение в понимании себя и мира» (Фишер и Ридессер, 1999, стр. 79). В данном определении названы следующие важные пункты:

Травма – вещь относительная, она есть некое соотношение между признаками ситуации («опасность») и признаками человека («индивидуальные возможности борьбы»). Только если вид опасности превзойдет личностные возможности ее преодоления, имеет место «переживание неравновесия». Ситуация становится травмирующей, только когда человеку с ней не справиться. Это значит, что одна и та же ситуация оказывает травматическое действие на одного человека, а для другого является просто стрессом и нагрузкой. Возраст, опыт, пол, скорость реакции, натренированность и предрасположенность из-за предыдущего травматичного опыта обуславливают эти различия.

Травма – вещь существенная, «витальная», а значит, ее последствия затрагивают все области жизни. Это могут быть смертельные или массивно вредящие здоровью угрозы или социально-экзистенциальные посягательства (честь, право на принадлежность, собственное предприятие).

Травма работает прежде всего на уровне чувств. Травматичная ситуация будоражит чувства до край-

* Глава из книги Ф. Рупперта «Травма, связь и семейные расстановки»: понять и исцелить душевные раны». М.: Институт консультирования и системных решений (<http://www.mostik.org/>), 2010, - 272 с. Перевод с немецкого – Елена Гурская.

ности и соответственно приводит к крайне негативным эмоциям. К перечисленным в определении Фишера и Ридессера чувствам беспомощности и незащищенности можно добавить бессилие, потерю контроля и чувство брошенности на произвол обстоятельств.

Травма вызывает долгосрочные изменения тела, духа и души. Если при тяжелых нагрузках и стрессе со временем симптомы стресса сходят на нет и вовсе исчезают, когда завершается обременительная стрессогенная ситуация, то последствия травматического опыта никогда не исчезают окончательно.

Проявления травматического опыта затрагивают многие аспекты личности. Они оказывают влияние как на самопонимание, то есть как человек воспринимает себя самого, так и на восприятие мира, в котором мы живем. Если до травматического опыта человек чувствовал себя сильным и уверенным, то после он постоянно чувствует себя слабым и ранимым. Мир превратился для него из надежного в опасное для жизни место.

Окажет ли определенное событие травмирующее действие на индивида или нет, помимо внешнего происшествия, во многом зависит от защитных факторов, которые у него есть в распоряжении в данной ситуации. Возраст, личный опыт и натренированные практические навыки являются благоприятными условиями и позволяют с их помощью действовать в опасных ситуациях. Чувство потери контроля и бессилие можно свести практически на нет, благодаря эмоциональным, социальным, духовным и практическим способностям.

Тем не менее, бывает, что бывшие всю жизнь психически стабильными люди не справляются с определенными ситуациями; их душевной целостности наносятся настолько массивные поражения, что у них развиваются симптомы психических нарушений. У таких людей нередко в одночасье рушится все понимание себя и мира: «Я и не думал(а), что такое может произойти со мной!»

Типы травмы

Существует много попыток классификации травм. Часто цитируют Леонору Терр, различающую два типа травм (Терр, 1991):

Тип 1. Внезапные неожиданные краткосрочные события, их наступление означает острую опасность для жизни.

Тип 2. Длительные и повторяющиеся непреодолимые ситуации бессилия и беспомощности.

Примеры травм первого типа: тяжелые дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи на работе (железнодорожная или автокатастрофа) и краткосрочные стихийные бедствия (ураган, наводнение, сход лавины). Примеры травм второго типа: пытки, военный плен, опыт сексуального и телесного злоупотребления, насилие, моббинг (травля).

Притом важно различать, пришлось ли человеку самому пережить травматичный опыт или он стал свидетелем травматичного опыта другого человека. Как показывает опыт, сопереживание травмы может травмировать наблюдателя, свидетеля, помощника (Штамм, 2003). Беспомощное наблюдение за тем, как другие люди страдают или умирают, потрясает и ставит с ног на голову понимание себя и мира. Эффект усиливается эмоциональной близостью к травмированной жертве. Разве может полицейский, пожарник или санитар вернуться из района бедствия без последствий для психики, если ему пришлось бессильно наблюдать, как умирают люди? Как жить дальше и быть психически здоровым ребенком, если у него на глазах солдаты расстреляли родителей? Как сохранить психическую стабильность солдатам, принуждаемым «расчистить» поле боя от трупов (пример 15)?

Пример 1.

«Как Лис Маккурт стал доходягой»

Лис Маккурт был английским солдатом во время войны в Персидском заливе в 1991 году. Он должен был расчищать бомбардированное американскими военными силами шоссе номер 8, по которому отступали из Кувейта иракские оккупанты. В задачу входило и устранение трупов. «Он видит себя самого, бегающего среди гор горячей жести, пытаюсь завернуть в тряпье клоки того, что раньше было человеком, ведь мешки для трупов давно кончились. Еще у них не хватало носилок, и они использовали все, что попадало под руку: доску, раму от старой кровати. И общая могила в пустыне наполнялась все больше и больше. В конце в ней было более тысячи убитых иракцев. Солдат Лис Маккурт механически выполнял свое задание. Разум он давно отключил, включив автопилот». Однако впоследствии у него проявляются симптомы посттравматического расстройства: пропадают эмоции по отношению к жене, случаются неожиданные выплески чувств, спровоцированные запахом дизеля и мяса-гриль на вечеринке на пароходе, беспокойство, кошмары, теснит грудь, тошнота, язва желудка и в конечном итоге нервный срыв с помещением в стационар. Затем увольнение из армии по причине негодности к службе и хождение по психиатрам. «В августе 1996 года Лиса уволили из армии. Попользовались, злоупотребили, списали. Так ему думалось. Он остался один, по крайней мере, без поддержки, которой бы он себе желал. Лис стал ходить к психиатру. <...> Он принимает медикаменты, в день по три таблетки, они помогают ему худо-бедно поддерживать душевное равновесие». (Выдержки из сообщения в *Suddeutsche Zeitung* за 29–30 марта 2003 г., стр. 3)

Другой важный критерий в классификации травм: они обусловлены природой или человеком. Стихийные бедствия, вызванные огнем, водой или землей, не оставляют в душе таких глубоких следов

как человеческое насилие, невежество и глупость. Во время природных катаклизмов люди скорее сплываются, помогая друг другу в борьбе с бедой. А войны и насилие, напротив, разрушают устоявшиеся структуры общества, приводят к изоляции отдельных людей; тогда приходится искать опоры и защиты в группах, которые тоже творят насилие. Насилие провоцирует новое насилие и запускает цепную реакцию травмирования. Жертвы становятся насильниками и сами фабрикуют жертв. Кровавая месть, мотивированная убийствами родственников, войны, легитимированные предшествующими войнами, террор, оправданный террором противоположной стороны, – все это цепочки событий, в значительной степени определяющие ход истории человечества на нашей планете.

Восприятие и преодоление травмы

В уже упоминавшемся определении Готтфрида Фишера и Петера Ридессера не были названы некоторые вещи, которые чрезвычайно важны для понимания сложного феномена психической травмы. Особенно это касается процессуального характера травматичного переживания. Процесс травмы состоит из различных временных фаз: непосредственные психические реакции при переживании травмирующей ситуации (перитравматические реакции) и кратко-, средне- и долгосрочные психические последствия травматичного опыта (посттравматические реакции).

Для первой фазы переживания травматичной ситуации характерна реакция тревоги с чувством страха, мгновенно развивающаяся в сверхбдительность всех органов чувств (*hypervigilantia*). Сверхбдительность необходима для того, чтобы не упустить из виду ни одну из возможностей выхода из опасной ситуации. Первоначальная фаза травматичного переживания сопряжена с реакцией на стресс, в ходе которой высвобождаются различные гормоны (в том числе адреналин, кортизол), сильно стимулирующие все телесные функции (например, путем ускоренной циркуляции крови) и мобилизующие резервы энергии организма. Во время этой фазы человек пытается спастись, найти выход из ситуации.

Поскольку эти попытки к успеху не приводят, наступает вторая фаза, как правило, сопровождающаяся шоковой реакцией, взбудораженные сенсорные и моторные реакции резко останавливаются. Таким образом человек избегает внезапной смерти из-за перевозбуждения (например, вследствие инфаркта миокарда) происходит анестезия телесной и душевной боли. Предположительно здесь играют роль подавляющие боль вещества (например, морфины), производимые самим организмом. На этой стадии травматичного переживания мы имеем дело с реакцией обездвиживания (Левин, 1998).

Основное различие между стрессом и травмой можно сформулировать следующим образом: в

ситуации стресса у нас есть выбор бороться или убежать (*flight or fight*), в ситуации травмы остается только возможность застыть или внутренне расщепиться (*freeze or fragment*). Стрессогенная реакция приводит к мобилизации энергии, защитный механизм травмы – к демобилизации, отключению энергии и заморозке чувств. Стрессогенная реакция открывает психические каналы, травма закрывает их.

Возможный выход из травмирующей ситуации непосредственно на стадии травмы состоит в прерывании собственного переживания и в мысленном перенесении себя в другое место. При продолжительном травмировании, например в ситуации злоупотребления и пыток, может автоматически произойти расщепление собственной идентичности. Тогда только одна часть личности остается в травматичном переживании, а другая часть или другие части личности выходят из него. Существует четыре основных типа внутреннего ухода из травмирующей ситуации: блокада восприятия: затронутое лицо словно находится в тумане или под колпаком из стекла; заморозка чувств: травмированный человек каменеет, становясь холодным и бесчувственным; дневное сознание («я») покидает тело и наблюдает за происходящим, словно со стороны или сверху; личность расщепляется; одна часть является носителем травматичного опыта, другая остается неповрежденной (Хубер, 1995, Херман, 2003, Путнам, 2003).

Переживание и преодоление травмы представляют собой в первую очередь автономно происходящие психофизиологические процессы, на которые сознание и воля травмированного человека способны оказать лишь незначительное влияние. Вероятно, эти биологически устоявшиеся защитные механизмы и механизмы первой помощи оправдали себя в ходе эволюции как механизмы выживания. Расщеплению и диссоциативному выходу из травматичных ситуаций можно научиться и использовать сознательно в качестве защитной реакции. Жертвы насилия сообщают о своей способности в ситуации насилия расщепляться все быстрее.

Последствия

Краткосрочные последствия травматичного опыта проявляются в виде оглушения затронутого лица, при этом он мало чувствует и продолжает автоматически совершать рутинные жизненные акты. Через некоторое время может показаться, что травматичный опыт остался без существенных последствий и был преодолен. Сторонний наблюдатель, ничего не знающий или мало знающий о травме данного человека, может подумать, что случившееся для него прошло и минуло.

На самом деле на телесно-психическом уровне человек всерьез борется за то, чтобы забыть травматичный опыт. Затронутое лицо пытается создать дистанцию между собой и травматическим пере-

живанием и найти правила выживания, чтобы снова не оказаться в подобной ситуации. Поскольку восприятие, чувства и мысли в отношении травмирующей ситуации расщепляются, энергия травмы перераспределяется на новые составляющие личности (Рупперт, 2001, стр. 48–50). Эмоциональное возбуждение, вызванное травмой, вытесняется из сознательной памяти. Благодаря расщеплению и отщеплению воспоминаний о травме, освобождается сознательное восприятие и мышление для повседневного выживания. Но даже если воспоминания о травме отрезаны от нервных соединений (синапсов), которые регулируют дневное сознание, они сохраняются в дальних участках мозга, в особенности в клетках тела, соединенных посредством нейронов и гормонов с отделами промежуточного, продолговатого и среднего мозга.

Во всем теле или в отдельных членах остается след воспоминаний о травме. Травматичный опыт с его кошмарными образами и чувством ужаса сродни бомбе замедленного действия, которая в любую минуту может взорваться. Если ситуация, похожая на ситуацию травмы, пробьет защитный панцирь, не дающий травме попасть в сферу сознания, возникает опасность, что переживание данной травмы смешается с предшествующим травматичным опытом и механизм регуляции психических функций снова выйдет из-под контроля. Тогда образы травматичной ситуации (интрузии) хлынут в сознание и наводнят его.

Фрэнсин Шапиро описывает этот механизм на примере ветеранов войны во Вьетнаме. «Некоторые ветераны не в состоянии ходить по нормальным улицам, делать покупки в магазинах или смотреть спортивные мероприятия на стадионе, потому что толпы людей и звуковые кулисы в подобных ситуациях активизируют старые страхи и провоцируют выплеск эмоций (flashbacks)» (Шапиро и Форрест, 1998, стр. 59).

В диагнозе «посттравматическое стрессовое расстройство» или «вьетнамский синдром» (МКБ 10, F43.1) перечислены типичные симптомы травмы, которые могут развиваться в долгосрочной перспективе, если вовремя не оказать травмированному пациенту надлежащую помощь (экскурс 3).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

«Для ПТСР характерно многократное воспроизведение травмы в навязчивых воспоминаниях (накаты воспоминаний, флешбеки) и снах, сопровождающееся постоянным чувством оглушенности, притупления эмоций, равнодушия по отношению к другим людям, безучастности к окружению, ангедонией и старанием избегать занятий и ситуаций, которые могут напомнить о травме. Как правило, больной боится и избегает слов, которые могут спровоцировать воспоминания о травме. Реже встречаются драматичные выплески чувств: страха, паники

или агрессии, вызванные неожиданным воспоминанием, интенсивным воспроизведением травмы или первичной реакцией на нее.

При этом обычно человек находится в состоянии вегетативного перевозбуждения, характеризующегося повышенной бдительностью, чрезмерной пугливостью и бессонницей. С перечисленными симптомами часто ассоциированы страхи и депрессии, нередко встречаются и суицидальные мысли. Прием наркотиков и злоупотребление алкоголем могут усугубить состояние» (Диллинг, Момбур и Шмидт, 1993, стр. 169–170).

Расщепление личности

Крайняя форма проработки травмирующего опыта – расщепление личностной идентичности на ее части. То есть один человек представлен на уровне собственной идентичности множественно. У него несколько идентичностей, которым мало или совсем ничего не известно друг о друге и об их существовании. Травмированный человек воспринимает себя или в состоянии А, или в состоянии Б. Находясь в состоянии А, он ничего не знает о состоянии Б, и наоборот. Сознанию нашего «я» свойственно воспринимать нас как некую целостность и идентичность. Хотя мы постоянно меняемся, мы полагаем, что мы одна и та же личность. Наша психика не готова к тому, что внезапно нашего «я» может больше не быть, потому что существует несколько различных ипостасей «я».

Поскольку мы постоянно воспринимаем себя как целостную идентичность, едва ли можно понять феномен раскола личности, если только ты вплотную не занимался теорией травмы. В широких слоях общества очень скептически относятся к феноменам множественной личности или диссоциативного расстройства идентичности. Ведь они выходят за пределы принятой в нашей культуре концепции личности и субъективности.

Полагаю, что реальность раскола идентичности является ключом к пониманию человеческой души и психических нарушений. Уже в сороковые годы прошлого века супружеская пара Хелен и Джон Уоткинсы разработали теорию так называемых эго-состояний (ego-states) на основе психологии «я» Пауля Федерна. «Эго-состояние определяется как система организованного поведения и опыта, элементы которой объединены по общему принципу и отделены от других эго-состояний более или менее проницаемой гранью» (Уоткинс и Уоткинс, 2003, стр. 45)

Образование новых эго-состояний в ходе личностного развития – нормальный процесс. Так, например, дети учатся по-разному себя вести с разными людьми и в разных ситуациях. В зависимости от ситуации они учатся играть новые «роли», которые в виде эго-состояний запоминаются в личностной структуре и могут быть активированы. Границы

отдельных эго-состояний могут быть расплывчатыми и отчасти осознаваться (например, сейчас я веду себя как маленький ребенок). Но, как правило, они не осознаются.

Травмирующий опыт требует крайнего приспособления от актуального эго-состояния. Этот опыт настолько болезнен и страшен, что его можно запомнить только в одном эго-состоянии. Если бы он постоянно присутствовал в сознании человека, он бы не смог жить дальше. Поэтому внутри психики возводится стена между травмированным эго-состоянием и состоянием, которое продолжает жить после травмы.

Франк Путнам подробно описал и систематизировал феномен диссоциативного расстройства идентичности после травматичных событий. По-моему, его труд необходимо знать каждому, кто работает с травмированными пациентами (Путнам, 2003). Путнам также исходит из того, что диссоциация – нормальный психический процесс приспособления к различным проблемным ситуациям. И только под влиянием травмирующего опыта он может превращаться в расстройство личности. К самым явным диссоциативным феноменам Путнам причисляет:

психогенную амнезию, внезапную неспособность вспомнить важную информацию о личности;

психогенную фугу, внезапный уход из дома или с привычного рабочего места, сопровождающийся неспособностью вспомнить собственное прошлое;

деперсонализацию, когда люди проживают эпизоды своей жизни, в которых кажутся самим себе ненастоящими и отстраненными, словно во сне, словно ты машина или мертвец;

состояние одержимости (МКБ-10, F44.3), наступающее внезапно и приводящее к хаотичным поступкам, иногда сопровождающимся насилием.

Какая форма диссоциации проявляется у конкретного пациента и какое содержание связано с отщепленными эго-состояниями, зависит от ситуации травмы.

Насильник в жертве

Для понимания многочисленных последствий травм особенно важно знать, что в ситуации насилия, в которой жертва беспомощно находится во власти насильника, психическая структура насильника запечатлевается в жертве. Почему? Ведь следовало бы предполагать, что жертва защищается от насильника и преграждает ему доступ к своей душе. Вероятно, одним из защитных механизмов травмы является идентификация с насильником. Перенятие структуры личности насильника – это последняя попытка выжить. Собственное «я» уходит на задний план, на его место приходит «я» насильника. Если жертве удастся пережить насилие, душевная структура насильника снова отходит в тень, но остается в жертве в виде отщепленной части его личности. Таким образом становится понятным самоповрежда-

ющее поведение, склонность к суициду и агрессия, направленная против других людей, напоминающих человеку самого себя в состоянии первичной травмирующей ситуации.

Ян Филипп Реемтсма описывает свой опыт, будучи заложником. О части своей личности, пережившей травму захвата, он пишет в третьем лице («он»). «Однажды у него возникла фантазия, что похититель должен его утешить, прикоснуться к нему, обнять за плечи. Мне непросто об этом писать; ему было непросто признаться себе в этом желании. <...> Желая телесного прикосновения, он переступил грань унижительного подчинения. Распределение власти однозначно: нет никакого распределения, а только дисбаланс и соседство всемогущего и бессильного, притом бессильный желает от всемогущего телесного прикосновения» (Реемтсма, 2002, стр. 178).

Если даже взрослый человек в такой ситуации поступает своей личностью, то что говорить о сопротивлении детей насильникам.

Зависимость

Полагаю, что травмирующий опыт является существенной причиной возникновения многих форм зависимостей. По большому счету наркотики принимают, чтобы заглушить травмирующий опыт и связанные с ним чувства, побороть или подавить вызванные травмой симптомы, например, бессонницу, страх и пр., выйти из состояния бесчувственности и внутренней пустоты, обусловленных травмой.

Итак, наркотики призваны действовать как наркоз или выводить из состояния контузии. Соответственно люди употребляют наркотики, которые либо оказывают обезболивающее действие (алкоголь, марихуана, героин, успокоительные средства), либо, наоборот, возбуждают и стимулируют эмоции (кокаин, ecstasy, speed). Сигареты обладают и тем, и другим действием, они успокаивают и бодрят одновременно. Поэтому во всем мире сигареты – наркотик номер один. Некоторые люди после травмирующего опыта с головой зарываются в работу. Постоянная занятость препятствует появлению травматических чувств в часы досуга.

Тот, кто надеется ускользнуть от последствий травмы, манипулируя обменом веществ в мозге, с большой степенью вероятности попадет в замкнутый круг. Ведь мозг вырабатывает антидот принимаемого вещества, чтобы восстановить баланс после приема наркотиков, поэтому уже спустя короткое время наступает толерантность к нему. Следовательно, приходится увеличивать дозу, что в свою очередь вызывает ответную реакцию со стороны мозга. И так далее. В конечном итоге зависимый больной имеет дело не только с нерешенной проблемой травмы, но и с телесными, психическими и социальными последствиями наркотической зависимо-

сти. Как правило, рано или поздно зависимость приводит к смерти, потому что тело не в силах выдерживать пыток наркотиками.

Форма наркотической зависимости определяется видом травмы. Я коротко упомяну в главах 5–8, в которых пойдет речь о различиях между четырьмя видами травм, к каким формам зависимости какие травмы приводят.

Зависимость – большое препятствие в терапии. Тот, кто регулирует свои эмоциональные состояния с помощью зависимого поведения или наркотических средств, как правило, с трудом верит в помощь терапевта.

Суицидальность

То же самое касается мотива покончить с собственным психическим страданием самоубийством (суицид). Почти каждому человеку, пережившему тяжелую травму, суицид представляется приемлемым способом прервать душевные страдания. Один удар – и все позади: страх, депрессия, внутренний хаос и помешательство.

В статистике смертности от наркотической зависимости по меньшей мере 18% следует рассматривать как скрытый суицид, ведь зависимость – это самоубийство в рассрочку. Многие несчастные случаи являются сознательно или несознательно инсценированными самоубийствами (например, дорожные аварии). На одно доведенное до конца самоубийство приходится в среднем 1000 попыток. Форма и склонность к суицидам, как в первой главе уже упоминалось, зависят от пола. Если женщины в четыре раза чаще, чем мужчины, пытаются наложить на себя руки, то число «успешных» попыток у мужчин в три раза больше, чем у женщин. Если мужчина решается на самоубийство, он часто доводит дело до конца (Фрике, Шмидке, Вайнакер, 1997).

Как правило, мужчины выбирают более жестокие и суровые методы (скажем, застрелиться, перерезать вены), а женщины чаще прибегают к медикаментам. Очевидно, даже убивая себя, мужчины хотят быть скорее насильниками, чем жертвами. Бывает, мужчина в ходе семейной драки вызывает полицию, чтобы по прибытии полицейских демонстративно себя убить. Женщины и в суициде склоняются к роли жертвы. Они принимают намеренно большую дозу снотворного и ждут, что, быть может, их спасут.

Полагаю, что различные формы и мотивы самоубийства не в последнюю очередь зависят от типа травмирующего опыта. При разных типах травмы склонность к самоубийству проявляется и мотивируется по-разному. Поэтому риск самоубийства следует оценивать по-разному и по-разному реагировать на заявления пациентов о суициде. Своим опытом я коротко поделюсь в соответствующих разделах данной книги.

Застревание в травме

Важный момент для понимания травмы: фраза «время лечит все раны» неверна в случае травмы. Время и покой помогут в ситуациях стресса и нагрузки оправиться телесно, душевно и духовно. А с травмой все, как правило, наоборот: чем больше времени проходит, тем больше нарушаются психические функции и тем сложнее поддерживать психическую стабильность в целом. Процессы расщепления с целью удаления травмы из сознания постоянно требуют психических сил и истощают резервы энергии. Внутренняя целостность психической структуры теряется. Чем дальше, тем больше.

Даже когда ситуация для травмированного человека внешне нормализуется, душевный процесс преодоления травмы не идет на спад, если предоставить ему развиваться естественным путем. Бывает, что со временем ситуация даже усугубляется, ведь приходится тратить все больше и больше энергии на контроль «больных» частей души и личности и на поддержку шаткого равновесия психической системы в целом. Поэтому, как уже упоминалось, многие травмированные люди борются с желанием пресечь утомительную борьбу с выжженными в них травмой воспоминаниями самоубийством.

Человеческая природа предвидит защитные реакции для выживания после травмы. Однако полное душевное исцеление в рамках естественного зарубцевания душевной иммунной системы человека, видимо, невозможно.

Преодоление травмы – многоуровневый процесс. Как выяснили Готтфрид Фишер и Петер Ридессер (1999, стр. 98–100), людей с травматичным опытом бросает из одной крайности в другую: от попыток отрицания травмы, старания полностью вытеснить ее из сознания и предаться иллюзии, словно можно получить контроль над собственной жизнью, стоит только найти подходящий способ поведения (компенсация травмы), к отчаянию, потере надежды когда-нибудь освободиться от последствий травмы (потеря иллюзий).

Из страха еще раз соприкоснуться с травматичным опытом многие люди избегают конфронтации с самими собой. Они постоянно убегают от самих себя. В заботах о других (партнере, детях, пациентах...) они пытаются отвлечься и с головой погружаются в хлопоты и спешку. В политических и мировоззренческих кружках, религии и спиритуальных течениях эти люди ищут поддержки для лабильной конструкции своей личности. Они ищут внешней опоры, поскольку уже не могут обрести ее в душе. Вдобавок они, как правило, втягивают партнеров, детей, друзей и коллег по работе в свою травму.

Даже в психотерапии многие пациенты склонны обходить ядро травматичного опыта и объяснять свои страдания непосредственной жизненной ситуацией. Им сложно поверить, что событие, произошедшее много лет назад, детство, которое они тол-

ком не помнят, и есть настоящая причина их психического нездоровья здесь и сейчас. К сожалению, психотерапевты, не знакомые с концепцией травмы, поддерживают заблуждения пациентов. И начинаются многолетние терапии, которые хотя и занимаются симптомами травмы, но не понимают, что эти симптомы являются следствиями травмы. А значит, терапия причин недуга не происходит и возможности терапевтического воздействия не испытываются.

Телесные аспекты травмы

Психическая травма может по-разному проявляться в теле. Многие телесные заболевания сопровождают ее.

Травма наносит не только психическое, но и телесное поражение. Например, если женщину били и душили во время изнасилования, ее тело хранит память об этом.

Психическая рана отщепляется и становится телесной. От сознательно воспринимаемого воспоминания о травме остается только боль, симптом без медицинского обоснования. Например, теснение в груди, потому что нельзя было оплакать потерю дорогого человека.

Травматичный опыт провоцирует неразрешаемый эмоциональный конфликт, поглощает много жизненных сил и препятствует гармоничному взаимодействию тела, духа и души. Таким образом травма увеличивает риск того, что с человеком произойдет несчастный случай или разовьется хроническое соматическое заболевание (астма, нейродермит или рак). Бывает, что сексуальное злоупотребление приводит к раку груди.

Тело, дух и душа – автономные системы функций. Тот, кто болеет телесно, не страдает автоматически душевным недугом и наоборот. А тяжелое душевное бремя не обязательно сказывается на интеллектуальных способностях человека. Так же и высокий, или низкий уровень интеллекта еще ничего не говорит о душевном здоровье. Тем не менее все эти системы функций координируются в человеческом теле. Следовательно, депрессивные чувства могут негативно повлиять на обмен веществ в теле. Гипоталамус является важным регулятором ощущений у человека; посредством гормональной системы он воздействует на чувство голода или жажды. Иммунная система также взаимодействует и обменивается информацией с гормональной системой и может дать трещину, находясь в состоянии постоянного стресса. А потому телесные симптомы нередко выражают душевный дисбаланс. Такого рода симптомы исчезнут, только если снять душевную блокаду.

Многое свидетельствует о том, что человек как продукт длительного процесса эволюции является системой, состоящей из многих подсистем. Подсистемы преследуют их собственные цели и подчиняются своим законам. Однако они интегрированы в

общее целое. Каждая подсистема должна работать автономно, чтобы выполнять свои функции. В то же время она должна координировать с другими подсистемами, чтобы не навредить целостной системе своим преобладанием или отрезанностью. Конкретно это значит: обменные процессы, половые функции, восприятие, чувства, мышление, представление, память, поступки – все это относительно автономные системы функций человеческого тела и процессы взаимодействия человека с естественной и социальной средой. Пока все они слаженно работают, мы здоровы психически и физически.

Психические функции человека отличаются узкой специализацией; они локализованы в нервной системе человека, охватывающей все тело и сильно сгущающейся в мозгу. Задача нервной системы – обеспечить развитие отдельных психических функций и координировать их.

Следовательно, психическое здоровье имеет место, когда ток энергии и информации циркулирует между отдельными сферами психической деятельности. Восприятие связано с чувствами, чувства и мышление постоянно обмениваются информацией, мышление и поступки соединены по принципу ключ-замок, воспоминания управляют восприятием и так далее... Между сердцем и головой, чувствами и разумом принципиальных противоречий не существует. Все они необходимы и целесообразно дополняют друг друга.

Следовательно, вывод от противного состоит в том, что нарушения в психическом развитии вызываются факторами влияния, которые: препятствуют развитию психических функций, соответствующих возрасту, или сильно замедляют его, прерывают обмен энергией и информацией между различными сферами психики, или сводят его к минимуму.

Если сдерживающие факторы настолько массивны, что общая система уже не в силах восстановить баланс, возникают психические нарушения. Применительно к каждому пациенту следует задаваться вопросом: какой мощностью обладают силы, поддерживающие стабильность души, и какой мощностью обладают силы, делающие общую систему лабильной? Согласно моим наблюдениям, именно травматичный опыт в первую очередь приводит систему функций психики с ее сложнейшей организацией к коллапсу.

Миндалевидное тело и гиппокамп

Исследователи мозга обнаружили особые процессы и структуры, характерные как для стрессогенных реакций, так и для травмирующих переживаний (Ван дер Колк, 2000). Так кажутся неоспоримыми их доказательства того, что сгущение нервной ткани в промежуточном мозгу свидетельствует о важном центре включения и выключения травматогенных переживаний. А миндалевидное тело (*corpus amygdaloideum*) с большой степенью оче-

видности отвечает за фильтрацию бризантных событий. Он отфильтровывает в происходящем информацию, которая может представлять опасность и угрозу для жизни, запоминает эти паттерны и посылает соответствующие сигналы тревоги, когда распознает их в потоке информации, чтобы спровоцировать рефлексы и автоматические телесные и эмоциональные реакции. В состоянии крайнего стресса нейроны настолько перевозбуждают миндалевидное тело, что прерывается передача информации в другие отделы мозга, например, в гиппокамп (нервная структура гиппокампа располагается вблизи миндалевидного тела), что препятствует запоминанию травматичного опыта наравне со всеми другими событиями: полно, эпизодично, биографично и от первого лица.

Поскольку гиппокамп соединен с таламусом, с обоими большими полушариями и речевым центром, травма часто приводит к невозможности выразить произошедшее словами. Из-за травмы человек буквально теряет дар речи. То, что пришлось ему пережить, словами не выразишь. Поэтому люди часто помнят травмирующий опыт фрагментарно. В пересказе травмы обнаруживаются пробелы и скачки во времени (пример 16).

Пример 2.

Фрагменты воспоминаний

«Выживший узник концлагеря вспоминал и рассказывал о марше смерти из Освенцима на запад в другой лагерь. Он был в состоянии описать обстоятельства ужасной ночи, мороз и расстрел всех, кто не мог идти дальше. Сам он несколько не сомневался, что помнит все, однако у него еще не было ни случая, ни собеседника, чтобы рассказать всю историю целиком. Недавно в рамках программы «Очевидцы» он смог проверить, что он на самом деле помнит. При этом выяснилось, что это были отдельные бессвязные эпизоды, изолированные фрагменты» (Кристал, Фармс, 2000 б, стр. 851).

Если у человека сохранились обрывки воспоминаний о детстве или он совсем ничего не помнит, велика вероятность того, что в забытом отрезке времени произошли травматические события. Из-за пробелов в памяти (помимо всего прочего) человека не воспринимают всерьез в суде как свидетеля. Судьи, прокуроры и адвокаты должны знать о влиянии травмирующего опыта на память. Начальные знания в психотравматологии были бы исключительно полезны для представителей данных профессий.

В ходе фармакологических экспериментов удалось вызвать типичные для травматичного опыта феномены диссоциации. Когда подопытным лицам давали кетамин – вещество, подавляющее активность нейротрансмиттера глутамата в мозгу – они сообщали о замедленном восприятии времени, потере чувства «я» (деперсонализация) и чувства ре-

альности (дереализация), а также о пробелах в памяти (амнезии) (Кристал, в т.ч. 1994, цитата по Херман, 2003, стр. 388).

Значит и на физиологическом уровне существуют качественные различия между стрессогенными и травматогенными реакциями. И те, и другие являются защитными механизмами. Но если стресс заряжает энергией, травма парализует. Стресс вызывает бдительность (будоражит), а травма оглушает (обезболивает). Защитный механизм травмы вступает в действие после стрессогенной реакции. Он – самое последнее средство, когда больше ничего не помогает.

Разумные медицинские и телесные способы лечения могут благоприятно повлиять и поддержать процесс выздоровления. Однако телесная терапия и врачебные меры не принесут плодов, если не установить связи между соматическим заболеванием и травмой или если сознательно или неосознанно упустить из виду эти причинно-следственные связи. Так одна пациентка поведала, что после приема у остеопата чувствовала себя совершенно беззащитной. У остеопата были хорошие намерения, но на следующий прием она пришла с мыслями о суициде. Тогда остеопат сказал, что все в ней опять перекарежилось и снова «вправил ей все суставы». Тем самым он отнял у нее телесную защиту, которая блокировала воспоминания о сексуальном злоупотреблении и не давала им проникнуть в сознание.

Социальные аспекты травмы

Полагаю, что понятие травмы не сводится к рассмотрению биологических или психических феноменов. Травма всегда происходит в некоем социальном контексте. Помимо основных пострадавших есть еще много других людей, которые, хоть сами и не были травмированы психически, вынуждены страдать от последствий травмы. Можно себе представить, что происходит в семье, когда с войны домой возвращается травмированный солдат (Стричевич, 2002). Целые системы привязанностей могут получить травму вследствие определенных событий (войны, несчастные случаи, стихийные бедствия): как небольшие (например, семьи), так и более крупные (деревни, города, народы, нации).

Сужение понятия травмы до непосредственных пострадавших, что обычно делается при диагностике посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), препятствует пониманию травмирующих событий и нахождению способов борьбы с ними: «Психосоциальная травма подразумевает поражение, с которыми следует бороться не на одном только уровне психотерапии. Предложения поддержки обязательно должны включать в себя способы воздействия на причины травм; ведь если не учитывать политические условия, велик риск того, что психотерапевтическая работа не принесет плодов». (Хекль, 2003). Следовательно, травмы суть и соци-

альные факты. Необходимо рассмотреть их общественные и политические причины, предпосылки и последствия. Беспристрастное признание и принятие реальности травм имело бы огромное воздействие на общественное сознание, систему экономики, права, здравоохранительную и социальную системы.

Благодаря международному интересу к расстановкам у меня неоднократно была возможность ознакомиться с ситуацией в других странах. Поскольку в расстановках учитывается отрезок времени вплоть до ста лет назад, в судьбах отдельных людей и семей проносятся исторические события, которые травмировали всю страну в целом. Так, скажем, в судьбах отдельных людей и семей находят отголосок гражданская война в Испании или период диктатуры в Португалии.

Слишком сильно индивидуализованная концепция травмы не поможет разобраться в симптоматике тяжелых психических заболеваний. Ведь часто мы имеем дело с травмой не в ее прямом значении, например, когда у человека в его собственной биографии серьезных травм не было. Нередко пациент, страдающий душевным расстройством, оказался втянут в травму родителей.

Трагическое положение травмированного человека усугубляется тем, что социальное окружение мало помогает ему или отказывает в адекватной помощи. В примере 17 описывается ситуация, в которой представлены многообразные способы реакции окружения на травму. Именно эти реакции с большей долей вероятности сделали состояние пациентки хроническим, вместо того чтобы помочь преодолеть травматичный опыт.

Пример 3.

Последствия укуса собаки

Госпожу М. пятидесяти лет пять лет назад по пути на работу внезапно сильно покусала большая собака, она надолго вцепилась в правую ягодицу женщины. Госпожа М. при этом испытала смертельный страх и впала в состояние шока. Рана в срочном порядке была обработана амбулаторно в больнице. После нескольких консультаций врач-терапевт направил госпожу М. к психиатру из-за ее боязни собак. К тому времени ее мучили страхи, она жаловалась на кошмары и сильную бессонницу. У нее развилась выраженная собакофобия, которая в дальнейшем течении болезни дошла до панических атак, несмотря на медикаменты, прописанные госпоже М. психиатром. Они сопровождалась сердцебиениями, дрожью, потливостью (приступами пота), теснением в горле и удушьями. Наблюдались и такие симптомы травмы, как непроходящая тревожность, мышечное напряжение, давящие боли в голове, головокружение, сухость во рту и сильная слабость. Затем стали нарастать депрессивные симптомы: изнеможение, нежелание что-либо делать, чувства безрадостности и безнадежности. Она стала крайне редко выходить из дома без сопровождения. Она

жила в постоянном напряжении и страхе, что может встретить собаку.

В дополнение к препаратам против страхов психиатр прописал госпоже М. антидепрессанты и посоветовал не бросать работу. Своими предположениями, что симптомы страха и депрессии могут быть предвестниками болезни Паркинсона, вследствие которой она может ослепнуть или оказаться парализованной, врач только усугубил ее состояние и усилил страхи.

Медикаменты не изменили состояние госпожи М., через некоторое время она уже не могла ходить на работу в сельской местности, где было много бродячих собак. Много раз она сталкивалась с собаками без поводка и спасалась от возможных нападений бегством, вбежав в какую-нибудь квартиру или спрятавшись в своей машине. Спустя два года после укуса ее уволили с работы из-за постоянного отсутствия вследствие болезни, что повергло госпожу М. в уныние и усилило депрессию. Затем госпожу М. на три месяца положили в стационар психосоматической клиники. Это несколько стабилизировало ее состояние, а после второго трехмесячного пребывания в психосоматической клинике удалось отказаться хотя бы от одного медикамента.

Еще одним неблагоприятным обстоятельством для госпожи М. явилось многолетнее судебное разбирательство. Ни владелец собаки, ни его страховая компания не хотели оплачивать ущерб. Аргументируя «недостаточно адекватной казуальностью» междукусом собаки и страхами потери рабочего места, госпоже М. по сей день отказывают в возмещении ущерба. Сын госпожи М. предполагает, «что владелец собаки – видный политик и имеет связи в городской администрации. Различные знаки указывают на то, что здесь дело нечисто. Очевидно, и наш адвокат – заинтересованное лицо в этом деле, правда, он нам в этом не признался».

Муж госпожи М. поначалу очень поддерживал жену, однако по прошествии пяти лет со дня травмирующего события его силы кончились и он, видимо, сдался.

До момента травмы у госпожи М. не было психических проблем, она не принимала никаких психотропных средств. Ее не мучили ни страхи, ни депрессии. Она была полностью социально интегрирована и вырастила двоих детей. Знакомые и родственники описывают госпожу М. как очень привлекательную женщину, оптимистку и труженицу, которая любила свою работу санитаркой.

Целый ряд реакций социальной и общественной среды перевел последствия травмы в разряд хронических:

Медицинские меры проводятся без учета травматической природы телесной раны. Ортопедическое, хирургическое или гинекологическое лечение занимается только больной или пораженной частью

тела, оставляя без внимания душевное расположение пациента.

Экзистенциальные страхи не были бы столь сильными, если бы медицинская и социальная системы по уходу за пациентами принимали их всерьез, а не приуменьшали их значение и не налагали табу. К несчастью, в больницах и реабилитационных центрах дело часто обстоит иначе. Вследствие чего у пациента уходит много сил на подавление страхов, а на лечение сил не хватает.

Психиатрическое лечение часто сводится к медикаментозному, оставляя без внимания травму как первопричину симптомов и не занимаясь собственно терапией травмы. Поскольку медикаментозное лечение вопреки ожиданиям психиатра не приводит к успеху, травмированных больных обвиняют в нежелании выздоравливать и ходить на работу или списывают за негодностью, вешая ярлык неизлечимого больного.

Людей увольняют с работы, не заботясь об альтернативных должностях на предприятии, выполняемых вопреки травме, и не предлагая их пациентам.

Пребывание в психосоматических клиниках сопровождается неспецифическими терапевтическими мерами, оказывающими влияние лишь на вторичные последствия травмы (например, на депрессивную симптоматику вследствие травмы) и не затрагивающими ядро травматичных событий (например, угрожающее жизни событие).

Страховые общества отказывают людям в возмещении ущерба и компенсации физических и нравственных страданий, вследствие чего судебные разбирательства с адвокатами затягиваются на долгие годы. Ни у сотрудников страховых обществ, ни у адвокатов и судей, участвующих в них, нет достаточных знаний психотравматологии. Они оценивают ситуацию, руководствуясь «здравым смыслом», которого, однако, не хватает для объективной оценки последствий травмы, поскольку травматичные события выходят за рамки привычного кругозора и будничного опыта. Травмированный человек с его непонятным для неспециалиста поведением часто наталкивается на враждебное отношение, что приводит к суждению, что он кляузник или сумасшедший. Не только судьи, но и адвокаты потерпевшего склоняются к точке зрения причинившего вред лица или насильника, поскольку он производит более сильное и «здоровое» впечатление своей нахальностью. Обычно травмированному человеку непросто тщательно выбирать адвокатов и вовремя с ними расставаться, если они замечают, что адвокат больше поддерживает противную сторону, чем их.

Даже близкие родственники – родители, дети, партнеры – ждут от травмированных близких спустя относительно короткое время возвращения к нормальному состоянию и хотят, чтобы все было как раньше. Им тоже крайне сложно вникнуть в психическое состояние травмированного человека, даже

если они демонстрируют свою готовность и добрую волю. Ведь с точки зрения «здорового смысла» время должно исцелять раны, конечно, если потерпевший хочет исцелиться. Практически никто не знает, что, если сразу не оказать потерпевшему соответствующей помощи, не помочь ему не стать социальным изгоем, травма все глубже и глубже будет проникать в его психику. Окружающим трудно принять факт того, что человеку не справиться с травмой и ее симптомами без специальной терапии, как бы он ни старался. Через некоторое время они уже не в силах выносить страдания потерпевшего, избегают его, требуют от него больше не говорить о своей беде или стыдят за неспособность справиться с травмой.

Передача травматичного опыта из поколения в поколение

Действие травмы не ограничивается непосредственно затронутым лицом. Травма влияет на социальное окружение, на общество, на семейные, партнерские, дружественные и институциональные системы отношений. Но это еще не все. Действие травмы продолжается, даже когда перенесшие ее люди уже умерли. И спустя 10, 20, 50 или даже 100 лет после травмирующего события, оно может оказывать влияние на души живущих сегодня людей. Как это происходит?

Чтобы понять масштаб исторических травматичных происшествий, из которых складывается история, нам поможет отсылка к теориям привязанности и травмы. Путем душевной привязанности травма может передаваться из поколения в поколение. Это значит: дети часто оказываются втянутыми в травматичный опыт родителей. Обусловленные травмой изменения сущности человека передаются ребенку от отца или матери.

Но на этом история травмы не заканчивается. Дети, несущие отпечаток родительской травмы, передают ее своим детям точно так же – через душевно-эмоциональную связь родителей и ребенка. Каким бы невероятным это ни казалось, но и это еще не конец. В ходе терапевтической работы мне стало ясно, что даже правнуки могут оказаться эмоциональными участниками специфической ситуации травмы прадедушек и прабабушек посредством привязанностей.

Нижеследующее подробное описание иллюстрирует мои размышления о трансгенерационном воспроизведении травматичного опыта в системах человеческих отношений, которое является ключом к пониманию симптомов психических заболеваний, кажущихся крайне загадочными и необъяснимыми.

В конце второй главы я уже обмолвился, что данные наблюдения не являются новаторскими и исключительными. В разных местах литературы по психотерапии встречаются упоминания о возможности трансгенерационного воспроизведения трав-

матичного опыта. Например, психоаналитик Криста Шмидт (2004) сделала открытие, что многие сны ее пациенток легче понять, допустив, что травматическое содержание снов указывает не только на личное бессознательное. Если допустить, что травматическое содержание коренится в опыте родителей пациенток, возникают совершенно новые убедительные причинно-следственные связи (пример 18).

Пример 4.

Ужасное наследство

«Многие из моих пациенток страдали болезнями и душевными расстройствами, которые, несмотря на многолетнее медикаментозное и психологическое лечение, казались неизлечимыми. Они были пленницами необъяснимых для них душевных конфликтов и нарушенных отношений, их мучили страхи и чувство опасности. Многие из них проживали определенные отрезки своей жизни, словно повинаясь внутреннему принуждению, как актеры чужих ролей. У некоторых было чувство, словно они всю жизнь являются беженцами или заперты в бомбоубежище. Исходя из личной ситуации пациенток, понять эти феномены нельзя. Многие сны невозможно было объяснить фактами их личной биографии. Образы ночных бомбежек, горящих домов, падающих стен, холода и широты России, расстрелов, изнасилований, погромов и преследований встречались в снах пациенток, которым не пришлось пережить войну, а с родителями об их судьбах они почти или совсем не разговаривали. Во многих случаях именно это необъяснимое для пациенток содержание оказывалось ключом к семейным тайнам, диалогу с родителями и помогало пролить свет на их травмы. Оно было неосознанно передано детям и – удивительное дело – сны часто совпадали с реальными событиями в жизни родителей» (Шмидт, 2004, стр. 7–8).

То, что Карл Густав Юнг в принципе предвосхитил в своих идеях о коллективном бессознательном, обретает все более конкретные черты в теориях привязанности и травмы. Если принять факт, что психические конфликты пациентов не обязательно связаны непосредственно с их собственными переживаниями, но могут быть переняты от предков, психотерапия изменится фундаментально. Тогда произойдет революционный пересмотр психотерапевтических и психиатрических взглядов разных школ, которые в один голос заявляют, что причина болезней – в самом человеке.

Все больше и больше ученых и терапевтов идут по этому пути, обнаруживая связь между травмой и нарушением привязанностей. Так профессор Даниэль Шехтер из Нью-Йорка установил: «Травмированные родители с симптомами посттравматического стрессового расстройства передают травматические переживания в ходе постоянной интеракции своим детям посредством речи и поступков. Дети

реагируют на коммуникацию родителей и становятся активными, но неподходящими участниками попыток матерей ввиду деструктивности и физиологической дисрегуляции обрести покой и смысл жизни. Такая интеракция варьирует мотив первичной травмы, что в свою очередь отражается на психике матери и ребенка и влияет на детское развитие регуляции аффектов» (Шехтер, 2003, стр. 224).

Мюнхенский врач Карл Хайнц Бриш также детально разработал взаимосвязь травматического опыта родителей с развитием нарушения привязанностей у детей: если родители с травматичным опытом заводят ребенка, «существует серьезная опасность, что у младенца тоже разовьется дезорганизованный паттерн привязанности. На сегодняшний день появляется все больше результатов исследований, свидетельствующих о механизме воспроизведения травмирующего опыта родителей в поколении детей. Травмированные родители ведут себя в интеракции с ребенком преимущественно агрессивновраждебно, пугают ребенка или сами его пугаются (Шюнгель, 1999). Некоторые родители впадают в состоянии беспомощности и апатии, играя с ребенком или заботясь о нем (Георге, Соломон, 1989). Так на собственном опыте младенец узнает, что в отношениях с самым близким человеком у него нет эмоциональной стабильности и защищенности, ибо родители с пугающим, испуганным или беспомощным поведением не могут сообщить ребенку чувство «надежного эмоционального причала». Тогда интеракция с матерью или с отцом, а в худшем случае с обоими родителями становится для ребенка непредсказуемым источником одновременно страха и потенциальной надежности. Причем он не знает, наверное, на что можно положиться (Хессе и Майн, 1999, 2002)» (Бриш, 2003, стр. 108).

Примерно 80% детей травмированных родителей демонстрируют травмированный паттерн привязанности, который внешне проявляется в противоречивых моторных реакциях, моторных стереотипах и трансподобных состояниях.

Как мне представляется, метод расстановок в значительной степени поддерживает эту перемену в сознании, демонстрируя, что определенные чувства можно перенять от предков. В книге «Порядки любви» (Хеллингер, 1994), представившей широкому читателю работу с расстановками, постоянно говорится о передаче или переносе на других людей таких чувств, как гнев или скорбь. Прежде всего включая умерших членов семьи в расстановки, данный метод затрагивает предел травмы, хотя Берг Хеллингер нигде об этом не пишет. Травма в расстановке трактуется Бертом Хеллингером и многими из тех, кто работает по его методу, в аспекте привязанности. Однако здесь таится опасность скороспелых интерпретаций соматических симптомов и исключения из арсенала испытанных психотерапевтических интервенций в работе с травмированными пациен-

тами. Я не разделяю переборщенную критику в адрес Берта Хеллингера и тех, кто работает с семейными расстановками «по Хеллингеру» (Гольднер, 2003), однако слабым звеном привычных расстановок мне представляется недостаточное внимание к концепции травмы. Спешу спасти честь расстановщиков и добавлю, что и среди терапевтов и консультантов, работающих с другими концепциями и методами, феномену травмы почти не уделяется внимания или уделяется очень мало. Я уверен, что пройдет немало времени, пока в среде профессиональной помощи и у общественности «слепота» к травме будет преодолена (Ридессер, 2004).

Четыре вида травмы и ядро их эмоциональных конфликтов

Ниже опишу четыре вида травмы, которые я выделяю, и постараюсь систематично проиллюстрировать тезис о трансгенерационном воспроизведении травматичного опыта.

В ходе практической работы с пациентами мне все больше становится ясным, что на самом деле нет тяжелых психических заболеваний, в основе которых не лежала бы травма. Поэтому я попытался систематизировать в научной литературе на сегодняшний день хорошо разработанную концепцию «психотравмы» и сделать ее пригодной для практического применения в терапевтических сеттингах. Я различаю психические травмы по причине их воз-

никновения. В зависимости от причины у каждого вида специфические симптомы душевных ран и свой способ их преодоления на психически-душевном уровне. Следовательно, каждый вид травмы требует особенной стратегии в лечении.

Предлагаю следующую классификацию: экзистенциальные травмы, травмы потери, травмы отношений и системные травмы отношений. Полагаю, что данная классификация поможет свести множество клинических картин к небольшому числу основных причин психических ран. При этом она наглядно показывает связь травмирующих событий с процессом привязанности, на который они оказывают влияние.

Существенной чертой психических травм мне представляется то, что они провоцируют неразрешимые эмоциональные конфликты. Травмирующий опыт повергает человека в такое положение, в котором он в следующее за травмой время не может правильно себя вести. Что бы он ни чувствовал, ни думал и ни делал – все без толку, оно не разрешит эмоциональный конфликт и ситуацию не улучшит. В таком положении человек уже не в силах адекватно справляться с семейными и социальными отношениями. Он втягивает других людей в свои неразрешенные эмоциональные конфликты и сам скорее, чем обычно, попадает в сети чужих конфликтов. В таблице 1 я обобщил конфликты в четыре основные категории в соответствии с видом травмы. В главах с 5 по 8 я подробнее опишу их.

Таблица 1

Àèäü òðààì è ñàÿçàííúàñ íèì è ïñííàíúàÿ ïòèè íàèüí úà èíí òèèèò ú

Если классифицировать травмы по роду обусловленных травмой неразрешимых конфликтов, открываются возможности дифференцированного взгляда на различные формы душевных ран. Так проще понять, почему сложно снова вести нормальную жизнь после специфического травмирующего опыта. Стоит взглянуть в основную структуру подобных конфликтов и увидишь, какая гигантская задача стоит перед травмированным человеком, если он хочет перерасти травму, а не застрять в противоречивых попытках ее преодоления.

Для терапии и профессионального подхода к травмированному человеку и системе его семейных отношений важно ясно понимать, с какого рода неразрешимыми конфликтами мы имеем дело. Только так удастся парадоксальная вещь – помочь пациенту или его близким найти выход из неразрешимого на данный момент, определяющего их жизнь конфликта. Тогда избегающие и отвлекающие стратегии пациента не смогут отвлечь терапевта от работы над главным – над травматичным ядром конфликта.

ющей процедуры, за организацию переговорного процесса, за его целевую направленность и психологическую безопасность.

Происходит процесс медиации на основе следующих принципов [2]:

- Добровольность
- Конфиденциальность
- Сотрудничество и равноправие сторон
- Беспристрастность и независимость медиатора

Для реализации этих принципов используется специальная структура переговорного процесса, которая включает согласование рамочных условий (о чем конкретно идет речь, и как будет организовано взаимодействие) и последующие действия в этих рамках. Практика показывает, что само по себе соблюдение принципа рамочных условий и фазовой модели переговоров является очень эффективным инструментом организации переговоров. Поскольку, пользуясь этим инструментом, участники всегда могут четко понять, на каком этапе работы они находятся, насколько близки они к согласованным

рамочным условиям и насколько общая работа идет в русле обеспечения их интересов.

Структура медиации представляет собой следующую последовательность фаз:

1. **И** прояснение предмета и цели переговоров.
2. **И** определение списка обсуждаемых тем в рамках предмета.
3. **И** исследование позиций сторон и выявление их интересов.
4. **И** согласование интересов в процессе совместного поиска решения.
5. **И** консенсус, заключение и оформление совместно найденного решения.

Для того, чтобы эта последовательность лучше укладывалась в голове и медиатора, и медиантов, Немецкая школа коучинга и медиации (Санкт-Петербург) предлагает аббревиатуру «**И И ЕН Е**».

Медиативная компетентность руководителя включает следующие группы умений и навыков (рис. 1):

Рисунок 1. *Н* *д* *б* *е* *д* *о* *б* *д* *а* *и* *а* *а* *д* *д* *е* *а* *и* *е* *е* *и* *и* *а* *д* *а* *и* *д* *и* *н* *д* *е*

Первая группа (личностный аспект) – определяет психологическую способность руководителя в роли медиатора сверять свою деятельность по управлению конфликтом или разногласиями с вышеописанными принципами (особенно это касается беспристрастности и независимости). Включает набор техник и приемов саморегуляции, навыки профилактики и коррекции психического напряжения заражения.

Вторая группа (технологии коммуникаций) предполагает набор конкретных навыков:

- владение техниками «улаживания отношений»;
- владение техниками «согласования интересов»;
- умение снижать психологическое напряжение в пространстве переговоров, обходиться с уловками, манипуляциями и провокация-

ми, возвращая переговоры в русло принципа «выигрыш-выигрыш».

Третья группа (технологии разрешения конфликтов) включает проработку коммуникативных барьеров – преобразование упреков, оскорблений и угроз, не пробуждающих в партнере ничего, кроме враждебности, в пожелания, которые могут быть им услышаны и выполнены. А, самое главное, дает медиантам возможность рассмотреть и прочувствовать человеческие отношения в аспекте права просить и требовать, проявлять эмоции и высказывать мысли, осознавать отстаивать свои интересы. И могут получить опыт отношений, основанный на достоинстве и взаимоуважении. Иногда – впервые в жизни.

Четвертая группа (технологии установления предмета переговоров) предполагает четкое и адекватное установление предмета переговоров, чтобы оно включало интересы обеих конф-

ликующих сторон с тем, чтобы у каждой из них оставались бы возможности для маневра и ресурсные сферы для творческих, порой совершенно неожиданных решений.

Í à ì ð è ì à ð:

Ñ ì ò ð ð á ï è è Á: Á ù ï í è ä ä ò à á ì ò ï ó ñ è ì á à ä ä á ò ñ ò ð á, à á è ð è ä.

Ñ ì ò ð ð á ï è è Á: Í è á è ì á ì ñ è ó - ä ä. Ò ï è ü è ì ä ä á ò ñ ò. È è è ÿ ó á ì è ü ï ÿ ð ñ ü.

Ð ó è ì á ï è è ð á è ü á ð ì è è ì ä ä è ò ì ð à: Ð á - ü è ä ä ò ì ñ ì ä è ñ ì á á ì è è ä ð à ò è è à ì ò ï ó ñ è ì á ì á ò á ì ï ì ä ð á - ä è ä ì è è, ì á ò à è è è?

Í á à ñ ì ò ð ð á ï è è à ñ ì ä è à ð à ð ñ ÿ.

Техники, снижающие напряжение в переговорах и «обезвреживающие» уловки и провокации, служат деэскалации конфликта, переходу от примитивного эмоционального реагирования сторон к рациональному осмыслению предмета переговоров, переосмыслению и четкому формулированию собственных интересов.

Приведем в качестве примера технику переработки недоразумений, которая применяется в случае, если одни и те же, нейтральные с общепринятой точки зрения слова и выражения, имеют для сотрудников разное значение:

Ñ ì ò ð ð á ï è è Á ñ è ä ç à è, ÷ ò ì ä è ÿ ì á á ì á à æ ì í ï í è ó - à ò ü ñ á ì á ä ð á ì á ì í ó ð è ò ì í - í ó ð è ì ó ì ð ì à ò è ð. Á ä ì è ð ñ á è ó ì á ù ñ ì ò ð ð á ï è è Á «á ç à è ä ä ð ñ ÿ» è ä è á ó á ò ì Á ñ á ì è ì è ñ è ì á à ì è ì à æ è ì á ì á è ä è ì ó ð è ì í í è ó.

Ð ó è ì á ï è è ð á è ü á ð ì è è ì ä ä è ò ì ð à: ð ó ñ è ü ó à è, ÷ ò ì ä è ÿ Á á ñ (ñ ì ì ò ð è ò ì á Á) á à æ ì í ñ á ì á ä ð á ì á ì í ï í è ó - à ò ü ì á ì á ó ì ä è ì ó ð è ì ó ì ð ì à ò è ð. ð ï è ä ä ð à, ÷ ò ì ÿ ð è ñ è ì á à è ì á ð ò ä è ÿ á à ñ ì á ì è ò (ï í ì - ä ð á ä è ñ ì ì ò ð è ò ì á Á è Á) ð á ç ì í á ç ì - á ì è ä.

Ñ ì ò ð ð á ï è è è è ä á ð ò.

Ð ó è ì á ï è è ð á è ü á ð ì è è ì ä ä è ò ì ð à - ÷ ò ì ÿ ð ì ç ì - ÷ è ò ä è ÿ Á á ñ?

Á - ÷ ò ì á ù è è è á ì ò ú á ú è è ä ì á ì è ü ì ú, ÿ ä ì è æ á ì ò ì í - ì ç ì à ò ü, è ä è ì á ù ð á ç ó è ü ò à ò ú ð á ì è ò (ñ ì ì ò ð è ò ì á Á) ì ä ð á ä ì á ì ð ì á ñ ì è ì è, ÷ ò ì á ù ì ð è è ì ì ì è ä è ò ì á á ì è è ç à è ç à ò ò ì í - ì ç ì à ò ü, ÷ ò ì è ì á ì í ì í è ò ì ð ÿ ð. Ó ì á ì ÿ ì á ì ð ì ó è ì è ì ä ä è ä á ú è ì ä ä ì á ä ì á ä ì á ì ð á ç ó ì á ì è ÿ è ç - ç à ì ì ä ä è ä è, ï ñ è ì è ü è ó ò ú ì á - à ð è ì ç à ì í è ì è ä è á ì è è ç à è ç à, à à è ì ä ð á ä è è ò ì ì á ñ ì ì í ç à à ì è á ì è ä á ç á ñ ÿ è è ò ì ÿ ñ ì á ì è è.

Á - à ÿ á ò ì à è, ÷ ò ì ò ú ì á ä è ì ÿ á ð ü ì á ì ÿ á è ì ò ð è - ä ä ò...

Литература:

1. *Ä ä è ç à ñ È. È ä è ì ð á ì á ì è ä ò ü è ð è ç è ñ ü ì á ì á æ ì á ì ò à. Ä è ä ä ì ñ ò è è è è ð á ð á ì è á ó ì ð á ä è á ì - á ñ è è ò ì ð ì á è ä ì à. - Ì., 2007.*
2. *Ä è ä è ì è ð ì á à Ì. Í., Ò ï ó è ì á Á. Á. È ì ì ì á ì ò à ð è è è Ó ä ä ä ð á è ü ì ì í ó ç à è ì í ó « Í á ä è ü ò á ð ì à ð è á ì è ì ð ì á ä á ó - ð á ó ð á á ó è è ð ì á á ì è ÿ ñ ì ì ð ì á ñ ó - à ñ ò ì è è ì ì ì ñ ð á ä ì è è ä (ì ð ì á ä á ó ð á ì ä ä è ä è è). - Ì., 2011.*
3. *Ó ì í Ó ä ð ò á è ü Á. Í ð ì ó á ñ ñ è ì á è ü ì ì á ð á ç ð á ð á ì è ä è ì ò è è è ò ì á. - Ñ Í á., 2007.*

Третья группа – определяет способность направлять процесс переговоров в аспекте его трех основных динамик:

- **тематической** (направленность и последовательность фаз процесса (модель ПОИСК) с возвратами при появлении новых содержаний);
- **психологической** (разрядка напряжения, переход от претензий к интересам и желаниям и их согласованию);
- **групповой** (от разрыва к диалогу, от опосредованной коммуникации (например, через медиатора) к восстановлению прямого общения сторон и их соглашению).

В процессе медиации важны следующие аспекты: интересы, которые отстаивают медианты, отношения, которые между ними имеются, и самочувствие – их и медиатора, который отвечает за организацию процесса.

И в заключение – памятка руководителю по применению основных управленческих ролей, рекомендуемая Анитой фон Хертель:

- Если использование иерархической власти стопроцентно ведет к намеченной цели, укажите подчиненным, что им следует делать.
- Если Вы обладаете профессиональной компетентностью, которая позволяет снабдить участников конфликта необходимой информацией и тем самым разрешить конфликт – консультируйте.
- Если Вы путем вопросов и размышлений сможете предложить наилучшее решение, которое будет всеми одобрено – выносите вердикт третьей стороны.
- Если Вы отмечаете, что никакое указание или совет не ликвидируют проблему по-настоящему, если Вы хотите оказать долгосрочную эффективную помощь сотрудникам в самостоятельном разрешении конфликта – позаботьтесь о проведении медиативной беседы.

Итак, главное в медиативной компетентности руководителя – способность улучшать качество его жизни, повышая уровень свободы выбора оптимальных решений и эффективного делегирования ответственности. Сотрудники при этом приобретают навыки самостоятельного разрешения конфликтов, а руководитель экономит силы и получает время для решения других задач.

ՃԱՇՔ Ի Ա

ՆՈՃԱՕՈՒՅՔ՝ԱՆՔԵՆՆ Ի ԻԵԵ Ի ԻԱԱԵՄԻԱՅ ԻՆԵՕԻՕԱԾԱԻԵՅ
ՇԱԱԵՆԵ Ի ՄՕ ԻՕ ԻՆԵՕԻԱԵՕԵԱԻ ՄՕ ԱԱ Մ ԱՆՕԱ:
Ի Ա Մ ԱՅ Ի ԱՕԻԱԻԵԻԱԵՅ Ե ԻԱՕ՝ Ի ԻԱ ԻԱԻՆԻ ԻԱԱԻԵԱ

А.Л. Катков

В статье «Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от ПАВ: общая методология и научное обоснование» автора А.Л. Каткова рассматриваются основные методологические основания и принципы построения метода стратегической полимодальной психиатрии (СПП) зависимых от ПАВ. Приводятся результаты научных исследований, на базе которых разрабатывалась данная методология. Особый акцент делается на выведение адекватной универсальной цели СПП, открывающей возможность существенного повышения эффективности усилий, противодействующих процессу вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, и их индикативной оценки.

Էջբ -ââûâ ñëîââ: зависимость от ПАВ, психотерапия, методология.

Ի ԱԵԾԻՕՈՒԻ ԻԵԻԱԵ՝ԱՆՔԵԻԱ ԻՕԻԾԻԵԱԻԵԱ Ի ԱՕԻԱԱ ՆՈՃԱՕՈՒՅՔ՝ԱՆՔԵԻԵ
Ի ԻԵԵ Ի ԻԱԱԵՄԻ ԻԵ ԻՆԵՕԻՕԱԾԱԻԵԵ ՇԱԱԵՆԵ Ի ՄՕ ԻՕ ԻՆԵՕԻԱԵՕԵԱԻ ՄՕ ԱԱ Մ ԱՆՕԱ

А.Л. Катков

В статье «Макротехнологическое оформление метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ» автора А.Л. Каткова подробно описываются основные макротехнологические компоненты СПП: стратегические принципы, лонгитудинальные, кросс-секционные, когерентные стратегии реализации технического блока СПП. Приводятся обоснованные аргументы в пользу специфики использования данных стратегий в отношении контингента зависимых от ПАВ. Делаются выводы о самостоятельном терапевтическом значении макротехнологического инструментария СПП.

Էջբ -ââûâ ñëîââ: химическая зависимость, стратегическая полимодальная психотерапия, макротехнологии.

ՆՈՃԱՕՈՒՅՔ՝ԱՆՔԵՆՆ Ի ԻԵԵ Ի ԻԱԱԵՄԻԱՅ ԻՆԵՕԻՕԱԾԱԻԵՅ
ՇԱԱԵՆԵ Ի ՄՕ ԻՕ ԻՆԵՕԻԱԵՕԵԱԻ ՄՕ ԱԱ Մ ԱՆՕԱ ՆՇԱԻԵՔԵԱԻ Ի ԻԵ ՆԱ Ի Ի ԻՕԱԻԵԻԵ
Ե ԱՇՇԵՆԻ ԻԵ ԻԱՕԱԱԾԱԻ Ի ԻՆՕՄ Ք ԱՆԱԱ

А.Л. Катков

В статье «Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от ПАВ с заниженной самооценкой и базисной неуверенностью в себе» автора А.Л. Каткова подобно описываются структурированные техники СПП, используемые в работе с такими типичными проблемами, как заниженная самооценка и неуверенность в себе. Основной акцент делается на разнообразие и комплексность применяемых технологических подходов. Рассматриваются общие критерии их эффективности.

Էջբ -ââûâ ñëîââ: патологическая зависимость; стратегическая полимодальная психотерапия; неуверенность в себе; заниженная самооценка; техники.

ՆՈՃԱՕՈՒՅՔ՝ԱՆՔԵՆՆ Ի ԻԵԵ Ի ԻԱԱԵՄԻԱՅ ԻՆԵՕԻՕԱԾԱԻԵՅ
ՇԱԱԵՆԵ Ի ՄՕ ԻՕ ԻՆԵՕԻԱԵՕԵԱԻ ՄՕ ԱԱ Մ ԱՆՕԱՆ ԻԱԻՕԱԱԵԾԻԱԱԻ Ի ԻԵ ԻԱԵԱԻԵ
Ե ՝ՕԱՆՕԱԻ Ի ԱԵԻ Մ ԻԱ ՄՕԱԻԱԱ Ի ԱՕԵԱՕԻԾԻ ԻԵՆՕԱՕԵ Ի ԻԱԾԻ ԻԵ ԾԱԱԱԵԵԵՕԱՕԵԵ

А.Л. Катков

В статье «Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от ПАВ с неотреагированной обидой и чувством вины на этапе амбулаторной/стационарной реабилитации» автора А.Л. Каткова подробно описываются структурированные техники СПП, используемые в работе с такими типичными проблемами

зависимых лиц, как неотреагированная обида и чувство вины. Основной акцент здесь делается на разнообразии и комплексность применяемых технологических подходов. Рассматриваются общие критерии их эффективности.

Êëþ ÷ââûâ ñëîââ: стратегическая полимодальная психотерапия; патологическая зависимость; техники.

**ÊËË ÍËË Í-ÏÑËÏ ÍÀË ÍËË ×ÃÑËË ÑÍÁËË
Ì À ÍËË ÕÃÑËË ÛË ÏÑËË ËË ×ÃÑËË ËÑÑËË ÍËÑË ÕÁÍÁÍÁÍ Í ÍÁÍ ÊËË**

А.Б. Кенжалиева

В статье обосновывается актуальность изучения структуры манифестных психотических расстройств как ключевого звена в динамике эндогенных нозологий. На примере отдельной выборки рассмотрены вопросы анализа клинической картины психозов в прикладном аспекте.

**ÃÃÑËË ËËË Í ÕËÁ Í ÛË À ÍËË ËË ÕÁÍ-ËÃÁ ÍËË × Í ÍÑËË/ÑÀ Ì ÍËÃÁ ÍËË ËËËËËË
Ë ËËË Æ Æ Í ËÑËË 9-13 ËËË
(ñîîáùáíèà 1)**

Ю.А. Россинский

В настоящей статье описываются поведенческие индикаторы эго-идентичности /самоидентификации/, как характеристики психологического здоровья личности в возрастной группе 9-13 лет.

Êëþ ÷ââûâ ñëîââ: неинфекционные социальные эпидемии, экстремизм, терроризм, профилактика социальных эпидемий, психологическое здоровье, адаптационный потенциал, нормативно-социальная устойчивость, диагностика свойств психологического здоровья.

**ÃÃÑËË ËËË Í ÕËÁ Í ÛË À ÍËË ËË ÕÁÍ-ËÃÁ ÍËË × Í ÍÑËË/ÑÀ Ì ÍËÃÁ ÍËË ËËËËËË
Ë ËËË Æ Æ Í ËÑËË 14-18 ËËË
(ñîîáùáíèà 2)**

Ю.А. Россинский

В настоящей статье описываются поведенческие индикаторы эго-идентичности /самоидентификации/ как характеристики психологического здоровья личности в возрастной группе 14-18 лет.

Êëþ ÷ââûâ ñëîââ: неинфекционные социальные эпидемии, экстремизм, терроризм, профилактика социальных эпидемий, психологическое здоровье, адаптационный потенциал, нормативно-социальная устойчивость, диагностика свойств психологического здоровья.

**ÃÃËËËËË Í ÍÑËË ÍÃÄÇÍÃÃËËËËË ÛË ÏÑËË ËË Ì ÏÑËË ËËÃËÑËËË ÕÁÍ ËËË ËË ËË ×:
ÑË ÍÃÄÍ Ì ÍÍ ËËË ËËËËË ËÁÍ Æ Æ ËË ËË**

Ю.А. Россинский

В статье представлена аналитическая информация в отношении синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у специалистов помогающих профессий в рамках деятельности образовательных программ по противодействию эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан, которые проводились в период 2008-2010 гг. и имели цель – изменить отношение специалистов услуг здравоохранения проекта к группе риска (ПИН, РС, МСМ), людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Целью данных программ являлось противодействие стигме, стигматизации в отношении уязвимых групп населения и профилактике синдрома эмоционального выгорания специалистов, работающих в программах ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан.

SUMMARY

STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: GENERAL METHODOLOGY AND SCIENTIFIC JUSTIFICATION

A.L. Katkov

In article «Strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances: general methodology and scientific justification» by Katkov A.L. the main methodological bases and principles of creation of a method of strategic polymodal psychiatry dependent on psychoactive substances are surveyed. Results of scientific researches on the basis of which this methodology was developed are given. The special accent becomes on removal of the adequate universal purpose of the strategic polymodal psychiatry opening possibility of essential rising of efficiency of efforts, counteracting involvement process in destructive social epidemics, and their indicative assessment.

Keywords: dependence on psychoactive substances, psychotherapy, methodology.

MACROTECHNOLOGICAL VENEERING OF A METHOD OF A STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

A.L. Katkov

In article «Macrotechnological veneering of a method of a strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances» by Katkov A.L. the main macrotechnological components of SPP are in detail described: strategic principles, longitudinal, cross-sectional, coherent strategy of realization of the technical block of SPP. Reasonable arguments in favor of specifics of use of these strategy concerning the contingent dependent on psychoactive substances are given. Conclusions about independent therapeutic value of macrotechnological tools of SPP become.

Keywords: chemical dependence, strategic polymodal psychotherapy, macrotechnologies

STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES WITH THE UNDERESTIMATED SELF-RATING AND BASIC UNCERTAINTY IN

A.L. Katkov

In article «Strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances with the underestimated self-rating and basic uncertainty in» by Katkov A.L. the structured technique of SPP used in work with such typical problems, as the underestimated self-rating and uncertainty in are described. The main accent becomes on a variety and integrated approach of applied technological approaches. The general criteria of their efficiency are surveyed.

Keywords: pathological dependence; strategic polymodal psychotherapy; uncertainty in; the underestimated self-rating; technique.

STRATEGIC POLYMODAL PSYCHOTHERAPY DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES WITH OFFENSE AND SENSE OF GUILT AT A STAGE OF OUT-PATIENT/STATIONARY AFTERTREATMENT

A.L. Katkov

In article «Strategic polymodal psychotherapy dependent on psychoactive substances with offense and sense of guilt at a stage of out-patient/stationary aftertreatment» by Katkov A.L. the structured technique of SPP used in work with such typical problems of dependent persons, as offense and sense of guilt are in detail described. The main accent here becomes on a variety and integrated approach of applied technological approaches. The general criteria of their efficiency are surveyed.

Keywords: strategic polymodal psychotherapy; pathological dependence; technique.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL RANGE OF DEMONSTRATIVE PSYCHOTIC DISORDERS OF AN ENDOGENOUS CIRCLE

A.B. Kenzhalieva

In article the urgency of studying of structure of demonstrative psychotic disorders as key link locates in dynamics of endogenous nosologies. On an example of a separate sample questions of the analysis of a clinical picture of psychoses in applied aspect are considered.

THE DESCRIPTIVE ANALYSIS OF EGO IDENTITY/SELF-IDENTIFICATION AT PERSONS AT THE AGE OF 9-13 YEARS (the report 1)

Yu.A. Rossinsky

In the present article behavioural indicators of ego identity/self-identification/, as characteristics of psychological health of the person in age group of 9-13 years are described.

Keywords: noninfectious social epidemics, extremism, terrorism, prevention of social epidemics, psychological health, adaptive potential, standard and social fastness, diagnostics of properties of psychological health.

THE DESCRIPTIVE ANALYSIS OF EGO IDENTITY/SELF-IDENTIFICATION AT PERSONS AT THE AGE OF 14-18 YEARS (the report 2)

Yu.A. Rossinsky

In the present article behavioural indicators of ego identity/self-identification / as characteristics of psychological health of the person in age group of 14-18 years are described.

Keywords: noninfectious social epidemics, extremism, terrorism, prevention of social epidemics, psychological health, adaptive potential, standard and social fastness, diagnostics of properties of psychological health.

ACTIVITY OF EDUCATIONAL PROGRAMS OF COUNTERACTION OF EPIDEMIC OF HIV: SYNDROME OF EMOTIONAL BURNING OUT

Yu.A. Rossinsky

In article analytical information concerning a syndrome of emotional burning out at experts of helping professions within activities of educational programs for counteraction of epidemic of HIV in Republic of Tajikistan which were carried out to the period of 2008-2010 is presented and had the purpose – to change the relation of experts of services of health care of the project to group of risk, people living with HIV. The purpose of these programs was counteraction of stigma, stigmatisation concerning vulnerable groups of the population and prevention of a syndrome of emotional burning out of the experts working in programs of UNICEF, UNAIDS and Global fund on fight with HIV/AIDS, tuberculosis and a malaria in Republic of Tajikistan.

ACTIVITY OF EDUCATIONAL PROGRAMS OF COUNTERACTION OF EPIDEMIC OF HIV: STIGMA AND STIGMATIZATION

Yu.A. Rossinsky

In article analytical information concerning activities of educational programs for counteraction of epidemic of HIV in Republic of Tajikistan is presented, including psychological seminars trainings which were led to the period of 2008-2011 and had the purpose – to change the relation of experts of services of health care of the project to group of risk, people living with HIV. The purpose of these programs was counteraction of stigma, stigmatisation

concerning vulnerable groups of the population and prevention of a syndrome of emotional burning out of the experts working in programs of UNICEF, UNAIDS and Global Fund on fight about HIV/AIDS, tuberculosis and a malaria in Republic of Tajikistan.

**ACTIVITY OF EDUCATIONAL PROGRAMS OF COUNTERACTION OF EPIDEMIC OF HIV:
TARGET GROUPS OF DESIGN ACTIVITY**

Yu.A. Rossinsky

In article analytical information concerning activities of educational programs for counteraction of epidemic of HIV is provided in Republic of Tajikistan, in particular target groups of participants – direct beneficiaries (the faces belonging to group of risk on a HIV profile) and indirect beneficiaries (experts, whose activity is bound to HIV prevention).

**TO A QUESTION OF CLINICAL QUALIFICATION OF REMISSION
IN STRUCTURE OF SCHIZOPHRENIC PROCESS
(the short review)**

A.B. Kenzhalieva

In article theoretical questions of qualification of remissions, as important period in dynamics of schizophrenic process are reflected. The attention is focused on taxonomic heterogeneity of this phenomenon. The data proving an urgency of systemic treating of remission as the main therapeutic target in treatment of schizophrenia are provided.

MENTAL TRAUMA

F. Ruppert

Represented the views of the author and published data on trauma, its definition, nature, types, pathogenesis, symptoms, consequences, personal and social aspects.

Keywords: attachment, trauma, posttraumatic stress disorder.

**MEDIATIVE COMPETENCE OF THE PRINCIPAL – THE INNOVATIVE TOOL OF
AN ORGANIZATIONAL LEAD**

I.A. Cheglova

Within the conditions of economic globalization, creation of multifunctional transnational corporations and Russian and Ukrainian adherence to WTO, the increasing necessity for qualified management of changes arises. The most important component of which is the head of organization's mediative competence – the brand new concept of conflict control. It has been developed on the basis of the mediation model (extrajudicial structured process of dispute resolution applied by the sides of a dispute). The German School of Business Mediation is the leader in this very branch of mediation. The article is written on the basis of the concepts, developed by the brightest representative, founder and chief of Hamburg's School of Mediation – Anitha von Hertel. These concepts were adapted by the author for the post-Soviet countries during teaching and consulting activity in this area.

Key Words: mediation, mediative competence, the head of organization as a mediator.

ÁÈÀËÈ ÌÄÐÀÔÈÈ È ÆÓÐÍÀËÓ «ÂÏÏÐÏÑÛ ÌÁÍÒÀËÛÍ ÌÈ ÌÁÈÈÒÈÍ Û È ÒÈÈÈÁÈÈ»
ÇÀ 2012 ÆÏÄ

ÑÏÒÈÀËÛÍ ÛÁÛÈÄÄÌÈÈ

- Бикетова Л.А. Роль социальных факторов в формировании компьютерной аддикции, Том XVIII, № 4, 2012
Катков А.Л. К методологии комплексного исследования проблемы социальных эпидемий, Том XVIII, № 1, 2012
Катков А.Л. Модель двухуровневой развивающей коммуникации как базисная технология формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, Том XVIII, № 3, 2012
Катков А.Л. Новые подходы в профилактике интернет-зависимости, Том XVIII, № 1, 2012
Катков А.Л. Основные механизмы эффективного противодействия распространению социальных эпидемий в свете концепции мутагенных цивилизационных фактов и синергетического подхода, Том XVIII, № 1, 2012
Катков А.Л. Универсальные механизмы вовлечения в социальные эпидемии, Том XVIII, № 1, 2012
Катков А.Л. Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, Том XVIII, № 3, 2012
Кусаинов А.А., Байкенов Е.Б., Павленко В.П., Хамитова Ж.М., Зайнуллин С.В. Интернет-зависимость как одна из форм нехимической аддикции, Том XVIII, № 1, 2012
Прилуцкая-Сущенко М.В., Куржикбаев Д. Б. Исследование основных характеристик игрового поведения и рисков вовлечения в лудоманию у клиентов букмекерских контор городов Павлодар и Экибастуз, Том XVIII, № 3, 2012
Садвакасова Г.А., Жарекеева В.К., Ким Т.В. Психолого-диагностические технологии раннего выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости в работе психологов амбулаторно-поликлинической службы, Том XVIII, № 2, 2012

ÏÑÈÒÈÄÄÌÈÛ

- Абдуллина Г.С. Комплаенс в психотерапевтическом процессе, Том XVIII, № 3, 2012
Абдуллина Г.С. Психосоматические расстройства у пациентов, получающих терапию по поводу сердечно-сосудистой патологии, Том XVIII, № 3, 2012
Аяганова Д.Е. Опыт проведения психотерапевтических групп с ВИЧ-инфицированными клиентами (структурный анализ), Том XVIII, № 3, 2012
Бугаенко С.Н., Ахметова Г.К., Нургазина А.З. Актуальность психотерапии при шизофрении, Том XVIII, № 3, 2012
Бурикова И.С. Политическая роль социальной психотерапии в восстановлении человеческого капитала страны, Том XVIII, № 3, 2012
Жидко М.Е. «Чувство жизни» как индикатор эволюции процесса в психотерапии, Том XVIII, № 1, 2012
Катков А.Л. К программе тематического усовершенствования по теме «Экспресс-психотерапия», Том XVIII, № 1, 2012
Катков А.Л. Макротехнологическое оформление метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от психоактивных веществ, Том XVIII, № 4, 2012
Катков А.Л. Мета модель социальной психотерапии как основной инструмент противодействия деструктивным социальным эпидемиям, Том XVIII, № 3, 2012
Катков А.Л. Психотерапевтические компоненты и контексты реабилитационных программ, основанных на идее терапевтического сообщества, Том XVIII, № 3, 2012
Катков А.Л. Психотерапевтические компоненты программы реабилитации зависимых от психоактивных веществ «12 шагов», Том XVIII, № 3, 2012
Катков А.Л. Психотерапия в профессиональных, высокоструктурированных программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ, Том XVIII, № 3, 2012
Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ: общая методология и научное обоснование, Том XVIII, № 4, 2012
Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ с заниженной самооценкой и базисной неуверенностью в себе, Том XVIII, № 4, 2012
Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ с неотреагированной обидой и чувством вины на этапе амбулаторной/стационарной реабилитации, Том XVIII, № 4, 2012
Коновалова М.А. Программа «Толерантность» как опыт социальной терапии, Том XVIII, № 3, 2012
Мусабекова Ж.К. Особенности краткосрочных подходов психотерапии и консультирования, применяемых при зависимостях от психоактивных веществ, Том XVIII, № 1, 2012

Пушкина М.А. Массовая социальная психотерапия, как современный элемент поддержания политической стабильности, Том XVIII, № 3, 2012

Титова В.В. Теле-, радио- и интернет-коммуникация в психотерапии: модель массовой первичной психотерапевтической помощи населению и ее апробация, Том XVIII, № 3, 2012

Уманский С.В. Клиническая психотерапия и синергетика. Новая трансдисциплинарная философско-методологическая парадигма, Том XVIII, № 1, 2012

Уманский С.В., Семке В.Я. Психотерапевтические подходы к проблеме продления жизни, Том XVIII, № 1, 2012

Чугунов Д.Н. Психодиагностический подход к изучению уровня социальной фрустрации у больных алиментарным ожирением, Том XVIII, № 3, 2012

Юсинова Б.Ж. Психотерапевтическое лечение пациентов с депрессивными расстройствами пограничного уровня (теоретический и практический аспекты), Том XVIII, № 2, 2012

Ī ñèòèàòðèÿ

Ахметова Г.К. Профилактика и лечение депрессии в пожилом возрасте, Том XVIII, № 3, 2012

Ахметова Г.К., Бугаенко С.Н. Особенности депрессии в пожилом возрасте, Том XVIII, № 3, 2012

Жанарбаева А.Е. К вопросу о диагностике аутистических расстройств детского возраста (краткое сообщение), Том XVIII, № 3, 2012

Кенжалиева А.Б. Клинико-психопатологический спектр манифестных психотических расстройств эндогенного круга, Том XVIII, № 4, 2012

Кусаинова Т.А. Особенности клинической оценки, применяемой в детской психиатрии, Том XVIII, № 2, 2012

Молчанов С.Н. Организация реабилитационных услуг для лиц, состоящих на учете со II группой инвалидности по психическому заболеванию (на примере работы Общественного объединения «Клубный Дом «Альрамы»), Том XVIII, № 1, 2012

Тюменцева О.В. Актуальные проблемы детской психиатрии – задержка психического развития, Том XVIII, № 2, 2012

Ускенбаева Ж.С. Депрессия в общемедицинской практике, Том XVIII, № 2, 2012

Ī îãðàíè-íàÿ ïàòíèîèÿ

Асланбекова Н.В. Клинико-психопатологический аспект изучения поведенческих (нехимических) зависимостей, Том XVIII, № 2, 2012

Тампишева Д.Р. Оценка нуждаемости в паллиативной помощи детскому населению Республики Казахстан на основе опыта работы КГУ «Детского психоневрологического медико-социального учреждения г. Астаны», Том XVIII, № 1, 2012

Ī ñèòíèîèîèÿ çàíòíâÿ. Ààèîèèîèÿ.

Байкенов Е.Б. Взаимосвязь психологического здоровья и рисков вовлечения в компьютерную зависимость у учащихся общеобразовательных школ, Том XVIII, № 2, 2012

Бурдина Е.И., Жуманкулова Е.Н., Колюх О.А. Особенности деонтологической подготовки будущих педагогов к работе с детьми девиантного поведения, Том XVIII, № 4, 2012

Катков А.Л. Профилактика игровой зависимости, Том XVIII, № 1, 2012

Катков А.Л. Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, Том XVIII, № 1, 2012

Россинский Ю.А. Deskриптивный анализ эго-идентичности/самоидентификации у лиц в возрасте 9-13 лет (сообщение 1), Том XVIII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Deskриптивный анализ эго-идентичности/самоидентификации у лиц в возрасте 14-18 лет (сообщение 2), Том XVIII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Деятельность образовательных программ противодействия эпидемии ВИЧ: специалисты и сотрудники проектов, Том XVIII, № 3, 2012

Россинский Ю.А. Деятельность образовательных программ противодействия эпидемии ВИЧ: квалификация и подготовка профессионала-специалиста, Том XVIII, № 3, 2012

Россинский Ю.А. Деятельность образовательных программ противодействия эпидемии ВИЧ: синдром эмоционального выгорания, Том XVIII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Деятельность образовательных программ противодействия эпидемии ВИЧ: стигма и стигматизация, Том XVIII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Деятельность образовательных программ противодействия эпидемии ВИЧ: целевые группы проектной деятельности, Том XVIII, № 4, 2012

Россинский Ю.А. Образовательные программы по противодействию эпидемии ВИЧ в Центральной Азии: информационно-психологический семинар-тренинг, Том XVIII, № 3, 2012

Ё і ô î ð ì à ö è ù è í á ç ð ù

Бикетова Л.А. Метод комплексной оценки поведенческих зависимостей (на примере «трудоголизма»), Том XVIII, № 2, 2012

Кенжалиева А.Б. К вопросу о клинической квалификации ремиссии в структуре шизофренического процесса (краткий обзор), Том XVIII, № 4, 2012

Козлова Н.С., Палкина Е.Ю., Потехина Е.Ф., Одегова М.В., Кривошеева Т.В. Интегративный метод суггестивно-образной терапии в системе реабилитации психически больных, Том XVIII, № 1, 2012

Кусаинова Т.А. Клиническая структура гиперактивного синдрома (литературный обзор), Том XVIII, № 2, 2012

Мартемьянов Н.В. Секторальные проблемы судебной психиатрии и наркологии, Том XVIII, № 2, 2012

Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б., Аяганова Д.Е. Дифференциально-диагностический аспект в судебной психиатрии на примере феномена «симуляции» (литературный обзор), Том XVIII, № 2, 2012

Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б., Прилуцкая-Сущенко М.В., Саидов Т.У. Диагностические парадигмы судебной психиатрии, Том XVIII, № 2, 2012

Прилуцкая-Сущенко М.В. Основные аспекты исследования феномена интернет-аддикции/зависимости (обзор англоязычных литературных источников), Том XVIII, № 1, 2012

Рупперт Ф. Психическая травма, Том XVIII, № 4, 2012

Самсонова Л.В. К вопросу о формировании соматоформных расстройств (обзор литературы), Том XVIII, № 2, 2012

Самусенко Е.Е. Концепция архетипа: второе рождение, или «психический рефлекс», Том XVIII, № 1, 2012

Сармантаева К.Р. Метод интерпретации в психиатрии (обзор), Том XVIII, № 2, 2012

Стекольников Н.М. К вопросу о клинико-социальном прогнозе подростковых депрессий (аналитический обзор литературы), Том XVIII, № 2, 2012

Фесенко Н.Ф. Психологическая диагностика в пенитенциарной системе осужденных лиц, Том XVIII, № 1, 2012

Чеглова И.А. Медиативная компетентность руководителя – инновационный инструмент организационного лидерства, Том XVIII, № 4, 2012

Ò á ç è ù ù

Байкенов Е.Б. Психологические аспекты интернет-аддикции, Том XVIII, № 2, 2012

Катков А.Л. Актуальные вопросы подготовки специалистов наркологического профиля, Том XVIII, № 2, 2012

Катков А.Л. О перспективах развития медицинской науки в РК, Том XVIII, № 2, 2012

Катков А.Л. Общие принципы психотерапии зависимых от ПАВ, Том XVIII, № 2, 2012

Катков А.Л. Организация помощи зависимым лицам: от наркологии к аддиктологии, Том XVIII, № 2, 2012

Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия, Том XVIII, № 2, 2012

Кусаинов А.А., Саидов Т.У. К вопросу об интернет-зависимости как одной из форм нехимической аддикции, Том XVIII, № 2, 2012

Мусабекова Ж.К. Взаимосвязь уровня психологического здоровья и рисков вовлечения в психологические зависимости у лиц с химической зависимостью, Том XVIII, № 2, 2012

Нургазина А.З., Алина К.Ж., Бугаенко С.Н. Аспект психологического здоровья в технологиях психолого-психотерапевтической помощи, Том XVIII, № 2, 2012

Нургазина А.З., Алина К.Ж., Кервенов Е.Е. К вопросу об актуальности первичной профилактики социальных эпидемий, Том XVIII, № 2, 2012

Садвакасова Г.А., Каражанова А.С. Основные принципы программы реабилитации в системе исполнения наказания, международный опыт, Том XVIII, № 2, 2012

Садвакасова Г.А., Каражанова А.С., Ким Т.В., Жарекеева В.К. Особенности адаптации заключённых в тюрьмах, социально-психологический аспект, Том XVIII, № 2, 2012

Подписано в печать 01.11.2012 г. Формат 60x90 1/8. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. лист. 13.

Тираж 500 экз. Печать RISO.

РГКП «Республиканский научно-практический Центр
медико-социальных проблем наркомании»

140001, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200, тел. (7182) 60-50-93